

Libros de **Cátedra**

Las psicosis en Freud

Contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan

Julieta De Battista (coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

LAS PSICOSIS EN FREUD

**CONTRIBUCIÓN DE LOS HALLAZGOS Y OBSTÁCULOS FREUDIANOS
A UNA LECTURA DE LACAN**

Julieta De Battista

(Coordinadora)

Facultad de Psicología



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**



Este libro fue evaluado y recomendado para su publicación por el siguiente Comité Editorial:

Prof. Dr. Marie-Jean Sauret

Profesor emérito de la Université de Toulouse (Francia). Doctor en Psicología (Université de Toulouse). Psicoanalista. Director del *Equipe de recherches cliniques*. Autor de numerosos libros traducidos en varias lenguas: *La psychanalyse* (Milan, coll. «Les Essentiels», 1996), *Freud et l'inconscient* (Milan, coll. «Les Essentiels», 1999) y *L'effet révolutionnaire du symptôme* (Érès, 2008). Miembro fundador de la Association de psychanalyse Jacques-Lacan (APJL) y del Comité de redacción de la revista *Psychanalyse*.

Prof. Dr. Antonio Quinet

Doctor en Filosofía (Université Paris-VIII), psiquiatra (Université Paris XIII) y psicoanalista. Profesor e investigador de la Maestría y del Doctorado en Psicoanálisis de la Universidad Veiga de Almeida (UVA) de Río de Janeiro. Editor de la revista francesa *En-Jeu* y de la revista brasileña *Stylus*. Autor de varios libros de relevancia en la formación psicoanalítica y universitaria, que han sido traducidos a varias lenguas, entre ellos: *As 4 + 1 condições da análise*, *Os outros em Lacan*, *Teoria e clínica da psicose*, *A descoberta do inconsciente*, *Psicose e laço social*, *Édipo ao pé da letra*, *Um olhar a mais - ver e ser visto na psicanálise*, *Le plus de regard*, entre otros.

Prof. Dr. María de los Ángeles Gómez Escudero

Doctora en Medicina (Université de Paris V). Psicoanalista. Consultora de la UNESCO e investigadora asociada del INSERM. Profesora e investigadora del Departamento de Psicología de la University of Puerto Rico. Docente de la Universidad Iberoamericana (México), catedrática del Programa Graduado de Ciencias de la Conducta de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, y del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Central del Caribe. Miembro del comité editorial de la revista *Intervalo*. Coordinadora del libro *El psicoanálisis: una experiencia por venir*, publicado por Editorial Fundamentos de España. Autora de múltiples presentaciones y publicaciones en revistas especializadas.

Prof. Mg. Gloria Peláez Jaramillo

Magister en Filosofía (Instituto de filosofía UdeA), Especialista en familia (Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín). Psicóloga (Universidad de San Buenaventura, Medellín); Psicoanalista. Docente titular e investigadora de la Universidad de Antioquia (Colombia). Decana de la Facultad de ciencias sociales y humanas de la Universidad de Antioquia 2013-2016. Miembro fundadora del grupo de investigación Psyconexpsicología, psicoanálisis y conexiones, categoría C, grupo reconocido por Colciencias.

Dr. MC David Bernard

Doctor en Psicopatología, Université de Toulouse. Maître de Conférences (Université de Rennes). Co-director del proyecto de investigación internacional "Estructuras clínicas y nuevas formas de la familia". Director de tesis de doctorado de la especialidad. Miembro de la Comisión de investigación (Conseil Scientifique) de la Université de Rennes II. Autor de numerosas publicaciones en revistas de la especialidad, entre ellas: «Adolescence et savoir parental», «A marca do desejo parental», «Schreber et la musique», «Le capitalisme et la honte», «Honte et paranoïa».

Agradecimientos

Quiero agradecer a los creadores de la colección Libros de cátedra por esta oportunidad de publicar un material que nos permita mejorar la transmisión docente en la Universidad.

Agradezco especialmente a los docentes, adscriptos y auxiliares de la cátedra de Psicopatología I que se entusiasmaron con la propuesta y trabajaron con compromiso, dedicación y rigurosidad. Gracias por el trabajo, por el intercambio, los cuestionamientos y todo aquello que nos permite mantener viva la transmisión de nuestros propios interrogantes.

Un agradecimiento también para nuestros alumnos que año a año con sus inquietudes y sus preguntas aparentemente ingenuas nos comprometen a renovar nuestra práctica y a generar nuevas formas de hacerles llegar aquello que nos apasiona. A ellos está dirigido este libro, con la esperanza de que puedan apropiárselo y avanzar en el entendimiento del malestar esencial que aqueja a cada ser humano.

“Ustedes saben que nuestra terapia psiquiátrica no ha sido capaz hasta ahora de influir sobre las ideas delirantes. ¿Podrá hacerlo acaso el psicoanálisis gracias a su intelección del mecanismo de estos síntomas? No, señores míos, no puede; al menos provisionalmente, es tan impotente contra esta enfermedad como cualquier otra terapia. [...] ¿Afirmarán por ello que el análisis de esos casos es desestimable porque no arroja fruto? Creo que no, en modo alguno.

Tenemos el derecho, más aún, el deber, de cultivar la investigación sin mirar por un efecto útil inmediato. Al final -no sabemos dónde ni cuándo- cada partícula de saber se traspondrá en un poder hacer terapéutico”.

SIGMUND FREUD, CONFERENCIA 16

Índice

Presentación	6
Capítulo 1	
Construcción de la oposición entre neurosis y psicosis <i>Estela Soengas, María del Pilar Bolpe y Mariana Dinamarca</i>	7
Capítulo 2	
Contribución de las psicosis a la definición de lo inconsciente <i>Julieta De Battista, Jesuán Agrazar y Marina Martín</i>	22
Capítulo 3	
Caso Schreber: homosexualidad y narcisismo <i>Jesica Varela y María Sol Oporto</i>	34
Capítulo 4	
El problema de la especificidad del mecanismo <i>Nora Carbone, Mercedes Kopelovich, María Luján Moreno y Gastón Piazze</i>	49
Capítulo 5	
Caso del Hombre de los lobos: alucinación y mecanismo <i>Silvia Zamorano y Jesica Varela</i>	60
Capítulo 6	
Angustia hipocondríaca <i>Julieta De Battista, Sergio Zanassi, Juan Blanco y María Inés Machado</i>	72
Capítulo 7	
Oscilaciones de la melancolía <i>Luis Volta, Sergio Zanassi, Anahí Erbetta y Nicolás Campodónico</i>	85
Capítulo 8	
Caso de la dama de los alfileres: culpa y tormento <i>María Inés Machado, Julia Martín, Martina Fernández Raone y Diana Lozano</i>	96
Capítulo 9	
Realidad y alteración del yo <i>Mónica Torres, Juan Blanco y María Ester Hoggan</i>	106
Capítulo 10	
Vaivenes de la transferencia <i>Julia Martín, Nicolás Maugeri, Diana Lozano y María Selika Ochoa de la Maza</i>	116
Los autores	131

Presentación

Adarajas freudianas

¿Por qué un libro sobre las psicosis en Freud? ¿Acaso no hay en Lacan una propuesta superadora? ¡Leamos a Lacan! Aprendamos sobre la forclusión del Nombre-del-Padre y los fenómenos elementales, ¡Lleguemos hasta los nudos! El entusiasmo de los estudiantes parece relegar a Freud a un antecedente de Lacan, una teoría ya superada, parte de la historia de la psicología, pero no de su presente.

Sin embargo, Lacan nunca dejó de autoproclamarse "freudiano" incitando una y otra vez a una lectura minuciosa y al pie de la letra del texto de Freud, encontrando allí los puntos de la trama que podían esclarecerse con otra lectura. No era tampoco una lectura fascinada u obnubilada, Lacan no se ahorró sus tesis referidas a los obstáculos que la misma posición de Freud introdujo, aun cuando eso le valiera su excomuniación de la Internacional fundada por Freud. Hereje, pero freudiano. Hereje, no religioso. La lectura de Lacan no es la de la repetición dogmática, tampoco la de los estribillos. Recupera los obstáculos a los que una posición conduce, sin por eso dejar a un lado lo que esa posición posibilitó. Entre hallazgos y obstáculos se inscribe un derrotero signado por este más allá del padre que no es sin embargo sin servirse de él.

Tomamos prestado ese método de Lacan cuando proponemos una revisión de todo lo que Freud ha dicho sobre las psicosis. Localizar los hallazgos, festejar las novedades, detectar los obstáculos. Creemos con Lacan que el texto freudiano está aun poblado de adarajas¹ que aguardan su lectura para abrir a nuevas reflexiones. Adarajas que abren posibilidades apenas anunciadas.

El libro recupera entonces las formulaciones freudianas en sus tensiones constantes entre teoría y clínica. Parte de los sucesivos pasos que llevaron a Freud a distinguir neurosis y psicosis a partir de un criterio propio del discurso analítico: la capacidad o incapacidad de establecer transferencias. Interroga luego la particular posición del psicótico con respecto al inconsciente y los cambios de posición posibles ante el mismo en un espíritu que intenta recuperar la dinámica de fuerzas freudianas, sin cristalizarse en la estabilidad inmovible de la estructura. Continúa revisitando el caso Schreber, intentando deslindar cuáles fueron los motivos teóricos que le dieron valor de necesidad a la hipótesis causal de la homosexualidad en la paranoia, para luego ubicar los obstáculos en las distintas formulaciones freudianas sobre los mecanismos operantes en las psicosis y su especificidad o inespecificidad.

El recorrido del libro dialoga con la clínica en toda su extensión. Retomamos entonces el caso del hombre de los lobos para recuperar los puntos oscuros de su formulación con respecto al mecanismo, el papel de la alucinación y el cuerpo. Nos preguntamos sobre la angustia en las psicosis y recobramos la hipótesis freudiana de la angustia hipocondríaca para ponerla a trabajar en un pensamiento sobre la cura. Nos aventuramos también en las oscilaciones freudianas sobre el estatuto de la melancolía en sus relaciones con las psicosis y especialmente con la manía, para luego tensionar lo hallado en un caso que supuso grandes obstáculos para Freud, al punto de no publicarlo sino fragmentariamente. Culminamos con dos capítulos destinados a problemas espinosos del planteo freudiano sobre las psicosis: la cuestión de la realidad y la alteración del yo y los vaivenes en las definiciones freudianas de la transferencia psicótica.

Volver a Freud, para leer a Lacan. Esperamos que la propuesta los entusiasme.

Julieta De Battista

¹ Adaraja es un término de la arquitectura o la construcción que refiere a cada uno de los dientes o partes salientes de sillares, ladrillos u otros materiales que se dejan lateralmente en un muro para prolongarlo ulteriormente sin que aparezca ninguna discontinuidad estructural.

CAPÍTULO 1

Construcción de la oposición neurosis-psicosis

*Estela Soengas, María del Pilar Bolpe
y Mariana Dinamarca*

El descentramiento radical de la patología mental tanto de la conciencia como del Yo [...] iniciado por Freud desde el comienzo de su obra, permitiría asentar una nueva concepción nosológica, una reorganización nosográfica más acorde con la clínica subjetiva y un procedimiento terapéutico aplicable a todo ese nutrido conjunto de patologías.

ÁLVAREZ J.M., ESTEBAN R. & SAUVAGNAT
F. FUNDAMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA

Introducción

Podríamos decir que dos tesis principales popularizaron los desarrollos de Sigmund Freud. La primera fue la afirmación de la existencia de una legalidad inconsciente operando en todos los seres hablantes, quienes pueden además padecer de los síntomas que de allí provienen. La segunda fue la afirmación de una particular relación causal entre el padecimiento mental y los avatares de la sexualidad humana.

En este capítulo, que es el primero de un libro enmarcado en el complejo campo de la transmisión de la psicopatología, vamos a ocuparnos de rastrear otro gran aporte freudiano. Éste, mucho menos mencionado que los citados, es sin embargo uno de los más importantes si queremos entender qué lugar vino a ocupar la obra de Freud en la psiquiatría de finales del siglo XIX y cómo nuestro autor reorganizó el campo desde el que partió, modificando las concepciones que reinaron durante gran parte del siglo XX. Se trata de la distinción neurosis-psicosis.

Queremos demostrar que el binomio neurosis-psicosis, que hoy nos parece tan natural, no le vino dado. No es un punto de partida, sino de llegada del pensamiento freudiano. La diferenciación entre estas dos posiciones subjetivas a partir de mecanismos específicos actuando en los tiempos de la constitución fue producto de un esfuerzo y una elaboración teórica que vamos a ir rastreando a lo largo de toda la producción de Freud.

Más de cien años nos separan de ese Freud. Hoy el psicoanálisis es fuertemente atacado por aquellos que insisten en buscar el origen de los síntomas en los órganos o en los genes y ofrecen una solución medicamentosa a medida. Diariamente vemos cómo los discursos dominantes acerca del sufrimiento mental se esfuerzan por borrar las fronteras estructurales que trazó el psicoanálisis para tratar de imponer una clínica marcada por una sumatoria de síntomas que no remiten a nada más que a ellos mismos. La pregunta acerca de la causa parece no tener lugar en un individuo preocupado por suprimir conflictos y evitarse el padecer. Salvando las distancias ¿Se tratará entonces de la misma manera a todas las “afecciones del alma”, como ocurría en la era pineliana? ¿Puede ser la histeria reducida a un trastorno disociativo o conversivo y la esquizofrenia asimilada a una perturbación del pensamiento? De

esta lectura se deriva una clínica donde el medicamento responde siempre al llamado de un síntoma que hay que eliminar para así poder devolver al paciente a su rutina diaria, sin que su verdad como sujeto del inconsciente sea puesta en cuestión.

Así los conceptos neurosis, psicosis y perversión -que tan finamente habían sido delimitados- fueron reemplazados por la nociones de trastorno o desorden y las entidades clínicas abandonadas en beneficio de caracterizaciones sindrómicas. Este abandono del modelo nosográfico dio lugar a una clasificación de las conductas, reduciendo, en consecuencia, las psicoterapias a meras técnicas de supresión de síntomas y readaptación. De ahí la importancia de recuperar los hitos en la constitución de esta oposición entre neurosis y psicosis que respeta justamente las distintas modalidades de presentación del síntoma.

El propósito de este capítulo será entonces desglosar la oposición neurosis-psicosis en la obra de Freud. Para ello partiremos de la idea de que esta diferenciación no surge del campo de la psiquiatría, sino que se trata de un proceso que es posible reconstruir en la obra freudiana. En busca de estos desarrollos que hicieron posible la distinción, recorreremos los textos escritos entre los años 1894 a 1924, con el fin de localizar los fenómenos clínicos y la elaboración teórica de la que se valió el autor para dar cuenta de los factores que subyacen a las nosologías que fueron edificadas en los distintos momentos de su obra.

Si bien los intereses de Freud y sus escritos muestran inicialmente un perfil neuronal correlativo a su formación académica y a la producción científica de la época, este biologicismo inicial fue dando lugar a un despliegue teórico en el que los síntomas adquirieron cada vez más relevancia, articulándose con mecanismos que daban cuenta de ellos. Los desarrollos freudianos fueron organizándose en torno a mecanismos psíquicos, el descubrimiento del inconsciente, sus efectos tanto en la génesis de los fenómenos patológicos como en la normalidad y el papel de la sexualidad. Estos descubrimientos comenzaron a ser los puntos cardinales respecto a los cuales ordenaría el campo de las neurosis y las psicosis.

Con el fin de dar cuenta de este avance, dividiremos en tres períodos las nosologías freudianas y veremos en cada uno de ellos el desarrollo de su conceptualización sobre el tema que nos convoca.

El primer periodo es el que corresponde al modelo que encontramos en el texto "Las neuropsicosis de defensa" que data del año 1894, en el cual es muy notable la influencia del trabajo realizado en conjunto con Joseph Breuer y el impacto de su encuentro con el trabajo de Jean Martin Charcot. Trabajo que fue dos años más tarde extendido en un escrito que es una continuación y aporte al ya nombrado y se titula "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa", publicado en el año 1896. Llega en este primer momento a la oposición neuropsicosis de defensa vs. neurosis actuales.

A este primer modelo le sigue otro que está marcado por la oposición entre las neurosis de transferencia y las narcisistas, oposición que anuncia en un texto publicado en el año 1911 llamado "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente", más conocido como "El caso Schreber" (Freud, 1911). En esta oposición el concepto de narcisismo tiene un papel fundamental, como así también el lugar que ocupa la fantasía para cada una. La introducción formal de este concepto se establece con la publicación del texto "Introducción del Narcisismo", de 1914. Los efectos que este concepto tiene en la nosología, recorren todos los textos que forman parte de este segundo periodo y abren nuevas posibilidades en torno a la explicación causal de ciertas formas de psicosis de las que se vale Freud para ilustrar el funcionamiento (en su vertiente patológica) de este estadio normal del desarrollo libidinal llamado "narcisismo".

El tercer y último modelo edificado, está organizado a partir de lo que se conoce como la segunda tópica freudiana, donde se indagan los conflictos entre las instancias psíquicas y la génesis de las patologías a las que estos conflictos dan lugar. La neurosis será entendida entonces como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. Los escritos que pertenecen a este periodo son una especie de aplicación de las ideas desarrolladas en "El yo y el ello" (Freud, 1923) al problema de la diferenciación de la génesis de las neurosis y de las psicosis. Tema del que Freud nunca dejó de ocuparse, tal como puede constatarse en los textos que habían sido escritos en su primer modelo nosológico y causal, producidos más de treinta años antes.

Es necesario aclarar que estos modelos no se inscriben en una sucesión lineal superadora, en el sentido que el último período implicaría la abolición de los anteriores. Cada uno de ellos responde a distintos problemas que Freud va formulando a medida que intenta teorizar la experiencia inédita del análisis. La distinción inicial entre neurosis actuales y neuropsicosis se conserva hasta el final de la obra freudiana. Lo mismo ocurre con la distinción al interior de las neuropsicosis que se establece en el segundo período (neurosis narcisistas y neurosis de transferencia), que sufre leves modificaciones y

precisiones en el tercer período. Un párrafo aparte merecería el lugar de la perversión en las nosologías freudianas, del que no podremos ocuparnos aquí.

De ahí la importancia de reconstruir los problemas que dieron lugar a estas formulaciones en el contexto teórico en el que hallaron expresión. Antes de abocarnos de lleno a esta tarea, revisaremos el surgimiento de los términos “neurosis” y “psicosis” en el campo de la psiquiatría y determinaremos cómo su uso no implica el establecimiento de una oposición, sino más bien una generalización.

En su obra *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, J. M. Álvarez, R. Esteban y F. Sauvagnat, realizan un recorrido histórico del concepto de “psicosis”, reconociendo que las referencias a este término dentro de la clínica psiquiátrica son sumamente escasas.

El término *Psychose*, fue acuñado por Ernst Von Feuchtersleben -decano de la facultad de Viena en el año 1845-, quien propuso en su *Tratado médico de las manifestaciones anímicas* de 1847 este término para referirse a las manifestaciones psíquicas de las llamadas “enfermedades del alma”. El término tuvo un uso meramente descriptivo y no eran para él excluyentes, psicosis y neurosis. Así, salvo pocas excepciones durante los siguientes cincuenta años posteriores a su creación, el término “psicosis” se empleó como sinónimo genérico de trastorno mental. Será a partir de Freud que este término logre desembarazarse de su matiz neurológico, hasta llegar a denominar una organización psicógena determinada por un mecanismo y con síntomas entendidos como la expresión de conflictos infantiles ligados a la historia sexual del individuo.

En cuanto al término “neurosis” se origina a finales del siglo XVII aunque su máximo uso se circunscribe al siglo XIX en plena eclosión de la especialidad psiquiátrica, siendo empleado originalmente para describir cualquier trastorno del sistema nervioso. Es el médico escocés William Cullen, quien en 1769 se refiere con el término “neurosis” a un trastorno general del sistema nervioso, caracterizado por cursar sin fiebre ni otras lesiones orgánicas demostrables, y que es capaz de alterar las capacidades sensitivas y motoras del individuo. Como puede advertirse, confluyen en este concepto patologías tan dispares como mareos y desmayos, el tétanos, la rabia, las crisis histéricas, la melancolía (posteriormente denominada depresión) y la manía. Generalidad y no oposición recubren el uso de ambos términos, cuyo significado se diluye en el más amplio de perturbación mental. Pasaremos ahora a dar tratamiento a las sucesivas distinciones que Freud articula para arribar a una distinción que continúa vigente.

Continuidad entre neurosis y psicosis (1894-1911)

Dos artículos freudianos representan las elaboraciones que sustentan la primera división del campo psicopatológico considerado por Freud. Estos son: “Las neuropsicosis de defensa. Ensayo de una teoría de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias” del año 1894 y “Nuevas Puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, del año 1896. De la misma época se encuentran en la correspondencia con Fliess, algunos manuscritos que amplían los tópicos principales que Freud aborda en los textos mencionados. La distinción que se establece en este primer período es la de neurosis actuales y psiconeurosis de defensa, siendo la operatoria de un mecanismo psíquico el rasgo diferencial, dado que ambos tipos comparten una etiología sexual.

Respecto de las neurosis actuales, Freud se ocupa de ellas tempranamente y postula como principal factor causal la acumulación de excitación sexual que no encuentra descarga en el ámbito físico. Ubica dos formas: la neurastenia y la neurosis de angustia. Mientras que los síntomas característicos de la neurastenia son somáticos (presión intracraneal, irritación espinal, dispepsia con flatulencia, constipación, etc.), la sintomatología de la neurosis de angustia se ordena alrededor de un síntoma fundamental: la angustia. Deja entrever que se inclinaría también a incluir a la hipocondría y la melancolía dentro de las neurosis actuales, pero estos tópicos no adquieren un mayor desarrollo en este momento.

Como ejemplo de este pensamiento sobre la etiología podríamos mencionar que Freud considera que la etiología de la neurosis de angustia debe buscarse en un factor físico de la vida sexual: abstinencia (por elección o forzosa), virginidad, *coitus interruptus*, falta de potencia sexual, entre otros. Todos ellos tienen en común una excitación sexual somática que no encuentra decurso en lo psíquico. De este modo:

Toda vez que una tensión sexual física se genera con abundancia, pero no puede devenir afecto en virtud de un procesamiento psíquico (a causa de un desarrollo deficiente de la sexualidad psíquica, a causa de un intento de sofocarla [defensa], a causa de su decadencia o de una enajenación *habitual* entre sexualidad física y psíquica), la tensión se-

xual se muda en angustia. Y esto implica también una acumulación de tensión física y obstaculización de la descarga hacia el lado psíquico (Freud, 1894b: 234).

Explica ya aquí cómo piensa la relación entre la tensión sexual y la angustia, postulando que la misma se genera por la acumulación de un estímulo endógeno que localiza en la respiración, pero que puede prestarse a la descarga de cualquier tensión física general. Finalmente establece las relaciones entre neurosis de angustia e histeria, señalando que si bien en ambas hay una suerte de conversión² o impacto en lo corporal, lo que las diferencia es que en la histeria se trata de una excitación psíquica que pasa al camino de lo somático, mientras que en la neurosis de angustia es una tensión física la que no puede pasar al ámbito psíquico y por lo tanto persiste en el camino físico (Freud, 1894b).

La neurosis de angustia puede aparecer aislada o en combinación con otras neurosis. Freud describe con gran detalle la especificidad de sus síntomas, entre los que se cuentan los siguientes: irritabilidad general, insomnio, vértigos y mareos, ciertas fobias (fobias típicas, agorafobia), vómitos y/o náuseas, parestesias, incluso alucinaciones. Pero el síntoma que Freud considera nuclear de estas neurosis es la expectativa angustiada que abarca "todo cuanto de ordinario se designa 'estado de angustia', 'inclinación a una concepción pesimista de las cosas'" (Freud, 1895: 93). Se refiere en este punto a la hipocondría relacionándola con un viraje de la expectativa angustiada hacia la propia salud, aunque agrega que a esto deben sumarse parestesias y sensaciones corporales penosas.³ La manera en la que puede manifestarse la angustia es en los ataques de angustia, aparición súbita de esta última en la conciencia. Puede aparecer asociada a una representación, a una parestesia o a la perturbación de ciertas funciones orgánicas (respiratorias, cardíacas, glandular, etc.).

Respecto a la etiología, Freud la atribuye a determinadas prácticas sexuales nocivas actuales (no infantiles), tanto para la neurastenia como para las neurosis de angustia. Lo actual connota entonces lo actual en el tiempo y cierta permanencia. Para la neurosis de angustia delimitará como factor etiológico específico la satisfacción incompleta, tomando como ejemplo paradigmático el *coitus interruptus*, así como la abstinencia sexual. Para la neurastenia postulará como causa el hábito del onanismo. Sin embargo Freud señala que al factor sexual (que es el principal) deben sumarse otros factores para que se presente una neurosis de angustia o una neurastenia: cierta predisposición y un factor causal banal u ocasional que funciona como factor desencadenante.

Respecto a la postulación del mecanismo en juego en las neurosis de angustia, Freud afirma, por un lado, una acumulación de excitación de origen somático que deriva en angustia (por lo incompleto de la satisfacción sexual que se da en ella), y por otro lado que dicha angustia no tiene ninguna derivación en lo psíquico. En este momento de las elaboraciones de Freud se encuentra en juego una teoría fisiológica de la angustia, según la cual la energía sexual que no ha encontrado descarga deriva automáticamente en angustia.⁴ A esto suma un aminoramiento de la libido sexual o placer psíquico, es decir que la participación psíquica en los procesos sexuales está amenguada. Esta concepción será revisada recién luego del giro de los años '20.

El desarrollo expuesto lleva finalmente a Freud a concluir que "el mecanismo de la neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal" (Freud, 1895: 108). Esto último se explicará en virtud de que para Freud la excitación somática tiene necesariamente un correlato de excitación en lo psíquico, que genera un estado de tensión libidinal que pugna por ser cancelado mediante una descarga, lo cual sólo es posible mediante una "acción adecuada": es decir el coito con su desenlace normal. De este modo, Freud explica que se genera una neurosis actual cuando la acción adecuada es reemplazada por otra no adecuada por la cual la excitación sexual somática no encuentra un procesamiento o tramitación en lo psíquico.

Se establece así que las neurosis actuales se caracterizan por una etiología sexual que se sitúa en la actualidad y que se corresponde con una práctica sexual nociva. Freud postula que no hay un mecanismo psíquico en juego en el caso de estas neurosis, en las que la tensión sexual somática se descarga de manera automática a través de la angustia. Como veremos a continuación es la etiología y la cuestión del mecanismo lo que diferenciará a estas neurosis de las neuropsicosis de defensa. Es de destacar también que la distinción freudiana no es taxativa, dado que contempla las llamadas "neurosis mixtas". Si bien se encuentran casos puros de neurosis de angustia, lo más frecuente es encontrar casos de neurosis mixtas, es decir, síntomas de neurosis de angustia asociados a una neurastenia, melancolía, histeria o representaciones obsesivas.

² Es importante aclarar que no habla aquí de la conversión en el sentido de la aptitud propia de la histeria.

³ Véase el capítulo 6.

⁴ Esta explicación se conoce en la transmisión del psicoanálisis como la primera teoría de la angustia.

En el artículo “Las neuropsicosis de defensa” (1894a) encontramos por primera vez un tratamiento amplio y detallado sobre la defensa como mecanismo psíquico a la base de las neuropsicosis. El concepto de defensa, como se mencionó antes, es el mecanismo psíquico que permite aunar en una misma categoría clínica las representaciones obsesivas, las fobias, la histeria y las psicosis alucinatorias. Freud describe el modo en el que se presentan las distintas neuropsicosis, es así que parte de considerar que, tanto en las neurosis obsesivas y fobias como en la histeria⁵, la defensa opera frente a una representación inconciliable de naturaleza sexual.

El modo de operar de este mecanismo puede ilustrarse con los siguientes pasos: una vez acontecida una representación inconciliable, ni ella ni su afecto pueden ser suprimidos, por esta razón el único camino posible para deshacerse de ella sería el debilitamiento de la representación. Un modo de producir esto es divorciando la representación en cuestión del afecto que le corresponde. Este primer paso es compartido en el caso de las histerias, las fobias y las representaciones obsesivas. Será a continuación donde se diferencien. Mientras que en la histeria (por una predisposición particular, la aptitud para la conversión) el afecto es traspuesto al cuerpo, en la neurosis obsesiva al faltar esta predisposición “es fuerza que ese afecto permanezca en el ámbito psíquico” (Freud, 1894a: 53).

Por tanto, en la histeria la representación despojada de su afecto caerá en el olvido y formará lo que Freud llamará en este momento “grupo psíquico segundo”. En este punto se evidencia un claro distanciamiento respecto de la posición de Janet⁶, quien postulaba que la escisión de conciencia era el elemento patognomónico en la histeria y la reconducía a un debilitamiento patógeno, mientras que para Freud esa escisión es considerada producto de la operatoria de la defensa, por lo tanto es secundaria y no es un déficit. Por otro lado, el afecto desligado de la representación será traspuesto a lo corporal mediante un mecanismo específico: la conversión. Freud es taxativo en afirmar que lo específico de la histeria es la aptitud para la conversión, no la escisión de la conciencia. Dejando así en claro que la predisposición patológica no se corresponde necesariamente con una degeneración hereditaria. Por otra parte, en las neurosis obsesivas la representación es despojada del afecto correspondiente, por obra de la defensa. Resultando de esto una representación debilitada que deja de plantear exigencias al trabajo asociativo, mientras que el afecto permanece en el ámbito psíquico y se une a otras representaciones en virtud de un “enlace falso”.

Freud advierte que en este caso la representación debilitada y aislada, permanece dentro de la conciencia. Examina además un tercer tipo clínico en el que subraya que la modalidad defensiva es mucho más radical y enérgica: se trata de la psicosis o confusión alucinatoria. En esta llamada psicosis alucinatoria, el yo del enfermo desestima la representación que se volvió inconciliable junto con el afecto que le corresponde para luego de ello comportarse como si la representación nunca hubiera existido. La defensa entonces parece por lo demás exitosa, sin embargo Freud advierte que en el momento en que el sujeto ha llegado a este punto, presenta una psicosis alucinatoria que se ha producido a costa de un desasimiento de la realidad objetiva. El autor utiliza la expresión “recurso a la psicosis”, o “refugio en la psicosis”, para referirse a estas afecciones en las que la defensa opera de modo más enérgico que en el caso de la histeria y la neurosis obsesiva.⁷

Más tarde, en el año 1896, Freud revisa estas elaboraciones en sus textos “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, y en el “Manuscrito K”, del mismo año. En ambos se retoman, amplían y profundizan los puntos a los cuales se había llegado en 1894. Nuevamente se considera la histeria y la neurosis obsesiva en relación al mecanismo de la defensa, despejando con mayor claridad frente a qué operaba dicho mecanismo. La defensa se vuelve nociva en el punto en que se dirige a ciertas representaciones que pueden generar un displacer nuevo y mayor que la vivencia original, aun siendo recuerdos, estas son las representaciones sexuales. Es en este punto que Freud se formula una de las preguntas que atravesará diacrónicamente toda su obra: ¿por qué se reprime la sexualidad? En este momento este interrogante quedará sin respuesta, sin embargo sugiere que en la sexualidad tiene que existir una “fuente independiente de desprendimiento de displacer” (Freud, 1896a: 262). Será recién en el giro de los años ´20 y con el texto “Inhibición, Síntoma y Angustia”, que Freud establecerá el porqué de esta sexualidad en dos tiempos, interrumpida. Para decirlo acotadamente una parte de ella tiene que ser necesariamente reprimida ya que entraña un peligro para el yo.

A partir de estas elaboraciones, y en relación a la histeria, Freud considerará en ambos textos que su sintomatología se remite a una vivencia traumática de índole sexual. Asimismo, se afirma que estas

⁵ Para el caso de la psicosis alucinatoria, Freud se ve precisado a introducir modificaciones en su concepción. Para un desarrollo más extenso de este punto véase el capítulo 2.

⁶ Neurólogo francés que, al igual que Freud, fue discípulo de Charcot.

⁷ Las particularidades del mecanismo defensivo que opera en las psicosis se tratan en extenso en los capítulos 2, 3 y 4.

vivencias sexuales traumáticas o escenas de seducción deben ser además infantiles, es decir haber acontecido antes de la pubertad. Estas vivencias son sufridas por el sujeto de manera pasiva y su efecto traumático se produce cuando las mismas son reanimadas como recuerdos en el período en el que se alcanza la madurez sexual. A partir de estos postulados Freud revisa el tema de la predisposición a la histeria, encontrando la misma su explicación a partir del efecto retroactivo del trauma. Es decir que la reanimación como recuerdo de esas vivencias traumáticas, y su consecuente desprendimiento de afecto, es la condición para la represión.

Es interesante resaltar que esta concepción de la etiología en dos tiempos introduce una nueva temporalidad para pensar los fenómenos patológicos: tiempos lógicos y no cronológicos, causalidad en dos tiempos y efectos retroactivos. Freud rompe así con la linealidad determinista causa-efecto y vislumbra a la vez una nueva relación dialéctica entre pasado y presente.

En cuanto a las representaciones obsesivas éstas se deben también a vivencias sexuales infantiles, pero en este caso las mismas no fueron vividas de manera pasiva, sino activa. De todos modos, Freud reconoce que en el trasfondo siempre hay una vivencia previa que fue sufrida por el sujeto de manera pasiva, es decir que es condición que se haya presentado una vivencia de seducción. En estos artículos aparece la idea de que las representaciones obsesivas corresponden a ciertos reproches mudados, retornos de lo reprimido, que están referidos a esa vivencia sexual infantil que fue realizada activamente.

Finalmente y en relación a la paranoia, Freud también considera que la misma es una psicosis de defensa, y que así como la histeria y la neurosis obsesiva proviene de la represión de una representación penosa. De este modo, postula que el mecanismo de la represión en el caso de la paranoia se realiza por un camino específico: mediante la proyección. Se dedica entonces a considerar las similitudes y diferencias entre la paranoia y la neurosis obsesiva, concluyendo que en ambas está presente el mecanismo de la represión, y que lo que se reprime es una vivencia sexual infantil similar. No obstante la reacción difiere: el obsesivo presta creencia al reproche, en tanto el paranoico persiste en la increencia.⁸ A esto se debe que la modalidad del retorno de los reproches reprimidos sea particular en la paranoia, en tanto se presentan bajo la forma de pensamientos alucinatorios enunciados en voz alta. En la paranoia, a diferencia de la neurosis obsesiva, no aparecen los síntomas de la defensa secundaria, en tanto que en ella el sujeto no se defiende de ninguna forma frente a los síntomas del retorno. Lo que se encuentra en la paranoia son las ideas delirantes a las que el yo del sujeto se va adecuando y que le presentan la exigencia de un trabajo asociativo y explicativo que elimine las contradicciones entre ellas. Se produce entonces una "alteración del yo", como consecuencia de la formación delirante combinatoria o delirio de asimilación.⁹ En el "Manuscrito K" Freud agrega que este proceso puede conducir a una melancolía, en la que el yo presta creencia al síntoma primario (reproche), o más habitualmente a una formación delirante protectora, o delirio de grandeza, que implica una remodelación completa del yo.

Es importante destacar que ya en la Carta N° 125 a Fliess del año 1899, Freud expone una diferencia al interior mismo de las neuropsicosis. Freud considera que tanto la neurosis obsesiva como la histeria son aloeróticas, en tanto implican una identificación con la persona amada. Por su parte, la paranoia tiende a disolver la identificación, reactualizando los objetos de amor de la niñez, a la vez que tiende a disolver al yo en personas ajenas. En virtud de estas características, Freud postula que la paranoia implicaría un avance de la corriente autoerótica o un regreso al autoerotismo. Más adelante veremos que esta tesis cobrará especial relevancia en el segundo período, respecto de las consideraciones freudianas sobre la etiología sexual en juego en la paranoia y a la luz de la noción de narcisismo.¹⁰

Es gracias a las elaboraciones correspondientes a esta temprana época del psicoanálisis que Freud concluye en la delimitación de su primera nosología, construida como hemos ido desarrollando, sobre dos grandes pilares: el mecanismo psíquico en juego y la etiología sexual. De este modo queda formulada la división entre neuropsicosis de defensa y las llamadas neurosis actuales. Dentro de las primeras encontramos los siguientes tipos clínicos: histeria de defensa, representaciones obsesivas y fobias, confusión alucinatoria y paranoia. Dichos cuadros son incluidos en las neuropsicosis de defensa a partir de dos puntos en común: en todas ellas opera la defensa como mecanismo psíquico y en su base etiológica encontramos las vivencias sexuales infantiles. Por el otro lado, como ya hemos dicho, las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia) son el efecto de desórdenes actuales de la sexualidad y no hay en ellas un mecanismo psíquico específico puesto en juego. No olvidemos que Freud advierte también la existencia de muchos casos de neurosis mixtas. Por otra parte, ya hemos destacado cómo comienza a delinearse otra diferencia dentro de las psiconeurosis mismas, en tanto la operatoria de la defensa actúa por divorcio de representación y afecto en histeria, neurosis obsesiva y fobia,

⁸ Un comentario más detallado de la operatoria defensiva en la paranoia puede encontrarse en el capítulo 2.

⁹ Cf. capítulo 9.

¹⁰ Esta referencia temprana al papel del autoerotismo en la paranoia se trabaja en el capítulo 3.

pero en el caso de las psicosis (confusión alucinatoria y paranoia) este divorcio no se presenta y Freud se ve obligado a apelar a otros mecanismos (desasimilamiento de la realidad, proyección).¹¹

Queremos destacar que en estas primeras elaboraciones freudianas neurosis y psicosis se encuentran dentro de una categoría única: las psiconeurosis de defensa. Una especie de "teoría unitaria" que explicaría la condensación de ambos términos de la oposición en uno solo: neuropsicosis o psiconeurosis.¹² Como veremos más adelante, serán necesarios algunos años más para que, en virtud de los avances teóricos y clínicos realizados por Freud, las categorías mencionadas sean delimitadas y opuestas dentro de un modelo nosológico ulterior.

Esquema de la primera nosología freudiana

NEUROPSICOSIS DE DEFENSA	NEUROSIS ACTUALES
Histeria	Neurosis de angustia
Neurosis obsesiva	Neurastenia
Fobias	
	¿Hipocondría?
Psicosis alucinatoria	¿Melancolía?
Paranoia	

Oposición neurosis-psicosis (1911-1923)

Podemos decir que un cambio novedoso se produce en el modelo causal cuando Freud sospecha que el acontecimiento traumático que las pacientes le relataban correspondía en verdad a una realidad psíquica, perteneciente al plano de la fantasía y no a una realidad fáctica, descubrimiento inmortalizado en su ya conocida frase de la carta 69: "ya no creo más en mi neurótica" (Freud, 1897: 301). A partir de entonces lo fundamental en un análisis será la realidad psíquica y ya no la reconstrucción de lo realmente acontecido en la historia del paciente. Esta nueva hipótesis será sostenida a partir de la noción de fantasía como eslabón intermedio y necesario para anudar síntoma y sexualidad.

Será en "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis" de 1905, donde pondrá en duda su hipótesis: "Dada una *vita sexualis* normal, la neurosis es imposible" (Freud, 1905a: 265). Las formaciones sintomáticas no serán ahora traducción directa de las vivencias sexuales infantiles, sino que entre éstas últimas y el síntoma se intercalará la fantasía, concebida como invención de recuerdos y casi siempre producida en los años previos a la pubertad. Las fantasías de seducción tendrán ahora una función defensiva en sí mismas, considerándolas como intentos por encubrir la propia práctica sexual infantil, o sea la masturbación.

Como dijimos Freud descubre que esas escenas infantiles en las que la libido ha quedado fijada no siempre son "verdaderas", revelándosele entonces como una mezcla de verdad y falsedad, como fantasías de los enfermos. Concluirá que las fantasías poseen una realidad psíquica por oposición a la realidad material y dirá que poco a poco "aprenderemos que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva" (Freud, 1917: 335). Luego de llegar a esta conclusión, se interroga de dónde viene la necesidad y el material para crear tales fantasías. Dirá que la fuente de estas está en las pulsiones y que se crean siempre las mismas fantasías con idéntico contenido porque existen lo que lla-

¹¹ Para profundizar esta distinción véanse los capítulos 2 y 3.

¹² "Desde el principio efectúa [Freud] una operación muy simple: toma el mapa de los síntomas y se pregunta cuál es la incidencia del inconsciente descubierto por él mediante el análisis de las neurosis, en cada uno de los síntomas. Si bien con algunos titubeos en los primeros años, responde con la noción de psiconeurosis de defensa, teoría unitaria de las psicosis y las neurosis. Después [...] puede seguirse paso a paso la puesta a punto de la investigación acerca de los mecanismos diferenciales, aunque hubiera partido de una teoría unitaria" (Soler, 2009: 14).

mará "fantasías primordiales" que son un patrimonio filogenético (Freud, 1917a: 338). O sea que él considera que estas fantasías fueron realidad en tiempos originarios de la familia humana. El Yo es educado para obedecer al principio de realidad por influencia del apremio exterior y este proceso se cumple renunciando a ciertos objetos y metas de su aspiración de placer, renuncia que siempre es difícil. Así en la actividad de la fantasía el hombre sigue gozando de la libertad respecto de la compulsión exterior, esa libertad a la que hace mucho renunció en la realidad.

La etiología sexual ligada al episodio infantil cambia de estatuto: ya no se trata de la eficacia retroactiva de contingentes sucesos de seducción acaecidos en un niño inmaduro sexualmente sino que Freud pasa a subvertir la noción de infancia adjudicándole al niño una práctica sexual infantil que resulta inconciliable para el yo y que la fantasía tiene por función encubrir. He aquí la reformulación de la "fuente independiente de desprendimiento de displacer" que cobrará el nombre de pulsión.

A partir de ahora los hasta aquí llamados "traumas infantiles" serán sustituidos por la tesis del infantilismo de la sexualidad. Punto de vista que Freud seguirá sosteniendo hasta el final de su obra. Al introducir el elemento de las fantasías histéricas queda transparentada la ensambladura de la neurosis y su vínculo con la vida sexual de los enfermos. Se pone de manifiesto también una analogía sorprendente entre estas fantasías inconscientes de los histéricos y las invenciones que en la paranoia devenían conscientes en calidad de delirio.

A lo largo de las "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (Freud, 1916-1917) van cobrando esencial valor las mociones pulsionales y el papel desempeñado por las fantasías en la formación de síntomas, culminado con la formalización de lo que Freud dio en llamar series complementarias (constitución y azar). A partir de estas plasmará la estructura y función de las fantasías en la formación de síntomas, adjudicándoles el rol de eslabón intermedio. Destacamos así la importancia de las fantasías en la formación de los síntomas neuróticos: ante la frustración, la libido inviste regresivamente las posiciones que había abandonado y a las que quedó adherida por ciertos montos. Es válido preguntarnos ¿cómo encuentra la libido el camino hacia esos lugares de fijación? Lo que posibilita esto es que todos los objetos y orientaciones de la libido no han sido resignados por completo lo cual permite que tanto ellos como sus retoños sean retenidos en las representaciones de la fantasía. Es por esto, que la libido sólo tiene que re-investir las fantasías para hallar desde ellas el camino a cada fijación reprimida. Mientras mantengan una condición "cuantitativa" gozarán de cierta tolerancia y no entrarán en conflicto con el yo. Si este reflujo de libido a las fantasías se eleva ellas se vuelven exigentes y tienden a la realización, en este caso sí, surgirá el conflicto entre ellas y el yo, serán sometidas a la represión por parte del yo y libradas a la atracción del inconsciente.

Sopesamos entonces el gran valor de la fantasía dado que ante una frustración de la satisfacción en la realidad, queda el recurso de recuperar por regresión vías de satisfacción ya abandonadas, fijaciones libidinales forjadas en la infancia. Es aquí que la fantasía cobra su valor de eslabón intermedio, ya que sólo en el caso en que su sobreinvertidura -producto de la introversión de la libido frustrada- exija una realización y por lo tanto un conflicto con el yo, sólo en ese caso será que se ponga en marcha la operatoria de la defensa que conlleva la posibilidad de su fracaso y por ende del retorno de lo reprimido, es decir los síntomas. Esta intelección contempla entonces la posibilidad de posiciones subjetivas que se sostengan en esta satisfacción fantaseada, sin avanzar en la realización: he aquí al neurótico.

Freud tomará de Jung el término de "introversión" para denominar esta retirada de la libido, que es un estado intermedio del camino hacia la formación del síntoma. Así dirá: "La introversión designa el extrañamiento de la libido respecto de las posibilidades de la satisfacción real y la sobreinvertidura de las fantasías que hasta ese momento se toleraron por inofensivas" (Freud, 1917a: 341). En relación al recorrido que hemos desarrollado, Freud es claro en decirnos que el mismo es planteado para el caso de la formación de síntomas en la neurosis histérica, ya que en relación a la neurosis obsesiva, agregará que en este caso las contrainvestiduras frente a las exigencias pulsionales pasan aquí a un primer plano por medio de las llamadas "formaciones reactivas".

Este es un período de gran importancia ya que Freud logra demostrar la existencia de una legalidad inconsciente operando en todos los sujetos y a la que se accede a través de sus manifestaciones. Gracias a la intelección de los particulares modos de funcionamiento del aparato psíquico, queda demostrada su operatoria que actúa tanto en el ámbito de la "normalidad" como de lo patológico. Los procesos psíquicos que se manifiestan en el hombre normal son de la misma naturaleza que los que se describen en la base de los procesos patológicos. La diferencia radicaría en la manera en que estos funcionan en cada uno de los casos, produciendo como resultado formaciones patológicas diversas que dependen de juegos de fuerzas diferenciales. Avanzaremos ahora entonces en la distinción de estos juegos de fuerzas en neurosis y psicosis.

En su texto de 1914 "Introducción del narcisismo" diferenciará a las "neurosis de transferencia" de las "neurosis narcisistas", estableciendo así taxativamente una clínica diferencial dentro del campo del psicoanálisis. Pasaremos a reconstruir ahora el contexto en que dicha diferenciación se establece.

Sabemos que la mayor parte de la investigación freudiana giró en torno al conocimiento de las neurosis, no obstante las psicosis no fueron excluidas del campo de su interés. Fue el análisis que hizo de las primeras, lo que aplicó a las segundas y esto lo llevó a afirmar que no era precisamente una alteración orgánica lo que producía las psicosis, sino que también éstas eran el resultado de un conflicto psíquico. Es necesario aclarar que en este momento de la obra freudiana las neurosis narcisistas no quedan reducidas a la paranoia como podría parecer sino que incluyen también a la melancolía y a la esquizofrenia de Bleuler, que Freud llama "parafrenia propiamente dicha" (Freud, 1914: 13).

Como ya hemos visto, Freud aborda el problema de la paranoia en una etapa temprana de sus investigaciones y ya hemos resaltado que Freud suponía en ella un retorno a un temprano autoerotismo (Freud, 1899). Pocas fueron las posteriores referencias freudianas a este tema, pero en noviembre de 1906 presenta ante la Sociedad Psicoanalítica de Viena un caso de paranoia en una mujer.¹⁴ A pesar de esto será recién dos años más tarde, en cartas destinadas a Jung y Ferenczi, donde expondrá una hipótesis, que se convertirá más adelante en su principal afirmación sobre este tema y que es el nexo entre la paranoia y la homosexualidad pasiva reprimida, que Freud expresará públicamente en el caso Schreber. Si bien en un principio Freud no encuentra en la paranoia un mecanismo específico como el hallado en las neurosis, intentará situar su especificidad en la particular manera en que se manifiestan los síntomas. Dirá entonces, que el carácter paranoico es la expresión de la manera de defenderse de una fantasía de deseo homosexual inconsciente, frente a este avance de libido homosexual se reacciona con un delirio de persecución.

Esta afirmación será corroborada en las comparaciones que realiza con los casos clínicos aportados por sus colegas Jung y Ferenczi, quienes también observaban que en el centro del conflicto patológico de la paranoia, actuaría la defensa frente a un deseo homosexual. En este intento de dominio, la defensa fracasa, ya que esta homosexualidad se encuentra reforzada desde el inconsciente. Esta conclusión sorprende a Freud y sus discípulos por cuanto ninguno de los casos clínicos revisados, incluido Schreber, había presentado indicios de homosexualidad estando "sanos". Es el delirio el que pondrá en evidencia el papel del deseo homosexual en la contracción de la paranoia.

La lectura metapsicológica del historial de Schreber deja dudas que lo llevan a continuar revisando sus postulados acerca de la historia evolutiva de la libido. Este factor homosexual atrae la atención de Freud hacia un estadio de la historia libidinal que ubica como intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto, al que llamará *Narzissmus* y que conceptualiza como investidura libidinal del yo. Si bien es en su texto de 1914 "Introducción del narcisismo", donde desarrollará este concepto ya en el historial encontramos sus primeras teorizaciones en torno a él. En este último afirmará que el narcisismo consiste en que:

El individuo, se toma primero a sí mismo, a su cuerpo, como objeto amoroso, antes de pasar de este a la elección objeto de una persona ajena. Esta fase mediadora entre autoerotismo y elección de objeto, que es parte del desarrollo normal, suele verse alterada en algunas personas que se detienen en ella un tiempo largo, lo que hará que esta posible fijación al narcisismo perdure en ulteriores estadios de la evolución y que cobre fundamental importancia en las psicosis y no sólo en la elección hétero u homosexual (Freud, 1911: 56).

Esta "originaria investidura libidinal del yo", que va a ser luego cedida a los objetos es parte de una distinción entre libido yoica y libido de objeto, cuanto más gasta una más se empobrece la otra. Freud dará como ejemplo de la fase superior de desarrollo de la libido de objeto al enamoramiento y como su opuesto, el extremo de la libido yoica, a la fantasía del fin del mundo de los paranoicos.¹⁵ Además, la teoría de la libido que consiste en la división entre libido yoica y libido de objeto, aportará una cuota más al esclarecimiento de la esquizofrenia.

En "Tres ensayos de teoría sexual" (1905b) Freud nos advertía que cada estadio del desarrollo psicosexual comprende la posibilidad de una fijación y por lo tanto un lugar de predisposición. Tal es el caso de las personas que no han abandonado por completo el estadio del narcisismo, esta fijación propiciaría una predisposición patológica por acumulación de libido que, al no encontrar otro camino o

¹³ Para más precisiones sobre esquizofrenia y melancolía dirigirse al capítulo 2 y al 7.

¹⁴ Este material clínico se trabaja en el capítulo 3.

¹⁵ En el capítulo 4 se trabaja la explicación freudiana de este sepultamiento del mundo.

al ser frustrada su satisfacción en la realidad, somete las pulsiones sociales a la sexualización. Así Freud es llevado a suponer que el punto débil del desarrollo libidinal de los paranoicos ha de buscarse en el tramo entre autoerotismo y narcisismo, situando en el narcisismo la predisposición patológica por fijación de la paranoia y en el autoerotismo la fijación propia de la *dementia praecox* de Kraepelin o esquizofrenia de Bleuler.

Este tipo de fijación será lo más particular de la paranoia que Freud encuentre en su interrogación y lo llevará a formular la hipótesis de las neurosis narcisistas en contraposición con las neurosis de transferencia, deslindando que en estas últimas se conserva la investidura con los objetos en la fantasía. Veremos en el capítulo 4 cómo los intentos freudianos de establecer un mecanismo de formación de síntoma diferencial o una modalidad defensiva específica no corren la misma suerte ya que no logra arribar por esta vía a una especificidad que sea exclusiva de la paranoia.

Vamos a ilustrar tal como nos lo presenta el caso Schreber el proceso de represión. Iniciado en el punto de fijación libidinal, la represión consistirá en el desasimiento de la libido de las personas y cosas antes amadas, todo se le vuelve indiferente. Como ya dijimos de este primer paso de la fijación no recibimos noticias, sólo podemos inferirlo por los procesos que le siguen con el desasimiento. En el caso Schreber podemos pensar este deshacerse de personas y cosas antes amadas desde lo que el enfermo mismo llama "sepultamiento del mundo", que representaría la proyección de su catástrofe interior, "su mundo subjetivo se ha sepultado desde que él le ha sustraído su amor" (Freud, 1911: 65). Será el tercer paso entonces, el que se nos presente como "ruidoso", el mismo consiste en un restablecimiento que deshace la represión reconduciendo nuevamente la libido a los objetos abandonados vía los retornos de lo reprimido. El paranoico, dirá Freud, se reconstruye un nuevo mundo a partir de su delirio y enunciará: "Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción" (Freud, 1911: 65).

Por otro lado, Freud se pregunta por el destino de la libido sustraída a los objetos en la esquizofrenia y se vale de la idea de que es apoyándonos en el delirio de grandeza de estos estados que encontramos aquel camino, ya que este delirio sin dudas nació a expensas de la libido de objeto. O sea que la libido sustraída del mundo exterior fue reconducida al yo y surgió así lo que podemos llamar "narcisismo". El delirio de grandeza vendría a ser la amplificación y el despliegue de un estado antes existente, es por esto que Freud se ve llevado a concebir al narcisismo, que nace por el replegamiento de las investiduras de objeto, como un narcisismo secundario que se edifica en base a otro primario. Vemos así cómo la hipótesis del narcisismo va de la mano de este proceso de desasimiento del mundo que Freud identifica en el proceso patológico psicótico.

Una vez establecido el lugar del narcisismo en la economía psíquica, Freud afirma que para estudiarlo, la vía de acceso principal seguirá siendo el análisis de las parafrenias, término que Freud propone para aunar la paranoia y la esquizofrenia, a la cual nombra como "parafrenia propiamente dicha", dado que no aceptaba el término de Bleuler por asignar a una condición patológica la división que es constitutiva del aparato para todos.

La diferencia entre las parafrenias y las llamadas a partir de este momento "neurosis de transferencia", reside en que en las parafrenias la libido liberada por la frustración no queda adscripta a los objetos de la fantasía, sino que se retira sobre el yo. Por esto es que el delirio de grandeza procura el dominio psíquico de ese volumen de libido y es la operación psíquica equivalente a la introversión sobre la formación de la fantasía de las neurosis de transferencia.

Es así que en este segundo momento nosológico, la elaboración teórica de los desarrollos freudianos, muestra cada vez con mayor claridad la oposición neurosis-psicosis. De esta manera queda establecida la distinción por un criterio puramente terapéutico: la introversión de la libido en el yo impide la investidura de los objetos y por lo tanto Freud deduce que el proceso patológico de desasimiento en las psicosis es también un momento donde la transferencia no puede establecerse. Ahora bien, también resalta que todo desasimiento es parcial y por lo tanto esta incapacidad de establecer transferencias se restringe al momento del desasimiento libidinal.¹⁶ Queda así de manifiesto la novedad freudiana con respecto a los criterios que arman su nosología, que en este segundo momento ponen de relieve la posibilidad o imposibilidad de aplicar el método psicoanalítico.

En esta segunda etapa de su obra, Freud revisa las clasificaciones de los psiquiatras más reconocidos de la época, entre los que se destacaban Kraepelin, con su categoría de *dementia praecox* y Bleuler con su descripción de la esquizofrenia. Si nos remontamos a 1906 nos encontramos con que es Bleuler quien introduce el término "grupo de las esquizofrenias", para designar la ya conocida demencia precoz de Kraepelin. Es Freud quien propone denominar "parafrénicos" a los enfermos que muestran

¹⁶ En el capítulo 10 se trabajan las idas y vueltas de Freud con respecto a la transferencia en las psicosis.

dos rasgos fundamentales: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto al mundo exterior. Alteración esta que los hace inmunes al psicoanálisis, volviéndolos en este momento, para Freud incurables por vía de este tratamiento. Por otra parte es claro que Freud deseaba que el término "parafrenia", reemplazara a los dos anteriores y a su vez, fuera diferenciado de aquella categoría que siempre le fue afín, la paranoia. Esto queda evidenciado en "Introducción del narcisismo", donde en el apartado II, reúne nuevamente demencia precoz y esquizofrenia, dentro de las parafrenias. Es allí donde caracteriza a la demencia precoz o parafrenia propiamente dicha, como aquella que permite rastrear las pulsiones libidinosas, distinguiéndola de la paranoia que le permite inteligir la psicología del yo.

Siendo el objetivo de este capítulo el de reconstruir la diferenciación neurosis-psicosis en la obra de Freud, es necesario detenernos aunque sea brevemente en sus consideraciones sobre la melancolía, por ser una de las formas clínicas en que se presenta la psicosis, llamada aquí "neurosis narcisista". Desde 1895 el autor demuestra su preocupación por esta afección, como queda en evidencia en su correspondencia con Fliess. Será nuevamente en 1917 que se ocupe de este tema, en su conocido texto "Duelo y Melancolía", donde buscará esclarecer la metapsicología de la melancolía a partir de un afecto normal como es el duelo. No nos detendremos en la especificidad de este texto ya que el mismo será abordado en el capítulo 7 de este libro. Sólo destacaremos cómo nuevamente Freud marca aquí la diferencia neurosis-psicosis. Mientras que en el duelo el sujeto realiza un trabajo de desasimio de la libido del objeto perdido y posteriormente lo sustituye por otros, esto no se observa en la melancolía. Un fenómeno especial diferenciará duelo y melancolía, la "rebaja en el sentimiento de sí", que sólo se da en la melancolía. Conceptos como: identificación narcisística, elección narcisista de objeto y conflicto de ambivalencia, serán las premisas que ubiquen a la melancolía del lado de las neurosis narcisistas. La identificación narcisista del melancólico es una herida permanentemente abierta para la pérdida libidinal que vacía al yo hasta el empobrecimiento total, a diferencia de lo que ocurre en la paranoia, en donde el yo se engrandece dando como resultado de la megalomanía.

Antes de finalizar este apartado, una brevísima mención merece la situación de las neurosis actuales en este momento: lejos de desecharlas, Freud las conserva y enriquece introduciendo en este campo a la hipocondría, que merece un desarrollo aparte por su vínculo con la presentación de la angustia en las psicosis.¹⁷

Esquema del segundo modelo nosológico

NEUROSIS DE TRANSFERENCIA	NEUROSIS NARCISISTAS	NEUROSIS ACTUALES
Histeria de conversión	Paranoia	Neurastenia
Histeria de angustia	Esquizofrenia (parafrenia propiamente dicha)	Neurosis de angustia
Neurosis obsesiva	Melancolía	Hipocondría

Aproximación de neurosis y psicosis (1923-1938)

Intentar comprender el pensamiento freudiano apoyándonos sólo en el aspecto cronológico resulta infértil. La referencia a los años en los que se introducen los cambios, es útil si nos centramos en los desarrollos teóricos y las referencias clínicas que marcan el camino que Freud recorre. Es por ello que el tercer y último modelo tanto causal como nosológico es el edificado en función de lo que se conoce como la segunda tópica freudiana, nos referimos con esto a la segunda teorización de la arquitectura del aparato psíquico aportada por nuestro autor. Nos encontramos ahora con dos formas de diferenciación del aparato, con sistemas dotados de características y funciones diferentes. Ambas tópicas de alguna manera se amalgaman, no se anulan entre sí ni una supera a la otra, se integran en forma superadora.

¹⁷ Cf. capítulo 6.

La primera tónica es la que establece la distinción fundamental entre inconsciente, preconscious y consciente. La segunda es la que distingue tres instancias: el Ello, el Yo - que aparece como resultado de una diferenciación progresiva del Ello por influencia de la realidad exterior y que se encarga de diversas funciones, entre ellas la defensa y el contacto con la realidad- y por último el Superyó - constituido a partir de la internalización de las exigencias y prohibiciones parentales, es la instancia que juzga y critica y en cuyo seno encontramos formaciones más específicas como el yo ideal y el ideal del yo, sin que por esto haya que olvidar su raigambre profundamente pulsional.

Ahora ya delimitadas las neurosis y las psicosis y contando con un amplio caudal teórico-clínico, el padre del psicoanálisis sigue afirmando que estas presentaciones patológicas son el resultado de conflictos que estallan entre instancias psíquicas que entran en pugna. La realidad sexual del inconsciente continúa estando en la base de esta conflictiva, que a su vez se ha complejizado por la introducción del concepto de pulsión de muerte. Freud mantuvo como constante su concepción de un aparato psíquico heterogéneo e inarmónico cuyas instancias tónicas alimentan una lucha permanente en la que también se ven comprometidos los aspectos económicos y dinámicos del psiquismo, pero la consecuencia obvia de todas estas nuevas conceptualizaciones fue por un lado la leve modificación nosológica resultante y por el otro un notable parentesco entre las neurosis y las psicosis que nos remite a aquellos primeros intentos de explicación que nuestro autor ensayaba en sus producciones escritas iniciáticas.

Sobrada cuenta de esto nos dará el material que trabajaremos en este último apartado. Los artículos de 1924 "Neurosis y psicosis" y "La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis" abordan de una manera muy límpida, sintética y detallada la génesis y el proceso de restauración de las psicosis y de las neurosis además de la manera en la que se encuentra perturbado el vínculo con el mundo exterior y sus efectos a nivel del yo.¹⁸

Pasemos ahora a las bases conceptuales de nuestro desarrollo. El artículo "El yo y el ello" nos presenta una articulación del aparato anímico, cuyas divisiones se muestran fecundas para explicar procesos psíquicos de gran importancia. En la mencionada obra, Freud se ocupa de describir los diversos vasallajes a los que el yo se ve sometido, es decir su posición de mediador entre el mundo exterior, el ello y su empeño por responder en forma simultánea a todos los "amos" a los que se ve sometido. Debe pensarse en íntima relación con estas formulaciones, el esfuerzo que realiza Freud en su escrito "Neurosis y psicosis", por presentar en una fórmula simple la diferencia genética más importante entre neurosis y psicosis; describiéndolas en términos de conflictos entre instancias y los diferentes efectos que aquello produce.

Así es como la neurosis va a ser explicada como el resultado de un conflicto entre el yo y el ello y la psicosis será el desenlace análogo de una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. Un aspecto que merece especial atención es el del lugar que ocupará la melancolía en esta nosología. Este "estado", como lo llama Freud, va a ser presentado como el paradigma de las psiconeurosis narcisistas, título obtenido a raíz de la propuesta freudiana: el conflicto entre yo y superyó gobierna estas presentaciones que, por esta particularidad, deben separarse de las psicosis en tanto neurosis narcisistas. Esta postulación es provisoria para Freud, pero le parece desprenderse con derecho de la nueva división que propone para el aparato psíquico. Esta novedad no adquiere gran desarrollo, pero la subrayamos como la modificación nosológica que introduce en este último período. Es necesario aclarar entonces que en este momento de la elaboración, Freud reserva el término "neurosis" -a secas- para referirse a las neurosis de transferencia, tal y como fueron trabajadas en el apartado anterior (es decir, neurosis obsesiva, histeria e histeria de angustia), el de "psicosis" lo usa para nombrar lo que en el segundo momento llamaba psiconeurosis narcisistas o parafrenias (que incluían a paranoia, esquizofrenia, confusión alucinatoria y melancolía) y restringe finalmente el uso del término "neurosis narcisistas" a la melancolía, que diferencia ahora de las psicosis (paranoia, esquizofrenia y confusión alucinatoria).

Detallemos entonces la diferencia en la génesis de neurosis y psicosis. Cabe destacar que ambas parten de una etiología común: el apremio de la realidad frustra el cumplimiento de una moción pulsional. Freud subraya entonces que ante este punto de partida común lo que marca la diferencia entre neurosis y psicosis, el efecto patógeno diferencial atribuible a cada una, está dado por lo que el yo hace ante esta tensión conflictiva: continúa fiel al vasallaje del mundo exterior (neurosis) o se rebela ante él y se rinde al vasallaje del ello (psicosis).

Las neurosis de transferencia se generarían porque el yo no accede a dar tramitación a una moción pulsional pujante en el ello, o se le impugna el objeto que tiene por meta. Así el yo se defiende de aquella pulsión mediante la represión. Hasta aquí permanecemos en el campo de la defensa lograda o salud

¹⁸ Cf. capítulo 9.

aparente. Ahora bien, lo que provoca el efecto patógeno es que lo reprimido se revuelve contra este destino hostil y se procura una satisfacción sustitutiva: el síntoma, es decir, la defensa fracasa. El yo al verse amenazado por este subrogado, prosigue su lucha contra él, tal como lo hizo con la moción originaria. En este conflicto entre yo y ello, el vasallaje a la realidad resulta más poderoso y el yo del neurótico se muestra inicialmente obediente a este vasallaje y por lo tanto emprende la huida de la moción pulsional vía la defensa. Esta primera reacción marcará una diferencia fundamental con las psicosis. Si en el caso de las neurosis el yo en vasallaje a la realidad sofoca al ello, en las psicosis la reacción inicial difiere, no es la obediencia a la realidad sino que se arranca de ella, inicialmente está la huida y Freud señalará que esa primera reacción ya es patológica.

En el origen de las psicosis entonces también halla una perturbación pero ésta, como dijimos, se da en el nexo entre el yo y el mundo exterior. Para ilustrar esto Freud desarrolla este proceso tal como aparece en la *Amentia* de Meynert y en la esquizofrenia. La *Amentia* es denominada "la forma más extrema e impresionante de psicosis" (Freud, 1924a: 156) y la caracteriza de esa manera por ser una presentación en la que el mundo exterior no es percibido de ningún modo o su percepción carece de eficacia. La *Amentia* de Meynert es un síndrome que no siempre es crónico y que Freud homologa al sueño normal, porque la persona que la experimenta se edifica (al igual que el soñante) un mundo nuevo, "en el sentido de las mociones de deseo del ello" (Freud, 1924a: 156). Es decir que no sólo se resta investidura al mundo exterior, sino también al mundo interno y se reconstruye directamente un mundo nuevo que desmiente la frustración de la satisfacción por la realidad.¹⁹

Freud reconoce un parentesco entre el delirio y el mecanismo del sueño, por ello utiliza el cuadro de la *Amentia*, para hacer referencia a cómo puede ser radicalmente sustituida la realidad a partir de que se encuentra perturbado el nexo entre ella y el yo. Pero si la sustitución de la realidad opera tanto en los procesos patológicos como los estados normales ¿cuál es el punto que los diferencia? En el artículo avanza luego sobre la esquizofrenia y subraya la apatía, para explicar este primer movimiento patológico de desasimiento del mundo exterior. Nos dirá luego que "el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior" (Freud, 1924a:157). Vemos así cómo Freud complejiza el esquema, dado que señala una etiología común en la frustración de la satisfacción por la realidad, una primera reacción diferencial (obedecer o huir de la realidad) y una segunda reacción reparatoria que, en el caso de las psicosis, ubica del lado de la reconstrucción de un mundo por el delirio.

Dos preguntas quedan sin resolver para Freud. Por un lado, cuál es el mecanismo por el cual el yo puede deshacerse de la realidad (Freud, 1924a: 159)²⁰ y por el otro ¿cuáles son las circunstancias y los medios con que el yo logra salir airoso sin enfermar, de estos conflictos que indudablemente se presentan siempre? (Freud, 1924a: 158).

Ahora bien es en este segundo paso reparatorio que Freud ahondará en sus desarrollos, dado que destaca que podría pensarse que la pérdida de realidad es propia de la psicosis y faltaría en la neurosis. Freud no sostiene esta hipótesis sino que dirá que se produce una pérdida de la realidad en ambas y la diferencia es mucho más fundamental en los modos de sustituirla. Entonces, tenemos hasta aquí una etiología común en la frustración de la satisfacción por la realidad, una primera reacción diferencial, obediencia para la neurosis y por lo tanto defensa de la moción pulsional -que no entraña un efecto patógeno aun- y huida de la realidad inicial para las psicosis, que ya es una reacción patológica para Freud. Ahora bien, en un segundo paso Freud vuelve a emparentar neurosis y psicosis dado que en ambas se produce un resarcimiento o intento de reparación de ese primer paso. En la neurosis el ello es resarcido por la formación de síntoma, en la psicosis el vínculo con la realidad es restablecido por la reconstrucción delirante.

Veámoslo en detalle: en la situación inicial de las neurosis, el yo al servicio de la realidad reprime una moción pulsional (lo que no puede entenderse aun como la neurosis misma). La neurosis consistirá en los procesos que aportan un resarcimiento a aquellos sectores del ello que fueron sofocados. Por lo tanto el aflojamiento del nexo con la realidad es la consecuencia del segundo paso, es el resultado de una represión fracasada. Es con el retorno de lo reprimido que se constituye la enfermedad misma. El neurótico "pierde" realidad en tanto se refugia en la fantasía y busca allí modalidades de satisfacción que habían sido resignadas. La fantasía aporta entonces el material simbólico por el cual no se quiere saber nada de la realidad objetiva, cuota de pérdida de realidad, de huida de la vida real y refugio en la fantasía que distingue la posición del neurótico.

¹⁹ Cf. capítulo 2.

²⁰ Cf. capítulo 4.

Ahora bien, en el caso de las psicosis, el yo que se arrancó patológicamente de la realidad, intenta resarcir algo de este vínculo pero sin consentir a una limitación del ello, razón por la cual reconstruye una realidad que desmiente la realidad objetiva y la sustituye vía la formación delirante.

Tanto en neurosis como en psicosis se presenta una comunidad en este segundo paso que está marcado por el intento de reparación y por la constatación de que sea cual fuere la reacción inicial el ello no se deja constreñir por la realidad. Es decir, la incapacidad para adaptarse a los apremios de la realidad no caracteriza a las psicosis sino que es común a psicosis y neurosis. La realidad no está perdida sólo en las psicosis, para Freud el refugio en la fantasía propio del segundo paso de las neurosis conlleva también una pérdida de la realidad. Tanto la neurosis como la psicosis expresan la rebeldía del Ello contra el mundo exterior y su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad. Neurosis y psicosis afirma Freud, se diferencian mucho más en la primera reacción, que sería la introductoria, que en el ensayo de reparación que le sigue. Esta diferencia inicial se expresa en el resultado final. En la neurosis y la psicosis los acentos están puestos diversamente. En la psicosis el acento recae sobre el primer paso, que en sí ya es patológico y sólo puede llevar a la enfermedad. En la neurosis recae en el segundo paso, el fracaso de la represión. Freud afirma (y con esta afirmación nuevamente nos retrotrae a sus primeros escritos) que el distingo entre Neurosis y Psicosis debe atenuarse por la razón de que en ambos hay intento de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo. Sólo que, con diversos resultados.

Para terminar, nos limitaremos a decir que en este último esquema nosológico las neurosis actuales no han perdido su lugar, sino que en "Inhibición, síntoma y angustia" de 1925 Freud mantiene este grupo de neurosis separado de las neurosis de transferencia por carecer de un mecanismo específico y por no presentar en sus manifestaciones sintomáticas retorno de lo reprimido alguno.

Esquema nosológico de este tercer momento de la elaboración freudiana

NEUROSIS DE TRANSFERENCIA	NEUROSIS NARCISISTA	PSICOSIS	PERVERSIONES	NEUROSIS ACTUALES
Neurosis obsesiva	Melancolía	Esquizofrenia	Fetichismo	Neurastenia
Histeria de conversión		Paranoia		Neurosis de angustia
Histeria de angustia y fobia		Confusión alucinatoria		Hipocondría

Conclusiones

En el recorrido que en este capítulo realizamos, vimos cómo las patologías mentales fueron progresivamente siendo organizadas por Freud, camino en el cual fue estableciendo cada vez con mayor precisión la diferencia entre neurosis y psicosis. Este proceso nos permitió corroborar nuestra hipótesis inicial que proponía esta distinción como un punto de llegada y no de partida. La diferenciación entre estas patologías, inicialmente indiscriminadas, se afianzó paulatinamente hasta lograr una delimitación precisa en cuanto a su presentación, su ubicación en cada esquema nosológico, sus mecanismos y tipos clínicos. Esto hasta llegar al final de su obra, donde nuestro autor acerca nuevamente estas dos estructuras, logrando una sutil cercanía, que una lectura superflua podría llegar a confundir. Él es claro, no obstante, a la hora de mantener las especificidades estructurales que subyacen a esta oposición, que tan finamente había delimitado.

Bibliografía

- Álvarez, J.M; Esteban, R.; Sauvagnat, F. (2002). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Buenos Aires: Síntesis, 2004.
- Bleuler, E. (1911). Demencia precoz. *El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormé, 1960.
- Freud, S. (1894a). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas* Buenos Aires: Amorrortu. Tomo III, 1986.
- Freud, S. (1894b). Manuscrito E. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1895a). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo III, 1986.
- Freud, S. (1895b). Manuscrito G. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1895c). Manuscrito H. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1896a). Manuscrito K. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1896b). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo III, 1986.
- Freud, S. (1897). Carta 69. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1899). Carta 125. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1996.
- Freud, S. (1905a). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 1986.
- Freud, S. (1905b). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 1986.
- Freud, S. (1911). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XII, 1986.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 1986.
- Freud, S. (1915-1916). Conferencia 5. Dificultades y aproximaciones. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XV, 1994.
- Freud, S. (1917a). Conferencia 23. Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XVI, 1994.
- Freud, S. (1917b). Duelo y melancolía. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIV, 1998.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XVIII 1997.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIX, 1979.
- Freud, S. (1924a). Neurosis y psicosis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo 1979.
- Freud, S. (1924b). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIX, 1979.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XX, 1990.
- Freud, S. (1940a). Esquema de psicoanálisis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XXIII, 1997.
- Freud, S. (1940b). La escisión del yo en el proceso defensivo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XXIII, 1997.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2002.
- Napolitano, G. (coord.) (2013) *El campo de las neurosis en la obra de Freud*. La Plata: Edulp. Versión digital disponible en www.sedici.unlp.edu.ar
- Soler, C. (2009). *La querrela de los diagnósticos*. (Curso 2003-2004). Buenos Aires: Letra Viva.
- Von Feuchtersleben, E. (1845). *Lehrbuch der arztlichenseelenkunde*. Viena: Gerol. 1847.

CAPÍTULO 2

Contribuciones a la definición de lo inconsciente

*Julieta De Battista, Jesuán Agrazar
y Marina Martin*

*Es muy probable que una diferente concepción
sobre el sueño haya de influir en nuestras
opiniones acerca del mecanismo interno de las
enfermedades mentales y así tenemos derecho a
decir que trabajamos en el esclarecimiento de la
psicosis cuando nos empeñamos en sacar a la luz
el secreto del sueño.*

SIGMUND FREUD. *LA INTERPRETACIÓN DE LOS SUEÑOS.*

Introducción

Uno de los primeros intentos de conceptualización freudiana de la psicosis partió del ensayo de comprender la psicosis alucinatoria a la luz de la primitiva experiencia de satisfacción que Freud definió como fundante del aparato psíquico. Este supuesto planteaba que inicialmente el aparato alucinaba la satisfacción de las necesidades siguiendo el modelo de una primera experiencia donde la satisfacción se había logrado. De esta manera se instala en la obra freudiana la idea de que la psicosis rechazaría una parte de la realidad para crear otra más acorde a los deseos vía la alucinación. Posteriormente, la clínica de la esquizofrenia le permitirá cernir la especificidad del funcionamiento inconsciente: las representaciones de cosa. En este capítulo revisaremos cómo las psicosis han resultado fundamentales para la definición del inconsciente freudiano.

Entendemos que este capítulo es necesario en el recorrido propuesto por el libro, dado que el inconsciente es un concepto fundamental de la teoría psicoanalítica y tesis como las del "inconsciente a cielo abierto" o "desabonado del inconsciente" han llevado a pensar en una práctica analítica con pacientes psicóticos que no se fundamenta en el descubrimiento del inconsciente. Freud nunca dejó de sostener que hay también inconsciente en las psicosis. Una de las disidencias con Bleuler se basaba justamente en esta hipótesis, ya que Bleuler suponía un proceso patológico específico en el origen de la esquizofrenia, al que llamaba escisión [*Spaltung*] y Freud defendía que el aparato estaba dividido en todos los casos y lo que hacía a la enfermedad no derivaba de una escisión patológica sino de una condición general del aparato: su división en instancias psíquicas que entran en conflicto (Freud, 1911). De modo que la pregunta que comienza a instalarse es cuál es la particular posición que el psicótico adopta ante sus pensamientos inconscientes y qué efectos tiene esto en la implementación del dispositivo analítico.²¹

²¹ Cf. capítulo 10.

La psicosis como "sueño dichoso" en 1894

En 1894 podemos encontrar una de las primeras referencias a la psicosis en la que ya constan elementos que Freud irá desarrollando en los años venideros. En el artículo "Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)" Freud comienza a construir una concepción de la psicosis que la emparenta con el sueño. Veremos cómo los vínculos entre inconsciente y psicosis son muy estrechos desde el comienzo hasta el final de la obra freudiana.

Es necesario aclarar que en este momento de su obra aun no ha formulado su hipótesis del inconsciente, pero ya asistimos a los problemas clínicos que la misma vino a resolver pocos años después. Las referencias a la escisión de la conciencia, a la conformación de grupos psíquicos separados, "grupo psíquico segundo" o un "grupo psíquico independiente de la conciencia" intentan cernir estos "procesos que acontecen sin conciencia" (Freud, 1894: 54-55) y que luego recibirán sin más el nombre de procesos psíquicos inconscientes.

La hipótesis del inconsciente viene entonces al lugar de una laguna que las teorías de entonces no podían llenar, dado que partían de la equivalencia de lo psíquico con la conciencia, relegando lo inconsciente a algún funcionamiento neuronal, orgánico. Pero, ¿cuál era esa laguna? En este momento, Freud estaba elaborando una teoría novedosa de las neuropsicosis que no adjudicaba la causa de los síntomas a una alteración primaria, una degeneración o endeblez innata de la aptitud para la síntesis psíquica - como era el caso de Janet; ni tampoco la consideraba completamente adquirida o secundaria, como en el caso de la hipótesis de Breuer que le daba valor causal al advenimiento de unos estados de conciencia peculiares a los que llamó "estados hipnoides" (Freud, 1894: 48).

Ni completamente innato, ni totalmente adquirido, Freud comenzará a subvertir los términos en que se pensaba la causalidad psíquica. En este contexto, propone una tercera opción para explicar el origen de los síntomas psiconeuróticos: "la escisión del contenido de conciencia es la consecuencia de un *acto voluntario* del enfermo" (Freud, 1894: 48. El subrayado es nuestro). ¿En qué consistió ese acto y de qué voluntad se trata? Ya que Freud aclara rápidamente que la voluntad del enfermo no ha sido la de escindir su conciencia sino que "decidió olvidar" una representación que le resultó inconciliable por el afecto penoso que despertó, no logrando solucionar la contradicción generada mediante un trabajo de pensamiento del yo. Estos casos de aparición de "inconciliables" responden para Freud a representaciones y afectos vinculados a la sexualidad (Freud, 1894: 49). Vemos también cómo se complejiza la teoría de la causalidad: ni esclavos de lo biológico, ni víctimas del entorno, Freud incluye como decisivo en la génesis de los síntomas a un acto voluntario del propio enfermo, un acto que además responde a una voluntad que no es la de la conciencia.

Ahora bien, Freud precisa que este acto voluntario, esta decisión de olvidar no sería en sí misma patológica, debe sumársele cierta "aptitud" -cierta predisposición no hereditaria- para que este empeño voluntario de sofocar lo inconciliable se convierta en una reacción patológica que desemboque en un síntoma. El yo no puede deshacerse de la representación inconciliable ni del afecto concomitante, una solución posible es que convierta la intensidad en debilidad sustrayendo la suma de excitación. La representación inconciliable debilitada ya no es un problema para el trabajo asociativo, pero ¿qué ocurre con la excitación? Freud aclara "la suma de excitación divorciada tiene que ser aplicada a otro empleo" (Freud, 1894: 50).

Todos estos procesos no corresponden a un empeño voluntario consciente, sino a una voluntad de otro orden que cobra fuerza, una especie de voluntad psíquica inconsciente. Pero, ¿cómo se llega entonces desde este acto de defensa a la génesis del síntoma? He aquí la laguna que nos interesaba cernir y que lleva a Freud a la formulación de su hipótesis fundamental y fundacional, la de la existencia de procesos psíquicos inconscientes.

La defensa misma no produce un síntoma, de hecho esta modalidad defensiva que opera por divorcio de la representación y el afecto es común a histeria, obsesión y fobia. Sin embargo, aunque la modalidad defensiva sea en este momento la misma, la génesis del síntoma difiere ya que no está compuesto de la misma manera un síntoma conversivo, un síntoma fóbico y una representación obsesiva. Se vuelve necesaria la hipótesis de la existencia de *otro proceso* que interviene en la formación de síntoma y que no puede reducirse a la mera operatoria de la defensa que debilita la representación.

En el desarrollo de su obra esta distinción, apenas introducida aquí, cobrará el valor de una diferencia conceptual entre el mecanismo de defensa y el mecanismo de formación de síntomas.²² De esta manera, la formación del síntoma histérico se especifica por la trasposición a lo corporal de la suma de

²² Cf. con el desarrollo de esta distinción en el caso Schreber, tratado en el capítulo 3.

excitación, es decir por conversión de la excitación en una inervación motriz (parálisis, contracturas, etc.) o sensorial (alucinaciones, etc.). El síntoma histérico se comporta como un "parásito" para la conciencia, un "símbolo mnémico" que guarda íntimas conexiones asociativas con la representación inconciliable traumática que fue "olvidada" (Freud, 1894: 51). Otro es el decurso en el caso de obsesiones y fobias. La conversión de la excitación a lo corporal no opera, no existe en estos enfermos la "capacidad de convertir" y el afecto queda entonces localizado en el ámbito psíquico, es decir en el pensamiento y se liga a otras representaciones no inconciliables que se transforman por este proceso en representaciones obsesivas (Freud, 1894: 53).

Freud relata un caso de una muchacha, muy mojigata para las cuestiones sexuales, que presentaba como síntoma un aislamiento casi por completo a causa de temores obsesivos relativos a la incontinenencia de orina. Ese miedo no aparecía únicamente cuando se quedaba en su casa, por lo tanto esta fobia había restringido notablemente su capacidad de disfrutar de la vida y del trato social. El ocasionamiento del síntoma pudo reconducirse a una situación en la que ella se entregó a una ensoñación erótica con un hombre casado durante un concierto. A la sensación erótica que esto le produjo respondió con espanto y ese afecto fue el que se transfirió sobre las ganas de orinar, constituyéndose éstas en el sustituto de las inclinaciones sexuales que la horrorizaban (Freud, 1894; Freud, 1895a). Este transporte del afecto es propio de obsesiones y fobias²³, pero no es tan ventajoso para el yo como el síntoma conversivo, dado que este último procesa la excitación inervando lo corporal, en tanto que en el primer caso el afecto continúa igual, sin cambios y sólo se produce una modificación a nivel de la representación que fue "olvidada" (Freud, 1894: 55-56).

Vemos así cómo la escisión de conciencia o constitución de un grupo psíquico segundo no es lo que especifica ni a la histeria ni a la obsesión, tampoco el acto de defenderse que ambas comparten. La especificidad está dada por los procesos que se inician una vez que operó la defensa: conversión y falso enlace, que intervienen en la composición del síntoma, dándole forma. Dos años más tarde Freud establecerá una diferencia entre modalidad de la defensa y tipo de retorno como los dos factores a considerar para cernir por qué en un caso se genera un síntoma conversivo y en otro uno obsesivo.²⁴

Nos hemos extendido en esta distinción dado que ya pasaremos a apreciar que hay una diferencia entre la modalidad defensiva en histeria-obsesión y la psicosis alucinatoria, a la cual nos abocaremos en lo que sigue. Esta distinción puede extraerse de esta separación que Freud realiza en la argumentación de su artículo, dado que unifica histeria-obsesión bajo la modalidad defensiva del divorcio representación-afecto. La aclaración es necesaria puesto que en este momento de su obra para Freud psicosis y neurosis aún no se oponen, como ya ha sido trabajado en el primer capítulo, sino que se añan puesto que en ambos tipos clínicos hay funcionamiento de un mecanismo psíquico. La oposición en este momento no es entre neurosis y psicosis -hecho que queda atestiguado por el término "neuropsicosis" o "psiconeurosis" que las conjuga y es de uso habitual para Freud en estos años-. La oposición en 1894 es entre las neuropsicosis y las neurosis actuales. En ambas la etiología es sexual, pero en las primeras opera un mecanismo psíquico, en tanto que en las segundas no. Freud extrae de esta manera a las psicosis de las hipótesis etiológicas orgánicas pregnantas en la época, les adjudica una etiología sexual y una causalidad psíquica a sus síntomas. Así las inscribe en un "enlace inteligible" con las neurosis (Freud, 1894: 47). Pero este enlace muestra sus fisuras en la argumentación de Freud, que ya tempranamente señala una diferencia a nivel de la modalidad defensiva. Pasemos ahora entonces a ver en qué términos queda definida.

La primera divergencia que aparece es a nivel de la operatoria defensiva. En el caso de histeria y obsesión se divorciaba la representación inconciliable de su afecto, que encontraba otro empleo. Este divorcio debilitaba a la representación, pero ésta persistía en la conciencia ya sea aislada (obsesión) ya sea bajo la forma de un sustituto. En el caso de la psicosis alucinatoria la defensa resulta "más energética y exitosa" dado que directamente desestima [*verwerfen*]²⁵ la representación insoportable junto al afecto y por lo tanto se comporta como si la representación efectivamente no hubiera arribado a la conciencia.

Retomaremos el caso trabajado por Freud para analizar mejor sus argumentos. Se trata de una joven que al parecer ha tenido un encuentro amoroso con un muchacho ("ha regalado a cierto hombre una primera inclinación impulsiva") y cree que es correspondida. Pero esta creencia firme tropieza con

²³ En adelante nos referiremos al par histeria y obsesión, ya que la especificidad de la fobia no termina de precisarse en este artículo y se convierte en un problema que Freud continuará trabajando por muchos años.

²⁴ El problema de la "elección de la neurosis" se retoma en el capítulo 3.

²⁵ Del alemán *Verwerfung*, palabra que ha sido traducida por desestimación, pero también por rechazo. Posteriormente, en las elaboraciones de Lacan se la utiliza como un sinónimo de Forclusión. Para una discusión de las implicancias teórico-clínicas de estos términos Cf. con el capítulo 4 sobre el mecanismo en las psicosis.

un desengaño: el muchacho visita su casa por otras razones y no para obtener su amor. Es ante esta conmoción de la creencia que Freud ubica el factor defensivo ya que los primeros síntomas que presenta tienen por función conservar esta creencia: cree que él vendrá a pedirle casamiento. Un nuevo desengaño de esta creencia culmina en el estado de confusión alucinatoria. El muchacho no ha venido ni vendrá, pero ella escucha su voz en el jardín, se ha vestido para él, baja a buscarlo. Por dos meses ella vive en el "dichoso sueño" de la confusión alucinatoria que le devuelve lo que los desengaños le quitaron: él está ahí con ella.

Vemos entonces cómo se perfilan las diferencias: en el caso de histeria y obsesión el yo se defiende de la realización de una representación inconciliable de contenido sexual por un acto voluntario que pretende olvidarla debilitándola por sustracción del monto de excitación (conversión-falso enlace). En este caso, la ocasión de enfermar está dada por un no querer avanzar en la realización de esa representación inconciliable, como vimos en el ejemplo de la joven mojigata que huye de la ensoñación amorosa con el hombre casado y evita todo trato social que pueda recordarle la tentación. En el caso de psicosis que acabamos de presentar, el de la joven enamorada no correspondida, podemos captar cómo lo intolerable no es la realización de una representación sexual sino el desengaño, la imposibilidad de que se realice. Es decir, lo intolerable ante lo cual opera la defensa difiere: en el primer caso huye de la relación amorosa mediante el síntoma evitativo de la fobia, en el segundo caso restituye por la alucinación la relación amorosa denegada. En un caso lo que se debilita es la representación sexual que resulta inconciliable, en el otro lo que se debilita por la defensa es el desengaño y la representación sexual en cambio es realizada: "el yo se ha defendido de la representación insoportable mediante el refugio en la psicosis" (Freud, 1894: 60).

La psicosis alucinatoria restituye aquello que en la realidad fue denegado, es un modo de no creer en el desengaño que la realidad introdujo, de conservar su creencia en la realización de lo deseado. Vemos así cómo la problemática de las psicosis comienza a instalarse en el terreno del creer o no creer [*glauben*]. Pero este proceso defensivo de la *Verwerfung*, más radical que la represión de histeria y obsesión, conlleva para Freud un desasimiento total o parcial de la realidad objetiva, condición necesaria para que las propias representaciones ganen esa vividez alucinatoria. Si bien la defensa respecto de la representación insoportable es lograda, conlleva un desprendimiento de la relación con la realidad objetiva. Comienza a configurarse así una opción defensiva que no consiste en apartarse, evitar o no querer saber de aquello que resulta inconciliable. O en todo caso lo que resulta inconciliable adquiere carices distintos y el modo de defenderse de lo insoportable y no querer saber de ello también. Pasaremos ahora a desarrollar cómo estas incipientes diferencias se aplican a otro tipo clínico dentro de las psicosis: la paranoia.

La paranoia en 1896: desconocimiento y desautorización de la creencia

Para Freud la paranoia - a la par de la confusión alucinatoria, la histeria y la obsesión- se ubica desde muy temprano como un "modo patológico de la defensa" (Freud, 1896a: 247) ante aquello que no se tolera y a partir de una predisposición psíquica peculiar. Esta última presenta un signo distintivo en la paranoia que Freud enuncia como un particular modo de desconocer [*leugnen*] que hace obstáculo al procedimiento freudiano de ese entonces. Si Freud apuntaba a recuperar el recuerdo de la escena traumática, el paranoico se muestra resistente a ello y el recuerdo no llega.

En 1895 Freud se apuntala en un caso clínico para sostener esta distinción. Una joven tiene una primera "escena de tentación" con un muchacho que no le era indiferente y si bien la misma no culmina en un encuentro sexual basta para provocar tiempo después (y ausencia del susodicho mediante) en un delirio de ser notada: las vecinas aluden a que ella ha quedado para vestir santos y que sigue esperando a ese hombre, le cuentan chismes sobre él, etc. Freud subraya la especial posición de la paciente ante la escena primera: la desconocía y todos los empeños freudianos por recuperar el recuerdo de la misma fracasaron provocando la irritación de la paciente y la interrupción del tratamiento.²⁶

La iniciativa freudiana se topa con una "tajante negación" (Freud, 1895a: 248) que contrastaba por otra parte con la conservación del contenido inalterado en el delirio "el contenido positivo se conservó entonces imperturbado" (Freud, 1895b: 249). Freud subraya que no ha operado allí una sustitución, como en el caso de las representaciones obsesivas. La posición ante el reproche que pudo generarse

²⁶ Este caso se retoma en el capítulo 10.

ante la tentación difiere: esta paranoica ha transformado el reproche interior en insinuaciones de las vecinas "la gente decía lo que ella habría dicho de sí misma" (Freud, 1895b: 249), sólo que ese juicio más íntimo sobre ella misma no fue asumido sino trasladado a los otros. El reproche interior ahorrado se oye desde afuera. De esta manera se ahorra aceptar su tentación y se considera inocente. Lo que viene de afuera se puede desautorizar, en cambio lo que se reconoce como propio sólo cabe asumirlo. He aquí una de las primeras formulaciones freudianas que considera a la proyección como lo característico de la predisposición paranoica, tesis que irá variando en su obra.

De esta manera Freud aún las distintas formas de la paranoia bajo el denominador común del abuso de proyección: se olvida la causa interna de las propias modificaciones, se la mantiene en estado inconsciente al mismo tiempo que se sobreestima defensivamente el papel de las causas externas. Lo que no se quiere saber es aquello que no se quiere admitir, entonces el paranoico se queja de que los otros saben lo que él mismo no quiere reconocer en sí. De este modo, el querulante no acepta que perderá sus bienes por haber procedido mal: son los otros quienes quieren quitárselos. El paranoico hipocondríaco no admite que su malestar corporal tiene que ver con su vida sexual, entonces ha sido envenenado. El funcionario que no logra ascender en su trabajo crea un complot persecutorio en vez de asumir su fracaso. Se abusa de la proyección para sostener el desconocimiento y de esa manera la idea delirante es defendida con la misma energía con la que se defiende de aquello insostenible que el paranoico pretende desconocer. De ahí que los paranoicos amen al delirio como a ellos mismos (Freud, 1895b: 251). Esta no asunción de su íntima participación, este desconocimiento de la causa interna de su malestar queda sofocado por el refuerzo que adquiere la idea delirante. Freud habla de "oleadas de paranoia" o "esfuerzo hacia la paranoia" en un intento de subrayar la actividad que requiere este desconocimiento de las causas internas.

Ahora bien, esta modalidad defensiva difiere de aquella pesquisada en histeria y obsesión, donde más bien prima un abuso de sustitución. En estas últimas se produce un divorcio de la representación y su afecto: cada uno sufre un destino diferente (ya sea la sustitución o el falso enlace y la conversión). Ambas comparten la operatoria del mecanismo de sustitución. En la histeria se conforma el síntoma como símbolo mnémico de lo traumático, la representación es apartada de la conciencia y el afecto es convertido. En la neurosis obsesiva la representación inconciliable es sustituida por otra nimia que queda prendada del carácter compulsivo. Distinto es el caso de las dos formas de psicosis trabajadas por Freud hasta aquí. Ambas comparten el hecho de que un tal divorcio entre representación y afecto no se produce, ni tampoco entra en juego el mecanismo de la sustitución. En los dos casos representación y afecto son apartados de la conciencia en bloque, podríamos decir, holofraseados. No hay divorcio representación-afecto, por lo tanto la defensa que opera difiere de la represión.

En la confusión alucinatoria la representación inconciliable íntegra (representación y afecto) es apartada del yo, so pena del desasimiento de la realidad. Ya señalamos cómo en la confusión alucinatoria esta *Verwerfung* produce un desasimiento de la realidad objetiva y en aquello que retorna encontramos calcado y desafiado el contenido que se había vuelto intolerable. En el caso de la confusión que ya retomamos, el amado que no vino está presente y las alucinaciones de esta manera colaboran sosteniendo la defensa, contribuyen al no querer saber nada de esa pérdida que se produjo en la realidad. De ahí que para Freud, la confusión alucinatoria sea una aberración patológica del estado afectivo normal del duelo. En el caso normal del duelo, ese estado permite tramitar la pérdida ocurrida en la realidad. La confusión alucinatoria parece desconocer esa pérdida y por lo tanto no lleva a su tramitación. La alucinación tiene entonces la función de aseverar lo contrario del hecho que cayó bajo la defensa. Si lo insostenible es que el amado no haya venido, la alucinación lo desafía: él está aquí, eso manifiestan las voces. En el caso de la paranoia se conserva la representación inconciliable íntegra pero proyectada al exterior. La integridad de la asociación representación-afecto, el hecho de que no se disloquen por la operación de la defensa marca ya una gran diferencia que tendrá su impacto en la modalidad de abordaje.

De esta manera y en este momento, para Freud la paranoia y la confusión alucinatoria son las dos psicosis de "desafío eso" o "es justamente eso" (Freud, 1895b: 251). Esta dimensión refiere a una desfiguración que no opera por sustitución sino que utiliza otro tipo de mecanismos como por ejemplo la aseveración de lo contrario al hecho que cae bajo la defensa, o la extrapolación a lo actual bajo la forma de un calco de la representación que fue reprimida. En este sentido, la paranoia es leída por Freud como una aberración patológica del estado afectivo normal de la mortificación (Freud, 1896a: 260). Si en la confusión alucinatoria las alucinaciones permiten ahorrarse el duelo por la pérdida, en la paranoia lo ahorrado es la mortificación que produciría asumir el reproche interno ante el encuentro con la sexualidad, se desconoce la íntima participación en el asunto.

Por este camino, Freud va a construir una diferencia esencial entre paranoia y neurosis obsesiva, basándose en la posición distintiva ante el reproche. Si bien constata en ambas la operatoria de la defensa, se ve obligado a admitir que lo que habría de llamar posteriormente "la elección de la neurosis" dependería de dos factores: cómo es llevada a cabo la represión y cómo retornan las representaciones reprimidas (Freud, 1896a: 263). Volvemos a cruzarnos aquí con el problema no sólo de la defensa sino de los mecanismos diferenciales de formación de síntomas que permitirían explicar por qué en un caso se conforma un síntoma histérico y no uno paranoico.²⁷

Teniendo en cuenta este doble punto de vista, las diferencias entre neurosis obsesiva y paranoia se plantean desde un principio. En este primer esquema causal freudiano, una vez alcanzada la pubertad, el recuerdo de la vivencia sexual infantil traumática en la que el obsesivo ha participado activa y placeramente produce un reproche cuya licitud es reconocida. Hay una asunción inconsciente de esa participación y por lo tanto el síntoma defensivo primario que se crea es el de la desconfianza hacia sí mismo, los escrúpulos de la conciencia moral, que constituyen para Freud un primer momento de salud aparente o defensa lograda. Ahora bien, esta desconfianza hacia sí mismo implica el reconocimiento del auto-reproche por la acción sexual ejecutada con placer en la infancia: el reproche es lícito porque se asume que hubo una participación, de ahí que la reacción sea desconfiar de sí mismo. Estos escrúpulos de la conciencia moral actúan a su vez como una protección ante el retorno del reproche bajo la forma desfigurada de la representación obsesiva. El yo puede escudarse en su carácter intachable para no dar crédito al reproche que retorna: "La certidumbre de haber vivido con arreglo a la moral durante todo el período de la defensa lograda impide creer en el reproche que está envuelto en la representación obsesiva" (Freud, 1896b: 174).

Por lo tanto, a un primer momento de creencia en la licitud del reproche le sigue un segundo momento de escrúpulos de la conciencia moral que actúa protegiendo al yo ante el retorno del reproche, al que en este momento ya no le presta creencia. La representación obsesiva, síntoma del retorno de lo reprimido, aparece como un contenido nimio o trivial que sin embargo presenta un curso psíquico forzoso. El yo no cree que ese contenido merezca tal investidura, ahí el papel de la sustitución en la formación de compromiso. El paso siguiente quedará conformado entonces por la lucha defensiva secundaria del yo contra ese elemento ajeno que es el síntoma. Notemos que lo que lo configura como ajeno y permite entablar la lucha es la secuencia previa: asunción del reproche, desconfianza de sí mismo, no creencia en el reproche que esconde la representación obsesiva. El yo obsesivo lucha contra ese síntoma al que no le presta creencia porque no se reconoce en él, no reconoce allí el cifrado inconsciente de su propia satisfacción.

Otro es el decurso en el caso de la paranoia. Freud supone también la vivencia infantil traumática, pero no puede situar si la posición fue de actividad o pasividad. No obstante es taxativo al delimitar que la reacción ante el reproche que acompaña a la emergencia del recuerdo difiere notablemente de la del obsesivo. El paranoico no presta creencia al reproche inicial, lo desautoriza como tal, no cree en su participación en el asunto que se le endilga. Esta "neutralización" del reproche original desbarata a la defensa primaria que, en el caso de la obsesión, se apoyaba en el reconocimiento del reproche para establecer un síntoma defensivo primario de carácter contrario: si la actividad sexual se había llevado a cabo con placer, la defensa instalaba como rasgo de carácter la desconfianza hacia sí mismo y la escrupulosidad de la conciencia moral. Este movimiento morigeraba el segundo momento del retorno del reproche bajo la forma de la representación obsesiva, a la que podía no prestársele creencia si se consideraba lo altamente escrupuloso que se había comportado el yo.

Ahora bien, esta increencia inicial del paranoico va de la mano con la imposibilidad de reconocer participación alguna en la actividad objeto del reproche y de esta manera el síntoma de la defensa primaria se configura de otro modo: ya no se trata de la desconfianza hacia sí mismo (que se basaba en el reconocimiento del reproche) sino la desconfianza hacia los otros (que se apoya en el desconocimiento radical de la participación activa). En el caso de paranoia crónica expuesto en detalle por Freud en 1896 esta dinámica es clara. La paciente se queja de una sensación en el regazo "como si sintiera una mano pesada en los genitales" que se hace presente cuando está a solas con su mucama y piensa que es la empleada quien en ese momento ha tenido un pensamiento erótico, pero no ella (Freud, 1896b: 176). Vemos cómo la paciente desconoce su participación activa en esa sensación erótica que ella experimenta y que sin embargo atribuye no a su propia acción sino a la de un tercero que con su pensamiento le habría provocado esa experiencia corporal. La lógica de la defensa se trastoca. El síntoma defensivo primario se alinea con esta inocencia inicial y se conforma como "desconfianza hacia los otros". Es aquí donde Freud apela a la proyección como modo de explicar este cambio en la moda-

²⁷ Este tema de la elección de la neurosis vuelve a tratarse en el capítulo siguiente.

lidad de la defensa que, podríamos decir, aparece de un modo más radical que en el obsesivo. El paranoico no se reprocha, reprocha a los otros. La desconfianza hacia los otros es la manera de denegar creencia al auto-reproche.

La denegación de la creencia en el reproche inicial y la consecuente desconfianza hacia los otros no produce ese efecto de protección contra el retorno del reproche que estaba dado por el período de escrupulosidad de la conciencia moral en la obsesión. A la increencia inicial del paranoico no puede más que seguirle una creencia absoluta en el reproche que aparece mudado en amenaza del otro. Si él no tuvo nada que ver en aquello, sólo le queda creer en que es el otro el responsable y esto con la misma fuerza con la que pretende desconocer su propia participación. Los síntomas del retorno de lo reprimido, las alucinaciones, gozan de creencia, el paranoico cree en ellas, se presentan con certeza. En las voces retorna el reproche pero inalterado, la desfiguración es simple, no conforma un sustituto desfigurado sino que se limita a presentar contenidos actuales análogos a la vivencia inicial pasada. La operación de desfiguración muda el auto-reproche en amenaza del otro. Por lo tanto, el yo no lo considera tampoco como ajeno y no entabla una lucha contra él sino que intenta explicarlo mediante lo que Freud llama un delirio de asimilación que conduce a una alteración del yo.²⁸

A fuerza de denegar creencia al reproche la defensa fracasa, ya que el reproche se instala vía la alucinación a la que sí se presta creencia y entonces ya no se puede luchar contra ella sino adecuarsele, en un proceso que conduce más bien al "avasallamiento del yo" que queda sitiado por la omnipresencia del auto-reproche al cual se le denegó creencia. La tendencia del proceso es empequeñecer al yo que termina prestando creencia a aquello de lo que se quería defender y que conduce a una remodelación completa del yo en el delirio de grandeza o la formación delirante combinatoria. Vemos así cómo esta diferencia de la posición inicial, la increencia en el reproche originario, debilita todo el proceso defensivo hasta su total fracaso. Lo inconciliable se impone en la creencia que se presta a la alucinación que impide luchar contra ella y por lo tanto engendra una adecuación del yo vía su alteración. No hay síntomas de lucha defensiva secundaria sino de un avasallamiento del yo.

En 1896, para Freud, el elemento que comanda la paranoia es entonces el mecanismo proyectivo con desautorización de la creencia en el reproche. Esto marca una particular posición con respecto al inconsciente que Freud comprueba al aplicar su método cuyo objetivo era llegar a lo olvidado venciendo las resistencias. El problema que constata Freud es que aquello de lo cual se había defendido en realidad volvía bajo la forma de alucinaciones y en referencia al caso dice: "ella oía o alucinaba interiormente como sus voces las indicaciones que provenían de lo inconsciente" (Freud, 1896b: 178). Por lo tanto todo el trabajo de reproducción del recuerdo y de descubrimiento de las cadenas asociativas condensadas en el sustituto ya no parecía necesario. El reproche original aparecía reforzado alucinatoriamente, el recuerdo buscado se reproducía por vía alucinatoria de forma cada vez más inalterada, las voces no eran más que pensamientos dichos en voz alta, sólo que no propios sino ajenos.

Es más, los intentos por recuperar el recuerdo podían producir la actualización, la intromisión en la conversación de esas sensaciones que habían sido tan displacenteras. En el caso comentado Freud se encuentra con que, ante su pedido de precisiones, responde en lo real la sensación de órgano en el regazo de la que se quejaba la paciente. Por lo tanto, si bien Freud pretende defender la idea de que esta paranoica respondió a su método como lo hacían las histéricas, no por eso deja de subrayar todo aquello que le resulta distintivo: la desfiguración es más simple, no opera por sustituto, la resistencia no puede vencerse, el síntoma puede entrometerse en la conversación, el contenido que cayó bajo la defensa se refuerza en la alucinación, la tendencia es al fracaso de la defensa y a la alteración del yo. El punto que queda sin explicación para Freud es por qué los reproches reprimidos retornarían bajo la forma de voces o pensamientos enunciados en voz alta. Cómo es que esos pensamientos inconscientes pueden volverse completamente ajenos al punto de no poder reconocerse de ninguna manera en ellos.

Psicosis e inconsciente

En 1900, la publicación de *La interpretación de los sueños* refuerza la analogía entre psicosis y sueño. Freud se pregunta por el vínculo entre el sueño y las enfermedades mentales y rescata de diversos autores ideas como "El loco es alguien que sueña despierto" (Kant) o "El sueño es una locura breve y la locura es un sueño largo" (Schopenhauer) que van en la dirección de sostener una suerte de parentesco esencial entre psicosis y sueño en el sentido fundamental de que el sueño procura lo que la

²⁸ Cf. capítulo 9.

realidad niega. De este modo, es basándose en un postulado de Griesinger que Freud va a avanzar con la idea de que el cumplimiento de deseo sería el rasgo común entre sueño y psicosis. Ahora bien, para desarrollar esta idea parte de una concordancia en las manifestaciones de sueño y psicosis a saber, la trasposición de pensamientos en imágenes sensibles que es una peculiaridad psicológica del sueño también presente en las psicosis, más precisamente en las alucinaciones.

En este momento tanto la trasposición en imágenes sensibles como el cumplimiento de deseo -rasgos comunes a psicosis y sueño- están en íntima vinculación. Para explicarlos Freud propone un primer modelo de aparato psíquico conocido como primera tópica. En ella el psiquismo está compuesto por diversas instancias que no se corresponden con localización anatómica alguna, pero están dispuestas en una secuencia establecida. Siguiendo el esquema del arco reflejo plantea la existencia de un polo perceptivo y un polo motor, cuyo acceso está dirimido por la conciencia. El flujo de excitación anímica puede recorrer este aparato en dos sentidos: la dirección progrediente, avanza desde el polo perceptivo al polo motor, y la dirección regrediente, que dirige las investiduras desde el polo motor al polo perceptivo.

Freud supone entonces que el aparato tiende a mantener una energía constante, evitando su incremento que produciría displacer y se basa en el supuesto de que en los primeros cuidados propiciados al niño se produjo una fundante experiencia de satisfacción que dejó su huella en el aparato y que el mismo busca recuperar. Ante cada nuevo apremio de la necesidad las mociones tenderán a investir las huellas de esa satisfacción primera, y por eso perdida para siempre, produciendo entonces esa investidura una reanimación alucinatoria. Esta moción, este motor de lo psíquico, esta diferencia entre lo buscado y lo hallado cobra el nombre de deseo. La naturaleza psíquica del desear implica entonces que el desear termina en alucinar. El camino más corto lleva desde la excitación producida por la necesidad a la investidura de las huellas de aquel objeto perdido que alguna vez produjo una satisfacción.

La actividad psíquica más primordial apunta entonces a lograr esa identidad perceptiva con la satisfacción perdida. Ahora bien, Freud señala que esa investidura alucinatoria por vía regrediente no tiene la misma consecuencia que una satisfacción en la realidad, razón por la cual postula que el aparato debió transformar ese proceso primario de funcionamiento en uno secundario, más acorde a fines, que contempla un rodeo para hallar una satisfacción, esta vez no por vía alucinatoria sino por vía de transformación de la realidad.

El sueño se vuelve una manifestación ejemplar de este modo de funcionamiento primario, es decir inconsciente. El acceso al polo motor está vedado por el estado del dormir y por lo tanto el flujo de excitación no puede hallar satisfacción en la realización de una acción. Emprende un camino regrediente y vuelve a investir huellas inconscientes que se reaniman y conforman la figuración plástica en imágenes que caracteriza al sueño. De ahí que los sueños se conviertan para Freud en la vía regia de acceso al inconsciente. ¿Cómo se entrama su concepción de la psicosis en esta elaboración? El sueño no deja de ser un proceso normal, a cuyo análisis Freud le supone una contribución para el entendimiento de la patología.

En el caso del sueño, el camino regrediente está facilitado por la clausura del mundo externo que supone el dormir. En ese estado no resulta "peligroso" reanimar mociones inconscientes pues les está vedado el acceso al polo de la acción. Ahora bien, esta condición falta justamente en las psicosis donde la pregunta que se perfila es cómo es que se produce una regresión tal cuando debiera primar una corriente ininterrumpida en el sentido progrediente (Freud, 1900). Aquí ya no se puede recurrir al estado del dormir para explicar el camino regrediente que toma la investidura.

No es en este caso una clausura del mundo externo lo que introduce la regresión sino lo que Freud llamará "alteración de las investiduras". Freud postula entonces que en el caso de las psicosis la mudanza regrediente de la excitación se produce por una atracción hiperexpresa de contenidos inconscientes que culminaría en una investidura alucinatoria de los sistemas perceptivos aún en la vigilia. El delirio deviene entonces una suerte de manifestación del inconsciente sin vetos, como si la censura ya no se tomara el trabajo de encubrir los contenidos inconciliables (Freud, 1900: 523). Los deseos infantiles imperecederos, indestructibles pueden aparecer sin velos en la manía de grandeza por ejemplo (Freud, 1900: 548).

De esta manera, para Freud las psicosis enseñan sobre este modo primario de funcionamiento del aparato donde los deseos inconscientes aspiran a regir las acciones no sólo en el dormir sino también en la vigilia. Este cumplimiento del deseo por el camino más corto tiene su modelo en la psicosis alucinatoria que se caracteriza por mantener permanentemente la investidura de las huellas inconscientes, "cuya operación psíquica se agota en la retención del objeto deseado" (Freud, 1900: 558) y que Freud va a llamar "psicosis alucinatoria de deseo". Claro que este tipo de funcionamiento va en desmedro de

la relación con la realidad que dictamina que esa sobre-investidura no basta para hacer frente al apremio de la vida.

De este modo se va perfilando para Freud una hipótesis que sostendrá a lo largo de su obra, aquella que refiere a un refuerzo patológico de las excitaciones inconscientes que termina por yugular al guardián de la censura en el caso de las psicosis. El inconsciente gobierna entonces pensamientos, habla y acciones. Pero esta formulación introduce nuevos problemas, ya que si la censura es yugulada la relación a lo inconsciente que mantiene el psicótico difiere de aquella mediada por la represión. De hecho, si la censura deja de operar lo inconsciente se traspone... en consciente. Este modo de funcionar ya había sido destacado por Freud en el análisis del caso Schreber por ejemplo, allí explícita que es lícito tomar el material autobiográfico en el caso de una paranoia porque es inútil vencer las resistencias y los paranoicos sólo dicen lo que quieren decir. Se perfila entonces que la posición del psicótico ante lo inconsciente no es la del neurótico. Freud sostiene que:

Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, nos es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la conciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales (Freud, 1900: 600).

Ahora bien la posición ante este "núcleo de nuestro ser" (Freud, 1900: 593) que consiste en mociones de deseos inconscientes empieza a conocer distinciones que curiosamente van de la mano de la exploración de la esquizofrenia y avanzan en el sentido de desarmar la analogía entre psicosis y sueño.

En el artículo "Lo inconsciente" de 1915 Freud detalla distintos argumentos para definir este modo de funcionamiento del aparato psíquico. Sólo la introducción del análisis de las psicosis le permite intuir el discernimiento de lo inconsciente. Parte de casos de esquizofrenias incipientes analizados por sus discípulos ya que sostiene que en ellos el inconsciente está al alcance de la mano (Freud, 1915: 193), "[...] en la esquizofrenia se exterioriza como consciente mucho de lo que en la neurosis de transferencia sólo puede pesquisarse en el inconsciente por medio del psicoanálisis" (Freud, 1915: 194). Freud se pregunta entonces cuál podría ser el nexo entre la resignación de las investiduras de objeto propia de la esquizofrenia y este acceso directo, no mediado por la censura, a la conciencia.

Freud avanza en la elucidación de este problema recurriendo a una peculiar característica del hablar esquizofrénico que será trabajada en el capítulo 6. Se trata del lenguaje de sesgo hipocondríaco o lenguaje de órgano y que consiste en una modalidad de expresión que pone en primer plano la referencia a órganos o inervaciones del cuerpo (Freud, 1915: 194), pero no a la manera de la figuración simbólica de la histeria. Freud destaca que no se guardan relaciones de semejanza, sino que se trata más bien del valor literal de las palabras y subraya también que este dicho esquizofrénico no es analizable ya que el paciente mismo lo esclarece y expone ordenadamente en pensamientos y lenguaje de órgano de este tipo aquello que una histérica habría expresado simbólicamente a través de una conversión corporal.

Esta particular relación al lenguaje tiene para Freud "el valor de un análisis" (Freud, 1915: 195), con la peculiaridad que no se ha requerido de la intervención del analista para llegar a él sino que espontáneamente los pacientes se presentan esclarecidos acerca de esos contenidos inconscientes. Freud sostiene entonces en este caso que son las palabras mismas las que son sometidas al proceso primario y no ya las huellas inconscientes del objeto que podrían haber hallado figuración plástica por ejemplo en el sueño. "Tratar las palabras como cosas" (Freud, 1915: 196, n. 6) comienza a perfilarse como una particularidad del dicho esquizofrénico que requiere elucidación por su peculiar posición ante lo inconsciente. De ahí que Freud se vea llevado a diferenciar nuevamente las neurosis de transferencia de las neurosis narcisistas. Si en las primeras la represión es lo que permite que la investidura de los objetos persista en lo inconsciente y por lo tanto el neurótico queda definido como aquel que retiene y no resigna este lazo al objeto; el psicótico en cambio se definirá por resignar en el proceso patológico esa investidura de objeto y esta erotización del lenguaje presente en el lenguaje de órgano cobra valor para Freud en tanto un intento de restablecimiento, de reconquista del objeto perdido y resignado.²⁹

Ahora bien, es aquí que Freud se ve precisado a introducir una digresión: la diferencia entre las representaciones-palabra [*Wortvorstellung*] y las representaciones-cosa [*Sachvorstellung*].³⁰ La representación-objeto está entonces conformada por la investidura de las huellas mnémicas conservadas en el

²⁹ Cf. capítulo 6.

³⁰ Véase en el capítulo 7 la distinción entre *Sachvorstellung* y *Dingvorstellung*. En "Lo inconsciente" Freud utilizó la primera acepción, en "Duelo y melancolía" en cambio introduce la segunda. Lacan realiza un trabajo detallado sobre la diferencia entre *Ding* y *Sache* en el seminario VII.

inconsciente (representación-cosa) y su traducción en pensamientos y expresiones lingüísticas pre-conscientes (representaciones-palabra). El acceso a la consciencia requiere entonces que esa huella se entreme con su respectiva representación-palabra. La distinción entre consciente e inconsciente queda establecida por que en el segundo caso se trata de la representación-cosa sola y en el primero, en cambio, esa representación-cosa se enlaza con su correspondiente representación-palabra. Las representaciones de cosa son para Freud las genuinas y originarias investiduras de objeto (Freud, 1915: 198). Es eso justamente lo que el esquizofrénico no conserva. En el sueño, por ejemplo, asistimos a una regresión tópica que muda los pensamientos en sentido regresivo y se retrabajan como fantasías de deseo, dado que está facilitado el comercio entre las investiduras de palabra pre-conscientes y las investiduras de cosa inconscientes. Las representaciones-palabra son reconducidas regresivamente a las representaciones-cosa, que son sometidas al proceso primario y así se conforma el sueño. No ocurre lo mismo en la esquizofrenia, donde las representaciones-palabras mismas pasan a ser objeto de elaboración del proceso primario pero sobre la base de que el nexo con las representaciones-cosa inconsciente está bloqueado.

Curiosamente, esta digresión sobre la esquizofrenia le permite a Freud establecer un distingo que caracteriza al inconsciente y es que el proceso primario actúa sobre las representaciones-cosa. Otro es el caso en la esquizofrenia y aquí se diluye la comparación que homologaba psicosis a sueño. Si en el sueño y en las formaciones de síntomas neuróticos predomina la referencia a la cosa, en el dicho esquizofrénico predomina la referencia a la palabra (Freud, 1915). Las expresiones lingüísticas valen al pie de la letra y no como sustitutos figurados de la cosa inconsciente, pero esto implica entonces que la investidura de las representaciones-palabra se mantiene, no así la de las representaciones-cosa.

¿Qué ocurre con las representaciones-cosa inconscientes en la esquizofrenia? Freud sostiene que no son las representaciones-cosa inconscientes las que son objeto del proceso primario ya que no se produce regresión tópica alguna sino que directamente y merced a un bloqueo entre investiduras de palabra e investiduras de cosa las palabras mismas pasan a ser objeto del proceso primario dando lugar a las expresiones "rebuscadas" del lenguaje de órgano (Freud, 1917: 227). Este movimiento reconstitutivo -la sobreinvestidura de las representaciones de palabra- es secundario entonces a aquel que inaugura el proceso patológico quitando la investidura de los objetos inconscientes. La sobreinvestidura de las representaciones-palabra supone entonces un intento de restitución de la investidura libidinal a los objetos, sólo que ese rechazo inicial no es sin consecuencias: el esquizofrénico termina por conformarse con las palabras en lugar de las cosas y trata entonces cosas concretas como si fueran abstractas (Freud, 1915: 200).

Subrayamos entonces dos tesis que nos resultan de importancia. En primer lugar la sustracción de la investidura inconsciente de las representaciones-cosa que caracteriza el desasimiento libidinal de los objetos en la esquizofrenia. Vemos así que de este modo puede entenderse esa modalidad defensiva más enérgica y radical que Freud había aislado en un inicio. Desasirse de los objetos implica quitarles su investidura en el inconsciente. Esta "condición de no investidura" [*Unbesetztheit*] (Freud, 1917: 233) preside el proceso patológico de la esquizofrenia y también el de la paranoia, como veremos a continuación. Antes de avanzar en este sentido, es importante destacar una segunda tesis freudiana que subraya que ese desasimiento es siempre parcial y por lo tanto al movimiento de sustracción de las investiduras de las representaciones-cosa puede seguirle una sobre-investidura por ejemplo de las representaciones-palabra que dará lugar a lo propio del dicho esquizofrénico, su sesgo hipocondríaco, que lo convierte en un "lenguaje de órgano". La no-investidura del inconsciente en el momento del desasimiento se vuelve entonces característica de las psicosis en oposición a las neurosis donde esa investidura se conserva.

En 1922, Freud volverá a retomar esta hipótesis de los intentos de restitución por sobre-investidura cuando analice dos casos de paranoia. En el primero de ellos destaca que los ataques paranoicos de celos se fundaban en que el paciente observaba con detalle y extremada atención los mínimos indicios que le permitían confirmar la infidelidad de su mujer, cuya conducta por lo demás era intachable. De esta manera captaba lúcidamente las exteriorizaciones del inconsciente de su mujer y llegaba a una interpretación correcta.

Es interesante cómo Freud enfatiza en su explicación la importancia del factor cuantitativo - el grado de investidura- y no la corrección o no de las ideas delirantes con respecto a la realidad. La "anormalidad" en este caso no radica para Freud en que la idea delirante no "coincida" con la "realidad" de los hechos, sino en que "[...] él observaba lo inconsciente de su mujer con mayor agudeza, y luego lo sabía en más de lo que a otro se le ocurriría hacerlo" (Freud, 1922: 220). Produce entonces una reformulación de la proyección paranoica en tanto no debiera reducirse a que se proyecta hacia afuera aquello que no quiere reconocerse en sí mismo sino que "[...] no proyectan en el aire, por así decir, ni

allí donde no hay nada semejante, sino que se dejan guiar por su conocimiento de lo inconsciente y desplazan sobre lo inconsciente del otro la atención que sustraen de su inconsciente propio" (Freud, 1922: 220). Volverse extremadamente atentos al inconsciente del otro les permite mantener inconsciente el suyo propio. De este modo, la "sobre-investidura de las interpretaciones de lo inconsciente del otro" (Freud, 1922: 222), este conocimiento preciso que los paranoicos pueden tener del inconsciente del otro cumple una función defensiva que supone cierto rechazo de las mociones inconscientes propias. De ahí que para Freud, el tratamiento de las ideas delirantes paranoicas "[...] consistía menos en una disolución y corrección de las ideas delirantes que en la sustracción de la investidura de que estaban provistas" (Freud, 1927: 161).³¹

Conclusiones

Volvemos a encontrarnos entonces con estos dos movimientos que hemos resaltado a lo largo del recorrido y que señalamos como característicos de las psicosis: el desasimiento libidinal de los objetos, la no investidura de las representaciones-cosa y los intentos por restituir la investidura de objeto que pueden tomar la forma del lenguaje de órgano, la alucinación o el delirio. Esta tesis freudiana renueva lo que hasta ese momento se concebía como patológico. Lo patológico para Freud en las psicosis queda definido entonces más bien por un corte en el lazo con el otro, modo en que proponemos leer este desasimiento. Ya no es la realidad como parámetro lo que se utiliza para determinar lo delirante o no de las ideas, la coincidencia o no de la alucinación con un hecho objetivo. Conserva o no conserva el lazo con el objeto.

En el caso de las psicosis está la posibilidad de que no se invistan esas huellas primordiales inconscientes del otro, pueden desinvertirse, pero también puede ocurrir que se intente volver a investirlos. La modalidad transferencial de estos pacientes puede volverlos un "muro" en ese momento de desasimiento, rechazo, increencia. Pero éste no es constante, también está la restitución alucinatoria o delirante y también aquellas otras que no son ni delirantes ni alucinatorias, como la sobre-investidura de las palabras en el lenguaje de órgano.

La posición del psicótico con respecto a su inconsciente puede bascular entonces entre un desasimiento, una no-investidura y un refuerzo por sobre-investidura que puede llevar a una "exteriorización pulsional directa" (Freud, 1933: 205). Entre estos dos polos y la posibilidad de su lectura en transferencia podrá jugarse la suerte de una cura posible.

Bibliografía

- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En *Obras completas*, T. III. Buenos Aires: Amorrortu editores, p. 41-67.
- Freud, S. (1895a). Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. En *Obras completas*, T. III. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1895b) Manuscrito H. Paranoia. En *Obras completas*, T. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896a). Manuscrito K. En *Obras completas*, T. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896b). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas*, T. III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.
- Freud, S. (1911). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XII, 1986.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 1986.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras completas*, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. En *Obras completas*, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1922). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. En *Obras completas*, T. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

³¹ Un comentario más extenso puede encontrarse en *El deseo en las psicosis*. Letra Viva, 2015 de Julieta De Battista.

Freud, S. (1927). El humor. En *Obras completas*, T. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1933). Conferencia 29. Revisión de la doctrina de los sueños. En *Obras completas*, T. XXII. Buenos Aires: Amorrortu.

CAPÍTULO 3

Caso Schreber: homosexualidad y narcisismo

Jesica Varela y María Sol Oporto

A mí me gustaría que me muestren a alguien que, puesto ante la alternativa de o bien volverse loco conservando su hábito masculino o de volverse mujer pero sana de espíritu, no optaría por la segunda solución.

DANIEL P. SCHREBER.
MEMORIAS DE UN ENFERMO NERVIOSO

Introducción

La publicación de las *Memorias de un enfermo nervioso* del Dr. Schreber fue la oportunidad para que Freud explicitara una teoría de la paranoia que venía discutiendo con sus colaboradores más cercanos: el papel de la homosexualidad inconsciente en su causación. Esta conceptualización, que incluye a la homosexualidad en la etiología sexual, le valió la enemistad de Jung y Bleuler en un contexto político e institucional en el cual Freud se mostraba interesado en lograr una proyección internacional del psicoanálisis en el campo de la psiquiatría. En un intento de buscar el factor predisponente en lo referente al retorno de la moción homosexual, sus investigaciones lo llevaron a postular un nuevo concepto en la teoría de la libido: el narcisismo. Este operador más tarde lo conducirá a modificar su teoría del dualismo pulsional -en pulsiones de vida y pulsiones de muerte-, así como también su nosología en neurosis narcisistas y neurosis de transferencia.³² La fijación al narcisismo será el nombre que cobre la especificidad de la paranoia en este momento, aunque esta condición trae aparejado el problema de cuál sería el mecanismo que da forma a los síntomas psicóticos.

Este capítulo se propone como objetivo delimitar las relaciones entre la paranoia, la homosexualidad y el narcisismo en el caso Schreber de Freud, abordando así el problema que introduce la hipótesis de la homosexualidad inconsciente en la particularidad de la paranoia. El interés de realizar este recorrido radica en que muchas relecturas posteriores enfatizaron el papel de la homosexualidad como algo específico de la paranoia, dejando a un lado que Freud ubica mociones homosexuales también en la histeria y en la obsesión. Esta hipótesis de la especificidad de la homosexualidad llevó a intervenciones clínicas que ponían en primer plano al padre como sustituto, cuyos efectos Lacan cuestionó en 1958 para proponer una causalidad significativa de la paranoia fundada no en la sustitución del padre sino en la forclusión del Nombre-del-Padre. Esta causalidad significativa supone otro modo de concebir los fenómenos de la paranoia así como también la coyuntura del desencadenamiento. En este sentido, ya no se trata de la existencia de una “homosexualidad latente o reprimida” a la que habría que interpretar, como sostenían los postfreudianos, sino de la homosexualidad considerada como un síntoma articulado en el proceso de la paranoia. Así, Lacan entiende la tesis freudiana de la homosexualidad en Schreber como una práctica transexualista delirante, que es uno de los factores de la estabilización.

Desde el punto de vista metodológico realizaremos una revisión bibliográfica exhaustiva del caso Schreber y de referencias al mismo en la obra freudiana. Nos centraremos en las vicisitudes de la con-

³² Cf. capítulo 1.

ceptualización freudiana, deteniéndonos en diferentes momentos de su elaboración y situando no sólo los avances en relación a este tema sino también los obstáculos y reformulaciones. Por último, incluiremos una mención a la elaboración que realiza Lacan acerca de la homosexualidad en la paranoia en el primer momento de su enseñanza.

Paranoia, homosexualidad y narcisismo: antecedentes

La preocupación freudiana por incorporar a las psicosis en su psicopatología aparece desde los inicios de su obra. Como ya se trabajó en el primer capítulo, Freud incluye en su primera nosología a las formas psicóticas (paranoia y psicosis alucinatoria) dentro de las psiconeurosis de defensa, junto a la histeria, la fobia y la obsesión a partir de un rasgo en común que las aúna: la participación de la etiología sexual traumática y el mecanismo de la defensa. Ahora bien, a pesar de este rasgo que las agrupa, en el caso de la psicosis la defensa no opera del mismo modo. En el capítulo 2 se especificó cómo en 1894 Freud señala que en la psicosis alucinatoria opera una modalidad defensiva “mucho más enérgica y exitosa” (Freud, 1894: 59), un rechazo radical por el cual el yo desestima [*verwerfen*] la representación junto con el afecto y se comporta como si ésta no hubiera acontecido. En lo que refiere al mecanismo de formación de síntomas Freud aísla la proyección para el caso de la paranoia.³³ En este momento, hallamos entonces a un joven Freud que desde los inicios de su doctrina se manifiesta interesado y preocupado por incluir a las psicosis dentro de la etiología sexual. De modo semejante a la histeria y obsesión, las formas psicóticas resultan de un conflicto del yo con la representación sexual inconciliable. Esto reviste gran valor, ya que hasta ese entonces la psicosis era patrimonio exclusivo del campo de la psiquiatría, que le suponía una etiología orgánica. También debemos destacar que el estudio de la paranoia plantea desde un principio un problema para Freud: el de su especificidad.

Al respecto, recortamos dos preguntas constantes que atraviesan gran parte de su obra. Por un lado ¿qué hace que un sujeto se vuelva paranoico en lugar de histérico u obsesivo? y por el otro, pero no por ello sin relación, ¿qué especificidad adquiere el mecanismo de defensa y formación de síntoma en la paranoia?

En un primer momento, correspondiente a lo que podemos denominar el primer esquema causal, solamente nos detendremos en una serie de fragmentos de la correspondencia con Fliess y de los manuscritos, en los cuales parece hallarse en germen la hipótesis causal que Freud desplegará en el análisis del caso Schreber. En esta dirección, una respuesta inicial consideraba que la forma adoptada por la neurosis, sea histérica, obsesiva o paranoica, dependía del período de la vida en el que había tenido lugar la vivencia traumática o bien del período en el que se iniciaba una acción defensiva contra el reavivamiento de dicha vivencia.

Al respecto en la carta 57 a Fliess, Freud comienza a cuestionar esta idea señalando el carácter cada vez más incierto de la conjetura que venía sosteniendo hasta este momento: que la elección de la neurosis estaría condicionada por la época de ocurrencia de la vivencia traumática, que más bien aparecería fijada sobre la primera infancia. Esta carta evidencia un momento de transición en su elaboración teórica y ahora localiza lo determinante de la elección de la neurosis en una oscilación entre la época de la génesis y la época de la represión, la cual es cada vez más destacada. Unos meses más adelante la represión cobra más relevancia y lo impulsa a manifestar en la carta 75 a Fliess, la probabilidad de que la elección de la neurosis, es decir, la decisión sobre si se genera una histeria, una neurosis obsesiva o una paranoia, dependa de la naturaleza de la oleada que posibilita la represión. Sin embargo luego de dos años, otro punto de vista parece anticipar la posición que sostendrá posteriormente. Así, abandona la idea de que la elección de la neurosis dependa de la edad en la que se vivenciaron los traumas sexuales para dar lugar al nexos con la teoría sexual y en la carta 125 a Fliess menciona que:

Entre los estratos de lo sexual, el inferior es el autoerotismo, que renuncia a una meta psicosexual y sólo reclama la sensación localmente satisfactoria. Es relevado luego por el aloerotismo (homo y heteroerotismo), pero por cierto que persiste como una corriente particular. La histeria (y su variedad, la neurosis obsesiva) es aloerótica, su vía principal es la identificación con la persona amada. La paranoia vuelve a disolver la identificación, restablece a todas las personas amadas de la infancia que habían sido abandonadas y

³³ Para un desarrollo más detallado de la operatoria de la defensa y del mecanismo de formación de síntomas remitirse a los capítulos 2 y 4.

resuelve al yo mismo en unas personas ajenas. Así, he dado en considerar la paranoia como un asalto de la corriente autoerótica, como un retroceso al punto de vista de entonces [...] Los particulares vínculos del autoerotismo con el "yo" originario iluminarían bien el carácter de esta neurosis. En este punto vuelven a perderse los hilos (Freud, 1899: 322).

La particularidad de este vínculo del autoerotismo con el yo, punto en el cual, al fundador del psicoanálisis "se le pierden los hilos", parece anticipar el concepto de narcisismo que vislumbrará más tarde en el caso Schreber. En relación a esto, posteriormente señalará que gran parte de las pulsiones se satisfacen en el propio cuerpo, considerando que el autoerotismo es la práctica sexual de la época del narcisismo (Freud, 1916/17). En la carta citada, Freud anticipa diversas conjeturas: la oposición del autoerotismo y la elección de objeto en la cual el autoerotismo es el "yo original" que ignora todo objeto. La elección de objeto no sólo es secundaria a éste, sino que está escindida entre la homo y la heterosexualidad.

Nuevamente aquí, se sitúa ante el enigma de la elección de la neurosis ¿Cuáles son las condiciones necesarias para que la bisexualidad infantil, evolucione hacia la heterosexualidad, la homosexualidad, la neurosis obsesiva o la paranoia? La paranoia no sólo es un "asalto autoerótico" sino que disuelve la identificación y "restablece todas las personas amadas de la infancia", disolviendo al propio yo en personas extrañas, cuestión que retoma en el caso Schreber. Por otro lado, si bien la fijación al narcisismo en la paranoia aparece en el análisis del caso Schreber, quince años antes, Freud asevera que el secreto de la paranoia reside en que los paranoicos aman su delirio como se aman a sí mismos (Freud, 1895). Veremos en lo que sigue cómo estas tempranas formulaciones adquieren un lugar preponderante en la hipótesis causal de la paranoia.

La discusión con sus discípulos sobre la homosexualidad inconsciente

La publicación del historial de Schreber en 1911 fue la oportunidad para que Freud explicitara el nexo entre la paranoia y la homosexualidad inconsciente. No obstante, venía discutiendo el papel de la homosexualidad en la causa de la paranoia con sus discípulos en las reuniones de los miércoles y principalmente en el intercambio epistolar con Jung, representante del grupo de los suizos y Ferenczi, del grupo de Budapest. Antes de pasar a la reconstrucción conceptual de este aporte, señalaremos algunos aspectos del contexto de su producción que creemos son de relevancia.

Por esta época, Freud había establecido su teoría de los sueños y de las neurosis y comenzaba a ser reconocido por lo novedoso de sus doctrinas. En este contexto, inicia un intercambio epistolar con los psiquiatras del grupo de Zurich, en especial con Bleuler -director del hospital psiquiátrico universitario del Burghölzli-, con Abraham -residente de psiquiatría del mencionado hospital- y con el entonces joven Jung, ayudante principal de Bleuler, al que Freud considerará como su hijo y su "heredero" (Jones, 1958). En un momento en el cual Freud se mostraba interesado por alcanzar la proyección internacional del psicoanálisis, el hecho de que el "joven Jung" no fuese ni vienés ni judío parecía resultarle atractivo, y culmina confiándole la presidencia de la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Asimismo veía en su persona la posibilidad de acceder al núcleo duro de la psiquiatría: el tratamiento de la psicosis en el hospital público.

Por su parte, el grupo de Zurich -luego de la publicación de *La interpretación de los sueños*- estaba muy interesado en aplicar las nuevas teorías freudianas al estudio de la demencia precoz de Kraepelin, cuya concepción, de gran extensión en la psiquiatría alemana, se hallaba muy cuestionada ya que no todos los casos eran precoces ni terminaban en estado demencial. Inspirados en la doctrina freudiana, Bleuler publicó en 1906 *Los mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis*; Jung escribió su libro sobre *Psicología de la demencia precoz* (1907) y Abraham el artículo "Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz" (1908). Durante ese año, luego de un intercambio con Freud, Karl Abraham formuló la hipótesis de que el carácter principal de la demencia precoz radicaba en la falta de investidura libidinal de los objetos, la cual era revertida hacia el yo y se convertía en fuente del delirio de grandeza de la demencia precoz (Freud, 1916/17). El fundador del psicoanálisis, considerará este supuesto como un postulado que le sirvió de base para su posición respecto de la psicosis. Al mismo tiempo, Freud inició también una correspondencia con Sandor Ferenczi, quien por ese entonces ejercía como psiquiatra en Budapest y había entrado en contacto con la obra freudiana a partir de

sus trabajos sobre los sueños. En 1908, gracias a la colaboración de Jung, se acercó a Freud e inició una intensa correspondencia cuyo objeto era debatir acerca de la clínica de la psicosis.

Vemos cómo la elaboración de la teoría de la paranoia está lejos de ser una tarea solitaria. En la reunión científica del 21 de Noviembre de 1906, Freud y sus discípulos trataron el problema de la "megalomanía en la persona normal". Freud presentó el caso de una mujer de una "paranoia exquisita". Se trataba de una joven de 32 años que presentaba un delirio celotípico con su esposo: el marido era tan buen mozo que debía resultar atractivo a todas las mujeres. Su enfermedad comenzó con una ninformanía previa a la paranoia, en la cual la mujer se manifestaba insaciable sexualmente con su esposo, además de presentar conductas perversas. Freud explicó que la joven contrajo esta afección para justificar sus deseos reprimidos de infidelidad y que en la paranoia se producía un desarrollo regresivo de la vida sexual, lo cual no ocurre en otras neurosis. Afirmó que la fantasía sufre una deformación diferente a la de las neurosis, ya que en la paranoia se vuelve totalmente consciente (Nunberg & Federn, 1979). Si bien Freud no llega aún en este momento a relacionar la paranoia con la homosexualidad reprimida, el nexo ya está anunciado. Dos años más tarde, a partir de la relectura de este material clínico, expone esta vinculación en una de las cartas dirigidas a Ferenczi, fechada el 11 de febrero de 1908:

Desde un punto de vista teórico el caso ha confirmado lo que yo ya sabía, que en estas variedades de paranoia lo que ocurre es que la libido ha sido retirada del componente homosexual. Todas las mujeres por las cuales sospecha de su marido en realidad la atraen a ella, a consecuencia de una fijación homosexual juvenil. Ella lucha contra esta atracción y la proyecta sobre su esposo; su amor hacia él se ha visto fortalecido porque ha sido retirado de las mujeres. A través de los celos ella realiza entonces, en su esposo, su idea juvenil de una potencia increíble (Freud & Ferenczi, 1908: 37).

Recordemos que Freud acaba de publicar en 1905, "Tres ensayos para una teoría sexual" donde situaba la predisposición a contraer la neurosis a partir de establecer puntos de fijación a los que el sujeto regresaba frente a una frustración de la satisfacción.

Al igual que Abraham, los trabajos de Ferenczi apuntaban a constatar la teoría freudiana de la psicosis y le permiten concluir a Freud que en el caso de la paranoia se trata de la reaparición de la homosexualidad que hasta entonces era sublimada y de la que el yo se defiende por el mecanismo de la proyección (Ferenczi, 1910). Por ese entonces Sandor Ferenczi, quien se había convertido en analista de Freud, establece con él una compleja relación transferencial en la cual ambos quedan decepcionados. En una de sus últimas cartas a Ferenczi, el fundador del psicoanálisis, se refiere a su distanciamiento de Fliess para indicar el desasimiento de la investidura transferencial por la cual una parte de la catexis homosexual dirigida a Fliess desapareció y le sirvió a Freud para ensanchar su propio yo. Si bien este "movimiento libidinal" es semejante a lo que ocurre en la paranoia, menciona que ha triunfado donde el paranoico fracasa, ya que este no logra dominar el incremento de la moción libidinal (Freud & Ferenczi, 1910).

Distinto es el caso de Jung. La lectura de la *Psicología de la demencia precoz* decepcionó a Freud, ya que si bien Jung utilizaba varias citas y referencias a la obra freudiana, concluía que la misma no servía para explicar la causa de la demencia precoz y sostenía una hipótesis organicista de tipo "psicotóxico". De este modo, una toxina particular podría estar en juego, fijando un proceso psíquico repetitivo. Esta toxina se liberaría por la acción del complejo³⁴ o por el contrario actuaría antes de él otorgándole su carácter patógeno (Bercherie, 1986). Al respecto, Freud, en una de sus cartas, relativiza esta idea de Jung de "echar manos a las toxinas"; haciéndole observar la importancia de la sexualidad, que Jung olvida y a la cual Freud concede enorme valor. El idilio con Burghölzli duró poco y el entusiasmo inicial de los psiquiatras suizos por las ideas freudianas se transformó en incomodidad y rechazo ante el creciente peso que la sexualidad iba cobrando en la teoría psicoanalítica.

Por ese entonces, Freud le envió un manuscrito a Jung sobre la paranoia en donde le explicaba el origen de la idea delirante a partir de una regresión al autoerotismo. Esta idea parece constituir un primer modo de explicar la paranoia que luego será modificado con la introducción del concepto de narcisismo. Tanto Bleuler como Jung se mostraron resistentes frente a este concepto, tal como queda demostrado en la respuesta epistolar que Jung envía a Freud el 31 de mayo de 1907:

³⁴ El "complejo" es una noción que la Escuela de Zurich extrae de Freud para designar un conjunto de representaciones, recuerdos, ideas e impulsiones centradas sobre una experiencia afectiva.

He reflexionado muchas veces sobre sus puntos de vista sobre la paranoia, también junto con Bleuler. El origen de la idea delirante a partir de la afectividad (= libido) lo comprendemos por completo [...] Bleuler echa aún de menos una definición clara del autoerotismo y de sus efectos psicológicos específicos. Pero ha aceptado el concepto para su exposición de la demencia precoz en el Manual de Aschaffenburg. Pero no quiere emplear la palabra "autoerotismo" sino "autismo" o "ipsismo". Yo me he acostumbrado ya a "autoerotismo" (Freud & Jung, 1907: 80-81).

A pesar de que Jung parece distanciarse de la posición de Bleuler señalando que es éste quien rechaza el concepto de autoerotismo, el propio Jung continuó confundiendo afectividad con libido, y esta confusión lo condujo a postular en 1910 el concepto de introversión de la libido en reemplazo del de autoerotismo. No obstante estas desavenencias, Freud siguió apostando por Jung, quizás porque veía en su persona la oportunidad de proyectar el psicoanálisis en el campo internacional y conquistar la "tierra prometida de la psiquiatría" (Jones, 1958: 45).

De este modo y a partir de 1910, la hipótesis de la homosexualidad inconsciente en la causa de la paranoia empieza a ser discutida en el intercambio epistolar con Jung. Nos resulta importante reconstruir parte de ese intercambio que evidencia una elaboración teórica en ciernes. En una de las cartas dirigidas a Jung, Freud destaca el valor causal de la homosexualidad, que pone en relación con la fantasía de transformación en mujer de Schreber, y que posteriormente interpretará como añoranza al médico. Así afirma que la fantasía central de la emasculación confirma la colosal importancia de la homosexualidad respecto de la paranoia (Freud & Jung, 1910). El valor etiológico de la homosexualidad es nuevamente confirmado en el siguiente fragmento, en el cual intenta explicar a la paranoia, siguiendo el modelo de la neurosis mediante el recurso al complejo paterno. Esta idea será una tesis central que retomará en el historial, cuando mencione que los paranoicos se defienden del incremento de la libido homosexual cuyo objeto es el padre:

Así queda dispuesta la situación infantil y tras Flechsig surge muy pronto el padre. Por fortuna para la psiquiatría este padre también era...médico. Se demuestra así de nuevo todo lo que hemos visto en su tiempo en Zurich en tantos casos paranoicos, que los paranoicos fracasan en la tarea de evitar la preocupación de sus inclinaciones homosexuales (Freud & Jung, 1910: 418).

En otro fragmento de la correspondencia con Jung, se ocupará del desencadenamiento de la segunda enfermedad del Dr. Schreber. Freud plantea que un incremento de la libido homosexual, acrecentado por la predisposición al narcisismo, se dirige transferencialmente a la persona del médico, destacando el valor de la transferencia en el desencadenamiento de la psicosis:

La reducción al complejo nuclear resulta fácil. Su esposa se enamora del médico y conserva durante años su retrato sobre el escritorio. Él naturalmente también, pero en la mujer tienen lugar frustraciones, también falla la descendencia; se llega así al conflicto; ha de odiar a Flechsig como rival, pero lo ama debido a su predisposición y a la transferencia a partir de la primera enfermedad (Freud & Jung, 1910: 417-418).

No obstante este fructífero intercambio, las divergencias surgidas por la postulación freudiana de la etiología sexual volverán insostenible la relación con Jung y éste junto al grupo de Zurich (aunque impulsados por Freud), terminarán por abandonar la sociedad psicoanalítica. A partir de aquí Jung se convertirá en uno de los principales disidentes de la obra freudiana, con quien el fundador del psicoanálisis debatirá aproximadamente durante diez años (1910-1920) en un momento prolífico de la elaboración de su metapsicología.

A continuación veremos cómo las relaciones entre homosexualidad -narcisismo- paranoia, el núcleo duro de la teoría freudiana, son desentrañadas por Freud en la publicación del historial sobre el Dr. Schreber.

El historial freudiano sobre Schreber

En 1903, Daniel Paul Schreber publicó las *Memorias de un neurópata* en Alemania, que consisten en el relato en primera persona del desencadenamiento de su enfermedad y posterior estabilización. Esta publicación adquiere gran interés y es objeto de discusión en los círculos psiquiátricos de la épo-

ca, aunque parece no haber atraído la atención de Freud hasta que Jung le obsequia el libro. El fundador del psicoanálisis comienza su lectura en 1910 y en septiembre de ese mismo año, durante el Tercer Congreso Internacional de Psicoanálisis celebrado en Weimar, presenta un pequeño epílogo sobre este caso. Luego de la lectura del relato autobiográfico de Schreber, Freud queda tan impactado por el carácter detallado de sus enfermedades y posterior recuperación, que le escribe a Jung expresándole que el Dr. Schreber debería haber sido nombrado profesor de psiquiatría y director de un asilo. Al año siguiente publica el historial con el nombre de "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*dementia paranoides*) descrito autobiográficamente", con el objetivo de explicitar su teoría de la paranoia que, como señalamos, venía discutiendo con sus colaboradores más cercanos. Nos adentraremos en el historial reconstruido por Freud, teniendo en cuenta que las interpretaciones freudianas son realizadas a partir del material escrito, ya que nunca escuchó a Schreber en persona.

El Dr. Schreber estuvo "enfermo de los nervios" (Freud, 1911a:13) en dos momentos diferentes de su vida. Su primera enfermedad sobrevino en 1884, a la edad de 42 años, momento en el cual es presentada su candidatura a la Cámara baja del Parlamento del Reichstag. En ese entonces enferma y es internado en la clínica de Leipzig, en donde es atendido por el doctor Flechsig, quien lo diagnostica de "hipocondría grave".³⁵ Luego de seis meses se recupera, obtiene su alta y abandona el hospital muy agradecido con su médico, con quien había establecido una tierna e intensa relación transferencial. La mujer de Schreber también mostraba una enorme gratificación hacia Flechsig, razón por la cual, durante años mantuvo su retrato en su escritorio de trabajo. Luego de ocho años transcurridos sin perturbaciones, salvo por la frustración de no poder tener hijos, Schreber vuelve a enfermar según él a causa de "un exceso de esfuerzo mental".

Esta segunda enfermedad, sobreviene a fines de 1893 a la edad de 51 años ante la inminencia de la asunción del cargo de Presidente del Tribunal Superior de Dresde. La enfermedad se inició con un insomnio martirizador y el cuadro clínico fue calificado como estupor alucinatorio acompañado de ideas hipocondríacas. Se quejaba de que su cerebro estaba reblandecido, creía que pronto moriría, que gran parte de sus órganos habían sido destruidos, vivía sin estómago, sin pulmones, sin esófago, no tenía costillas ni vejiga.³⁶ También padecía ideas de persecución en las cuales se daba por muerto y corrompido, su cuerpo era objeto de horribles manipulaciones. Sufría de hiperestesia, espejismos visuales y auditivos, perplejidad, escuchaba voces que lo injuriaban. A fin de liberarse del martirio que le provocaban estas manifestaciones realizó varios intentos de suicidio.

Freud señala que en el desencadenamiento de esta enfermedad revistió gran importancia una representación fantaseada que se le impuso a Schreber unos meses antes de la asunción al cargo. En un estado entre la vigilia y el dormir, le surgió la sensación de lo hermoso que sería ser una mujer sometida al acoplamiento. La reacción inicial de Schreber fue la de rechazar indignado semejante ofensa a su posición viril. Por este tiempo también, en repetidas oportunidades soñó con que la anterior enfermedad regresaba. Desde un principio, Freud otorga un estatuto privilegiado a esta fantasía de emasculación. La transformación en mujer es el delirio primario en torno al cual se articulan inicialmente las ideas delirantes de persecución que posteriormente se transformarán en un delirio de grandeza cuyo texto es que Schreber había consentido en transformarse en la mujer de Dios para dar a luz a una nueva raza de criaturas schreberianas.

El rechazo indignado a esta fantasía femenina se pone luego al servicio de un delirio persecutorio, anunciado por una "tormenta nerviosa" (Freud, 1913: 43) caracterizada por un inusual número de poluciones nocturnas que coincide con la ausencia de su mujer. A partir de aquí, Schreber siente que se inician las conexiones con los nervios de Flechsig quien "no se atreve a mirarlo a los ojos" (Schreber, 1903: 79). Las ideas delirantes de persecución encuentran en el médico al principal perseguidor, responsable de la "muerte de las almas", autor de todas las desgracias. En beneficio de éste el cuerpo de Schreber transformado en mujer, le sería entregado para que abusara sexualmente de él y lo dejara tirado, abandonado a la putrefacción.

La interpretación freudiana sostendrá que tras la figura de Flechsig se encuentra Dios, aliado del médico y hasta instigador para ejercer un complot en su contra. No obstante esto, Flechsig sigue manteniéndose como el primer seductor a cuyo influjo sucumbió también Dios. Más tarde, una nueva transformación del delirio sustituye a Flechsig por Dios en lo que puede considerarse como la solución al conflicto. La transformación en mujer que inicialmente estaba destinada a producirse con el fin de abuso sexual, es puesta ahora al servicio de un fin superior: devolverle al mundo la bienaventuranza perdi-

³⁵ Para un comentario de este episodio ver el capítulo 6.

³⁶ Cf. capítulo 6.

da. De este modo, a causa de una especial relación con Dios, Schreber es el elegido para llevar a cabo esta tarea, sólo luego de ser mudado de hombre a mujer y cultivando su femineidad, en soledad, durante varias horas al día frente al espejo, utilizando collares y demás accesorios femeninos. Se convierte entonces en la mujer de Dios, que engendrará una nueva raza de criaturas schreberianas, solución que le permite reconciliarse con la fantasía que en un primer momento había rechazado (Freud, 1911a). Freud menciona que esta transformación se cumplirá asintóticamente, “la mudanza en mujer previsiblemente se cumplirá alguna vez, hasta entonces, la persona del Dr. Schreber permanecerá indestructible” (Freud, 1911a: 45).

A partir del análisis del delirio persecutorio Freud explica que la persona a quien el delirio atribuye un poder y un influjo tan grande y hacia cuyas manos convergen todos los hilos del complot es la misma que antes de contraer la enfermedad poseía gran significatividad en la vida del paciente. La persona más odiada y temida en el delirio a causa de la persecución es alguien o el sustituto de alguien que alguna vez fue amado y venerado (Freud, 1911a). Interpreta entonces que los sueños padecidos por Schreber entre el nombramiento al cargo y su asunción despertaron también el recuerdo del médico como un resto transferencial de la primera internación y que expresaban el deseo de volver a ver a Flechsig. Esta interpretación freudiana considera a la transferencia³⁷ con el médico como el desencadenante de la enfermedad y reviste gran importancia dado que muchos autores se han valido de esta interpretación para señalar la imposibilidad del abordaje psicoanalítico de las psicosis.³⁸

En un intento de encontrar un mecanismo específico para explicar la formación de síntomas de la paranoia, Freud señala que el delirio de persecución sólo deviene consciente a partir de la proyección mediante la cual el sentimiento interior es trastornado hacia lo contrario. La persona odiada y temida de la persecución alguna vez fue una persona amada y venerada. Ahora bien, este material clínico suscita una serie de interrogantes que comienzan a incomodar a la teoría freudiana: ¿Por qué al enfermo le sobrevino el estallido de la enfermedad en aquel intervalo entre el nombramiento y la asunción al cargo? ¿Cómo es que Flechsig se vuelve Dios? ¿De dónde extrae Schreber su delirio de grandeza? El problema metapsicológico mayor que se desprende de aquí gira en torno al siguiente interrogante: ¿Por qué Schreber acepta la fantasía de deseo que debía reprimir? Es en este punto en que resulta claro cómo el modelo que Freud forjó para la histeria no puede aplicarse a la paranoia sin sufrir modificaciones.

Recordemos que en este segundo momento causal Freud explica la formación de síntoma a partir de la articulación entre frustración - regresión - fijación. Es decir, a partir de la frustración de la satisfacción libidinal en la realidad, la libido es introvertida en la fantasía e intenta alcanzar allí la satisfacción mediante la regresión a los puntos de fijación que han resguardado en lo inconsciente modos de satisfacción infantiles ya abandonados. La fantasía tiene un papel central en allanar el camino a los puntos de fijación y al quedar sobreinvertida por la introversión producida por la frustración exige una realización que puede entrar en conflicto con el yo, de quien parte la represión. Este modelo Freud lo desprendió de la histeria. Ahora bien, esta explicación causal para las neurosis comienza a ser cuestionada por la paranoia ya que en este caso los intentos de realización de la fantasía inconsciente no son reprimidos, sino que se avanza para darles cumplimiento. El hecho de que Schreber acepte la fantasía que debería reprimir genera un obstáculo para Freud, cuya resolución requerirá de la postulación de un nuevo concepto: el narcisismo. Será allí cuando establezca la distinción entre la posición neurótica -en la cual la libido es introvertida en la fantasía- y la posición paranoica, donde la libido no se introvierte en la fantasía sino en el yo. Nos detendremos en esta distinción en el apartado siguiente.

Por lo pronto, intentando responder a los interrogantes relevados, el análisis de Freud continúa poniendo en serie a Flechsig con Dios a partir de señalar una identificación preexistente entre ambos. Es decir, tanto Flechsig como Dios son sustitutos de una persona amada y sustantiva, que según Freud, no puede ser otra persona que el padre. Al respecto indica que:

[...] la raíz de aquella fantasía femenina que desató tanta resistencia en el enfermo habría sido entonces la añoranza por el padre y el hermano que alcanzó un refuerzo erótico; de ellos, el segundo pasó por transferencia al médico Flechsig mientras que con la reconducción al primero alcanzó una nivelación de la lucha (Freud, 1911a: 47).

³⁷ Freud define a la transferencia en este momento como “reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes, pero lo característico de todo el género es la sustitución de una persona anterior por la persona del médico [...] toda una serie de vivencias psíquicas anteriores no es revivida como algo pasado, sino como vínculo actual con la persona del médico” (Freud, 1907: 101).

³⁸ Véase en el capítulo 10 la discusión acerca del papel de la transferencia en las psicosis.

En este punto Freud introduce la hipótesis causal de que en la paranoia el desencadenamiento de la enfermedad es consecuencia de un avance de la libido homosexual pasiva que deshace las sublimaciones y cuyo objeto es el padre. La revuelta del yo contra esa moción libidinosa produce el conflicto del cual se engendran los fenómenos patológicos. El factor ocasional en Schreber es localizado en la frustración sobrevenida por la imposibilidad de tener hijos que le habría permitido drenar la libido homosexual insatisfecha. El posterior delirio de redención tiene un efecto de restitución que justamente remedia su falta de hijos. Siendo la mujer de Dios, se convertirá en el creador de nuevos hombres de espíritu schreberiano (Freud, 1911a).

Como vemos, Freud intenta explicar el caso siguiendo el modelo de la neurosis, mediante el recurso al complejo paterno. No obstante, la figura del padre de Schreber difiere de la figura del padre que había encontrado en el análisis de la neurosis histérica y de la neurosis obsesiva. En estas últimas la figura del padre se presenta como perturbadora y prohibidora de la satisfacción sexual. A diferencia de esto, el padre de Schreber no perturba la satisfacción sino que, como un padre gozador, la exige continuamente. En este sentido, la amenaza más temida del padre, la castración, ha prestado su material a la fantasía de deseo de mudanza de hombre en mujer, combatida primero y aceptada después (Freud, 1911a). Empero, tal revuelta tiene que haberse producido por algún factor desencadenante, que provoque un estallido de la libido, un acrecentamiento libidinal demasiado violento "para que pueda hallar tramitación por los caminos ya abiertos y que por eso rompe el dique en el punto más endeble del edificio" (Freud, 1911a: 58).

En su búsqueda del material predisponente en lo tocante al retorno de la moción homosexual, su indagación lo lleva a incluir el concepto de narcisismo, entendido como un estadio de la evolución libidinal ubicado entre el autoerotismo y la elección de objeto, en el cual el sujeto toma a su yo como objeto de amor. En la paranoia se produce una fuerte fijación al narcisismo, "punto endeble del edificio", que tiene un valor de predisposición patológica. Apoyado en este postulado sostiene que tanto en el delirio de grandeza como en la hipocondría la libido es introvertida en el yo y no en la fantasía. Si bien el concepto de narcisismo se gesta en el análisis de este caso, recién luego de 1914 con la publicación de "Introducción del narcisismo", Freud acabará de entablar la íntima relación entre paranoia y narcisismo. Por otro lado, resta por resolver el problema de la especificidad del mecanismo de defensa y de formación de síntoma en la paranoia. Como esta problemática será abordada detalladamente en el siguiente capítulo, en éste sólo haremos dos breves señalamientos. Por un lado, si bien Freud explica la formación de síntomas a partir de situar la operación del mecanismo de la proyección, el análisis de este caso lo lleva a concluir que la proyección no es patognomónica de la paranoia, puesto que no es igual en todas sus formas y además se encuentra presente en la vida "normal", por ejemplo en el pensamiento de los niños y de los pueblos primitivos.

Por otro lado, en lo que respecta a la peculiaridad de la defensa, Freud intenta dar cuenta de su funcionamiento mediante el establecimiento de las tres fases de la represión. De este modo a un primer momento de desasimio -retiro de la libido de los objetos y personas del mundo exterior- le seguiría una vuelta al yo de esa libido y posterior investidura de los objetos del mundo exterior mediante la construcción del delirio. El delirio entonces, lejos de constituir un producto patológico, cumple para Freud una función restitutiva de las investiduras.³⁹ Sin embargo, esta respuesta también le resulta insuficiente para esclarecer la especificidad de la defensa paranoica. Ya que no sólo supone que el desasimio libidinal sería el único elemento patógeno, cuestión que se contradice con el papel que cobra el desasimio en procesos normales como el del duelo; sino que sería necesario también considerar por qué adquiere valor patógeno la libido que ha regresado al yo, cuestión que queda sin explicar con los tres tiempos de la represión. En el próximo apartado retomaremos este problema, el cual será dilucidado en parte con la noción de narcisismo.

La introducción del narcisismo le valió a Freud la consideración de la paranoia como una de las formas de las neurosis narcisistas, en la cual el retiro de la libido al yo se vuelve un obstáculo para investir representaciones de objeto y por lo tanto la figura del psicoanalista. Este hecho lo lleva a formular una incapacidad de establecer transferencias en ese momento del proceso patológico.⁴⁰ Sin embargo este desinvertimiento inicial no es total, hay posibilidades de restituir la libido mediante el delirio y el mismo Freud años más tarde tomará en tratamiento a dos paranoicos.

³⁹ Véase en detalle este proceso en el capítulo 4.

⁴⁰ Cf. capítulo 10.

Fijación al narcisismo y análisis de las parafrenias

Freud publicó "Introducción del narcisismo" en 1914, aunque ya había utilizado el término "narcisismo" en varias oportunidades. En 1909, en una de las reuniones de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, Freud explica que el mismo se trata de un estadio intermedio de la evolución libidinal localizado entre el autoerotismo y el amor de objeto (Freud, 1914a). Por ese entonces, se encontraba preparando la segunda edición de "Tres ensayos para una teoría sexual" y en una nota al pie de página, agregada en 1910, explica el surgimiento de la homosexualidad a partir de la fijación a este estadio libidinal, seguramente influenciado por su trabajo sobre Leonardo Da Vinci. Así señala que:

[...] en todos los casos indagados comprobamos que las personas después invertidas atravesaron en los primeros años de su infancia una fase muy intensa, pero también muy breve, de fijación a la mujer (casi siempre la madre) tras cuya superación se identificaron con la mujer y se tomaron a sí mismos como objeto sexual, vale decir, a partir del narcisismo, buscaron a hombres jóvenes y parecidos a su propia persona, que debían amarlos como su madre los había amado (Freud, 1905a: 132).

En 1914, retoma el concepto quitándolo del campo de las perversiones y situándolo como una fase regular en el desarrollo del sujeto normal, en el cual el individuo toma su propio cuerpo como objeto de amor. En función de esto, señala la existencia de dos nuevas vías en la elección de objeto: la narcisista y el apuntalamiento. Retoma el dualismo pulsional, entre pulsiones de autoconservación y pulsiones sexuales, para señalar que las pulsiones de autoconservación se "sexualizan", en tanto el narcisismo implica justamente la investidura libidinal del yo. Esta conceptualización lo conducirá luego del giro de los años '20 a postular un nuevo dualismo entre pulsiones de vida y de muerte. Freud subraya que la vía principal que lo condujo a formular la hipótesis del narcisismo fue el intento por aplicar la teoría libidinal al estudio de la esquizofrenia (Bleuler) o demencia precoz (Kraepelin). No sin antes hacer la aclaración en el Caso Schreber de que rechaza tanto el nombre de "demencia precoz" como el de "esquizofrenia", propuesto por Bleuler, ya que éste remite a escisión [*Spaltung*], un fuerte postulado teórico que no es exclusivo ni esencial de esa condición patológica sino que para Freud es una característica propia del aparato psíquico. Freud no defiende que la condición patológica derive de una escisión del psiquismo producto de algún tipo de déficit heredado, sino que subvierte los cánones de la salud y la enfermedad al proponer que una u otra condición dependen del juego de fuerzas entre instancias de un aparato que está escindido en todos los casos (Freud, 1911a).

Recordemos que en los inicios de su obra, junto a Breuer, habían caracterizado a la histeria por la escisión de grupos psíquicos a partir de la defensa aunque siempre en relación a una etiología sexual. Este es un punto que diferencia a Freud de Bleuler y Jung, porque si bien ambos se sirven de conceptos freudianos, suponen en la base de la esquizofrenia una etiología orgánica (Bleuler) o tóxica (Jung). Para el caso Schreber, Freud encuentra en el diagnóstico de *Dementia paranoides*, una nominación que le permite aunar una combinación de fenómenos paranoides y esquizofrénicos presentes en el enfermo. Así, lo "demencial" refiere a las fantasías de deseo y a las alucinaciones mientras que lo paranoide al mecanismo de proyección y al delirio. Más adelante, reemplazará este término por el de "parafrenia", dividiendo la clínica de la psicosis entre: parafrenia propiamente dicha (esquizofrenia/demencia precoz) y paranoia. Finalmente, la paranoia pasará a ser incluida como una forma de parafrenia. De ahí que cuando Freud se refiere a las parafrenias está nombrando el campo de las psicosis en su oposición con las neurosis.⁴¹

La parafrenia y la hipocondría se vuelven entonces la vía privilegiada para el análisis del narcisismo. Dos rasgos fundamentales que presentan los parafrénicos son: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés por el mundo exterior (personas y cosas). Esta última característica los vuelve apenas abordables por el psicoanálisis que funda su operatividad en el establecimiento de la transferencia. La utilización de este criterio transferencial, lo llevará a establecer una nueva distinción en su nosología entre neurosis de transferencia (histeria, neurosis obsesiva) y neurosis narcisistas, distinción que ya fue abordada con detenimiento en el primer capítulo de este libro.

⁴¹ Cf. capítulo 1. El término "parafrenia" fue introducido por Kraepelin para nombrar ciertas formas alucinatorias y delirantes de la demencia precoz cuya terminación no era demencial, pero que tampoco correspondían a los criterios de la paranoia por su profusión alucinatoria. En el momento en que Freud recupera este término el mismo había caído en desuso para referirse a estas formas clínicas, de ahí que Freud justifique el nuevo uso que propone. Es necesario aclarar no obstante que esta denominación no se impuso en el medio psicoanalítico.

Ahora bien, Freud aclara que estas dos características -desasimiento libidinal respecto del mundo exterior y el recogimiento de la libido en el interior del yo-, no son en sí mismas patológicas. De hecho, las encontramos en el estado normal del dormir, también en el campo de las enfermedades nerviosas (en el tipo clínico histérico, obsesivo, melancólico) y en el duelo: en todos estos casos se resigna de una forma u otra la relación con la realidad.⁴² Sin embargo, el duelo, la neurosis obsesiva e histérica no han cancelado el interés libidinal por las personas y objetos, sustituyéndolos por otros en la fantasía. Distinto es el caso de los parafrenicos, es decir los psicóticos, que parecen haber retirado realmente su libido de las personas y las cosas del mundo exterior sin sustituirlas por otras en la fantasía. En este momento de la argumentación Freud vuelve a preguntarse por la especificidad del mecanismo de defensa que opera en la parafrenia, dado que el desasimiento libidinal de los objetos no le es exclusivo. A fin de explicar este desenlace, se ve obligado a postular que lo decisivo se encuentra en el factor disposicional/constitucional. Aquí se inserta la hipótesis del narcisismo: en los parafrenicos existiría una fuerte fijación libidinal a este estadio. De este modo, cuando un determinado proceso obliga a quitar la libido de los objetos, la libido convertida ahora en narcisista, no puede hallar el camino de regreso hacia los objetos y es este obstáculo a su movilidad el que se vuelve patógeno (Freud, 1916/17).

De aquí decanta entonces lo que diferencia para Freud a la posición neurótica de la psicótica: en la posición neurótica la libido es introvertida en la fantasía y de allí se posibilitan los sustitutos, mientras que en la posición psicótica la libido no es reconducida a la fantasía sino que es introvertida en el yo. De esta manera pueden explicarse los síntomas que nacen del esfuerzo por alejar a la libido de los objetos y acumularla en el interior del yo en calidad de libido narcisista, sin apelar a satisfacciones sustitutivas provistas por la fantasía inconsciente. Ahora bien, la acumulación libidinal en el yo se torna insoportable, estancándose y volviéndose patológica. Ante lo cual Freud, fiel a su propio método de indagación de las afecciones anímicas se interroga ¿por qué el incremento de la libido en el yo se volvería patógeno? ¿Por qué la vida anímica se ve obligada a abandonar el narcisismo e investir el mundo de los objetos? (Freud, 1914a). La recurrencia al factor cuantitativo le permite arribar a una explicación, al señalar que existe en el yo cierto umbral de tolerancia a la investidura libidinal que cuando es sobrepasado, en cierta medida, se vuelve patógeno y se ve obligado a volver la libido al mundo de los objetos. Este anuncio permite explicar los síntomas del período más "ruidoso" de la psicosis, es decir, los síntomas que responden a un intento de curación o de restitución libidinal tales como el delirio y las alucinaciones (Freud, 1911a).

Si nos remitimos al Dr. Schreber, los fenómenos hipocondríacos responden al momento de desasimiento libidinal, es decir al grupo de síntomas que nacen del retiro de la libido del mundo exterior. La sensación de estar muerto "el cadáver leproso que lleva a otro cadáver leproso"⁴³ -tal la descripción del propio Schreber- y la catástrofe libidinal manifiesta cuando lee su propia muerte en el periódico son entendidas como una proyección de su catástrofe interior producida por la sustracción de la investidura libidinal del mundo exterior. Primeramente aparece entonces este derrumbe del mundo y del yo que, en un segundo momento podrá ser restituido por la vía del delirio. Es decir, que aquello que generalmente consideramos la producción patológica, la formación delirante, en realidad es un intento de restablecimiento, de restitución y de reconstrucción (Freud, 1911a). Ahora bien, apoyándonos en el historial clínico, el hecho de que el delirio persecutorio hacia Flechsig se presente antes de la fantasía de sepultamiento del mundo presentaría una contradicción a la teoría de la represión ya que el retorno de lo reprimido habría precedido a la represión misma.

Ante esta particularidad que parece objetar su tesis, Freud, atendiendo a la singularidad del caso, admite que el desasimiento libidinal puede ser tanto parcial como general, siendo muchas veces el desasimiento parcial el que introduce a un desasimiento general (Freud, 1911a). En el caso Schreber, el desasimiento de la libido de la persona de Flechsig, transferencialmente venerado, pudo haber sido lo primario, y pronto sobrevino el delirio que recondujo la libido al médico pero con un sentido negativo, es decir no como amado sino odiado, cancelando así la obra de la represión. Nuevamente se desata una lucha defensiva, más poderosa, en torno al objeto del delirio que al mismo tiempo que atrae la libido sobre sí, moviliza todas las resistencias. El resultado es una batalla general en cuyo transcurso se impone el éxito de la represión, el que se manifiesta por el convencimiento de que el mundo ha sido sepultado siendo él el único hombre que queda en la tierra. A esa catástrofe inicial le sigue el delirio de grandeza redentor que permite un intento de reconstrucción.

⁴² Para un desarrollo más detallado de este problema de la pérdida de realidad véase el capítulo 9.

⁴³ Lacan (1958) se basará en esta formulación de Schreber para plantear que se trata allí de una "regresión tópica al estadio del espejo."

De esta manera, el hecho de que el desasimiento sea siempre parcial lleva a Freud (1914a) a distinguir tres grupos de manifestaciones en el campo de las psicosis: aquellas que corresponden a la "normalidad conservada" y que Freud no duda en especificar "o la neurosis"; las manifestaciones del proceso patológico correlativas del desasimiento (hipocondría, perturbación afectiva, etc.) y por último aquellas manifestaciones que indican que ha habido una restitución de la libido en los objetos. Como anteriormente señalamos, la hipótesis del narcisismo le posibilita a Freud aplicar la teoría libidinal al campo de las psicosis, a partir de situar que la modalidad defensiva en estos casos consiste en el desasimiento de la libido de los objetos con regresión al yo. De este modo, Freud consigue incluir el campo de las psicosis bajo la égida de la etiología sexual. Esta teoría generó gran rechazo en el campo de la psiquiatría, que continúa explicando a la esquizofrenia en función de una perturbación de localización supuestamente orgánica.

En esta dirección Jung, sirviéndose de una frase freudiana en la que anuncia que la relación alterada con la realidad en la demencia paranoide puede explicarse exclusivamente por la falta de interés libidinal, le critica que esa hipótesis no sea suficiente para explicar la pérdida de realidad que se produce en las psicosis. Refiere así que Freud supone que la pérdida de la realidad en la paranoia y en la esquizofrenia ha de atribuirse exclusivamente a la retracción del "estado libidinal", sin considerar que ésta podría coincidir con el llamado "interés objetivo en general", sin necesidad de recurrir a la libido. Jung subraya que difícilmente puede suponerse que una relación normal a la realidad se mantenga sólo por el interés erótico, de hecho existen individuos castrados en los cuales faltaría el interés libidinal sin que por eso reaccionen con una psicosis (Jung, 1913).

Retomando a Freud, Jung señala que es una tentadora posibilidad explicar la pérdida de la realidad como efecto de la introversión de la libido sexual en el yo. Pero si se partiese de esta concepción, "se obtendría la psicología de un anacoreta ascético, pero no una demencia precoz" (Freud, 1914a: 78). Molesto, Freud señala que esta argumentación carece de sustento, ya que él nunca abandonó la teoría libidinal, además esa formulación desdeña la distinción entre interés libidinal y otros tipos de intereses. De este modo, este señalamiento de Jung resulta una comparación inapropiada ya que un anacoreta que se afana por desarraigar todo rastro de interés sexual, en el uso vulgar de la palabra, no tiene por qué tener por esa razón un desenlace patológico. Freud enfatiza que sería posible extraer el interés del mundo de los objetos, sublimándolo y sin que caiga en una introversión de la libido en el yo, conservar los objetos en la fantasía. Esta aseveración pone fin al debate cuando Freud recuerda que la escuela de Zurich, no consiguió deslindar el mecanismo propio de la psicosis. No cabe duda que mediante la escritura de este trabajo perteneciente a la metapsicología, el fundador del psicoanálisis intentó mostrar la necesidad del concepto de narcisismo como una alternativa frente a la libido no sexual de Jung (Freud, 1914a).

Esto no echa por tierra que a Freud le siga resultando difícil dilucidar la especificidad de la psicosis, sin poder atribuirla tampoco a la "pérdida" de la realidad. Apela entonces a que las posteriores indagaciones psicoanalíticas lo ayuden a orientarse entre la maraña de los más oscuros procesos anímicos (Freud, 1911a).⁴⁴

Pasaremos ahora a retomar algunos de los planteos de Lacan quien con el método de detectar los obstáculos freudianos propuso nuevas tesis que renovaron la escucha analítica de las psicosis.

Lacan: homosexualidad como síntoma y causalidad significativa

Desde los inicios de su enseñanza Lacan reserva para la psicosis un lugar fundamental. Sus vastas elaboraciones revisten gran relevancia y constituyen un gran aporte en relación a las posibilidades y límites de la práctica analítica con pacientes psicóticos. Podemos distinguir dos momentos en su enseñanza respecto de la clínica de las psicosis. Un primer momento, en los años '50, en pleno "retorno a Freud", en el que a partir de la lectura del texto sobre Schreber se ocupará de deslindar el mecanismo del fenómeno psicótico y el desencadenamiento de la psicosis. Durante los años '70, en el último momento de su enseñanza; luego de la elaboración del objeto y a partir de diferenciar el síntoma del *sinthome*, constituye una clínica de fijación de los goces y estabilización en la psicosis. Teniendo en cuenta el objetivo de nuestro capítulo sólo nos detendremos en la relectura que realiza Lacan de la hipótesis causal freudiana de la paranoia centrándonos en el primer momento de su enseñanza.

⁴⁴ El problema de la pérdida de la realidad en las psicosis será nuevamente puesto en cuestión luego del giro de los años '20. Este aspecto del problema será desarrollado en el capítulo 9.

A diferencia de Freud, quien explica la causa de la paranoia en función del avance de libido homosexual, Lacan supone primeramente una causalidad significativa para las psicosis, al partir de considerar que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. El estudio de las psicosis -en la que el inconsciente está presente pero no funciona al mismo modo de la neurosis-⁴⁵, le permitirá una aproximación al problema de la inscripción del sujeto en la estructura del lenguaje que atraviesa a todo ser hablante.

El acceso del sujeto al lenguaje implica una operación simbólica que posibilita la represión del conjunto de los significantes estableciendo una regulación en la cadena simbólica. Lacan encuentra en el significante del Nombre-del-Padre el operador que le permite explicar la legalidad del funcionamiento de la cadena significativa. El significante del Nombre-del-Padre no es un significante como los demás, es un significante privilegiado ya que es el significante que hace ley en el conjunto de los significantes, es el Otro del Otro en este momento de su elaboración, cuya presencia o ausencia le permiten establecer una clínica diferencial entre neurosis y psicosis. En las psicosis este significante privilegiado del Nombre-del-Padre estaría forluido, ha sido rechazado. Hecha esta breve introducción nos preguntamos entonces ¿Cuál es el estatuto que recibe la homosexualidad en la psicosis paranoica para Lacan? Intentaremos responder a este interrogante recurriendo a dos referencias: el seminario sobre "Las psicosis" de 1955-1956 y el escrito de 1958 "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis".

A la altura del Seminario 3 Lacan sostiene que explicar la psicosis mediante la defensa ante una pulsión homosexual es confuso y ambiguo, ya que no hay diferencia entre psicosis y neurosis desde este punto de vista (Lacan, 1955/56). Recordemos que Freud apela a componentes homosexuales no sólo en el caso de la perversión, sino también en el de las neurosis (la corriente homosexual de Dora hacia la señora K o el lazo que unía al hombre de las ratas con su amigo y confidente). Por otra parte, debemos tener en cuenta, que este es un seminario de transición en la delimitación del Otro como lugar del reconocimiento que puede representar al sujeto y significarlo en función de su deseo y el lugar del Otro como Código significativo, conjunto de los significantes, en el cual se instaura la ley. Para explicitar lo que acontece en la psicosis retoma la reformulación freudiana de la noción de proyección cuando menciona que no era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia afuera; sino más bien que lo cancelado adentro retorna desde afuera (Freud, 1911a). Esta concepción le sirve a Lacan de apoyo para formular que en la psicosis se trata de un tipo de retorno diferente a la neurosis. En la neurosis, el funcionamiento de la represión posibilita el retorno de lo reprimido en lo simbólico mediante la formación de un síntoma de compromiso. En este síntoma neurótico lo reprimido se expresa de todos modos, dado que la represión y el retorno de lo reprimido son una sola y única cosa (Lacan, 1956). En la psicosis se trata más bien de un rechazo primordial, lo que no fue primitivamente simbolizado no se reprime, se rechaza y retorna en lo real por no estar bajo la égida de lo simbólico. Este rechazo, *Verwerfung*,⁴⁶ que indica que hay algo que falta en la relación a los significantes y es eso lo que le da a la psicosis su condición esencial. En este momento, este rechazo se encuentra en estrecha relación con lo que Lacan denomina Ley del Padre que, como mencionamos, en los próximos años articulará a la noción de metáfora paterna, la cual se operacionaliza por la sustitución que provee el significante del Nombre-del-Padre.

Con Schreber precisa que a falta de la Ley del Padre, el sujeto no alcanzó una representación sexual simbólica que le permitiera reconocerse. Su posición viril se vio conmovida cuando irrumpe el delirio bajo la forma de una pregunta por el sexo mediante la fantasía de duermevela que se le impone como un llamado que le viene desde afuera cuyo contenido expresa lo bello que sería ser una mujer sufriendo el acoplamiento (Lacan, 1956). En ese momento, el sujeto queda totalmente inerte, sin recursos cuando debe responder con lo que nunca estuvo presente, sin posibilidad de arreglo simbólico y descompensando las respuestas imaginarias que lo sostenían hasta ese momento. Como efecto del desencadenamiento, Schreber es invadido por voces injuriantes que lo llaman "Miss Schreber", y fenómenos hipocondríacos. En el mismo sentido, la feminización se le presenta como un goce intrusivo que rechaza. Luego, Lacan advierte que en el Dr. Schreber "la ausencia del significante masculino primordial" (Lacan, 1956: 361) expresa que ningún modo de realización es posible sino a través de admitirse como mujer y transformándose en ella (Lacan, 1956). En este punto es en el cual se produce la reconciliación con la idea de la feminización. La transformación en mujer propia del trabajo delirante le permite un reordenamiento significativo mediante el recurso al registro imaginario, concluyendo que sólo puede ser la Mujer de Dios. Dos años más tarde, Lacan nuevamente retoma y desarrolla este

⁴⁵ Para una introducción a las referencias freudianas de este problema véase el capítulo 2.

⁴⁶ Véase un trabajo detallado sobre este término en los capítulos 2 y 4, y una aplicación clínica del mismo con su discusión en el capítulo 5 sobre el caso del hombre de los lobos.

“empuje a la mujer” (Lacan, 1972: 36) en la Cuestión preliminar. En este escrito conceptualiza a la *Verwerfung*, que hasta el momento era entendida como rechazo, en términos de forclusión. Sostiene que lo forcluido es el significante del Nombre-del-Padre cuya operación permite el funcionamiento de la metáfora paterna. Es decir, en la neurosis el significante del Nombre-del-Padre opera metafóricamente sobre el enigmático deseo de la madre produciendo el advenimiento de la significación fálica en el inconsciente.

En la psicosis, el efecto metafórico no se produce al estar forcluido el significante del Nombre-del-Padre, por lo cual el deseo materno no es simbolizado por el falo. De este modo quedan establecidas las condiciones de desencadenamiento de la psicosis, para el cual es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, forcluido, es decir, sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado en oposición simbólica (Lacan, 1958). Es decir, se trata de que Un-Padre, venga a ese lugar donde no ha sido llamado antes, es decir, que se sitúe en oposición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria a-a'. El desencadenamiento de la psicosis se encuentra en aquella coyuntura en la cual el sujeto tiene que responder con el significante ausente, con lo que no fue simbolizado y en consecuencia el agujero en lo simbólico se manifiesta como vacío a nivel de la significación.

En función de esto, y a diferencia de Freud, quien considera que la transferencia de Schreber con Flechsig operó en el desencadenamiento de la psicosis, Lacan considera que fue en verdad el nombramiento a presidente Tribunal de Dresde la coyuntura que da inicio a la psicosis. Esta hipótesis parece estar más en consonancia con la idea del mismo Schreber quien sostenía que había enfermado a causa de un exceso de trabajo que le suscitó la asunción del cargo.

La hipótesis de la transferencia hacia Flechsig como desencadenante estaba sostenida en la idea de la homosexualidad inconsciente para Freud. Al respecto Lacan considera que “la homosexualidad, supuesta determinante de la psicosis paranoica, es propiamente un síntoma articulado en su proceso” (Lacan, 1958: 521). Esta homosexualidad no hay que entenderla como homosexualidad latente o reprimida, sino como una “homosexualidad delirante”, un síntoma que se le presenta al Dr. Schreber como una experiencia de goce enigmático, una voluptuosidad no regulada por la función fálica. Ese goce en exceso será regulado en un segundo momento vía el delirio que realiza la transformación en mujer (Lacan, 1958). De este modo, Lacan elucida el sentido de la fantasía de emasculación en función de que Schreber advirtió tempranamente que “a falta de poder ser el falo que le falta a su madre, sólo le queda la solución de ser la mujer que le falta a los hombres” (Lacan, 1958: 541). En este momento recurre a lo imaginario, a la hiancia mortífera del estadio del espejo al cual ha regresado y gracias al cual puede tratar su propia muerte para renacer como mujer de Dios, cultivando la femineidad solo frente el espejo en una práctica que Lacan nombra como “transexualista”. Esta práctica transexualista y delirante viene a suplir la significación fálica ausente, estabilizando la relación del sujeto con su imagen, poniendo un límite y ofreciendo una regulación de ese goce.

Así, el empuje a la mujer le posibilita posicionarse en relación al Otro sexo. Es decir, el delirio de Schreber le permite ir ubicando su ser en relación a Otro y alcanzar la estabilización a partir de ser La Mujer que le falta a Dios. A diferencia de la posición de rechazo inicial hacia la feminización, ahora se reconcilia con esta idea cuya realización espera de un modo asintótico. Es decir, inicialmente Schreber siente que puede ser transformado en una mujerzuela, que pondrían al servicio de Flechsig para que éste abuse de su cuerpo, cuestión que le resulta injurioso. Ahora se trata de convertirse no en una mujer cualquiera sino en La Mujer de Dios, un deber que acata ya que lo dignifica. Esta feminización, que entonces ahora toma la forma de “ser La Mujer de Dios” es un significante en torno al cual se constituye lo que Lacan denomina una “metáfora delirante”, en la cual significante y significado se estabilizan, provocando efectos de una nueva significación.

En la lectura de Lacan otro es el lugar reservado al perseguidor Flechsig, ya no como aquel que desencadena la psicosis por su impronta transferencial⁴⁷, sino como quien viene a suplir el vacío abierto por la forclusión (Lacan, 1958). Es necesario entonces diferenciar, tal como nos lo ha señalado Freud, aquello que desencadena o desase de aquello que encadena, suple o restituye. Lacan reserva la asunción del cargo, en la que subraya justamente su calidad de Padre, como aquello que produce el desencadenamiento. Esto marca una clara diferencia con Freud, quien ubicaba a la transferencia con Flechsig -avance de libido homosexual mediante- como el desencadenante de la crisis. En cambio Lacan ubica en Flechsig no algo del orden del vacío abierto por la forclusión, sino algo de la suplencia

⁴⁷ “Sólo damos aquí lo que es preciso para apreciar la torpeza con que los autores mejor inspirados manejan lo que encuentran de más válido al seguir a Freud en el terreno de la preeminencia que otorga a la transferencia de la relación con el padre en la génesis de la psicosis.” (Lacan, 1958: 561).

de ese vacío, en términos freudianos, una primera restitución que saca a Schreber de la catástrofe en que se ha sumido su mundo para localizarlo ahora en la lucha contra el almocidista Flechsig.

Con esta reubicación de la cuestión del padre y su diferenciación en términos significantes, la homosexualidad en Lacan pierde peso causal para pasar a ubicarse como una práctica transexualista que se sostiene en el marco de una homosexualidad delirante. Por lo tanto no desencadena, sino que restituye.

Conclusiones

A lo largo de este capítulo intentamos delimitar las relaciones entre paranoia, homosexualidad y narcisismo en la obra freudiana. Observamos cómo esas relaciones se encuentran implícitas desde el inicio de su doctrina e intentamos reconstruir esa elaboración en ciernes, en el intercambio epistolar con sus discípulos en un contexto político-institucional muy controversial. Hemos delimitado que una constante es la búsqueda de la especificidad de la paranoia atendiendo al mecanismo de defensa y de formación de síntoma en juego. Como vimos esto resulta una gran problemática para Freud, quien si bien logra aproximar una respuesta vía la introducción del narcisismo articulado a la defensa, no logra deslindar en dónde radica la particularidad de la paranoia. Esta dificultad es advertida por Freud, pero no consigue alcanzar una respuesta que le sea satisfactoria.

Como vimos, será Lacan quien logre arribar a la especificidad de la paranoia a partir de situar una causalidad significativa y desplazando a la homosexualidad de su papel causal a un rol diferencial como síntoma del proceso de reconstrucción que entabla Schreber. Asimismo deslindará a la forclusión del significativo del Nombre-del-Padre como modalidad de estructuración que permite explicar los fenómenos psicóticos, articulada a la coyuntura del desencadenamiento y a la posterior solución.

Bibliografía

- Abraham, K. (1907). Diferencias psicosexuales de la histeria y la demencia precoz. En *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen, 1994.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 2009
- Ferenczi, S. (1911a). El papel de la homosexualidad en la patogenia de la paranoia. En *Obras completas de Sandor Ferenczi*. Documento recuperado en www.psicoanalisis.org
- Ferenczi, S. (1911b). Algunas observaciones clínicas sobre enfermos paranoicos y parafrénicos. En *Obras completas de Sandor Ferenczi*. Documento recuperado en www.psicoanalisis.org
- Freud, S. (1892-1899). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 211-322.
- Freud, S. (1894). Las Neuropsicosis de defensa. (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias). En *Obras Completas, Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.41-68
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas, Tomo III*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.157-184.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En *Obras Completas, Tomo IV y V*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010.
- Freud, S. (1905a). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras Completas, Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.109-224.
- Freud, S. (1905b). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas, Tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.109-224.
- Freud, S. (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci. En *Obras Completas, Tomo XI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. pp 53-128.
- Freud, S. (1911a). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia Paranoideas) descrito autobiográficamente. En *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.1-92
- Freud, S. (1911b). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 217-232.
- Freud, S. (1913). La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de la neurosis. En *Obras Completas, Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp 329-346.

- Freud, S. (1914a). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 65-98.
- Freud, S. (1914b). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.1-98.
- Freud, S. (1915). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En *Obras Completas, Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 259-272.
- Freud, S. (1916-17). Conferencias de introducción la psicoanálisis. Parte III. Doctrina general de la neurosis. 26 conferencia: La teoría de la libido y el narcisismo. En *Obras Completas, Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 375-391.
- Freud, S. (1922). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia, y la homosexualidad. En *Obras completas. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 213-226.
- Freud, S. (1923). Una neurosis demoníaca en el siglo XVII. En *Obras completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, 2011. Pp.67-106.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. En *Obras completas. Tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, 2011. Pp.151-161.
- Freud, S. & Jung, C. (1974). *Correspondencia*. Madrid: Taurus, 2001.
- Freud, S. & Ferenczi, S. (1908/1911). *Correspondencia completa. Tomo I*. Madrid: Síntesis, 2001.
- Jones, E. (1958). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Jung, C. (1907). *Psicología de la demencia precoz*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Jung, C. (1913). *Metamorfosis y símbolos de la libido*. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- Lacan, J. (1955/56). *El Seminario. Libro 3: Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. *En Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2013. Pp. 509-558.
- Lacan, J. (1972). El Atolondradicho. En *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012. Pp. 473-523.
- Maleval, J. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Nunberg, H & Federn, P. (1908-1909). *Actas de la Sociedad psicoanalítica de Viena. Tomo II*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1979.
- Schreber, P. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. España: Argot, 1978.

CAPÍTULO 4

El problema de la especificidad del mecanismo

Nora Cecilia Carbone, Mercedes Kopelovich,

María Luján Moreno y Gastón Pablo Piazze

El texto de Freud, sin duda deslumbrante, está lejos de ser satisfactorio. Confunde todo, "eso" nada tiene que ver con una Verdrängung. ¿De qué se trata cuando hablo de Verwerfung? Se trata del rechazo, de la expulsión de un significante primordial a las tinieblas exteriores [...] Este es el mecanismo fundamental que supongo está en la base de la paranoia [...]"

JACQUES LACAN. EL SEMINARIO. LIBRO 3.

Introducción

El interés de Freud por cernir los resortes causales de las psicosis aparece tempranamente en su obra y denota un esfuerzo por situar sus hipótesis explicativas trascendiendo el mero supuesto del paralelismo psicofísico -dominante en la psiquiatría de la época-, que fijaba una etiología orgánica en el origen de las enfermedades mentales. Se abre así un capítulo fundamental del psicoanálisis freudiano, el de la metapsicología, vertebrado por la búsqueda del mecanismo propio de cada constelación sintomática, en su articulación con el factor sexual. Lejos de un interés solamente teórico, dicha búsqueda estaba sustentada por la premisa de que la etiología se traducía en la morfología de los síntomas, y por la idea de que de ese conocimiento etiológico se derivaban indicaciones terapéuticas. El establecimiento del mecanismo adquiere de esa manera toda su importancia, en la medida en que determina, junto con la etiología sexual, tanto la envoltura formal específica del síntoma que permite realizar distinciones nosográficas, como el modo -o la posibilidad- de abordarlo en el dispositivo.

Ahora bien, el camino emprendido por Freud respecto de estos problemas no es sencillo ni lineal, sino que está sesgado por sucesivos cambios de perspectiva, vacilaciones y obstáculos que redundan, ora en una relación de oposición de las psicosis con otros cuadros clínicos, ora en una relación que por momentos parece de continuidad.⁴⁸

El objetivo del presente capítulo es, pues, seguir el derrotero freudiano relativo a la construcción conceptual acerca del mecanismo de las psicosis, ubicando sus hitos centrales y los obstáculos encontrados por Freud a la hora de delimitar su especificidad. En tal sentido, examinaremos, en primer lugar, el señero abordaje que hace del tema en sus primeros escritos psicoanalíticos, en donde agrupa a las psicosis con la histeria y la obsesión, mancomunadas por la operación de lo que llama el "mecanismo psíquico de la defensa". Esta generalización no le impide, sin embargo, introducir matices, como sucede con el planteo del mecanismo "más enérgico" en el caso de la confusión alucinatoria, o el de la "represión por el camino de la proyección" en el caso de la paranoia.

⁴⁸ Esta continuidad ya fue señalada en el capítulo 1.

Tales consideraciones iniciales, con consecuencias clínicas en lo que atañe a la relación con la realidad y al modo de retorno de lo reprimido, son retomadas en subsiguientes elaboraciones, como lo demuestra el magistral estudio sobre el caso Schreber presentado en el capítulo anterior, en donde, a la luz del narcisismo, el mecanismo de la proyección deja de ser patognomónico de la paranoia para ser redefinido y resituado en el marco de la dilucidación de los tres tiempos de la represión, cuyos aspectos diferenciales con respecto a la neurosis alcanzan su máximo desarrollo. La expresión “lo cancelado dentro retorna desde afuera” (Freud, 1911: 67) parece ser aquí la brújula que permite dividir las aguas entre neurosis y psicosis paranoica, e inaugura un movimiento que se afianza en el denominado “giro de los años `20”, cuando vuelve sobre el problema del mecanismo, esta vez con la referencia de la segunda tópica del aparato psíquico. Allí, en un intento de aprehender la ensambladura causal que determina el modo de relacionarse con la realidad en la neurosis y en la psicosis recurre a la operación de la “desmentida” para explicar las diferencias entre ellas.

A pesar de ello, resulta sorprendente encontrar, en textos posteriores, enunciados que van en la línea contraria. Es el caso, por ejemplo, del artículo “El fetichismo”, de 1927, en donde Freud halla la operatoria de la desmentida como algo común a neurosis, psicosis y formas fetichistas de la perversión. O también el del “Esquema del psicoanálisis” de 1938, donde señala la existencia de una clase de neuróticos, emparentados con los psicóticos por la “gravedad” de sus síntomas, en quienes supone la intervención de causas y mecanismos patogénicos idénticos, o por lo menos muy análogos.

Estas afirmaciones, enigmáticas para quienes acostumbramos a defender la especificidad del mecanismo psicótico en su diferencia fundamental con la neurosis, invitan a repensar la posición freudiana sobre el tema y a renovar el interrogante sobre los aspectos de su doctrina -colmados de derivaciones clínicas y terapéuticas- que evidencian escollos para una completa resolución.

El ensayo explicativo fundacional: las psicosis de defensa

Entre los años 1894 y 1896, Freud produjo dos artículos claves sobre el tema que nos ocupa: “Las neuropsicosis de defensa” y “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. Cada vez más alejado de la neurología, en aquella época estaba dedicado a la investigación del problema de las neurosis, cuyos resultados cristalizarían en su primera nosología.⁴⁹ En los escritos mencionados, el joven médico esbozó una “teoría psicológica” que le permitió reunir en un mismo grupo una serie heterogénea de cuadros clínicos que incluía a la histeria, a muchas fobias y representaciones obsesivas y a ciertas formas de la psicosis. Dicho grupo orbitaba alrededor de un criterio principal, consistente en la operación de una “defensa”, concepto anunciado en la “Comunicación preliminar” y ampliamente trabajado en el primero de los textos a los que hicimos referencia. Como es sabido, el interés de Freud sobre esta noción no dejó de crecer, al punto de convertirla en el “pilar fundamental”, no sólo del edificio entero del psicoanálisis como práctica, sino también de las diferentes envolturas formales de los síntomas que conciernen a la psicopatología.

Resulta oportuno preguntarse por las razones que condujeron a Freud al planteo de esta hipótesis etiológica, vale decir, por la necesidad lógica que lo impulsó a trascender aquello que, a la sazón, era sólo descrito o explicado de acuerdo a una causa orgánica. Si retrocedemos en el tiempo, encontramos algunas pistas sobre ello en la historia que unió al entonces novel practicante con su maestro, Jean-Martin Charcot.

Luego de su estancia en la Salpêtrière, Freud recordaba haber oído decir a Charcot: “hago morfología patológica, hago incluso un poco de anatomía patológica, pero no hago fisiología patológica; espero que la haga algún otro” (Freud, 1892-94: 169). Esta frase resulta curiosamente premonitória, a la luz de la invitación que el gran neurólogo le hiciera antes de su partida a Viena: la escritura de un artículo sobre la álgida y determinante comparación entre las parálisis orgánicas y las parálisis histéricas. El fruto de esta propuesta vio la luz en 1893: tras presentar de manera sistemática uno a uno los rasgos diferenciales del fenómeno en cuestión -en lo fundamental ya señalados por Charcot-, dio el paso que su maestro esperaba de “algún otro”, y se ocupó de repensar la “lesión funcional o dinámica” que se hallaba en su base. Su procedimiento es sencillo y, curiosamente, propio de su saber como neurólogo. El mismo se sostiene en la premisa de que, a semiologías distintas, resulta imposible suponer la misma etiología. Si como lo comprobaba, la histeria se comportaba en sus parálisis y otras manifestaciones “como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella” (Freud, 1893: 206), entonces la lesión de esos síntomas histéricos debía ser por completo independiente del sistema nervioso.

⁴⁹ Cf. capítulo 1.

Descartada la etiología orgánica a través de una demostración por el absurdo, Freud se orientaba ahora a establecer la naturaleza de la alteración funcional en juego. Propuso entonces interpretarla en términos de una abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción vulgar, trivial, del órgano o de la parte del cuerpo comprometida. De este modo, asistimos al surgimiento de una nueva noción del cuerpo, entendida como un conjunto de representaciones. Como elemento central de una psicopatología en ciernes, Freud subrayaba que tales representaciones podían ser inasequibles en proporción a su valor afectivo, sin hallarse destruidas y sin que su sustrato material se encuentre lesionado. Vemos cómo, a la vez que introdujo los primeros postulados del funcionamiento del aparato psíquico (la indestructibilidad de las huellas mnémicas y su variable investidura de afecto), establecía el sísmo definitivo entre psicología y neurología.

Este razonamiento es, a la vez, el corolario del trabajo que Freud había comenzado a hacer con Breuer en aquella época, correlativo de la práctica de la hipnosis. En efecto, puede encontrarse en el escrito "Comunicación preliminar", una referencia al modo como la histeria trataba los recuerdos traumáticos: las "cosas penosas", las representaciones ligadas a "afectos graves y paralizantes" eran olvidadas, desalojadas del pensar consciente. En este contexto aparece por primera vez el verbo "reprimir" con el sentido que luego tendría en psicoanálisis. Por otra parte, ya desde entonces se esbozaba la divergencia entre la teoría hipnoide de Breuer y el concepto freudiano de defensa -correlativo a la experiencia de la resistencia al tratamiento-, que conduciría al abandono de la hipnosis.

Ahora bien, ¿cómo es que Freud llega a extender su novedosa hipótesis explicativa, en principio pensada para los síntomas de la histeria, a las manifestaciones de la psicosis?

Debe señalarse que no se encuentra, en estos primeros textos freudianos, una reflexión explícita sobre dicha anexión. No obstante, si volvemos al artículo "Las neuropsicosis de defensa", hallamos dos afirmaciones que arrojan indicios al respecto. En primer lugar, llama la atención que Freud recurra a las fobias y representaciones obsesivas para dilucidar lo que llama "un aporte a la teoría de la histeria o, más bien, su modificación" (Freud, 1894: 47), que parece dar cuenta de un importante carácter común entre la histeria y las mencionadas neurosis. Ya establecido el supuesto de que los síntomas de la histeria obedecían a una escisión de la conciencia de carácter secundario, el cambio introducido consiste, en principio, en limitar el campo de la histeria de defensa a la forma conversiva, dejando fuera a la de retención y, sobre todo, a la variante hipnoide que hasta aquí constituía el paradigma sobre el que se basaban sus investigaciones.

Otra novedad está dada por el hecho de que Freud restringe cada vez más el carácter de las representaciones inconciliables a lo sexual. Finalmente, el autor sostiene que la tarea que se impone al yo defensor es la de debilitar la representación penosa arrancándole el afecto, afecto que, empero, debe ser aplicado a otro empleo. Cabe destacar que, aunque en los trabajos previos todo parecía indicar que iba a ser la histeria el paradigma para pensar otras configuraciones clínicas, las innovaciones acerca de ésta presentadas al comienzo del mencionado texto la ubican más bien como una consecuencia de la teoría de las representaciones compulsivas. Puede suponerse que si Freud presenta el problema de esta manera es porque el apareamiento de la histeria con la obsesión, esta última circunscripta en su fenomenología al registro de lo mental, le permite reforzar la idea de que la histeria es un padecimiento psíquico y no una enfermedad nerviosa homologable a la neurastenia -como se la concebía clásicamente-.⁵⁰ Considerando esta línea, es legítimo preguntarse si acaso la inclusión de las psicosis entre las neuropsicosis de defensa no obedece a un "efecto de arrastre" propiciado por su tradicional parentesco con la obsesión. Basta recordar que, en virtud de sus síntomas mentales, en el discurso psiquiátrico de la época, la obsesión era considerada una forma más de la psicosis.

Aunque plausible, dicha hipótesis -que habla de una estrategia argumentativa de Freud- puede complementarse con otra, esta vez de índole práctica. Así, si seguimos el hilo de la introducción del escrito que nos ocupa, encontramos la siguiente afirmación: "Además, tuve oportunidad de inteligir algo sobre el mecanismo psicológico de una forma de afección indudablemente psíquica, y a raíz de ello descubrí que el modo de abordaje por mi intentado establece un enlace inteligible entre estas psicosis [alucinatorias] y las dos neurosis ya indicadas [histeria y obsesión]" (Freud, 1894: 47).

En el apartado III, Freud hace referencia a un caso -que ya fue trabajado en el capítulo 2 de este libro-, en el cual, tras la presencia de un conjunto de síntomas conversivos incompletos, surge un cuadro alucinatorio enmarcado en un delirio oniroide. El autor establece el diagnóstico de "psicosis alucinatoria", síndrome que, según él, puede aparecer comúnmente como un episodio dentro de la trayectoria de una neurosis histérica. Con todo, como se desprende de la cita extraída, es el "modo de abordaje" lo que habilita la reunión entre estas psicosis y las dos neurosis mencionadas. En efecto, en el caso en

⁵⁰ Tal es, al menos, la hipótesis que propone Roberto Mazzuca en su texto *Cizalla del cuerpo y del alma* (2003).

cuestión Freud trata a una paciente que, en principio presenta síntomas conversivos, aplicando para ello el llamado “análisis hipnótico”, que suponía despertar y expresar en palabras el recuerdo del proceso ocasionador y el afecto acompañante. En ese camino, se topa con un antiguo acceso “psicótico” confuso-alucinatorio cuya semejanza con el ataque histérico típico -tal como lo señalara respecto de manifestaciones análogas en el caso Emmy- “reside en que casi siempre se rastrea una pieza de los antiguos recuerdos traumáticos como base del delirio” (Freud, 1895: 114).

El argumento práctico parece descansar sobre la vertiente epistémica y no terapéutica del método: un mismo procedimiento descubre, a la base de manifestaciones sintomáticas diferentes, una etiología traumática similar a la que se responde con un mecanismo psíquico. La vieja histeria hipnoide, separada por el mismo Freud de las histerias de defensa conversivas, retorna ahora para darle la posibilidad de aprehender una nueva modalidad de la defensa: la desestimación o rechazo [*Verwerfung*]. Por vez primera circunscribe un mecanismo psíquico para la locura, consistente en el arrancamiento de una representación insoportable junto con el fragmento de la realidad objetiva entramado a ella. La expresión “refugio en la psicosis” hace su entrada e ilustra la estructura y la función hasta entonces inéditas que Freud otorga a los episodios confuso-alucinatorios. He aquí una primera aproximación a un problema que habría de ocuparlo en sucesivos momentos de su obra, relativo a la metapsicología de los nexos entre psicosis y realidad.⁵¹ Volveremos sobre ello más adelante.

En el texto “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, de 1896, el padre del psicoanálisis retoma lo planteado dos años atrás. Si entonces había puesto el acento en el concepto de “defensa”, aquí examina detenidamente aquello contra lo cual la misma opera. La vivencia sexual traumática de naturaleza infantil es elevada al rango de factor causante de las neuropsicosis, cuyas declinaciones -pasiva en la histeria, activa en las obsesiones y en la paranoia- permiten a Freud entender diferencias en el plano clínico. Pero además de esta perspectiva, que como sabemos fue pronto abandonada, el escrito en cuestión aporta otras novedades, cruciales para nuestra indagación. Nos referimos a la introducción, en el campo de la psicosis de defensa, de la paranoia o de “grupos de casos pertenecientes a ella” (Freud, 1896: 175). Con tal fin, Freud recurre al tratamiento de una paciente que prueba lo que varias observaciones de enfermos sólo le habían permitido intuir. Se trata de la Sra. P., una mujer casada, madre de un niño de dos años, que presenta un cortejo de síntomas cuyo tenor alucinatorio y delirante justifica, para Freud, la designación de paranoia crónica o, como mejor lo especifica años más tarde, de *dementia paranoides*. En tal contexto, señala que el descubrimiento de la etiología se produjo al aplicar “como si se tratara de una histeria” (Freud, 1896: 177) el método de Breuer, basándose en la hipótesis de que también en la paranoia existen pensamientos inconscientes que pueden volver a la conciencia si se vencen ciertas resistencias.

Nuevamente es el “modo de abordaje” -esta vez en su costado terapéutico- el que le abre las puertas a la intelección del mecanismo en juego, ahora en el campo de las formas clásicas de la locura. La existencia de desconfianza, inquina e ideas persecutorias conduce, en el rastreo de sus orígenes, a episodios de la vida infantil de carácter sexual activo, similares, podría decirse, a los hallados en la historia de los neuróticos obsesivos. La respuesta a esa vivencia, expresada en la particular envoltura formal de los síntomas es, no obstante, diferente.

Esto lleva a Freud a interrogarse sobre los resortes causales en otro plano, vale decir, el del mecanismo, en donde, como veremos, se producen novedades. Allí donde la neurosis obsesiva se defiende de la reprochable vivencia sexual infantil por medio de la represión, generando un síntoma defensivo primario caracterizado por la desconfianza de sí mismo, en la paranoia el reproche es reprimido por un camino singular. Esta es la primera ocasión en que, en un texto público, Freud apela al término “proyección”, ya empleado en una carta a Fliess (el “Manuscrito H” de 1895). Dicho mecanismo, que interviene en la formación del síntoma defensivo primario de la paranoia, supone un traslado -tal la expresión que utiliza en el manuscrito- de una causa interna a una externa. De esa manera, se le quita reconocimiento al reproche, lo que redundará clínicamente en una desconfianza hacia otros.⁵²

Se advierte así el empeño de Freud por dar cuenta de la diversidad en la morfología de los síntomas a partir del recurso a la metapsicología. Este fundacional intento de articular el fenómeno con la estructura se verifica en todo el abanico de síntomas paranoicos considerado en su diacronía, que abarca desde los mencionados rasgos primarios de carácter paranoico hasta el delirio de interpretación último, pasando por las alucinaciones y las ideas delirantes. En todos ellos se evidencia una radical exterioridad, correlativa de “la referencia a sí propio [que demuestra] siempre que la proyección es correcta” (Freud, 1895: 251). Así, la desconfianza hacia otros, los pensamientos enunciados en voz alta y el deli-

⁵¹ Cf. capítulo 9.

⁵² Para un desarrollo más detallado de esta diferencia véase el capítulo 2.

rio de interpretación llevan las marcas del mecanismo en juego, intuición freudiana que dará sus frutos cuando Lacan la retome para alumbrar una construcción estructural inédita en torno a la relación entre la envoltura formal del síntoma y su causa significativa.

De cualquier modo, no debe olvidarse que en el "Manuscrito H", Freud señala que la proyección es "un mecanismo psíquico utilizado con harta frecuencia dentro de lo normal" (Freud, 1895: 249), que en el caso de la paranoia se tornaría abusivo. Si bien la noción de "abuso" supone una mera diferenciación dimensional -como si sólo se tratara de una cuestión de grados-, el autor agrega que la proyección es normal "mientras permanezcamos conscientes de nuestra propia alteración interior" (Freud, 1895: 249). Puede leerse allí una peculiar manera de referirse a la atribución subjetiva, aspecto que, cuando se trata de una paranoia es "olvidada"; de ahí que sólo sobreviva "la rama del silogismo que lleva hacia fuera con la sobreestimación de lo que de nosotros se sabe [...] y eso que se sabe de nosotros, y que nosotros no sabemos, no podemos admitirlo" (Freud, 1895: 249). La vacilación entre una perspectiva cuantitativa y otra cualitativa para pensar el problema del estatuto del mecanismo proyectivo en la psicosis arrojará sus frutos tiempo después cuando, en su lectura del caso Schreber, Freud precise su respuesta al redefinirlo y articularlo con la modalidad de la represión.

Por último, es necesario indicar que la anexión de la paranoia alucinatoria al campo de las neuropsicosis de defensa sin haber resuelto la dificultad para aprehender la especificidad del mecanismo tiene consecuencias a la hora del abordaje terapéutico. Si volvemos al caso de la Sra. P., en el cual, como dijimos, Freud aplica idéntico método de tratamiento que para la histeria, encontramos que sus síntomas se agravan en lugar de disminuir. Al menos así lo confiesa Freud con honradez intelectual en una llamada a pie de página en donde admite el fracaso de la cura emprendida, que culminó con una internación de la paciente debida a una exacerbación de su dolencia. Esta temprana experiencia sobre los alcances diferenciales del método que estaba creando procura a Freud un saber práctico que sólo muchos años después, con la invención de la teoría del narcisismo, culmina en la formulación de una nueva nosología. En ella, la distinción entre psiconeurosis narcisistas y psiconeurosis de transferencia -organizada por el criterio terapéutico- demuestra cómo supo extraer enseñanzas de los reveses a los que lo enfrentaba su práctica.⁵³

Hacia una especificidad del mecanismo: narcisismo y proyección

Luego de estas consideraciones iniciales transcurre un largo período en el que Freud apenas hizo mención pública a la paranoia. A pesar de ello, en 1908 expone en sendas cartas a Jung y a Ferenczi lo que sería su principal generalización en esta materia: el nexos entre la paranoia y la homosexualidad pasiva reprimida.⁵⁴ Tres años después, la autobiografía de Schreber le brinda la oportunidad de dar a conocer su teoría a la comunidad científica, sosteniéndola en un minucioso examen de los procesos inconscientes operantes en la paranoia. Curiosamente, el escrito, como un verdadero *work in progress*, va a mostrar una deriva en la que esas ideas originarias quedan en parte subsumidas y en parte eclipsadas por el concepto novedoso de narcisismo.

El texto, que abrevia en la lectura de las *Memorias de un enfermo nervioso* escritas por el propio Schreber y publicadas en 1903, propone una indagación psicoanalítica del testimonio que este doctor en jurisprudencia y ex presidente del Superior Tribunal de Sajonia había dejado sobre los avatares de la enfermedad que lo aquejaba y por la cual había sido internado. Más allá de la construcción que Freud hace allí del caso en términos de un "historial clínico" -elaboración que es abordada exhaustivamente en el capítulo 3 de nuestro libro-, nos interesa detenernos aquí en aquellos puntos en los que el autor retoma el problema del mecanismo. Es en ellos, creemos, en donde se producen novedades fundamentales para apresar la tipicidad metapsicológica del cuadro y así avanzar hacia el establecimiento de lo que parece ser una relación de oposición con las neurosis.

Recordemos brevemente que en el primer apartado Freud describe el caso desde el punto de vista clínico. Atendiendo a la diacronía del caso, caracteriza el cuadro de acuerdo a un conjunto de manifestaciones clínicas propias del período inicial -que pueden englobarse en la figura del estupor catatónico- a las que le sigue un desarrollo delirante, primero persecutorio y luego megalómano, correlativo de una reconstrucción de la personalidad. Todo el derrotero de la enfermedad está vertebrado por un elemento constante, la "transformación en mujer", objeto de sucesivas declinaciones que van desde un primer fenómeno de automatismo mental, pasando por un delirio de persecución sexual hasta culminar en un

⁵³ Cf. capítulo 1.

⁵⁴ Cf. capítulo 3.

delirio megalómano de tinte redentor. Como se trata de Freud, este ordenamiento clínico no responde a un mero afán descriptivo. Su investigación psicoanalítica entrafia, como lo hemos visto en relación con otras constelaciones psicológicas, un esfuerzo por hallar una explicación superadora de la consabida perspectiva psiquiátrica fundada en el paralelismo psico-físico. Tal es su “tarea insoslayable”; de lo contrario caería, como él mismo lo afirma, en el ridículo papel “del hombre que sostiene abajo el cedazo mientras el otro ordeña el macho cabrío” (Freud, 1911: 33). Es justamente para no dejar escapar lo verdaderamente fértil que Freud se orienta al establecimiento del mecanismo psíquico de la paranoia en su articulación con la etiología sexual.

En una primera tentativa por desbrozar la metapsicología de la paranoia, en el apartado “Intentos de interpretación” Freud apela a una aproximación con el esquema aplicado para la neurosis, en donde un elemento actual (en este caso el avance de una moción homosexual) entra en conexión con uno infantil (mociones pertenecientes al Edipo negativo). Sin embargo, en el apartado siguiente sorprende al afirmar de modo contundente que el complejo paterno y la fantasía de deseo no pueden ser específicas de la paranoia dado que se encuentran también en otras neurosis. Se le imponía, entonces, la necesidad de buscar lo específico en “algo diverso” (Freud, 1911: 55).

En un insólito golpe de timón, Freud sitúa esa especificidad en “el mecanismo de la formación de síntoma” o en “la represión”. De uno de ellos depende la forma que adquieren los síntomas y no de los complejos en juego. Ahora bien, si la articulación entre la envoltura formal del síntoma y el mecanismo psíquico deja a un lado la interpretación por la vía del sentido edípico, abre la discusión en otro campo: ¿se trata del mecanismo de la formación de síntomas o del de la represión? Y, en cualquier caso, ¿cuáles son sus aspectos distintivos?

En primer lugar, hay que enfatizar cuál es el destino que, en este texto, encuentra el mecanismo de la proyección, antaño decisivo para la explicación causal de los síntomas de la paranoia: el mismo abandona su papel de proceso sustantivo y patognomónico, habida cuenta de su participación en otras constelaciones clínicas y de su desempeño desigual en las distintas formas de este cuadro clínico. Como lo afirma Strachey en la nota introductoria al artículo en cuestión, lo elaborado acerca de la proyección, pese a su carácter prometedor, no tuvo mayores consecuencias. De cualquier modo, dicho mecanismo aún reclama un lugar en el andamiaje teórico de esta dolencia; como veremos, sólo lo obtendrá al precio de una reformulación.

Así anunciado Freud de que en la inteligencia de la proyección se encontraba frente a procesos psicológicos más universales, se decide a reservar su estudio para más adelante –aunque no se encuentran rastros de tal examen en su obra futura- y se dedica a forjar sus hipótesis acerca de la participación del mecanismo de la represión en la paranoia. La justificación que da a su renuncia es la siguiente: “[...] la modalidad del proceso represivo se entrama de manera más íntima que la modalidad de la formación de síntomas con la historia del desarrollo de la libido y con la predisposición dada en ella” (Freud, 1911: 62). Se orienta entonces al estudio de la represión en sus diferentes fases, en un análisis donde las viejas hipótesis sobre los roles de la homosexualidad y la proyección son reabsorbidas en nuevos conceptos y posteriormente abandonadas en pos de la noción de narcisismo. Ésta, contemplada ya desde 1909, se convierte en la piedra de toque para la dilucidación de la metapsicología de la paranoia en particular y de la psicosis en general.

Teniendo en cuenta lo anterior, el narcisismo le permite pensar a Freud la especificidad de la primera fase de la represión en términos de una fijación de la libido a un “estadio por el que se atraviesa en el camino que va del autoerotismo al amor de objeto” (Freud, 1911: 56). Vale recordar que el término “*narzissismus*” fue originalmente acuñado por Näcke para designar una conducta perversa -tal como se la entendía en la psiquiatría del siglo XIX- consistente en dar al cuerpo propio un trato parecido al que se daría al cuerpo de un objeto sexual. Posteriormente fue retomado por Isidoro Sadger, miembro de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, quien observó rasgos aislados de esa conducta entre los homosexuales.

Es justamente el nexo entre narcisismo y homosexualidad lo que interesa inicialmente a Freud, pues le permite articular su propia hipótesis respecto de la paranoia con las indagaciones contemporáneas de algunos de sus discípulos. La novedad freudiana reside no sólo en dar un salto cualitativo del narcisismo como fenómeno clínico al narcisismo como un elemento de la teoría de la libido, sino también en aplicarlo al campo de la psicosis. De esa manera concibe primero una fase mediadora entre el autoerotismo y la elección de objeto en la que “puede ser que los genitales sean ya lo principal” (Freud, 1911: 56) y agrega que la continuación de ese camino lleva a elegir un objeto con genitales parecidos y de allí a la heterosexualidad a través de la elección homosexual de objeto. Con esa maniobra, Freud logra mostrar que el concepto de narcisismo constituye una alternativa frente a la “libido no sexual” planteada

por Jung a la par que intenta todavía conservar su idea acerca del valor causal de la homosexualidad en la psicosis.⁵⁵

El devenir de sus investigaciones demostrará, a pesar de ello, un paulatino relegamiento de esta última, que termina prácticamente por desaparecer. Así, en el análisis del caso Schreber se advierte, al comienzo de sus reflexiones sobre el mecanismo, la formación de compromiso en la que Freud incurre a la hora de establecer el punto de fijación de la paranoia: "Nos vemos llevados a suponer que el punto débil de su desarrollo ha de situarse en el tramo entre autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, y allí se situará su predisposición patológica" (Freud, 1911: 58). Unas páginas más adelante, en cambio lo vemos afirmar sin ambages que los paranoicos conllevan una fijación en el narcisismo y que, en todo caso, la homosexualidad sublimada es sólo un eslabón intermedio en el camino regresivo de la libido.

La importancia del establecimiento de la especificidad de la fijación como fase primera o precursora de la represión, reside en su carácter determinante de todo el proceso subsiguiente. Esto se pone de manifiesto en las particularidades de la segunda fase, la de la represión propiamente dicha o "esfuerzo de dar caza", caracterizada por Freud como una operación esencialmente activa a través de la cual se produce un desasimiento de la libido de las personas y las cosas. En relación con lo anterior, es necesario marcar que en este texto no es ese desasimiento lo propio de la paranoia, ya que Freud sostiene que el mismo tiene lugar también en otras neurosis o incluso en fenómenos de la vida psíquica normal tales como el duelo.⁵⁶ En todo caso, es el "particular empleo" al que es aplicada esa libido lo que le da su sello singular; en la paranoia -y en la *dementia praecox*-, la vuelta de la libido al punto de fijación al narcisismo. No hay que descuidar que el fundamento de esta afirmación metapsicológica se encuentra en un hecho clínico: la magnificación del yo y la indiferencia frente a la realidad exterior que se evidencian en el comienzo de muchas psicosis. Un ejemplo elocuente de ello lo da la experiencia del Presidente Schreber, encuadrada en la figura psiquiátrica del "estupor catatónico" y expresada por el convencimiento del sujeto de que el mundo había sido sepultado y que quedaba únicamente el "sí-mismo solo" (Freud, 1911: 68).

Lo desarrollado hasta aquí permite captar la interesante dialéctica que, como siempre, instaura Freud entre la clínica y la teoría. De la misma manera en que, partiendo de los fenómenos de homo y autosensualidad de Näcke y Sadger, arribó a un nuevo concepto de la teoría de la libido, dicho concepto le sirvió a su vez para explicar otro cortejo de manifestaciones clínicas, en esta ocasión, de la psicosis. En esa perspectiva se inscribe lo que llama "delirio de grandeza", concebido como una sobrestimación sexual del yo propio, solidaria del recogimiento de las cargas libidinales sobre él. Esta tesis, retomada tres años más tarde en el texto "Introducción del narcisismo", encuentra su correlato práctico en la forma en que los psicóticos se comportan frente al dispositivo. Es justamente el extrañamiento del interés respecto del mundo exterior -uno de los rasgos de carácter de los enfermos ahora denominados "parafrenéticos"-, el que los vuelve "inmunes al psicoanálisis" y por lo tanto "incubables" (Freud, 1914: 72).

Aquella vieja experiencia fallida con la paciente P. -que hemos recordado en la primera parte de este capítulo- es finalmente capitalizada a la luz de estas novedosas intelecciones y redundante en la formulación de la segunda nosología freudiana. La distinción que hace en ella entre neurosis de transferencia y neurosis narcisistas está organizada en torno a un criterio terapéutico, pero enraizado en disquisiciones metapsicológicas. La diferencia se justifica por el hecho de que, a partir de la resignación del vínculo con la realidad -paso aparentemente común entre unas y otras-, en las primeras se sustituye la relación con personas y cosas de la realidad por otras de la fantasía; en las segundas, en cambio, dicha sustitución -denominada introversión- no tiene lugar. Por el contrario, la libido sustraída del mundo exterior es reconducida directamente al yo y produce la amplificación y el despliegue de un estado narcisista que existía de antemano.⁵⁷

Vemos perfilarse así la oposición neurosis-psicosis, sustentada en aspectos clínicos, terapéuticos y teóricos. Oposición hasta aquí parcial en lo que respecta a la explicación etiológica, dado que sólo involucra al destino de la libido y no a la modalidad del desasimiento.

Un año después brinda precisiones acerca de esta última, en un movimiento que acentúa las diferencias y que llegará a su punto culminante en el giro de los años '20. Nos referimos al artículo "Lo inconsciente", publicado en 1915, en donde en el marco de una profundización en el discernimiento de lo inconsciente⁵⁸ y de la tónica y dinámica de la represión, Freud vuelve sobre el problema de la naturaleza de la defensa en juego en las patologías narcisistas. Allí sostiene que la teoría debe modificarse

⁵⁵ Para un desarrollo más exhaustivo de la controversia con Jung véase el capítulo 3.

⁵⁶ Cf. capítulo 7.

⁵⁷ Cf. capítulo 1 y 3.

⁵⁸ Este problema se trabaja en el capítulo 2.

para poder incluir el caso de las afecciones narcisistas y enfatiza que en éstas el desasimio de la investidura consciente, la huida del yo, se produce "de manera mucho más radical y profunda" (Freud, 1915:199-200).

La drástica fuga yoica de la que habla Freud se refiere al recogimiento de la investidura pulsional de los lugares que involucran a la representación-objeto inconsciente y no sólo al retiro de la investidura preconsciente, como sucede en las neurosis de transferencia. La suposición de que en el sistema inconsciente persiste la investidura de objeto o, como dice Freud, el hecho de que los neuróticos se aferran a la investidura de objeto misma con "gran energía", es la condición para la capacidad transferencial, que puede aprovecharse terapéuticamente en la histeria y en la obsesión.⁵⁹ El carácter refractario de la paranoia y la demencia precoz a su abordaje en el dispositivo presupone, en cambio, un quite de investiduras más extremo. Como anunciamos, es en los años veinte cuando Freud alcanza una formalización más acabada de la "huida" en juego en ambos grupos clínicos, en el contexto de la segunda tópica y desde el ángulo de las relaciones con la realidad. La noción de desmentida será allí, como comprobaremos en la última parte de nuestro trabajo, crucial para esta dilucidación.

Pero seguramente algo de estas elaboraciones postreras sobrevolaba ya el análisis del caso Schreber, en convivencia todavía con la idea de que el desasimio era común a neurosis y psicosis y que la diferencia sólo estaba dada por el destino de la libido. Si volvemos al mecanismo paranoico tal como allí lo plantea -esto es, descompuesto en tres fases-, nos encontramos con una aseveración imprevista, dada por la redefinición que propone Freud de la proyección. Con la integridad de pensamiento que lo caracteriza admite entonces que se equivocaba al decir que "la sensación interiormente sofocada era proyectada hacia fuera", y troca su vieja tesis por una mucho más fuerte: "lo cancelado adentro retorna desde afuera" (Freud, 1911: 66). Si bien esta frase corresponde a lo que llama la tercera fase de la represión, concerniente al momento del restablecimiento que deshace la represión y reconduce la libido a las personas por ella abandonadas, no debe perderse de vista que lo "cancelado" se refiere al tiempo lógico precedente, cuyas consecuencias se dejan ver en el tipo particular de retorno posterior. Resulta interesante reparar en el hecho de que tres años después, en "Introducción del narcisismo", el autor utilice el mismo término para referirse a las neurosis, en las cuales "en modo alguno se ha cancelado el vínculo erótico con personas y cosas" (Freud, 1914: 72). Poner en relación ambos artículos como un verdadero "trabajo en marcha" hace surgir, a pesar de las vacilaciones, la especificidad de la operatoria en la psicosis y su relación de oposición con la neurosis.

Para concluir con nuestro examen sobre la elaboración del mecanismo psicótico en este período de la obra de Freud, resta puntualizar que no en vano Lacan se tomó de la mencionada reformulación de la proyección para construir, junto con otras nociones de su maestro, su concepto de forclusión. "La proyección en la psicosis [...] es el mecanismo que hace retornar del exterior lo que está preso en la *Verwerfung*, o sea lo que ha sido dejado fuera de la simbolización general que estructura al sujeto" (Lacan, 1955: 73), dice en un párrafo de su seminario III que, a la par que resuelve los impasses del texto freudiano, hace brotar de él lo más valioso. Lo logra, claro, introduciendo una torsión, que de allí en más será ordenadora de la diferencia estructural entre neurosis y psicosis.

La realidad y su desmentida en la segunda tópica

Con la creación del segundo modelo del aparato psíquico, plasmado en el denominado "giro de los años '20", continúa la investigación freudiana de los problemáticos nexos entre neurosis y psicosis y, con ella, la del mecanismo en juego. La perspectiva que toma el inventor del psicoanálisis para llevar a cabo su abordaje tiene que ver nuevamente con los lazos con la realidad, que en esta época parece funcionar como si fuera una instancia más, sumada a la división tripartita del aparato entre yo, ello y superyó. Esto se desprende con mucha claridad del artículo "El yo y el ello", de 1923, donde Freud caracteriza al yo como un ser fronterizo sometido a "tres servidumbres". En ese contexto, además de las amenazas de la libido del ello y de la severidad del superyó, esta particular instancia debe afrontar la del mundo exterior, haciendo las veces de mediador entre las exigencias de éste y los deseos del ello. Tal definición de la realidad, como homóloga al mundo exterior no es, empero, la única. Como se deducirá de lo que sigue, nos veremos obligados a redimensionarla o, en otras palabras, a pluralizarla.

Una referencia ineludible para captar lo esencial del desarrollo de estos años sobre el tema que nos ocupa es el texto "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis", de 1924. Dado que su análisis es objeto del capítulo 9 de nuestro libro, nos centraremos aquí exclusivamente en las novedades

⁵⁹ Cf. capítulo 10.

que tienen lugar en torno al problema del mecanismo y sus consecuencias en la relación con la realidad o, mejor dicho, con las realidades.

Como es sabido, Freud organiza el texto alrededor de un contrapunto entre las neurosis y las psicosis, siguiendo para ello una diacronía que contempla dos pasos. En cuanto a la neurosis, el primero de ellos supone que el yo -encargado del examen de realidad y del acceso a la motilidad- emprende la represión de una moción pulsional, en obediencia a la realidad frustrante (o a la frustración que parte del superyó como subrogado del reclamo de la realidad). Es preciso subrayar que el término alemán correspondiente a la "realidad" en este primer paso es el de *realität*, que es sinónimo de mundo exterior, de lo que de alguna manera está ahí y que podría ser captado con una máquina fotográfica o una filmadora. El vasallaje a esta realidad no implica todavía la neurosis misma, pues ésta requiere del fracaso de la represión y del retorno de lo reprimido.

Es en el segundo paso, alega el autor, cuando se aflojan los nexos con la realidad, y donde emplea otro término en alemán, *wirklichkeit*, cuyo significado es "hacer realidad", en el sentido de realizar algo, hacerlo efectivo. Como lo muestra el ejemplo de la paciente enamorada de su cuñado (Elizabeth von R.), quien ante el lecho de muerte de su hermana piensa que ahora él queda libre y puede casarse con ella, la represión del amor a ese hombre, que llevó a la conformación de los síntomas histéricos, entraña el desentenderse de la posibilidad de realizar efectivamente esa relación amorosa. En la neurosis, entonces, se evita un fragmento de la realidad efectiva, de modo que el enfermo se limita a no querer saber nada de ella, sustituyéndola por otra provista por las fantasías que aportan material para las neoformaciones sintomáticas. Por otra parte, este mundo de la fantasía al que recurre el neurótico no reemplaza a la realidad objetiva, sino que se apuntala en ella -aunque en un sector de la misma diverso de aquel contra el cual fue preciso defenderse-, prestándole un significado particular, secreto, simbólico.

¿Qué sucede, en cambio, con la psicosis? En ella también hay dos pasos, pero a diferencia de la neurosis -en la que el primer paso podía llevarse a cabo dentro de la salud- el paso inicial es en sí mismo patológico y sólo puede llevar a la enfermedad. ¿En qué consiste este "primer paso"? Pues bien, el yo, en obediencia al ello, se arranca de la realidad objetiva, en un proceso al que Freud llama "desmentida." Esta operación, con la cual Freud aspira a dar en el blanco de la especificidad del mecanismo psicótico, comporta, directamente, un no reconocimiento de la *realität* como tal. Allí donde la neurosis "no desmiente la realidad [objetiva], sino que se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis la desmiente y procura sustituirla" (Freud, 1924: 195), compensando la pérdida con la creación de una neo-realidad delirante.

Como puede apreciarse, Freud estaba retomando una vez más el viejo problema del rechazo del que hablaba en su primera nosografía, y el de lo cancelado como una de las fases de la represión, al que hacía alusión en el caso Schreber. Las nuevas consideraciones reflejan su esfuerzo por situar, para la psicosis, lo que ocupa el lugar de la represión en la neurosis, en una concepción que va de la mano de la idea del tipo de realidad en juego.

La delimitación del mecanismo de la desmentida resulta crucial para individualizar en aquella el carácter de la pérdida de la realidad, que atañe al arrancamiento del yo de la *realität*, pero también para determinar la modalidad del retorno. A diferencia de la neurosis, que se contenta con evitar el "hacer realidad" sus vínculos con el objeto y se protege de encontrarse con él refugiándose en los síntomas, la psicosis, desasida del mundo exterior, procura el forjamiento de una realidad de reemplazo.

Sin embargo, estas diferencias tendientes a situar lo que con Lacan llamaríamos una distinción estructural entre neurosis y psicosis, parecen estar lejos de una cabal resolución. Basta reparar en los dichos de Freud de 1927 para darse cuenta de sus vacilaciones respecto de la oposición entre estas dos grandes figuras clínicas vertebrada por la especificidad del mecanismo. En ese momento, la clínica lo lleva a lamentarse por la osadía de sus anteriores conclusiones especulativas sobre los privativos vínculos entre psicosis y desmentida, al descubrir la operación de esta última en un caso de neurosis obsesiva grave.

Esta mención corresponde al texto "Fetichismo", en donde además Freud ubica a la desmentida como el mecanismo que designa el destino de la representación reprimida (la falta de pene de la madre) en la formación del objeto fetiche. Vale decir que, de acuerdo a lo allí expuesto, la desmentida actúa tanto en la psicosis, como en la forma fetichista de la perversión y en la neurosis. Es verdad que Freud quiere solucionar la contradicción que generan estas afirmaciones con respecto al texto de 1924, señalando que acaso en la neurosis y en el fetichismo se trate de la coexistencia lado a lado de una corriente acorde al deseo y otra acorde a la realidad, mientras que en la psicosis, en cambio, ésta última faltaría. Con todo, su intención naufraga, pues no logra esgrimir argumentos convincentes para

fundamentar sus dichos, más allá de apelar -como lo hace años más tarde- a “la fuerza relativa” que puede tener cada corriente para determinar el desenlace.

De esta manera, vemos diluirse la esperanza de sostener la tipicidad del mecanismo psicótico en la operación de la desmentida. En la misma dirección se encuentra lo que Freud declara en el “Esquema del Psicoanálisis”, publicado en 1940, donde ubica a los neuróticos graves como muy próximos a los psicóticos. En ambos, agrega, “las condiciones de la enfermedad, así como los mecanismos patógenos, por fuerza serán los mismos o, al menos muy semejantes. Pero su yo ha demostrado ser capaz de mayor resistencia, se ha desorganizado menos” (Freud, 1940: 174).⁶⁰

Tales reflexiones, ¿indican que debemos echar por tierra todos los desarrollos freudianos que respaldan la idea de un mecanismo distintivo para la psicosis? Quizá sería más correcto hablar de puntos ciegos en la obra de Freud, de vacilaciones que nos habilitarían a utilizar una de sus expresiones más caras: “*Non liquet!*” (“no está claro”, antigua fórmula legal empleada para expresar que las pruebas ofrecidas no han sido concluyentes).

Conclusiones

Los impasses de Freud a la hora de especificar el mecanismo de la psicosis no deben hacernos perder de vista la enorme importancia de sus aportes en ese campo. Lo trabajado en este capítulo nos ha permitido captar, en primer lugar, el alcance de la intervención freudiana con respecto al concepto psiquiátrico de la locura, dado por su inscripción como patología de la defensa. Tal como vimos, ese movimiento arranca la explicación causal de la psicosis del terreno de la herencia y la constitución para incluirla en el registro de las hipótesis psicopatológicas. A partir de ese hito inaugural, se impuso la necesidad de establecer diferencias en el mecanismo que dieran cuenta de las variadas envolturas formales y de las posibilidades de abordaje en el dispositivo.

Los escollos encontrados en ese derrotero no impiden valorar su magistral intuición de lo que, desde la orientación lacaniana, entendemos como la relación entre el fenómeno y la estructura. Obstáculos fecundos, podría decirse, si se consideran los frutos que ha sabido extraer de ellos Jacques Lacan. Si fue gracias a este último que el mecanismo de la psicosis encontró su nombre y su resorte estructural bajo la fórmula “la *Verwerfung* será pues considerada por nosotros como preclusión [forclusión] del significante” (Lacan, 1958: 540), debe decirse que eso sólo fue posible por su lectura atenta del texto freudiano. Y si bien es indudable el efecto ordenador que la palabra de Lacan ha tenido sobre la de su predecesor, no puede soslayarse que la fuente de donde provino el mineral en bruto que daría lugar a la piedra preciosa de la forclusión se encuentra en la obra del creador del psicoanálisis. Al discípulo, en todo caso, le corresponde el mérito -entre otros- de extraer de ella el término “que designa una función del inconsciente distinta de lo reprimido” (Lacan, 1958: 539) y de hacer depender de él la forma particular del retorno.

Bibliografía

Freud, S. (1892-94). Prólogo y notas de la traducción de J. M. Charcot, *Leçons du mardi de la Salpêtrière* (1887-88). En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo I, 1994.

Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas (1893 [1888 - 1893]). En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo I, 1994.

Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias) En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo III, 1989.

Freud, S. (1893 -1895). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo II, 1990.

Freud, S. (1895). Manuscrito H. Paranoia (24 de enero de 1895). En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo III, 1989.

⁶⁰ Véase el trabajo sobre la alteración del yo en el capítulo 9.

- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo III, 1989.
- Freud, S. (1911). Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (caso Schreber). En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XII, 1986.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XIV, 1993.
- Freud, S. (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XIX, 1998.
- Freud, S. (1927). Fetichismo. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XXI, 1990.
- Freud, S. (1940 [1938]). Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XXIII, 1996.
- Lacan, J. (1955- 56). *El Seminario Libro III Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI editores, 1987.
- Mazzuca, R. (2005). *Cizalla del cuerpo y del alma. La neurosis de Freud*. Buenos Aires: Bergasse 19, Ediciones.

CAPÍTULO 5

Caso del Hombre de los Lobos: alucinación y mecanismo

Silvia Zamorano y Jesica Varela

Yo soy por supuesto, el caso más famoso. Pero eso hay que observarlo hasta el último momento.

SERGUEI PANKEJEFF

Introducción

En este capítulo trabajaremos en torno al emblemático caso freudiano de “El hombre de los lobos”, nombre con el que se conoce al paciente ruso Serguei Pankejeff (1887-1979), quien realizó tratamiento con Freud en dos oportunidades. Se trata de uno de los casos más controvertidos de la obra freudiana por las posteriores discusiones que generó en cuanto a la técnica empleada, la duración del tratamiento, el diagnóstico diferencial e incluso el singular lazo transferencial establecido con Freud.

Además del escrito freudiano, contamos con el material aportado por su segunda analista Ruth Mack Brunswick, por las propias “memorias” del paciente -producto de entrevistas y cartas recopiladas por Muriel Gardiner- y la transcripción de una serie de entrevistas que mantuvo con la periodista Karin Obholzer, siendo anciano y hasta el momento final de su vida. El hombre de los lobos se constituye entonces en el único historial freudiano del cual podemos disponer de la palabra en primera persona del paciente y del relato de su propia experiencia con el psicoanálisis y con los psicoanalistas, convirtiéndose en una especie de “prueba viviente”.

Serguei mismo se presentaba ante el mundo como “el hombre de los lobos”, seudónimo con el que firmaba sus obras de arte, al mismo tiempo que se daba a conocer como “el famoso paciente de Freud”. Esta particularidad lo eleva al lugar de caso excepcional en el psicoanálisis, hecho que podría vincularse a la dificultad que entraña en cuanto a su esclarecimiento.

Podrá asombrarnos que en un libro dedicado a las psicosis en Freud, nos ocupemos de este caso, dado que Freud sostuvo hasta el final de su obra que se trataba de una neurosis obsesiva. Sin embargo, posteriormente, el caso ha sido objeto de múltiples discusiones tanto en el seno del psicoanálisis como en el marco de otras disciplinas. La cuestión del diagnóstico diferencial ha sido uno de los temas que ha generado las mayores controversias.

En torno a este tema, existen numerosas hipótesis desarrolladas por diferentes representantes del psicoanálisis de orientación freudo-lacaniana⁶¹, en donde se recortan diversos fenómenos relatados por el paciente tanto en el historial freudiano, como en su vida posterior al encuentro con Freud. Entre ellos, síntomas hipocondríacos, un episodio paranoico-hipocondríaco posterior a la cura con Freud, la alucinación en la infancia, el episodio paranoico con los rusos y el hecho de que el paciente mismo se auto-diagnosticara como esquizofrénico, fenómenos que ameritan una revisión de aquellos tramos del material que plantean problemas sobre todo en relación a los mecanismos actuantes.

⁶¹ Pueden encontrar un análisis detallado de las distintas posiciones en la tesis doctoral de Carlos Escars titulada *Los nombres de los lobos*.

En relación a esto, en un trabajo anterior de nuestra autoría titulado “El episodio psicótico del hombre de los lobos” hemos centrado nuestro análisis en el episodio dismorfofóbico sufrido por el paciente apenas había finalizado el tratamiento con Freud, quien lo deriva a una de sus discípulas. Establecimos una relación entre este episodio, el análisis freudiano y los posteriores tratamientos con otros analistas a la luz de los obstáculos en la transferencia y las dudas acerca del diagnóstico diferencial.

En este capítulo, nos abocaremos con más especificidad a un fenómeno ocurrido en la infancia del paciente, recordado y reconstruido durante el análisis con Freud: la llamada “alucinación del dedo cortado”. Esta experiencia, recordada y relatada en el seno del análisis, abre la discusión en el propio Freud acerca del mecanismo en juego, quien se refiere al mecanismo de desestimación [*Verwerfung*] que intervendría en este episodio, para diferenciarlo de la represión [*Verdrängung*].⁶² Recordemos que desde los inicios de su obra, Freud nos enseñó a diferenciar los distintos cuadros clínicos a partir de la posición del sujeto en el proceso defensivo (Freud, 1896), es decir que el mecanismo de defensa empleado suponía la actividad del sujeto frente a lo intolerable de la sexualidad y conjuntamente con la etiología sexual, es decir el “trauma” acontecido en la infancia, definía el diagnóstico.⁶³

A pesar de ello, en el hombre de los lobos, la afirmación freudiana de que la castración es “desestimada” por el sujeto no inhabilita que siga pensando el caso como una neurosis. A diferencia de esta posición, Lacan hará uso de este término de Freud, *Verwerfung*, para elaborar el mecanismo específico de las psicosis, que no daría alternativa a una nueva inscripción de la castración. Si ésta no se inscribe en lo simbólico, reaparecerá en lo real, será ésta la operatoria que comanda la lógica del fenómeno de la alucinación para Lacan.

Ahora bien a la luz de este caso clínico nos interrogamos ¿Qué estatuto tiene esta alucinación? ¿De qué tipo de retorno se trata? ¿Es posible que exista un rechazo de la castración (forclusión) y por otra parte se sostenga el sujeto en la neurosis? En el mismo sentido, ¿es posible que un rechazo inicial de la castración pueda posteriormente trocarse en una aceptación de la misma, como parece sugerirlo el análisis freudiano del caso?

Se trata de una cuestión fundamental para la dirección de la cura en tanto, tal como Lacan sostiene en su escrito “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (1958) la misma no es ajena al diagnóstico de estructura y al mecanismo empleado frente a la castración.

Con este objetivo nos abocaremos al análisis de esta alucinación acontecida en la infancia y su relación con los posteriores episodios - el paranoico-hipocondríaco y el episodio paranoico con los rusos-, abordando de este modo el problema del diagnóstico diferencial. ¿Estos fenómenos permitirían fundamentar una modificación del diagnóstico de neurosis obsesiva inicial? ¿En qué coherencia se insertan con respecto al lazo transferencial?

Metodológicamente realizaremos un trabajo de revisión bibliográfica de la obra freudiana, del material autobiográfico del propio paciente y textos de otros autores del psicoanálisis. Nuestra lectura se orienta a partir de los siguientes operadores: alucinación, transferencia, mecanismo. Pondremos entonces en tensión los argumentos sostenidos por los diferentes autores y destacaremos del caso los temas que han sido retomados para poner en cuestión el diagnóstico freudiano de neurosis obsesiva.

El caso

El escrito freudiano, de 1918, concierne al recorrido realizado por este joven ruso en el primer análisis con Freud, desde febrero de 1910 hasta julio de 1914. Según Strachey, Freud comienza a escribirlo en octubre de ese año, pero lo publica recién en 1918. Su título “De la historia de una neurosis infantil”, da cuenta de aquello que constituye su principal eje: la neurosis en la infancia y la sexualidad infantil. El historial responde al interés freudiano por corroborar la sexualidad infantil a partir del material aportado por los sueños del analizante. En ese sentido, permite a Freud anudar un sueño con la sexualidad infantil y la neurosis de la infancia en correlación a lo que supone la neurosis obsesiva actual.

Asimismo el historial se produce en el marco de su disputa con Jung y Adler en torno al valor de lo infantil, el estatuto de la escena primordial y de la fantasía. Disputa que no es ajena al modo de presentación del caso y a la dirección de las intervenciones freudianas. El caso parece suscitar el mayor interés en Freud por constituirse en una prueba del “real fáctico” concerniente a la causa de las neurosis, de modo tal que en el historial asistimos al esfuerzo freudiano por correlacionar la neurosis a lo sexual traumático realmente acontecido. Es tal el interés de Freud que incluso como respuesta a una crítica de

⁶² Cf. capítulo 4.

⁶³ Cf. capítulo 2.

Otto Rank le solicita al paciente que le confirme que el sueño de los lobos fue un hecho real acontecido en su infancia.

Freud lo trató en dos oportunidades. El primer tratamiento comenzó en 1910 y finalizó en julio de 1914, momento en el cual el fundador del psicoanálisis lo considera totalmente restablecido. El segundo tratamiento ocurrió entre fines de 1919 y principios de 1920, aunque Serguei continuó viendo a Freud de tanto en tanto hasta 1926. Hacia 1919, en el contexto del fin de la primera guerra mundial y la revolución rusa, la devaluación económica y la hiperinflación provocaron la pérdida de la fortuna del joven ruso. Este incidente, sumado a la reaparición de la constipación ya presente en la primera consulta, lo mueve a visitar nuevamente a Freud. Al comunicarle acerca de la reaparición de la constipación, de las dudas, depresiones y cavilaciones, éste le aconseja realizar unos meses de análisis. Freud decide no cobrarle y a partir de allí y durante todos los años que van de 1919 hasta 1926, realiza una colecta anual entre sus amigos de la sociedad analítica para proveerle una suma de dinero a este paciente. Respecto de este tratamiento, en una nota agregada en 1924 al pie de página del historial, Freud señala que en unos meses logró prestarle auxilio para dominar una pieza no tramitada de la transferencia, luego de los cuales, el paciente se sintió "normal" y tuvo un comportamiento intachable. Sin embargo, como veremos más adelante, su bienestar fue interrumpido varias veces por episodios patológicos, vástagos de su vieja "neurosis."

Más tarde, luego de varias recaídas, y la aparición de un "episodio paranoico", al que podríamos hacer entrar en la amplia categoría de las dismorfofobias, Freud ya enfermo de cáncer, lo deriva a una de sus discípulas, Ruth Mack Brunswick, quien lo trata desde 1926 a 1927. El fenómeno dismorfofóbico que lo lleva a esta nueva consulta tiene una evolución de tres años y merece para la analista el diagnóstico de "paranoia hipocondríaca".⁶⁴ La autora sitúa el sufrimiento del paciente en las "ideas fijas hipocondríacas" (Mack Brunswick, 1928: 180) que padecía en virtud de considerarse víctima de un daño en su nariz. Éste habría sido causado por la electrólisis utilizada en el tratamiento de sus glándulas sebáceas. El agente del perjuicio era el Profesor X, hecho que la autora califica de "manía persecutoria". El daño, según él, consistía en una cicatriz, en un agujero, o en una pequeña fosa en el tejido cicatricial. Esta queja de un daño entraba en contradicción con el aspecto de su nariz, que la autora caracterizaba como totalmente regular. Si bien el paciente reconocía que su reacción era anormal, y que sólo por ello se acercaba a la consulta, eso no lo exceptuaba de sentirse desesperado hasta el punto de considerarse incapaz de seguir viviendo con lo que juzgaba "un estado irreparable de mutilación" (Mack Brunswick, 1928: 180). Ponía en serie este padecimiento con otras enfermedades anteriores, la supuesta disentería infantil, la gonorrea que lo llevó a su análisis con Freud, así como posteriores situaciones de malestar físico que se hicieron presentes en aquel tratamiento. El sufrimiento era insoportable: "Así me es imposible vivir" (Freud, 1918: 181), afirmaba el paciente.

La autora nos relata que el joven desatendía su vida y su trabajo cotidianos porque se enfrascaba en el estudio de su nariz. En la calle se miraba en la vidriera de todos los negocios y hasta llevaba en el bolsillo un espejo que utilizaba constantemente. Se empolvaba la nariz, se la inspeccionaba y se quitaba el polvo. Examinaba los poros para ver si se agrandaban y para detectar el crecimiento del agujero. Entonces se empolvaba nuevamente la nariz, guardaba el espejo y recomenzaba el proceso poco después. Su vida se centraba en el espejito que llevaba en el bolsillo y su destino dependía de lo que le revelaba o estaba por revelar. En la sala de espera de su analista acudía constantemente al espejo situado allí, motivado por una incesante necesidad de observar su imagen reflejada, lo cual lo mantenía en un estado de permanente vigilancia de su aspecto. Algo similar sucedía con los dientes, dado que el paciente había conminado a sus dentistas a la extracción innecesaria de varias piezas por considerarlas enfermas.

Este episodio, referido a la presencia simultánea de pensamientos aparentemente obsesivos en torno a su nariz y con una marcada tendencia paranoica en relación a los médicos que lo atendían, ha sido fuente de numerosos debates tanto en la psiquiatría como al interior del psicoanálisis de orientación lacaniana, en torno a la cuestión diagnóstica. Asimismo, ha planteado problemas que continúan lo escrito por Freud en "Análisis terminable e interminable" (1937) sobre los efectos "patológicos" de la cura analítica y especialmente los producidos por el lazo transferencial.

Volviendo al caso, años más tarde una nueva recaída afecta a Serguei. Nos referimos al llamado "episodio con los rusos" acontecido en 1951, el cual es relatado por él durante las entrevistas que mantiene con Gardiner. Se trata de un altercado con las autoridades militares rusas en el momento en que parte de la ciudad de Viena estaba ocupada por Rusia. El paciente queda muy impresionado por este

⁶⁴ Para una reflexión acerca del valor de la hipocondría véase el capítulo siguiente.

hecho, al punto de comparar lo que le produjo con aquello que le había sucedido cuando consultó a su segunda analista respecto de su nariz:

Creo que hasta tuve delirios de persecución, pensaba que la gente hablaba de mí o me miraba cuando sin duda no era así [...]. Pero simplemente no podía pensar en nada más. Era como la vez que fui a consultar a la Dra. Brunswick por el problema de la nariz, sólo que entonces tenía una deformidad física y en esta ocasión una deformidad moral (Gardiner, 1979: 243).

Más adelante prosigue:

Los autorreproches que me torturaron durante los meses que siguieron al episodio eran [...] muy similares a los de mis primeras depresiones (por ejemplo, la época de mis problemas en la nariz, con la doctora Mack). Lo esencial era que había perdido el control de mí mismo, que había perdido el contacto con la realidad, como lo habría interpretado Freud, y actuado como no lo habría hecho una persona a medias normal. Me refiero, por supuesto al hecho de que yo –un ruso- me haya metido a pintar en la zona rusa (Gardiner, 1979: 246).

Este episodio junto con el de la dismorfofobia es lo que más enfatizan los autores que intentan otras hipótesis diagnósticas vinculadas a la psicosis y no ya a la obsesión. Es importante señalar que el caso no es ajeno a quien lo escucha y en este en particular Freud se encuentra muy involucrado. El caso atestigua de una "doble implicación" de Freud, necesariamente articulada: por un lado, el apasionamiento epistémico por tratarse de un caso que "encajaría" perfectamente en su teoría del trauma y de la sexualidad infantil y la idea del sueño como vía regia de acceso al inconsciente. Por otra parte, el lugar en la transferencia y la posición de Freud que ratificó al sujeto ruso en el lugar del "paciente preferido", el hijo predilecto del psicoanálisis. Estas cuestiones hacen del hombre de los lobos un historial complejo, que evidencia más que otros la subjetividad de Freud puesta en juego a la hora de querer corroborar, muchas veces forzosamente, la escena primordial. De allí que haya suscitado diversas elaboraciones, aun actuales, dando lugar a la interrogación de aspectos heterogéneos en el seno de la clínica psicoanalítica. En esto reside la riqueza que conserva.

El primer análisis con Freud: la neurosis infantil

Antes del encuentro con Freud, Serguei Pankejeff había consultado a varios médicos reconocidos de la época, impulsado por la existencia de una situación emocional "crítica", contemporánea a los comienzos de su vida universitaria. Los principales síntomas de su malestar eran el aislamiento y la incapacidad de relacionarse con los demás, lo cual le provocaba un vacío espiritual. Todo se le presentaba como irreal, hasta el punto de que las personas se le aparecían como muñecos de cera o marionetas movidas por cuerdas, con las que no podía establecer contacto.

Siguiendo los pasos de su padre, quien había permanecido internado en varias oportunidades, y luego de un tratamiento hipnótico con el profesor B. al que considera un fiasco, solicita ayuda médica a Kraepelin, quien le aconseja internarse en su clínica en Alemania. Serguei acepta y cumple con los tratamientos de masajes, baños termales y adelantos de la época. Allí conoce y se enamora de Teresa, con la que luego se casará. A partir de aquí todo su padecimiento predominantemente caracterizado por el pasaje de la desdicha y desesperación al júbilo y la esperanza, estará en relación a su amada, siendo éste el motivo principal de su demanda de tratamiento con Freud.

Atendiendo a estos cambios súbitos y violentos del estado de ánimo, Kraepelin le diagnostica una locura maniaco-depresiva. La "duda" constante en relación a si le conviene o no Teresa lo lleva a abandonar el sanatorio y volver a Rusia para olvidarse de ella. Sin embargo, la muerte inesperada de su padre lo mueve a consultar nuevamente a Kraepelin, quien ya no lo recibe tan bien, y es a partir de este fracaso que abandona su esperanza de curación. El joven ruso continúa recorriendo numerosos sanatorios, que abandona en varias ocasiones por voluntad propia, hasta que su madre le propone al Dr. Drosnes, un psiquiatra que había leído a Freud. Este tratamiento finaliza cuando el Dr. D. le confiesa que su caso excede su capacidad y le propone una cura con Freud en Viena o con Dubois en Suiza. Ni bien se encuentra con Freud, rápidamente decide iniciar un tratamiento con él, desechando la idea de conocer a Dubois y señalando que fue el aspecto de Freud lo que ganó inmediatamente su confian-

za. Desde el inicio el joven tuvo la sensación de encontrarse ante una gran personalidad, lo cual marca el comienzo de la peculiar relación transferencial que mantendrá con Freud.

A los 23 años, Serguei, realiza una primera consulta con Freud luego de un "quebranto patológico" (Freud, 1918: 9) sufrido a los 18 años como consecuencia de una infección gonorreica. Este episodio malogra la confianza que el paciente tenía, quien antes se creía un "afortunado" por haber nacido con una cofia fetal. La afección gonorreica le significó un grave deterioro en su cuerpo, una afrenta ante la cual se produjo un desmoronamiento de su narcisismo. Freud interpreta este hecho, como una reactualización de la castración que conlleva una frustración en la vida de Serguei: la enfermedad resulta de esta frustración narcisista. Las consecuencias clínicas de esta coyuntura, se evidencian en el modo en que el paciente llega al tratamiento con Freud "era una persona por completo dependiente e incapaz de sobrellevar la existencia" (Freud, 1918: 9). Por otra parte sufría de depresiones, trastornos intestinales y constipación crónica, todos síntomas que lo habían acompañado durante casi toda su vida.

Sin embargo, lo que motiva la consulta es la duda de continuar o no su relación con Teresa. La intervención freudiana invitándolo a hablar sin pronunciarse sobre este tema, es decisiva para Serguei, quien decide continuar el tratamiento luego del itinerario de tratamientos psiquiátricos fallidos. Sin embargo, pronto aparecieron dificultades en el curso del tratamiento. Freud menciona que por largo tiempo el paciente se "atrincheró" tras una postura de apatía dócil pero inabordable. Si bien escuchaba y comprendía, no permitía aproximación alguna. Su horror a una existencia autónoma era tan grande que contrarrestaba todas las penurias de su condición de enfermo. Para superarlo, después de años de haber comenzado su práctica analítica, Freud consideró necesario implementar un recurso innovador en la técnica -que pasó a ser conocido como "la técnica rusa" en la historia del psicoanálisis-, estableciendo un plazo de tiempo al tratamiento. En opinión de Freud, este recurso permitió que cediera la resistencia y su fijación a la condición de enfermo y que el análisis brindara en un lapso comparablemente breve todo el material que posibilitó coagular la neurosis infantil y la cancelación de los síntomas. La neurosis infantil es descrita por Freud en una secuencia que se inicia con un período de alteración del carácter, seguido por una fobia al lobo que posteriormente es traspuesta en una neurosis obsesiva con síntomas compulsivos y ceremoniales de contenido religioso.

Sin ser exhaustivos, nos referiremos brevemente a esta neurosis infantil. Serguei era el segundo hijo de un matrimonio dichoso. Esta dicha era interrumpida por las afecciones abdominales que sufría su madre y los ataques de desazón padecidos por su padre. El joven ruso tenía una hermana, llamada Anna que era dos años mayor que él. Siendo muy joven Anna se quitó la vida envenenándose. A causa de los achaques maternos, los niños quedaban al cuidado de niñeras, las cuales cobraron gran significación.

Un hecho de gran relevancia es un cambio de carácter en el niño que sus padres advierten al regresar de sus vacaciones. Se había vuelto irritable y agresivo. El pasaje de este primer período díscolo del niño a la neurosis infantil, queda situado a partir del sueño de angustia, alrededor de los cuatro o cinco años. Se trata del famoso sueño de los lobos, que otorga nombre al historial. A partir de este sueño de angustia, se inician los síntomas de la fobia infantil cuyo objeto era la figura de un lobo erguido que su hermana le había mostrado en un libro de cuentos. A partir de lo cual el niño tenía miedo a que el lobo se lo comiera.

Luego de esa "fobia", la presentación clínica del niño vira hacia una neurosis obsesiva bien reconocible para Freud, caracterizada por la presencia de numerosos ceremoniales. Así por ejemplo antes de dormir se veía precisado a rezar largo rato y a hacerse la señal de la cruz innumerables veces. Hacía la ronda por todas las imágenes sagradas colgadas en la habitación y debía besarlas una por una. También tenía pensamientos sacrílegos que le venían a la mente "como un envío del diablo." Era obligado a pensar "Dios cochino" o "Dios caca". Cuando veía gente tullida o pobre, tenía que espirar con ruido "para no volverse como ellos."

De esta inicial neurosis infantil, que se extendió aproximadamente hasta sus diez años, Freud desprenderá la neurosis adulta, suponiendo también que se trata de una neurosis obsesiva sustentada en el erotismo anal y el complejo de castración. Freud recorre la hipótesis de la seducción para dar cuenta de los síntomas presentados en la infancia. Por un lado supone la existencia de una amenaza de castración llevada a cabo por la gobernanta y por otro cobra relevancia el papel de seducción que tiene su hermana mayor a partir del cual, el paciente toma una posición de pasividad. Se despliegan aquí para Freud fantasías que conciernen a la sexualidad infantil, tomando el contenido de cuentos tradicionales como "Caperucita roja" o "El lobo y los siete cabritos", donde se manifiestan preguntas relativas al origen de los niños, a la castración y a la diferencia entre los sexos. El período díscolo del niño, se explica entonces para Freud a partir de la regresión a la fase sádico-anal, en tanto la amenaza de castración recibida sofoca la incipiente vida sexual regida por la zona genital. Los componentes del erotismo anal

permiten a Freud dar cuenta a su vez de la posterior neurosis obsesiva. Pero es el análisis del sueño el elemento que le permite articular su hipótesis de la sexualidad infantil con la neurosis del adulto, a partir de la verificación empírica de la escena primordial. Otorga a este sueño valor de “causación de su neurosis infantil” (Freud, 1918: 32).

Asistimos al interés de Freud no sólo de verificar el trauma sino también de situar con exactitud el momento cronológico en que aconteció. A partir de un detallado trabajo de desciframiento de cada elemento del sueño, Freud llega a reconstruir la representación inconsciente: se trata de la escena primordial en la cual el niño ha sido testigo de un *coitus a tergo* entre los padres a la edad de un año y medio. Esta escena cobrará valor patógeno a posteriori y se anudará con los ulteriores síntomas del paciente. Asimismo este sueño permite ubicar ciertos elementos que para Freud serán la base del análisis del caso: por un lado la confirmación de la castración y por otra la delimitación de la posición pasiva frente al padre que da cuenta de la fobia al lobo, a partir de sucumbir a la represión. Pasaremos ahora a detallar el fenómeno que lleva a Freud a considerar que esta confirmación de la castración coexistía con su desestimación.

La alucinación infantil y el problema del mecanismo

Durante el análisis con Freud, Serguei relata un episodio alucinatorio ocurrido cuando tenía cinco años. Teniendo en cuenta que es un caso muy controversial que ha dado lugar a varias discusiones en relación al diagnóstico cabe preguntarnos: ¿Qué estatuto tiene este fenómeno? ¿De qué tipo de retorno se trata? ¿Se trata de un fenómeno psicótico? ¿o de una alucinación neurótica? Para intentar responder estos interrogantes, nos detendremos en el análisis del episodio de la alucinación tal como es considerado por Freud así como también en la relectura que desde la perspectiva del psicoanálisis freudo-laciano, han realizado otros autores.

El fundador del psicoanálisis se ocupa de este acontecimiento no sólo en el historial sino también en “*La fausse reconnaissance*” (1914), considerándolo como un hecho que evidencia la relación del sujeto con la castración. En primera persona Serguei nos relata este episodio:

[...] a la edad de cinco años jugaba en el jardín con un cuchillo y me corté el dedo meñique -¡oh! sólo creí que me lo había cortado- [...] estaba un día en el jardín con mi niñera, y jugaba con una navajita clavándola en la corteza de uno de aquellos nogales que desempeñan también un papel en el sueño. De repente advertí, con espanto indecible, que me había cortado de tal manera el dedo meñique (¿el derecho o el izquierdo?), que sólo permanecía unido a la mano por un trozo de piel. No sentía dolor ninguno, pero sí mucho miedo. Sin atreverme a decir nada a mi niñera, sentada a poca distancia de mí, me desplomé sobre un banco y permanecí allí, incapaz de mirarme siquiera el dedo. Por fin, al cabo de un rato, me serené, me miré la mano y comprobé con asombro que no me había hecho herida ninguna (Freud, 1918: 79).

Desde la perspectiva freudiana, este “espejismo alucinatorio” es leído dentro de la ensambladura del complejo de castración y como un modo de rectificación de percepciones indeseadas. La castración había sido puesta en cuestión por los variados y prolíferos síntomas obsesivos que padecía el joven ruso, pero principalmente en relación a los trastornos intestinales y a la constipación crónica que lo acompañaban desde niño. De hecho, durante el tratamiento con Freud se hacía aplicar lavativas ya que durante meses no se producían evacuaciones espontáneas. Su principal queja era que el mundo se le escondía tras un velo, el cual sólo se desgarraba en el momento de que las heces abandonaban el intestino y entonces volvía a sentirse normal (Freud, 1918). El hecho de que el acto de la evacuación intestinal produjera una suerte de unificación del sujeto y de su realidad, resulta conocido a partir de la experiencia paranoica del Presidente Schreber. En este caso la evacuación producía un intenso bienestar para los nervios de la voluptuosidad, con la consecuencia de una unificación de los rayos (Freud, 1911). ¿Qué estatuto podríamos darle a este acto?

En el caso que nos ocupa, la membrana intestinal revestía gran importancia erótica, lo que llevó a Freud a considerar que la perturbación intestinal estaba al servicio de la corriente homosexual y expresaba una actitud femenina hacia el padre. Por último, Freud concluye que la perturbación intestinal que el paciente sufría desde su infancia representaba el pequeño fragmento de histeria que regularmente se encuentra en el fondo de una neurosis obsesiva (Freud, 1918). El fundador del psicoanálisis concluye señalando que el sujeto frente a la angustia de castración desestimó, rechazó lo nuevo y se atuvo a

lo antiguo, es decir decidió en favor del intestino y en contra de la vagina. Sin embargo, este rechazo no impide que la angustia de castración continúe funcionando en forma inconsciente. Con el fin de sostener la operatividad de la castración, Freud propone el interjuego de dos mecanismos: desestimación [*Verwerfung*] y represión [*Verdrängung*]. Así, Serguei desestimó la castración y se atuvo al comercio por el ano. La desestimación indica un modo de no querer saber nada de la castración, en el sentido de la represión (esfuerzo de desalojo), aunque nos advierte que hasta aquí el joven no se pronuncia acerca de su existencia (Freud, 1918).

Esta idea es reafirmada años más tarde cuando nos dice que la desestimación no es un proceso ni raro ni peligroso en la vida anímica del niño, aunque sería el punto de partida de una psicosis en el adulto (Freud, 1925).⁶⁵ Ahora bien, esta afirmación no deja de generarle interrogantes y enseguida advierte que no es lo mismo hablar de una represión [*Verdrängung*] que de una desestimación [*Verwerfung*].

Para sostener el reconocimiento de la castración, paradójicamente, Freud reformula lo señalado hasta el momento y manifiesta la coexistencia de tres corrientes en este sujeto. Por un lado, la más antigua, es el rechazo de la castración [*Verwerfung*]. Por el otro, el reconocimiento de la realidad de la castración que se descompone en una revuelta-aborrecimiento y una posterior aceptación. J-A Miller (1988/89), por ejemplo, retoma esta formulación sobre el rechazo de la castración como la tendencia más antigua, nunca desechada, presta a reactivarse en determinados momentos. Por otra parte, señala que subsiste el reconocimiento mediante el cual hay un acceso a la realidad de la castración, que se hace presente por ejemplo en el sueño de los lobos.

“Rechazo” y “reconocimiento” son términos que se refieren a la inscripción o ausencia de inscripción de la castración y están articulados a nivel de lo simbólico. Es decir, lo que resulta problemático es que si bien inicialmente la posición del sujeto es de rechazo, inmediatamente admite un reconocimiento de la castración. Este reconocimiento se descompone en dos momentos: por un lado una revuelta, un aborrecimiento de la castración que clínicamente Freud relaciona a los síntomas intestinales sufridos por Serguei. Estos síntomas son efecto de una identificación vía el intestino con su madre, quien también padecía estos trastornos y mediante los cuales el sujeto sigue aferrado a la teoría de la cloaca. La angustia de castración, surgida en el sueño de los lobos, atestigua el acceso a la aceptación de la castración. La posición viril de Serguei sería confirmada posteriormente ya que su vida amorosa es construida sobre el modelo de la escena primitiva, en donde él toma la misma posición que el padre en el coito con la madre.

En el contexto de esta elucubración acerca de la posición del sujeto frente a la castración, la alucinación del dedo cortado le sirve de apoyo a Freud para demostrar el reconocimiento de la castración, operador que le permite articular el funcionamiento de la represión. Recordemos que Freud considera el caso de este joven como una neurosis obsesiva que sanó deficientemente, diagnóstico que mantiene a lo largo de toda su obra. No caben dudas de sus intentos por defender la legitimidad de su edificio teórico, recurriendo al padre filogenético, agente causal de la castración que permita articular sexualidad y represión. Este recurso al esquema filogenético, y en función de hacer equivaler dedo = pene, lleva a Freud a señalar que tras este episodio se encuentra el padre castrador, aquella persona terrible que amenaza con la castración. En apoyo de esta interpretación vienen las asociaciones de Serguei, quien recuerda el relato de la existencia de un pariente con seis dedos que posteriormente cortaron con un hacha, en un momento en el cual la historia sagrada de la religión tenía gran participación en la conformación de los síntomas obsesivos. Así, reproyectaba una versión del padre castrador, escondida tras el descubrimiento de la historia sagrada de la Biblia en la que existía un Dios cruel que había castigado y sacrificado a su hijo.

La serie Dios cruel-padre se completa con la figura torturante del sastre, cuyo significado en alemán es cortador, *Schneider*, y a quien encargaba cada traje. Es interesante señalar que Serguei tenía un vínculo muy particular con los sastres, por un lado es un “sastre” quien le corta el rabo al lobo en uno de los cuentos infantiles que recuerda de niño. Por otra parte, la relación con los sastres era parecida a la establecida con los dentistas o dermatólogos: si bien mostraba enorme respeto por estas personas, nunca quedaba conforme con el trabajo encargado, quedaba un resto de disconformidad.

Los señalamientos anteriores le permiten concluir a Freud, sin dudarle, el funcionamiento del padre como agente de la castración. Sin embargo, el interjuego entre un rechazo inicial y posterior reconocimiento de la castración nos plantea varios interrogantes: ¿un rechazo inicial de la castración puede luego trocarse en una aceptación de la misma? ¿Existen diferentes tipos de forclusión? ¿Es posible que exista una forclusión de la castración que no atañe al Nombre-del-Padre? ¿Qué relación guarda

⁶⁵ Cf. capítulo 4.

con el resto de los síntomas por los que consulta: depresión y el relato de un velo? ¿Existe alguna relación estructural entre este episodio alucinatorio y el episodio dismorfofóbico? ¿Y con el episodio de los rusos?

Lacan: alucinación y forclusión

Las lecturas de Lacan sobre el caso atraviesan diversas temáticas (trauma, historia, temporalidad, técnica analítica, fantasía, etc.) y también variadas hipótesis diagnósticas muchas veces sin una argumentación desarrollada que las respalde. Así por ejemplo menciona el caso en términos de “psicosis”, “virtualidad paranoica”, “neurosis de carácter”, “neurosis narcisística”, “estructura paranoica de personalidad”, “neurosis obsesiva” y hasta caso “borderline”. Como vemos la controversia diagnóstica queda planteada en la misma obra de Lacan.

Con respecto a la alucinación del dedo cortado, refiere a este episodio brevemente, en varias oportunidades, especialmente, al inicio de su enseñanza, momento en el cual llegó a dictar incluso un seminario privado sobre este caso. Lacan se distancia en principio de la lectura de Freud y avanza sobre la distinción *Verdrängung-Verwerfung* para elaborar el mecanismo específico de las psicosis: la forclusión, en articulación con el texto freudiano de “La negación” (1925).

Nos resulta importante detenernos en esta diferenciación ya que nos permite aproximarnos al camino que realizó Lacan para construir la noción de forclusión [*Verwerfung*]. Es necesario aclarar que se puede hablar de rechazo en dos planos: un plano general, estructural, constitutivo del aparato psíquico en todos los seres hablantes y un plano más particular como mecanismo propio de la psicosis. Entendida como operador estructural constitutivo de lo psíquico, este rechazo tiene su punto de partida en la esencia del descubrimiento freudiano, que radica en localizar en el momento de inauguración de lo psíquico un movimiento de exclusión fundamental y constitutivo.

En el texto “La negación” (1925) Freud, establece que la instauración del orden simbólico se produce a partir de una afirmación primordial, la *Behajung*, que es constitutiva del advenimiento del mundo para el sujeto. A esta *Behajung*, afirmación primordial, le opone lo que denomina *Ausstossung*, es decir, la expulsión primordial. Hyppolite, filósofo contemporáneo de Lacan, retoma este planteo freudiano y menciona que se trata de un primer mito de la constitución del aparato psíquico a partir de deslindar un afuera y un adentro. Lo que el individuo introduce en él sería el adentro, mientras que lo que expulsa, el afuera. En este sentido, lo que se incluye, es efecto de la *Behajung*, la afirmación primordial. En tanto que lo que queda fuera es el efecto del *Ausstossung*, el rechazo primordial.

Entonces para Freud la constitución del orden simbólico en el aparato psíquico contempla este doble movimiento de afirmación-expulsión. Es importante pensar esta distinción entre *Behajung* y *Ausstossung* en articulación con la represión primaria freudiana como mencionamos con anterioridad. Es decir, cuando se produce esa represión primordial a nivel de las mociones pulsionales produciendo una fijación, se organiza un interior [*Behajung*] y un exterior [*Ausstossung*] del aparato psíquico.

En síntesis, Lacan sirviéndose de la alucinación del dedo cortado establecerá el término *Verwerfung* (rechazo) para subrayar que ha operado un mecanismo distinto a la *Verdrängung* (represión). La *Verwerfung* consiste entonces en la exclusión de lo rechazado del campo mismo de lo existente en el mundo marcado por el significante. Lacan menciona que para Serguei, no hubo *Behajung*, sino que en su lugar, en el mundo exterior existe una “pequeña alucinación”. La castración, que no ha existido para él, se manifiesta bajo la forma que él se imagina: haberse cortado el meñique, tan profundamente, que sólo se sostiene aun por un pedacito de piel (Lacan, 1953). Entonces, también podría pensarse que esa alucinación es un efecto de lo rechazado primordial, en términos de constitución psíquica, es decir de *Ausstossung*. Dejamos abierta la pregunta.

Por otro lado, no podemos dejar de tener en cuenta que también Lacan a partir del seminario sobre las psicosis comienza a deslindar a la forclusión como un mecanismo propio de la psicosis, en la que lo forcluído es en principio la ley del padre, posteriormente redefinida como forclusión del significante del Nombre-del-Padre, especificando entonces que la forclusión psicótica recae sobre ese significante en especial. Por esta razón, partiendo de la formulación freudiana que acentúa el rechazo del sujeto que no ha querido saber nada de la castración en sentido de la represión, Lacan concibe a la alucinación como un retorno en lo real. Así, en el Hombre de los lobos, aquello que fue cercenado de lo simbólico por la *Verwerfung* va a retornar como alucinación en lo real.

Renovamos entonces nuestras preguntas iniciales, a partir de estas citas lacanianas ¿podríamos afirmar un diagnóstico de psicosis? Por un lado, consideramos que si Lacan habla de *Verwerfung* como “retorno en lo real” no podríamos dudar de su posición en cuanto al diagnóstico. Sin embargo, nos des-

alienta el hecho de que en el mismo seminario, toma al *acting out* como equivalente a un fenómeno alucinatorio, como modo de interferencia entre lo simbólico y lo real. Al respecto nos parece interesante una afirmación que realiza Gabriel Lombardi en "El tercer análisis del Hombre de los lobos" (1987) cuando menciona que hacer equivaler la noción de forclusión a la psicosis es un error, y que la especificidad de la psicosis radica en aquello en lo que recae la forclusión, es decir el significante del Nombre-del-Padre. En este sentido, podríamos pensar en un retorno en lo real que no conduzca necesariamente a la psicosis.

A continuación veremos cómo estas elaboraciones de Lacan fueron dando lugar a desarrollos teóricos variados en el seno del psicoanálisis lacaniano.

El diagnóstico en discusión

Después de Lacan, otros autores han retomado el fenómeno de la alucinación en relación al episodio dismorfofóbico para cuestionar el diagnóstico freudiano de neurosis. Para dar una muestra de las discusiones que se suscitaron citaremos algunas de las más importantes.

Maleval (1982) pone en relación el episodio alucinatorio con la idea fija hipocondríaca, delirante, sufrida años más tarde. Considera que estos fenómenos son efectos de una forclusión, de un rechazo, que en lugar de recaer en el significante del Nombre-del-Padre, recae sobre la castración. El hecho de que no esté forcluido el significante del Nombre-del-Padre pero sí la castración, le sirven de argumento para diagnosticar el caso como de un "estado límite". Esta consideración abre la pregunta de si es posible que exista una forclusión independiente de la del significante del Nombre-del-Padre. Para fundamentar su afirmación señala que a diferencia de lo que ocurre en la psicosis propiamente dicha, en este caso no hay fenómenos elementales. Los episodios como la alucinación y el delirio hipocondríaco son episodios fugaces y dialectizables. Asimismo no hay ausencia de significación fálica y hay establecimiento del lazo transferencial, que posibilita que estos episodios sean descifrados en la cura. Para este autor, el episodio dismorfofóbico, puesto en serie con la alucinación en la infancia, forma parte de un "delirio neurótico" para el cual propone un mecanismo diferente al de la forclusión: el *rejet* de la castración, es decir, un rechazo no forclusivo, que no recae en el Nombre-del-Padre.

A diferencia de Maleval, el psicoanalista brasileño Antonio Quinet, en su artículo denominado "La psicosis del hombre de los lobos" (1989) considera a la alucinación del dedo cortado y al fenómeno del velo como fenómenos elementales previos al episodio delirante paranoico dismorfofóbico. Establece que la posición subjetiva de Serguei ante la castración es de rechazo y reconocimiento al mismo tiempo que de forclusión y elisión fálica en un segundo nivel. Considera a estos fenómenos como perturbaciones de lo imaginario a causa de la elisión del falo y propone que la colecta anual de Freud y el forzamiento a hacerlo hablar para que le entregue información que confirme su teoría son los factores causales del episodio. La hipótesis que sostiene el autor es que con el don del dinero, Freud se instituyó como un Otro del don a quien nada falta. Pero en el encuentro con Freud enfermo, un signo menos, un agujero viene a marcar al Otro, por evocación de su muerte, aparece como barrado. Esta situación constituye un llamado al padre simbólico y como respuesta emerge un agujero en lo imaginario, o sea en el propio cuerpo.

La pregunta que sostiene Quinet es ¿De qué modo este sujeto se mantuvo medianamente compensado hasta 1926? Cree encontrar la respuesta indicando que este joven encontró una compensación en el significante "Hombre de los lobos", siendo el hijo predilecto de Freud. Recordemos que este joven logra organizar su vida a expensas del psicoanálisis, analizándose de manera ininterrumpida y dando charlas nominándose como el "caso más famoso de Freud". Incluso Serguei se dedica por momentos a la pintura, firmando los cuadros como "El hombre de los lobos", es decir llamándose a sí mismo por el "nombre" que le había sido otorgado por Freud. El Hombre de los lobos, se convierte en un significante gracias al cual alcanza un modo de estabilización en la estructura.

Por su parte Aflalo (1999) se dedica detalladamente a desarrollar la hipótesis de psicosis en este caso, en su artículo denominado "Réévaluation du cas de l'Homme aux loups". Comienza reexaminando la lógica del caso partiendo de los escritos de Freud y Lacan. Apoyándose en estas referencias, intentará demostrar la hipótesis de psicosis a la que califica de "atípica". Coincide con Mack Brunswick en la tesis de una psicosis paranoica con ideas hipocondríacas, apoyándose en los rasgos atípicos de los fenómenos de constipación, el velo y las ideas obsesivas, los cuales tienen como antecedente a la alucinación del dedo cortado que pone en discusión. De este modo, a partir de concebir a estos fenómenos como manifestaciones hipocondríacas logra aunar el ocasionamiento de la enfermedad adulta, que tiene inicio con la gonorrea en 1908 y el desencadenamiento del 1926.

Para esta autora, la constipación a la que Freud califica de histérica se caracteriza más por la inercia de goce y por lo tanto no sería un verdadero fenómeno histérico, ya que no responde a la dialéctica analítica. En cuanto al fenómeno del velo, según la autora, se caracteriza por alteraciones del sujeto con la realidad, que puede llegar hasta la despersonalización atípica en una neurosis. Asimismo, la neurosis obsesiva presenta rasgos atípicos, tales como la ausencia de pensamientos compulsivos y de culpabilidad, su coexistencia con conversiones histéricas (síntoma intestinal) y su carácter no dialectizable. Especial dificultad entraña situar el momento del desencadenamiento, ya que la gonorrea que marcaría el inicio de la enfermedad adulta, no coincide en el tiempo con el supuesto desencadenamiento en 1926 ligado al episodio hipocondríaco.

Aquí la autora comparte, en parte, la hipótesis de Miller (1989) acerca de los dos modos de desencadenamiento. Es decir, propone una doble hipótesis: la entrada en la enfermedad en 1908 sería un tipo de desencadenamiento, producido a partir de la elisión del falo, mientras que el desencadenamiento de la psicosis en 1926 correspondería al llamado al Nombre-del-Padre forcluído. Este desencadenamiento habría ocurrido el día en que Serguei visita a Freud para buscar la colecta anual, y encuentra a éste ya enfermo de cáncer, muy desmejorado, lo que hace aparecer la idea de que Freud puede morir. Recordemos que Freud estaba ubicado como un padre en la transferencia, siendo el joven ruso su "hijo predilecto". Así, esta visita se trataría del encuentro con "Un-padre".

Por último, autores como Miller piensan el caso desde la lógica inspirada en la clínica borromea y que ha dado lugar a la construcción de la nueva categoría de "psicosis ordinaria". Se trata de un enfoque clínico que se constituye más allá de la clínica estructural que distingue neurosis y psicosis en función de la presencia o ausencia del operador del Nombre-del-Padre. El psicoanalista francés, retomará el caso freudiano, en un escrito titulado "Trece clases sobre el hombre de los lobos" (2011). Aunque publicado recientemente, dicho trabajo es el resultado final de una serie de clases que dictó a fines de los años '80, en las cuales, en el marco de una investigación sobre clínica diferencial de la psicosis, se aboca a estudiar al caso más famoso de Freud.

El problema central radica para Miller en la cuestión del diagnóstico al cual intenta problematizar a partir de la lectura que Lacan hace del caso. Para abordar esta cuestión retoma la fórmula lacaniana $P0 \rightarrow \Phi 0$, trabajada en el texto "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1958), con la cual se ocupa de reconducir los trastornos de lo imaginario a la falla en lo simbólico. Refiere que Lacan distingue en una relación de implicancia a la forclusión del Nombre-del-Padre ($P0$) y a la elisión del falo ($\Phi 0$) y se pregunta entonces si la elisión del falo es solamente consecuencia de la forclusión del Nombre-del-Padre o si se trata de un mecanismo independiente (Miller, 2011).

En este sentido muchos fenómenos que aparecen a nivel de lo imaginario, como los fenómenos en el cuerpo, podrían depender de la elisión del falo, pero no necesariamente de la forclusión del Nombre-del-Padre. De este modo, existirían casos en los que no se evidenciarían los clásicos fenómenos elementales, como trastornos del lenguaje, derivados de la forclusión. Considera que en el hombre de los lobos no hay forclusión del Nombre-del-Padre, entonces ¿se trata de una neurosis? Lo que entraña una dificultad propia de este caso es que para el autor, no se trata de un neurótico como los demás. Se trata de un caso *borderline*, entendiendo que formaría parte de aquellos casos que se piensan como neurosis porque hay inscripción del significante del Nombre-del-Padre, pero con fenómenos que se producen a causa de la elisión del falo ($\Phi 0$). Considera a la frustración narcisista del paciente como su problema central y persistente, por la cual, todo posible daño a su imagen narcisista, la que circunscribe al falo y sustitutos, es vivida por el paciente como una amenaza que lo desestabiliza. De este modo, la gonorrea y el problema de la nariz son ubicados, como factores desencadenantes que obedecen más bien a la elisión del falo y no a la forclusión de la metáfora paterna. Miller desprende dos interrogantes de esta línea de pensamiento: ¿Podemos concebir la castración si el significante del Nombre-del-Padre está forcluído? Los fenómenos comandados por la elisión del falo, ¿indican que hay forclusión del Nombre-del-Padre?

Estos interrogantes -sin respuesta en este momento- serán retomados veinte años más tarde en la conferencia "Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria" (Miller, 2009) en la que Serguei, este inclasificable, será considerado por Miller como una psicosis ordinaria.

Conclusiones

Como hemos visto, el caso del hombre de los lobos resulta controvertido en más de un aspecto y conserva su vigencia a casi un siglo de su publicación. El diagnóstico diferencial constituye uno de los temas más abordados y sobre el que intentamos echar alguna luz a partir de abocarnos al fenómeno de la alucinación infantil. Este fenómeno puede ser leído como efecto de un rechazo de la castración. Ahora bien, ese “rechazo” ¿Basta para ubicar a la alucinación del dedo cortado como un fenómeno elemental, es decir para pensar que se trata de un tipo clínico psicótico?

Al respecto, podríamos pensar que nos encontramos ante un fenómeno elemental. Sin embargo, esta alucinación infantil, a la que por temor el paciente nunca había referido, resulta un hecho oscuro: acontecido cuando el paciente tenía cinco años y reconstruida en el curso del análisis con Freud (que se trate de un fenómeno surgido “en transferencia” y recordado luego de tantos años dificulta su discernimiento en cuanto a si se trata realmente de un fenómeno elemental.) Por lo tanto no es un elemento en que podamos basarnos para fundamentar un diagnóstico. Por otro lado, más allá de ese fenómeno aislado, no encontramos en el caso otros fenómenos que puedan corresponder a trastornos del lenguaje.

Pensar, tal como sostiene Miller, en la distinción entre la forclusión del Nombre-del-Padre, correlativa a la clínica clásica de los fenómenos elementales y la elisión del falo en relación a la proliferación de fenómenos en lo imaginario, nos abriría la posibilidad, más allá de la clínica estructural-discontinua, (neurosis-psicosis) de pensar el caso a partir de una lógica de anudamientos y desanudamientos, tomando como referencia la última enseñanza de Lacan.

Esta lógica podría dar cuenta y poner en serie a la alucinación de la infancia con otra pluralidad de fenómenos: el fenómeno del velo, la supuesta constipación, los reclamos a los dentistas y sastres, el episodio dismorfofóbico y el episodio con los rusos, hechos diversos pero que parecieran corresponder a las manifestaciones de una “fragilidad del imaginario”. En lo que respecta al mecanismo, el recorrido realizado permitiría pensar en forclusiones más allá del significante del Nombre-del-Padre, y la posibilidad de que una forclusión de la castración, tal como se señala en ese caso, sea de otra índole a una forclusión del Nombre-del-Padre.

Concluimos señalando dos nuevos interrogantes que se desprenden de lo anteriormente mencionado y a partir de los cuales continuaremos indagando este caso: ¿Podemos pensar en distintos modos del rechazo y por tanto de diversas modalidades en la presentación clínica? ¿Cuánta de esa fragilidad en lo imaginario pudo compensarse a partir del sostenimiento de la transferencia con Freud y con el psicoanálisis, en tanto Serguei se convirtió en “el hombre de los lobos” como personaje pintoresco del ámbito psicoanalítico?

Destacamos como reflexión final la importancia de formular las preguntas, más que la de apresurar un diagnóstico.

Bibliografía

- Aflalo, A. (1999). Réévaluation du cas de l'homme aux loups. *La Cause Freudienne* 10, n 43, Pp. 63-87.
- Escars, C. (2002). *Los Nombres de los Lobos. Lecturas de un caso célebre*. Buenos Aires: Imago Mundi.
- Freud, S. (1908). Carácter y Erotismo anal. En *Obras Completas. Tomo IX*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp.149-158.
- Freud, S. (1913). Materiales del cuento tradicional en los sueños. En *Obras Completas. Tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 293-302.
- Freud, S. (1914). Acerca de la fausse reconnaissance en el curso del trabajo psicoanalítico. En *Obras Completas. Tomo XIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 203-212.
- Freud, S. (1915). La represión. En *Obras Completas. Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 135-152.
- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil (el 'Hombre de los lobos'). En *Obras Completas. Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 1-112.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas. Tomo XX*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 71-164.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas. Tomo XVII*. Buenos Aires: Amorrortu, 2010. Pp. 211-254.

- Gardiner, M. (1979). *Los casos de Sigmund Freud I. El hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008. Pp. 231-310.
- Lacan, J. (1953/1954). *El seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires: Paidós, 2010. Pp. 231-309.
- Lacan, J. (1954). Respuesta al comentario de Jean Hippolyte. En *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2010. Pp. 363-378.
- Lacan, J. (1955-1956). *El seminario. Libro 3. Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2008. Pp. 509-557.
- Lombardi, G. (2002). *Vestigios clínicos de lo real en el Hombre de los lobos*. 2ed. Ampliada. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2003.
- Mack Brunswick, R. (1928). Suplemento a la historia de una neurosis infantil de Freud. En *El hombre de los lobos por el hombre de los lobos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002. Pp.179-222.
- Maleval, JC. (1992). Du rejet de la castration chez l'homme aux loups. *Actes del'E.C.F*, 2, pp.29-33.
- Maleval, JC. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Miller, JA. (1988-1989). *Trece clases sobre el hombre de los lobos*. Buenos Aires: Tyché. UNSAM Editores, 2011.
- Miller, JA. (2009). Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. *El caldero de la escuela*, Nueva Serie, N° 14. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2010.
- Obholzer, K. (1980). *Conversaciones con el hombre de los lobos. Un psicoanálisis y sus consecuencias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1996.
- Quinet, A. (1989). La psicosis del hombre de los lobos. *Malentendido* N° 5, 1999. Pp.127-132.

CAPÍTULO 6

La angustia hipocondríaca

Julieta De Battista, Sergio Zanassi,

Juan M. Blanco y María Inés Machado

Introducción

En este capítulo trabajaremos especialmente una hipótesis que Freud formula en 1914 y que, a nuestro criterio, no ha sido suficientemente capitalizada para pensar la clínica con las psicosis. Se trata de aquella que dice “la angustia hipocondríaca es a las psicosis lo que las neurosis actuales son a las neurosis de transferencia”. Esta formulación, que podría parecer opaca, revela sin embargo una tesis fuerte de Freud con respecto a la particularidad de presentación de la angustia en las psicosis y demuestra entonces su importancia no sólo a nivel del diagnóstico sino también de la dirección de la cura. De esta manera, esta tesis podría responder a las siguientes preguntas que nos han orientado en el recorrido que proponemos: ¿Hay angustia en las psicosis? ¿Cómo se presenta? ¿Qué función cumple? Es allí donde creemos que recuperar la noción freudiana de la angustia hipocondríaca cobra todo su valor.

El término “hipocondría” data de 1635 y deriva del griego *Hypokhōndrion* (*khōndros*, cartilago, *hypo*, debajo). Los hipocondrios refieren a una zona del cuerpo, específicamente a cada una de las dos partes laterales de la región epigástrica, situada debajo de las costillas falsas. En su surgimiento, “hipocondría” adopta un sentido principalmente médico para nombrar una enfermedad que se creía originada en los hipocondrios y que se manifestaba por una depresión morbosa del ánimo, generalmente acompañada de melancolía. El uso actual del término declina en el más común de “hipocondríaco” para referirse a aquellas personas que sufren de un estado de ansiedad permanente y patológico concerniente a su salud y al estado y el funcionamiento de sus órganos. Notamos entonces que se trata de una afección que atañe al cuerpo y se localizaba antiguamente en la región epigástrica, zona en la que Freud también ubicaba la experiencia de la angustia, aunque más bien prefiriera la sección más alta del tracto digestivo y no la baja, como se recalca en la hipocondría.

El primer movimiento que nos proponemos entonces con esta aclaración es despojar al término “hipocondría” y su sucedáneo “hipocondríaco” de las acepciones más usuales que lo vinculan a una especie de enfermo imaginario que se queja de enfermedades que no tienen ningún asidero corporal sino que son fruto del pensamiento del enfermo, problema que habitualmente se reduce a la queja vulgar de parientes y médicos quienes luego de la seguidilla de estudios concluyen “No tiene nada”.

Entendemos que despojar al término de este sentido común nos permitirá avanzar en el sentido que puede adquirir este malestar localizado en el cuerpo y en el funcionamiento de los órganos, que no presenta un asidero orgánico demostrable y que tampoco puede confundirse con los síntomas conversivos propios de la histeria. Consideramos que es de importancia establecer distinciones en este campo, dado que en muchos casos las manifestaciones del cuerpo se muestran en toda su crudeza en la clínica actual y a falta de diferenciaciones precisas se realiza un uso indiferenciado de los términos, perdiéndose por ejemplo la distinción fundamental para Freud entre síntoma y angustia.

La hipocondría ha sido objeto de estudio por diferentes autores después de Freud, aunque con resultados magros. De hecho, por ejemplo, en la obra de Lacan no hemos encontrado una clara referen-

cia al tema, quien habla más bien de la “vaguedad” del término, aunque no dude en afirmar que los síntomas hipocondríacos son síntomas psicóticos (Lacan, 1955-1956: 156, 445). No obstante, ya encontramos allí lo que entendemos es la posición preponderante en los debates actuales sobre el tema, que intentan discernir fundamentalmente las conversiones histéricas de los fenómenos hipocondríacos ligados a las psicosis.

Un exponente de ello es Jean-Pierre Déffieux (1998), quien a partir de una investigación de fenómenos corporales en mujeres diferencia las presentaciones hipocondríacas de las presentaciones histéricas afirmando que en las primeras la particularidad del lazo con el padre (caracterizado por una atadura de lo imaginario y de lo real), daría cuenta de una forclusión simbólica. La hipótesis que nos propone el autor es que se realiza una especie de transferencia, un desplazamiento, de la atadura Imaginario-Real del padre al cuerpo y el fenómeno hipocondríaco aparece luego de operado un corte en ese lazo. Es esta la razón por la que este autor no considera este fenómeno como un síntoma, aunque sostenga que se logre con la hipocondría limitar el goce a tal punto que ninguna otra manifestación de la psicosis se produzca. El autor señala también otra variante en sujetos que a partir de la hipocondría elaboran un saber delirante que le da un sentido.

Por otra parte, en el apartado de las neoconversiones del libro *La psicosis ordinaria* (2004), esta discusión acerca del estatuto de la hipocondría también tiene su lugar, destacándose la mínima diferenciación que los autores realizan entre la dismorfofobia y la hipocondría. Una sección toma como referencia a Morel que ubicaba a la hipocondría como fenómeno elemental psicótico por excelencia subrayando el rasgo de indeterminación, es decir, que va de un malestar a una sensación dolorosa pero siempre asociada a una indeterminación intolerable y “mal localizada” en contraposición a la dismorfofobia.⁶⁶

Vemos cómo entonces el tema que nos ocupa es de actualidad y las preguntas que guiarán nuestro recorrido no están resueltas. La hipocondría ¿Es un malestar articulado a una creencia o a una certeza? ¿Se trata de un síntoma o de una presentación de la angustia?

Para avanzar en nuestro recorrido retornaremos a las referencias freudianas. En esta oportunidad entonces comenzaremos por deslindar cuál ha sido el tratamiento que ha recibido la hipocondría en la obra de Freud. Cabe aclarar que no se trata de un concepto minuciosamente caracterizado, sino que tiene un papel marginal en la obra, cuestión que se pone de manifiesto por la dispersión de las referencias. La operación de lectura que introduciremos en el material para conformar este concepto requiere de un análisis tanto sincrónico como diacrónico, con el fin de reconstruir en el devenir de la teoría el surgimiento y desarrollo de dicho concepto e intentando capturar el movimiento de sus sucesivas redefiniciones. Nos valdremos también del recurso a dos de los casos clínicos que se trabajan en este libro: Schreber y el hombre de los lobos.⁶⁷

Los inicios freudianos: hipocondría ¿síntoma o angustia?

No podemos iniciar el recorrido propuesto sin antes decir que este concepto tiene sus raíces en la psiquiatría, y que desde los orígenes pinelianos su semiología se fue acercando y describiendo cada vez más como una semiología delirante. Brevemente subrayamos que ha sido Philip Pinel quien ha descrito a la hipocondría como un género dentro de la locura, a las que llamaba vesanías, junto a otros estados tales como la melancolía, la manía, la *amentia*, el idiotismo y el sonambulismo. Particularmente estrecho es el vínculo entre melancolía e hipocondría, descrito magistralmente por Séglas y Cotard en el delirio de negación de órganos.

Las quejas corporales y temores hipocondríacos también forman parte de la sintomatología que Emil Kraepelin le ha otorgado a la definición de la paranoia. Destacamos que en la demencia precoz descrita por este mismo autor, las ideas delirantes -durables o transitorias-, se desarrollan con extrema frecuencia en los primeros momentos de la enfermedad, y presentan en general una tonalidad depresiva con temas hipocondríacos. Por su parte, los delirios de interpretación y reivindicación descritos por Sérieux y Capgras se ven enriquecidos por ideas hipocondríacas delirantes. Subrayamos por último que la esquizofrenia acuñada por Eugen Bleuler incorpora al delirio hipocondríaco dentro de lo que el autor denomina “síntomas accesorios” de la enfermedad.

Si nos remitimos al DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) encontramos a la hipocondría como un trastorno que existe en el interior del mismo. No obstante, constituye un verdadero

⁶⁶ Véase la presentación dismorfofóbica en el caso del hombre de los lobos (Cf. capítulo 5).

⁶⁷ Cf. capítulo 3 y 5 respectivamente.

problema al no ser sensible a la eficacia farmacológica aunque a pesar de ello la oferta actual sin duda asegura un fármaco para este malestar del mismo modo que lo hace para cada molestia subjetiva.

Respecto al desarrollo teórico-clínico efectuado por Sigmund Freud acerca de la concepción de la hipocondría, en principio debemos decir, por un lado, que este concepto aparece muy tempranamente en su obra y por otro, que dicha teorización ha ido variando. No obstante, hemos podido ubicar un punto de inflexión entre los años 1911 y 1914, momento que implica una conceptualización radicalmente diferente en lo que atañe a este fenómeno en donde podemos encontrar una elaboración mucho más acabada y en el cual queda establecida la conocida proporción: la hipocondría es a la parafrenia lo que la angustia es a la neurosis obsesiva y a la histeria.

La primera referencia a la hipocondría que hemos podido localizar es en el “Manuscrito B” de 1893 dedicado a la etiología de las neurosis actuales. Es importante recordar que en ese momento Freud diferenciaba las neurosis actuales de las psiconeurosis de defensa por la ausencia o presencia del mecanismo psíquico de la defensa. En ambas se trataba de una etiología sexual, pero en las primeras esa etiología era actual y estaba comandada por una insuficiente descarga de la tensión sexual somática debida a prácticas sexuales actuales inapropiadas para la satisfacción (*masturbación, coitus interruptus*). En cambio las neuropsicosis o psiconeurosis implicaban la defensa ante el recuerdo de un suceso sexual traumático olvidado acaecido en la primera infancia. Si bien en los dos tipos de neurosis la etiología es sexual, en las primeras lo actual no queda atado ni al mecanismo psíquico ni al episodio pasado.⁶⁸

Allí aparece una primera concepción de la hipocondría que la ubica como uno de los tres síntomas permanentes de la neurosis de angustia: la angustia referida al cuerpo, que se diferencia de otros síntomas permanentes como aquellos referidos a representaciones, tales como la compulsión de cavilar o la locura de la duda. Con respecto a este último punto – la diferencia entre hipocondría y compulsión de cavilar- es importante señalar un caso que Freud presenta en su artículo “Obsesiones y fobias” de 1895 en el cual se trata de una mujer que padecía de una manía de cavilación u obsesión especulativa que se alternaba con temores hipocondríacos. La secuencia que Freud ubica allí es la siguiente: aparecía una preocupación excesiva por una parte del cuerpo o una función, en este caso la respiración. La paciente se preguntaba “¿Por qué hay que respirar? ¿Y si yo no quisiera respirar?” (Freud, 1895b: 78). Luego asomaba el temor a volverse loca que desataba la manía de cavilación: para asegurarse de que no se volvería loca se ocupaba mentalmente de problemas serios, dando lugar a la manía de cavilación. De este modo alternaban en ella períodos de temores hipocondríacos que se tranquilizaban temporalmente con la manía de especulación. Freud subraya entonces que “la manía de cavilar nace del afán de ofrecerse la contraprueba de que no se está loco, como la fobia hipocondríaca lo asevera” (Freud, 1895c: 98). Vemos así una temprana preocupación en Freud por distinguir el componente ideativo y separarlo de la experiencia penosa del cuerpo que conlleva la hipocondría, ubicando que las sensaciones corporales son primarias y el intento de asimilarlas por el pensamiento viene en un segundo momento.

Las viñetas clínicas de ese entonces (Carta 14 y 15) ilustran esta concepción acerca de la hipocondría como “síntoma permanente” de la neurosis de angustia y su relación a la actividad sexual actual menoscabada. En su artículo de 1895, “Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia”, la hipocondría recibe una definición precisa en tanto Freud la utiliza para designar una forma de la expectativa angustiada referida a la propia salud. Aquí se evidencia que Freud resalta la experiencia corporal, manifestándonos que la hipocondría “no va siempre de la mano con la agudización de la expectativa angustiada general; demanda como condición previa la existencia de parestesias y de sensaciones corporales penosas” (Freud, 1895c: 93, 98). Para Freud en este momento, la expectativa angustiada es el síntoma nuclear de las neurosis ya que hace presente un “quantum de angustia libremente flotante que no es susceptible de ulterior reducción, así como no es atacable mediante psicoterapia” (Freud, 1895c: 97), dado que no opera en su producción el mecanismo de sustitución o de traslación del afecto.

De esta manera, la hipocondría queda del lado de las neurosis actuales, es decir queda encuadrada dentro de una sintomatología que no es producto de la operatoria del mecanismo psíquico de la defensa sino que es mera extrapolación de un quantum energético cuya fuente es una excitación sexual actual con un decurso poco satisfactorio. La práctica del *coitus interruptus* es para Freud la etiología de la neurosis de angustia, es decir una descarga insuficiente de la tensión sexual que no lleva a la tramitación psíquica de la excitación somática.

⁶⁸ Cf. capítulo 1.

Cabe destacar que la noción de síntoma permanente se diferencia de los ataques agudos de angustia, es decir que no implica el concepto que se suele adjudicar a Freud de síntoma como resultado de un procesamiento psíquico. En las neurosis actuales lo que justamente se destaca es que no ha habido tal operatoria y su presentación responde a la trasposición directa, sin mediaciones, de la excitación sexual en angustia.

No obstante, Freud advierte por ese entonces que la hipocondría también podría aparecer en las neuropsicosis de defensa, que son resultado de la operación de un mecanismo psíquico. Constatamos esta nueva perspectiva en tres artículos que podrían ponerse en serie: "Manuscrito H" de 1895, "Manuscrito K" y "Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa", ambos de 1896.

Dentro del marco que se conforma en esos trabajos sobre las neuropsicosis de defensa, la hipocondría aparece ligada a dos entidades en particular: la neurosis obsesiva y la paranoia. En 1895 Freud menciona por primera vez para el caso de la paranoia que la proyección es el mecanismo psíquico que se utiliza con fines defensivos a partir de la aparición de un caso de inconciliabilidad en las representaciones. Da ejemplos de su operación en distintas paranoias, y es allí donde incluye a la hipocondría como una forma posible de la paranoia:

El hipocondríaco se debatirá largo tiempo antes de hallar la clave para sus sensaciones de estar gravemente enfermo. No se confesará que aquellas provienen de su vida sexual, pero le deparará la máxima satisfacción que su enfermedad no sea endógena, en los términos de Moebius, sino exógena; en consecuencia, está envenenado.⁶⁹ (Freud, 1895a: 250).

Es necesario aclarar que se trata aquí de una vertiente delirante de la hipocondría (delirio de envenenamiento), es decir, que involucra un componente representativo que no está presente en el caso anterior, en el cual la hipocondría aparecía como un síntoma permanente de la neurosis de angustia bajo la forma de angustia referida al cuerpo. Aquí ya comprobamos la actuación del mecanismo paranoico: esa sensación de estar gravemente enfermo es atribuida a la acción de otro que lo ha envenenado, se ha anudado la sensación corporal penosa con la idea de envenenamiento solidaria de la acción de un agente externo.⁷⁰

En el "Manuscrito K", esta vez en el apartado correspondiente a la neurosis obsesiva, Freud ubica a la hipocondría como una de las posibilidades de la mudanza del "afecto-reproche" en otro de más fácil acceso a la conciencia, y la define como "angustia hipocondríaca" o miedo a las consecuencias corporales nocivas de aquella acción que se reprocha. Nuevamente aquí interviene un componente representativo que transforma las sensaciones corporales penosas en miedo.

Notamos que, en este momento, la hipocondría aparece ligada tanto a la paranoia como a la neurosis obsesiva, no así a la histeria. En los *Estudios sobre la histeria*, de 1893-1895, más específicamente en el Caso Elizabeth Von R., Freud se dedica a realizar una diferenciación minuciosa entre una histérica, un neurasténico definido como "hipocondríaco, aquejado de neurosis de angustia" (Freud, 1893-95: 152, n.2) y un enfermo orgánico. El criterio que utiliza es la envoltura formal del síntoma, es decir aísla los rasgos formales que puede deslindar de la presentación. Si bien en los tres se trata de dolores corporales, los gestos y reacciones de los pacientes ante éstos difieren notablemente.

Freud señala que el relato de la histérica está plagado de imprecisiones, que faltan en el relato de aquel que padece de dolores orgánicos, quien relata con tranquilidad los dolores precisando su calidad, los intervalos de su aparición, la localización e incluso aventurando alguna hipótesis acerca de lo que pudo haberlos provocado. El hipocondríaco en cambio tampoco es impreciso, pero no conserva la tranquilidad:

El neurasténico [hipocondríaco, aquejado de neurosis de angustia] que describe sus dolores impresiona como si estuviera ocupado con un difícil trabajo intelectual, muy superior a sus fuerzas. La expresión de su rostro es tensa y como deformada por el imperio de un afecto penoso; su voz se vuelve chillona, lucha para encontrar las palabras, rechaza cada definición que el médico le propone para sus dolores, aunque más tarde ella resulte indudablemente la adecuada; es evidente, opina que el lenguaje es demasiado pobre para prestarle palabras a sus sensaciones y estas mismas son algo único, algo novedoso que uno no podría describir de manera exhaustiva y por eso no cesa de ir añadiendo nuevos y nuevos detalles; cuando se ve precisado a interrumpirlos, seguramente lo do-

⁶⁹ En el caso del hombre de los lobos el episodio paranoico también cobra este sesgo hipocondríaco. Cf. capítulo 5.

⁷⁰ Un trabajo detallado sobre el mecanismo paranoico puede encontrarse en los capítulos 2 y 4.

mina la impresión de no haber logrado hacerse entender por el médico. Esto se debe a que sus dolores han atraído su atención íntegra. (Freud, 1893-1895: 152).

A diferencia de los síntomas histéricos que de entrada se ofrecen a Freud como queriendo decir algo, como “síntomas que hablan”, el caso de la presentación hipocondríaca más bien pone de relieve lo inefable de ese malestar, la dificultad para transmitirlo y cernirlo en palabras, la resistencia de la palabra para captar ese dolor corporal. La imprecisión histérica contrasta con la precisión del enfermo orgánico y la intención de precisar del hipocondríaco, que a su vez se diferencian entre sí porque en el primero se conserva la tranquilidad, en tanto que el segundo está embargado por lo penoso del afecto, al punto de quedar completamente cautivo del mismo.

Freud destaca esta diferencia entre la hipocondría y la histeria. Mientras que en la primera toda la atención es atraída por el dolor, en la segunda la conducta es exactamente la contraria: si bien atribuye importancia a los dolores, “su atención estaba demorada en algo otro, probablemente en pensamientos que se entramaban con los dolores” (Freud, 1893-1895:152). Esta presencia de ese “algo otro” señala el carácter sustitutivo propio del síntoma histérico, su naturaleza de expresión simbólica de un conflicto olvidado. El síntoma histérico es un símbolo mnémico que está en lugar de otra cosa cuyo entramado habrá de revelarse en el tratamiento por la palabra. En cambio, la hipocondría pone de manifiesto más bien la ausencia de entramado y sustitución, no es expresión simbólica de un conflicto olvidado, no remite a “algo otro”, a otra escena, es irreductible y muy difícil de cernir por la palabra.

El último rasgo a destacar por Freud, y el más determinante, es la disonancia que pesquiza en la reacción ante el dolor. Al estimular el lugar doloroso en un hipocondríaco la expresión es inconfundiblemente de dolor físico y desasosiego y éste intenta evitar el examen o sustraerse de él. Muy otra es la reacción de la histérica:

Pero cuando en la señorita Von R. se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura hiperrálgicas de la pierna, su rostro cobraba una peculiar expresión, más de placer que de dolor; lanzaba unos chillidos – yo no podía menos que pensar: como a raíz de unas voluptuosas cosquillas-, su rostro enrojecía, echaba la cabeza hacia atrás, cerraba los ojos, su tronco se arqueaba hacia atrás. Nada de esto era demasiado grueso, pero sí lo bastante nítido, y compatible sólo con la concepción de que esa dolencia era una histeria y la estimulación afectaba una zona histerógena (Freud, 1893-1895: 153).

Recordemos que esta idea de las zonas histerógenas, tomada de Charcot, cobrará en Freud otro valor cuando en años posteriores teorice el papel de la sexualidad infantil en la constitución de lo que pasará a llamar un cuerpo erógeno con zonas erógenas que se han libidinizado en el intercambio con el otro. El síntoma histérico comprende esta erogeneidad, como bien lo deslinda Freud en el caso Dora. ¿Y la hipocondría? He aquí justamente la divisoria de aguas que nos interesa subrayar. Mientras que en el caso de la histeria Freud privilegia como determinante que “El gesto no armonizaba con el dolor que supuestamente era excitado por el pellizco de los músculos y la piel; probablemente concordaba mejor con el contenido de los pensamientos escondidos tras ese dolor y que uno despertaba en la enferma mediante la estimulación” (Freud, 1893-1895:152), en la hipocondría justamente encontramos una armonía en la reacción: no se cuele una sensación placentera, erogeneizada en la estimulación de la parte dolorida. No hay un entramado de pensamientos escondidos detrás del dolor. ¿No se trata entonces en la hipocondría ni de sustitución, ni de trama, ni de erogeneización?

En este primer momento de nuestra indagación hemos podido detectar un movimiento que va de una concepción más indiferenciada que considera a la hipocondría como síntoma de las neurosis actuales y de las psiconeurosis a otra más precisa donde la hipocondría declina en “angustia hipocondríaca” y que refiere a una experiencia corporal penosa que escapa a la representación y resiste a la puesta en palabras, que no contempla la sustitución y por lo tanto no reenvía a cadenas asociativas o entramados de pensamientos no conscientes. Resulta entonces irreductible y por esto mismo se vuelve un problema nuclear.

En 1895 Freud es taxativo cuando afirma que no ha encontrado una delimitación correcta de la hipocondría con respecto a la histeria: “en ninguna de las elaboraciones ofrecidas hasta hoy puedo juzgar correcto el deslinde de esa neurosis [hipocondría], y hallo que la viabilidad del término ‘hipocondría’ se perjudica por su referencia fija al síntoma del ‘miedo a la enfermedad’ (Freud, 1893-1895: 266).

En este recorrido hemos subrayado el destacable esfuerzo de Freud por no reducir la hipocondría a su componente ideativo o representacional, ya sea el miedo, la duda, la cavilación o el delirio. Como ya trabajamos, este componente representacional se da de manera secundaria a las sensaciones penosas irremisibles a la palabra. Freud no se conforma con la acepción frecuente de la psiquiatría y del

sentido común, donde el hipocondríaco se homologa a aquel que teme padecer enfermedades. Esa concepción parece restar importancia a la experiencia corporal que Freud intenta poner en primer plano: “[...] la fuente de excitación, la ocasión para la perturbación, reside en el ámbito somático y no, como en la histeria y la neurosis obsesiva, en el ámbito psíquico” (Freud, 1895b: 114).

Veremos a continuación cómo destina varios pasajes del historial de Schreber a describir ese padecer hipocondríaco que por otra parte poco tiene que ver con el temor a padecer una enfermedad sino con lo que luego conceptualizará como una catástrofe interior debida al desasimiento libidinal de los objetos y la introversión de la libido en el yo.

Angustia hipocondríaca en el caso Schreber

Si tenemos en cuenta las conceptualizaciones acerca del estatuto de la angustia hipocondríaca no podemos dejar de considerar la enseñanza que Freud nos dio al respecto en su escrito “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)” (1911). Allí Freud analiza con la rigurosidad que lo caracterizaba las *Memorias de un enfermo nervioso*, obra autobiográfica escrita por Daniel Paul Schreber y publicada en 1903 con el propósito de dar a conocer nuevos hallazgos en relación a la paranoia.⁷¹

El historial tiene sus particularidades dado que Freud nunca trató a Schreber y su análisis se basa en la lectura de las *Memorias*. En este sentido, de entrada y por esta época, nos brinda un nuevo aporte aduciendo que es posible trabajar con un historial clínico impreso en el caso de los sujetos paranoicos porque con ellos no es posible vencer las resistencias y “dicen sólo lo que quieren decir” (Freud, 1911: 11).

El presidente Schreber comienza a escribir en un primer momento en hojas sueltas de calendario y en pedazos de papel. Confiesa que necesita escribir para aclarar lo que le está pasando. Luego escribe en cuadernos en forma ordenada entre los años 1900 y 1902, fecha en la cual logra obtener el alta médica. Para la publicación de su obra tuvo que salvar numerosos obstáculos, muchos de ellos derivados de las suspicacias de su familia de origen. Valga como anécdota ilustrativa el hecho de que sus familiares directos compraron la mayor parte de los ejemplares para hacerlos desaparecer. Sin embargo, el libro no pasó inadvertido para los psiquiatras de la época y es por la relación de Freud con Jung que atrae la atención del primero recién en 1910.⁷² En el Congreso de Weimar de 1911, Freud presentó por primera vez un suplemento de lo que más tarde sería conocido como caso Schreber (Jones, 1953-1957: 97).

El honorable presidente ha pretendido con la escritura comunicar su experiencia a los otros: a la familia, a la comunidad científica, y desde luego a Flechsig, médico que lo trató en sus dos enfermedades y que se convirtió en el principal perseguidor. En palabras del jurista: “[...] soy de la opinión de que podría ser valioso para la ciencia y para el conocimiento de verdades religiosas posibilitar, mientras aun estoy con vida, cualquier tipo de observaciones sobre mi cuerpo y mis vicisitudes personales por parte de personas especializadas [...]” (Schreber, 1903: 45).

Observamos de esta manera que, ordenando su escritura, alcanza un cierto proyecto para dar a conocer al mundo cómo su cuerpo y él mismo, se han convertido en un campo de intervención divina. Este caso puede entonces construirse teniendo presente los momentos significativos que marcan las inflexiones y los virajes de la propia experiencia que Schreber tiene de su cuerpo, que no deja de estar en primer plano en todo el desarrollo del material, aunque por momentos la expansión delirante parezca cubrirlo.

Es importante destacar que los fenómenos hipocondríacos aparecen del principio al fin: están en el momento del desencadenamiento y siguen allí una vez construido el delirio. Reencontramos entonces este carácter de irreductibilidad al sentido que Freud había subrayado desde un inicio en su interrogación sobre la hipocondría. Como muestra de la importancia que Freud adjudicaba a la hipocondría valga esta advertencia que realiza en el historial:

[...] sólo consideraré digna de confianza a una teoría de la paranoia si ha conseguido introducir en su nexa los síntomas concomitantes hipocondríacos, de casi regular presen-

⁷¹ Nos detendremos solamente en aquellos aspectos que atañen a la angustia hipocondríaca debido a que es en el tercer capítulo del presente libro donde se aborda el Caso Schreber. No obstante, realizaremos un breve comentario acerca de las *Memorias del Presidente* a modo de introducción de este breve apartado. También utilizaremos este material para dar cuenta acerca del valor que posee la hipocondría en la paranoia.

⁷² Para más detalles sobre esta interlocución véase el capítulo 3.

cia. Me parece que la hipocondría ocupa respecto de la paranoia la misma posición que la neurosis de angustia respecto de la histeria (Freud, 1911: 53, n. 38).

En este sentido y retomando los aspectos que nos interesa señalar, Freud reconstruye la historia de la enfermedad de Schreber: en lo que concierne a su primera enfermedad, acontece en 1884 a los 41 años de edad y dura un año (es dado de alta en 1885). Ya por entonces ocupaba un alto cargo en el Poder Judicial y el malestar se inicia cuando se presenta a las elecciones legislativas como candidato del partido Nacional Liberal y sufre una aplastante derrota. A consecuencia de este suceso Schreber debe ser internado por presentar temores hipocondríacos, hipersensibilidad auditiva, humor irritable y lábil que lo condujeron a dos intentos de suicidio. Schreber destaca que este episodio "Transcurrió sin ninguna complicación que rozara el ámbito de lo sobrenatural" (Schreber, 1903: 86). Es diagnosticado por Flechsig como un "ataque de hipocondría grave".

Pero, ¿A qué malestar se refería el médico con esta denominación? Ciertas aprensiones hipocondríacas dominaban a Schreber, en concreto la obsesión injustificada de que estaba cada vez más flaco, una "imaginaria" pérdida de peso que no correlacionaba con sus kilos, que más bien aumentaban. De manera vehemente manifestaba que si le hubieran facilitado una balanza para determinar su peso corporal, el período de internación hubiera sido más acotado porque él se habría tranquilizado. No obstante, cuando había podido disponer de la misma aparecía la idea de que la balanza poseía un mecanismo que le era desconocido. De esta época Freud lamenta que no se conserve registro de la historia clínica del paciente ni de las circunstancias que rodearon el inicio de la crisis, sólo se sabe que estaba casado y que tanto su esposa como él quedaron agradecidos con el Dr. Flechsig por su recuperación.

A partir de los años '50 se han obtenido una serie de informaciones anexas. El Dr. Franz Baumeier⁷³ dio a conocer algunas de las observaciones correspondientes a los distintos momentos de la enfermedad de Schreber. En particular ha realizado un exhaustivo trabajo en lo que concierne a recapitular datos de su historia y antecedentes de la familia. También realizó pesquisas para localizar a aquellas personas que podían ofrecer testimonio directo de algunos periodos de la vida de Schreber. Transcribimos a continuación una breve parte de la historia clínica dada a conocer por el citado psicoanalista en donde constatamos el diagnóstico de hipocondría durante su primera enfermedad bajo la forma de una "sensación de adelgazamiento":

Octubre de 1884: [...] Grave hipocondría [...] Cree que cada momento va a ser el último y está convencido de que va a morir de un ataque al corazón.

1 de junio de 1885: Imagina haber perdido de quince a veinte kilos de peso. En realidad ha aumentado dos kilos. Se queja de que se lo engaña intencionalmente sobre su peso (Baumeier, 1956: 10-11).

Como ya se ha presentado⁷⁴, sabemos que luego de esta enfermedad Schreber vivió ocho años de plena felicidad con su mujer, colmado de honores, sólo ensombrecidos, consigna Freud, por la decepción de no haber tenido hijos. La mujer de Schreber sufría abortos espontáneos continuos.

La llamada "segunda enfermedad", sobre la que versa el historial, sobreviene en octubre de 1893. Esta vez es la noticia de la inminente asunción de un cargo en el poder judicial lo que provoca el *surmenage* que termina en la internación. Es importante destacar que justamente en la coyuntura de la primera enfermedad la instancia de la asunción no llega a producirse porque Schreber pierde en las elecciones. En la segunda enfermedad es esta asunción del cargo lo que Lacan (1958) resalta como el hecho desencadenante de la psicosis.

Schreber describe algunos de los síntomas que padecía previo a esta segunda internación. Nos resulta particularmente interesante el hecho de que el malestar comienza nuevamente con fenómenos hipocondríacos que, como ya señalamos, persiste hasta el final. En palabras del presidente: "Sentí opresiones cardíacas como en la primera enfermedad, de tanta intensidad, que sólo el recorrer una calle que subía en pendiente moderada me provocó estados de angustia" (Schreber, 1903: 89). Se quejaba también de un reblandecimiento del cerebro y decía que pronto moriría, ideas de muerte inminente que se hicieron presentes al igual que en la primera enfermedad. El informe médico de ese entonces consigna que Schreber manifestaba:

⁷³ Psicoanalista alemán que dirigió un hospital cercano a Dresde, ciudad en la cual estuvo internado el Dr. Schreber, entre los años 1946 y 1959.

⁷⁴ Cf. capítulo 3 del presente libro.

[...] haber experimentado en los primeros años de su enfermedad destrucciones en diversos órganos de su cuerpo, que a cualquier otro hombre le habrían provocado indefectiblemente la muerte desde hace mucho tiempo atrás, pero él ha vivido un largo período sin estómago, sin intestinos, sin pulmones casi, con el esófago desgarrado, sin vejiga y con las costillas rotas, muchas veces se ha comido parte de su laringe al tragar, etc. (Freud, 1911: 14).

A esta presentación inicial pronto se yuxtaponen ideas de persecución, “[...] se acumulan espejismos visuales y auditivos que sumados a perturbaciones de la cenestesia, gobernaron todo su sentir y pensar, se daba por muerto y corrompido, por apestando, imaginaba que en su cuerpo emprendían toda clase de horribles manipulaciones” (Freud, 1911: 14). Posteriormente, con la inflexión del trabajo delirante en la reconciliación, todo este verdadero derrumbe del cuerpo es restablecido por los rayos divinos en una elaboración del sujeto sobre la inefable experiencia inicial que, vale aclarar, nos recuerda a los relatos de los enfermos aquejados por el síndrome de Cotard.⁷⁵

Lo interesante es que estas ideas hipocondríacas, así como marcan el inicio de la primera enfermedad, permanecen hasta el final de la segunda enfermedad. En uno de los apéndices de las *Memorias*, en octubre y noviembre de 1902 (dos años previos a su alta) escribe: “Subsiste, como antes, la sensación -difícilmente subjetiva- de un adelgazamiento y arrugamiento de la sustancia ósea de mi cráneo” (Schreber, 1903: 90). También encontramos en el alegato de la apelación que realiza en el año 1901 ante el dictamen pericial una interesante confesión con respecto a la voluptuosidad que experimentaba: “En mi cuerpo pueden observarse, según estoy persuadido, algunos fenómenos absolutamente inexplicables por la experiencia científica común [...]” (Schreber, 1903: 455).

Subrayamos aquí la “sensación” que experimenta y que no pudo ser reducida por el trabajo restitutivo del delirio. Es en este sentido que comenzará a esclarecerse para nosotros la aseveración acerca de que la hipocondría ocupa respecto de la paranoia la misma posición que la neurosis de angustia respecto de la histeria.

Hipocondría equivalente de la angustia

En el artículo de 1912 “Contribuciones para un debate sobre el onanismo”, contemporáneo del caso Schreber, Freud precisa esta relación al decir que la hipocondría sería una tercera forma de “neurosis actual” (es decir, de etiología puramente física, sin intervención de lo psíquico) que actuaría con respecto a las psiconeurosis como “el grano de arena en el centro de la perla” (Freud, 1912: 257). Dicho de otra manera, “el síntoma de la neurosis actual suele ser el núcleo y la etapa previa del síntoma psiconeurótico” (Freud, 1917: 355) ya que aporta la sollicitación somática, el material de excitación que luego es trabajado y revestido psíquicamente. Es este tipo de relación lo que llevará a Freud a aseverar que la angustia hipocondríaca es el correspondiente de la angustia neurótica en el caso de las psicosis.

En “Introducción del narcisismo” (1914) accedemos a la definición más precisa sobre la hipocondría que encontramos en la obra de Freud. Enmarcado en la teoría libidinal introduce el concepto de narcisismo y nos presenta a la hipocondría como uno de los caminos para aproximarse a su conocimiento. El primer paso freudiano consiste en comparar la hipocondría con la enfermedad orgánica, como ya lo había hecho tempranamente en *Estudios sobre la histeria*. Freud vuelve a resaltar que en ambos casos aparecen sensaciones corporales penosas y dolorosas, pero ahora puede dar un paso más al vincularlas con la distribución de la libido. El hipocondríaco ha retirado su libido de los objetos del mundo exterior y la ha dirigido al órgano que lo ocupa. La diferencia es que no presenta alteraciones orgánicas comprobables y además el enfermo orgánico podría conservar el lazo con los objetos y restituirlo una vez que cede el proceso orgánico. Freud supone entonces que en la hipocondría no hay una lesión orgánica, pero sí una alteración a nivel de la erogeneidad de los órganos que podría producir un efecto similar a la contracción de una enfermedad material de los órganos.

Vemos así cómo Freud sigue separando las aguas y enfatizando que no se trata de una cuestión imaginaria en la hipocondría, sino de una afección bien real. Esta alteración de la erogeneidad habría que pensarla en las coordenadas que caracterizan a las psicosis para Freud en este momento: retiro de la libido de los objetos sin sustituirlos por otros en la fantasía e introversión en el yo. Es decir que se trata de una experiencia del cuerpo no cubierta por la fantasía inconsciente y sin el recurso al lazo con el Otro.

⁷⁵ Para una reflexión sobre el vínculo entre síndrome de Cotard y angustia hipocondríaca véase *El deseo en las psicosis* (2015) de Julieta De Battista.

La hipocondría dependería entonces de la libido yoica y no de la libido de objeto que ha sido retirada. De ahí la tesis de que la hipocondría, al igual que la parafrenia, releva de una estasis de la libido yoica. Ahora bien, en la dinámica psíquica que domina ese momento, esa estasis de la libido yoica ha sido producto de una frustración de la satisfacción en la realidad cuyo montante pulsional en vez de buscar una satisfacción infantil por vía de la regresión a fijaciones libidinales conservadas en la fantasía – tal y como ocurre en las neurosis de transferencia –, es introvertido en el yo.

De esta manera Freud ubica en la angustia hipocondríaca un equivalente de la angustia neurótica presente en las neurosis transferenciales. De ahí que para Freud sea expresión del proceso patológico y no de los intentos de restitución: esta introversión de la libido en el yo genera el problema de cómo dominar ese montante pulsional. Es en este punto que se introducen para Freud el tercer grupo de manifestaciones correspondientes a las psicosis: los intentos de restitución del lazo con el objeto vía el delirio o la alucinación. Estos intentos restitutivos son equivalentes para Freud a los retornos de lo reprimido de las neurosis transferenciales. Vemos entonces en qué radica la novedad freudiana: el delirio y las alucinaciones son restitutivos y no parte del proceso patológico como se suele pensar desde un punto de vista psiquiátrico.

Ahora bien, es necesario aclarar que en este artículo Freud deja a la hipocondría claramente del lado de la angustia y del proceso patológico, pero un año después habría de adjudicarle un valor restitutivo también.

En “Lo inconsciente” (1915) habla de otro aspecto de la presentación hipocondríaca que es necesario distinguir de la angustia hipocondríaca como expresión del desasimiento libidinal. Se trata de lo que describe en la esquizofrenia como “lenguaje de órgano” de sesgo hipocondríaco. No habla meramente de sensaciones dolorosas en el cuerpo sino de un lenguaje que se refiere a órganos e inervaciones somáticas, y que constituye ya un intento de tramitar esa experiencia dolorosa (sensación dolorosa enigmática) vía la nominación: “la investidura de la representación-palabra no es parte del acto de represión sino que constituye el primero de los intentos de restablecimiento o de curación que tan llamativamente presiden el cuadro de la esquizofrenia” (Freud, 1915: 195).

Luego de este recorrido estamos en condiciones de decir que la hipocondría para Freud corresponde a una presentación de la angustia propia de las psicosis, caracterizada por sensaciones corporales penosas y dolorosas que no remiten a una alteración orgánica sino a una alteración en la erogeneidad de los órganos debida al proceso patológico que desase la libido de los objetos sin que el lazo con estos sea sustituido en la fantasía, sino que la libido es reconducida al yo. Es necesario entonces diferenciar la angustia hipocondríaca tal y como acabamos de definirla de los intentos de restitución que pueden encontrarse bajo la forma de lenguaje de órgano.

Pasaremos ahora a revisar otro de los casos trabajados en este libro, “El hombre de los lobos”, que, como ya hemos visto en el capítulo anterior, algunos autores tienden a pensarlo como una psicosis. Propondremos entonces aplicar el operador de lectura que hemos construido sobre la angustia hipocondríaca para poder sopesar su utilidad a nivel clínico.

La hipótesis que intentaremos sostener es que la presentación hipocondríaca corresponde a una manifestación de la angustia propia de las psicosis que indica un desasimiento libidinal y que sólo en un segundo momento puede conocer movimientos de restitución.

Angustia hipocondríaca en “El hombre de los lobos”

Como ya se trabajó en el capítulo anterior, Freud publicó en el año 1918 un historial de un paciente cuya cura se llevó a cabo entre los años 1910 y 1914. Aunque haya titulado su escrito “De la historia de una neurosis infantil”, es conocido en el mundo psicoanalítico como “El hombre de los lobos”. Se trata del más minucioso y complejo de los cinco historiales completos publicados por Freud. A primera vista podemos señalar que la palabra “hipocondría” no se encuentra empleada en ningún punto del material. Por otro lado, tampoco se trata para Freud de una psicosis, ya que como el título lo indica, es un paciente que ha padecido de una “neurosis infantil”, mal curada, que se extiende hacia su adultez en forma de una neurosis obsesiva.

Discutiremos acerca del diagnóstico, en tanto parece vincularse para algunos psicoanalistas⁷⁶ con los síntomas hipocondríacos psicóticos. Se tratará entonces, en este apartado, de situar qué lugar tiene la angustia en relación a los fenómenos corporales en este paciente, tal y como lo plasma Freud en su historial. Además, ubicaremos la progresión de estos síntomas en una cura posterior del paciente, con-

⁷⁶ Cf. capítulo 5.

ducida en los años 1926 y 1927 por Ruth Mack Brunswick, discípula de Freud. Expondremos aquella sintomatología plausible de ser descripta como hipocondríaca, las interpretaciones que han llevado a cabo ambos analistas, y finalmente, qué lugar ocupan estos fenómenos en el cuadro general del paciente.

Freud comenzó a ver al paciente, de origen ruso, cuando éste contaba con 23 años. Cuatro años antes había sufrido de gonorrea, enfermedad que Freud establece como causa de un estado de “quebranto patológico”, que perdura hasta el comienzo del tratamiento psicoanalítico. Antes de este, concurrió a diversos sanatorios alemanes, siendo diagnosticado como “maníaco-depresivo” por nada menos que E. Kraepelin. Según Freud, este diagnóstico no era correcto, ya que no se observaba ninguna alternancia entre esos estados, sino más bien una “incapacidad para sobrellevar una existencia autónoma”, marcada por restos sintomáticos producto de una neurosis obsesiva acaecida en la infancia que no se curó. La escritura del historial tratará de profundizar en la neurosis infantil, prestando menos atención al padecimiento actual del paciente.

Freud caracteriza al paciente como fijado a la condición de enfermo, que le permite permanecer sin realizar ninguna tarea por sí mismo, sujeto a una dependencia total. Le da fundamental importancia al conjunto de enfermedades de los padres del joven: el padre era presa de estados de “desazón”, que Freud no duda en incluir como parte de una afección maníaco-depresiva. La madre, por otro lado, sufría de ataques abdominales que la obligaban a acudir al médico, conservando el paciente una fuerte impresión de lo dicho en aquellas visitas. En medio de esas coordenadas familiares, el pequeño ruso inauguró una neurosis infantil que constaba de varias etapas: una etapa de comportamiento díscolo y perversidad, seguida de la neurosis propiamente dicha, compuesta por una zoofobia (miedo a los lobos, vinculado a un sueño de angustia) y una neurosis obsesiva. En esta última manifestó rituales y pensamientos obsesivos. La investigación sexual y el encuentro con la castración forman para Freud el esquema causal determinante en esta afección, discurrendo gran parte del historial en la discusión acerca de las formas activas y pasivas del ejercicio sexual, así como en las fantasías del pequeño, rescatadas a posteriori en el tratamiento del adulto.

A lo largo del historial podemos ubicar diferentes hitos relacionados con la “fijación a la enfermedad” de la cual Freud habla y que podría asemejarse a la presentación de lo que comúnmente se llama “hipocondríaco”. En primer lugar, encontramos que tras un ritual obsesivo vinculado a personas con alguna discapacidad física el paciente recuerda haber visitado a su padre en un sanatorio, donde estaba rodeado de aquellos. Freud aquí vincula la enfermedad con la castración del padre, pero podemos ya señalar la temprana sensibilidad del paciente por aquello que atenta a la integridad corporal, a la imagen completa del cuerpo: los discapacitados.

Otro importante fenómeno corporal que Freud destaca es el conjunto de síntomas vinculados a la actividad excretoria, también jerarquizados en el caso Schreber.⁷⁷ El paciente se hacía aplicar por un sirviente frecuentes “lavativas” con el fin de evacuar, ya que de otro modo no lograba hacerlo. Sentía que un velo lo separaba del mundo, y estos estados sólo terminaban tras la defecación, cuando el velo finalmente se desgarraba. Subrayamos la relación de ajenidad con respecto a sus propios órganos -especialmente con el ano, tan vinculado al control yoico-, que contrasta con la relación de ajenidad con respecto a la realidad: se le presenta como artificial, desvaída, desvitalizada.

Según Freud, estos fenómenos eran una porción de histeria en el cuadro más general, que había sobrevivido casi intacta desde la neurosis infantil. Para argumentar esto, la vincula con la angustia del paciente de contraer disentería, angustia que surge tras una advertencia de la madre en su niñez. El pequeño entonces temía encontrar sangre en sus heces (signo de dicha enfermedad) y profesaba una “intensa angustia de muerte”. Para Freud se trataría de una identificación con la madre, en particular relación con las hemorragias periódicas de ésta. Es así que, perdurando hasta su adultez, esta identificación con la madre serviría a la homosexualidad reprimida, que según Freud constituye la explicación de estos fenómenos que él califica de conversivos.⁷⁸ Ahora bien, llama la atención la persistencia de estos síntomas que no parecen responder a la implementación del dispositivo, es decir, no se reducen por la vía de la asociación libre y la interpretación. Recordemos que para Freud esa era una de las características de los síntomas de las neurosis actuales en su diferencia con las psiconeurosis: “[...] no se pueden descomponer analíticamente [...] no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas” (Freud, 1912: 258).

⁷⁷ Cf. capítulo 3.

⁷⁸ Nótese que la homosexualidad no tiene en sí misma valor diagnóstico. Cf. capítulo 3.

Aquí se vuelve fundamental para Freud su intelección sobre la posición ante la castración: si lo que prima es una actitud pasiva hacia el padre, donde él ocupaba en su fantasía el lugar de la madre (de allí la identificación a la hemorragia y los síntomas corporales), estas manifestaciones sólo podrían haber continuado tras una desestimación de la castración. Es a posteriori, que dará pruebas de haberla reconocido. Para sostener esta desestimación de la castración, Freud señalará un curioso episodio alucinatorio: el paciente vio en su infancia, jugando en un parque, su dedo amputado pendiendo de un pequeño hilo de carne. Para Freud, esta experiencia alucinatoria prueba el pasaje entre un estado y otro: entre la desestimación de la castración y su asunción.⁷⁹ La discusión acerca de este posible movimiento libidinal continúa aún hoy.

La ocasión de la enfermedad actual queda resumida como una afrenta narcisística sobrevenida tras la contracción de gonorrea, con la adición de la propia consideración del paciente: la gonorrea como grave enfermedad. De esa consideración Freud extrae la angustia de castración que dio pie a la frustración del narcisismo y al desarrollo de la neurosis. Subrayamos entonces que esa afrenta narcisista tiene valor de ocasionamiento de la crisis que conduce a la consulta con Freud. Ya señalamos cómo esta sensibilidad a todo aquello que menoscaba la integridad corporal atraviesa todo el material e incluso es el motivo principal de las sucesivas crisis que atraviesa el paciente. Veremos a continuación cómo en una coordenada similar, la visita a Freud enfermo, se desencadena la crisis que ocasiona el episodio paranoico-hipocondríaco.

Este material lo encontramos en el historial redactado por la discípula de Freud, Ruth Mack Brunswick, que analizó al hombre de los lobos durante cinco meses entre 1926 y 1927. El paciente, luego de su análisis con Freud, continuó viéndolo con regularidad, pero se decidió a solicitarle un nuevo análisis a fines del año 1926. Es allí cuando Freud lo deriva a su discípula, por encontrarse ya gravemente enfermo. Esta nueva “afrenta narcisista” – la caída de aquel que lo había encaramado como “hijo predilecto”- parece ser el motivo de la crisis que a continuación detallamos.

Ruth Mack Brunswick describe el cuadro inicial directamente como una idea fija hipocondríaca: el hombre de los lobos se lamenta de ser víctima de un daño en la nariz, efecto de un tratamiento mal aplicado. El daño consistía alternativamente en una cicatriz, en un agujero o en una pequeña fosa. Si bien la nariz había sido siempre un tema de preocupación para el paciente ruso, llegando a tratársela incluso en el tiempo de su análisis con Freud, a partir de 1924 cobró una importancia extraordinaria, situando en ese momento el comienzo de sus pensamientos. Al mismo tiempo, acompañaba a estos pensamientos una actividad de examen de su nariz, en busca de puntos negros y obstrucciones. Finalmente encuentra un grano, y comienza un complejo recorrido por diferentes doctores para tratar su afección y recolectar diversas opiniones al respecto.

A fines del año 1925, producto de un diagnóstico de glándula sebácea infectada, el paciente se ve tomado por una “desesperación extrema”, “el mundo se le vino abajo, la estructura de su vida se desmoronaba, mutilado, ya no podía seguir viviendo”. Otro médico logra extirparle la glándula, y el paciente recobra su alegría. Sin embargo, seguirá percibiendo anormalidades en su nariz, consultando a médicos, y conminándolos a someterlo a tratamientos, contradiciendo opiniones y discutiendo enérgicamente con los mismos. Es aquí cuando consigue el pequeño espejo que llevará a todas partes y con el cual lo recibe Ruth Mack Brunswick.

Aquí la analista toma dos criterios para considerar lo patológico de esta idea, por un lado, el suyo propio, arguyendo que la nariz no tenía nada de anormal, y por otro el del paciente mismo, que consideraba su reacción como desmedida. Se encontraba desesperado, al punto de considerarse incapaz de seguir viviendo con ese daño que consideraba como una irreparable mutilación. El “velo” que cubría su vida se había extendido, y ya no podía realizar ninguna tarea, puesto que no cesaba de mirarse la nariz en un pequeño espejo de mano, empolvándosela y buscando rastros del agujero.

Mack Brunswick aclara desde un principio que no hay ningún material nuevo como resultado de la cura, y que toda esta proliferación patológica consiste en un residuo no resuelto de transferencia, jerarquizando de esta manera lo que está en el ocasionamiento de la crisis: encontrar a Freud enfermo. En el comienzo del tratamiento, el paciente presentaba una marcada negativa a tratar tanto su cuestión con la nariz, como otros pensamientos hipocondríacos. Al mismo tiempo, la analista no puede menos que destacar un profundo cambio de carácter en el paciente: el sumiso y moral paciente de Freud nada tenía que ver con el individuo nervioso, inescrupuloso y dominado que ahora tenía frente a sí, destacándose además por su megalomanía (creía ser el mejor paciente de Freud, el del análisis más prolongado, etc.) La explicación de la autora se sostiene en la transferencia del paciente con Freud, que corrobora a su vez la explicación de éste acerca de la corriente pulsional pasiva frente al padre. Desde

⁷⁹ Un desarrollo más detallado de este problema puede encontrarse en el capítulo 5.

esta clave leerá las sucesivas querellas contra los médicos, explicadas como querellas paranoides hacia Freud.

La autora, además, divide las enfermedades del paciente en reales e imaginarias (vemos que en esto la discípula no sigue al maestro, quien le daba valor real a la hipocondría). Entre las primeras cuenta a la gonorrea y el catarro nasal, ambas con consecuencias desmedidas y graves daños a su narcisismo. En las imaginarias ubicará nuevamente al agujero en la nariz. Agregará además un dato surgido en el curso de la cura y que revela una continuación paranoica del inicio hipocondríaco: el dermatólogo que le aplicó el primer tratamiento lo habría desfigurado intencionalmente. La angustia hipocondríaca se ligaba así a un contenido persecutorio. Al mismo tiempo, esto se extendía a Freud, que lo había tratado mal, dejándolo insano mentalmente, y luego a toda la profesión médica: desde siempre había sido objeto de abusos y malos tratos por parte de los médicos.

Ahora bien, ¿Qué estatuto le otorga Mack Brunswick a las ideas hipocondríacas, al delirio persecutorio y la megalomanía o cambio de carácter? A nivel diagnóstico la considera una paranoia de tipo hipocondríaco. Allí aduce que se trata de una hipocondría psicótica. Mientras que en la neurosis puede haber una preocupación por la salud general como síntoma princeps, aquí se trata de una "preocupación exclusiva por un órgano (o un conjunto de órganos) al que se cree dañado o enfermo". Lo vincula a los dolores de cabeza de las etapas primeras de la esquizofrenia, y advierte que al no tratarse de una enfermedad real, no puede menos que considerarlo un verdadero delirio. Este delirio hipocondríaco no es para la autora un elemento primario, sino que tiene la función de servir de pantalla a las ideas persecutorias que se encuentran "detrás." Afirma que la hipocondría se veía siempre acompañada de una idea acerca del daño producido por los médicos. De esta manera, explica la paranoia por proyección y también por desconfianza.⁸⁰ Concluye en que se trata, por todos estos datos, de una afección no-neurótica.

El elemento principal del argumento de conversión sostenido por Freud con respecto a las preocupaciones del paciente, es decir, la identificación con la madre, se vuelve para Mack Brunswick también objeto de discusión. Según ella mientras que la identificación histérica consistía en asumir un rol por momentos, la nueva identificación, psicótica, implicaba "que el rol había invadido la personalidad, y que el paciente se adaptaba enteramente a él". Ya no se trata de un trozo de histeria, sino de una regresión total al narcisismo, y un cambio de carácter que es su consecuencia.

Ahora bien, creemos que al ubicar a la hipocondría como "enfermedad imaginaria" se pierde el estatuto de la hipocondría como presentación de la angustia, es decir ligada a lo real y no a lo imaginario. Desde este punto de vista y recuperando este operador conceptual de la angustia hipocondríaca como expresión de un desasimiento libidinal entendemos que el ocasionamiento de la crisis hipocondríaca está en estrecha relación con la caída del lugar de hijo predilecto, lugar que queda amenazado ante la enfermedad de Freud y cuyo nexa no se ha subrayado suficientemente. La reacción frente a esta pérdida, a esta afrenta narcisista, conlleva las marcas de un desasimiento patente en el fenómeno del velo y el acrecentamiento de la angustia hipocondríaca en el fenómeno del agujero en la nariz. En esta lógica, el componente paranoico que liga el agujero a un daño perpetrado por otro, sería ya un intento de restitución que además se extiende a todos los médicos, incluyendo a Freud. Creemos que, sin caer en forzamientos del caso, la jerarquización de estos elementos nos conduciría a pronunciarnos por un diagnóstico de neurosis narcisista o sea de psicosis, al que convergen tanto el tipo de ocasionamiento (afrenta narcisista), las manifestaciones del proceso patológico (angustia hipocondríaca, megalomanía) y los intentos de restitución (delirio de persecución).

De esta manera nos aventuramos a decir que la angustia hipocondríaca no tendría únicamente un valor diagnóstico sino que permitiría leer los movimientos de la cura en transferencia.

Conclusiones

Sin intentar transmitir conceptos acabados y dados de antemano, entendemos que al momento actual las discusiones continúan, instalándose la idea de que el término "hipocondría" designa un universo complejo y heteróclito. Al interior del psicoanálisis, Lacan mismo admite su vaguedad aunque sin profundizar la ubica sin dudas del lado de la psicosis. Esto nos exigió aún más volver al texto freudiano para ubicar su estatuto.

Hemos iniciado el presente capítulo proponiéndonos despojar el término hipocondría de las acepciones más usuales. Propuesta que inicialmente formulamos debido a la importancia de precisar el uso

⁸⁰ Cf. con los desarrollos sobre la paranoia en el capítulo 2.

de este término, y en particular nos detuvimos en el estatuto que Freud le ha otorgado a lo largo de su obra. Si bien, encontramos al principio cierta vacilación en Freud respecto al mismo, es como siempre el privilegio que otorga a la clínica y el rigor en sus preguntas lo que le sirve de brújula para esgrimirlo. De esta forma, será el decir de los pacientes lo que lo llevará a una clínica diferencial, ubicando la hipocondría como angustia en las psicosis de semejante estatuto que la angustia neurótica. Ahora bien, más que referirla a una señal de un real parecería implicar la emergencia del mismo, exigiendo, de esta manera, al sujeto ciertas elaboraciones que intentan funcionar como solución, en tanto la sensación localizada viene a fijar algo del goce en el cuerpo.

En un contexto marcado por el encuentro con el texto schreberiano y la teoría libidinal, la hipocondría señala entonces una experiencia en el cuerpo articulada a una certeza inmovible como el caso de Schreber y el hombre de los lobos muestran. En ambos pacientes la angustia hipocondríaca se sostuvo más allá de otras soluciones halladas y es más, recrudecía cuando alguna de estas soluciones desfallecían o por avatares transferenciales en la cura. De allí que sostenemos como hipótesis que la angustia hipocondríaca no tendría únicamente un valor diagnóstico sino que permitiría leer los movimientos de la cura en transferencia. Considerando que la escena de la consulta analítica actual incorpora pacientes aquejados por el cuerpo debemos revisar el fenómeno hipocondríaco diferenciándolo del estatuto que posee el síntoma en el sentido de una formación del inconsciente interpretable.

Bibliografía

- Baumeyer, F. (1956). El Caso Schreber. En *Los Casos de Sigmund Freud*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1993.
- Déffieux, J-P. (1998). La conversion d'un siècle à l'autre. En *La Cause freudienne N° 38*. Paris: Editorial Navarin.
- Freud, S. (1893). Manuscrito B. La etiología de las neurosis. En *Obras completas*. Tomo I. Buenos Aires. Amorrortu, 1991.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1895a). Manuscrito H. Paranoia. En *Obras completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1991.
- Freud, S. (1895b). Obsesiones y fobias. En *Obras completas*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1895c). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". En *Obras completas*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1896a). Manuscrito K. Las neuropsicosis de defensa. Un cuento de navidad. En *Obras completas*. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1896b). Nuevas puntualizaciones sobre las psiconeurosis de defensa. En *Obras completas*. Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En *Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- Freud, S. (1912). Contribuciones para un debate sobre el onanismo. En *Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- Freud, S. (1917). Conferencia 24. El estado neurótico común. En *Obras completas*. Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu, 1990.
- Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Miller, J-A. y otros (1998). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004.
- Schreber, D. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. España: Sexto Piso, 2008.

CAPÍTULO 7

Oscilaciones de la melancolía

Luis Volta, Sergio Zanassi,

Anahí Erbetta y Nicolás Campodónico

La melancolía, cuya definición conceptual es fluctuante aun en la psiquiatría descriptiva, se presenta en múltiples formas clínicas cuya síntesis en una unidad no parece certificada.

SIGMUND FREUD. DUELO Y MELANCOLÍA.

Introducción

El lugar ocupado por la melancolía en la elaboración de la clínica freudiana de la psicosis es muy particular. Su oscilante posición nosológica está condicionada por una serie de problemas específicos de este polo de las formas clínicas de las psicosis. Sin embargo, la convergencia de aquellos permite su demarcación y separación respecto de los campos propiamente parafrénicos y paranoicos.

Por este motivo, hemos decidido comenzar el presente capítulo extractando la clínica y metapsicología de la melancolía tal como la conceptualizara Freud a lo largo de su obra.⁸¹ Asimismo, nos ha resultado de especial interés recorrer sus apreciaciones sobre la manía, en cuanto Freud la considera como uno de los posibles destinos del estado melancólico. Si bien nos detenemos en el análisis de esta modalidad de presentación "cíclica" de la psicosis, reconocemos con Freud que la melancolía se presenta en diversas formas clínicas cuya unidad no es evidente (Freud, 1917).

De allí que nos veamos precisados a establecer tres ejes para organizar nuestra discusión: la variabilidad de las formas clínicas de la melancolía, la opacidad de su etiología, y las consecuentes indicaciones y contraindicaciones al tratamiento analítico. Esta organización se propone el objetivo de alcanzar dos fines: en primer lugar, intentaremos aislar aquellos puntos oscuros o irresueltos en el curso de la interrogación freudiana, a fin de situar los obstáculos propios de una clínica que pone en jaque el tratamiento posible de la psicosis. En segundo término, cernir la novedad introducida por Freud en el abordaje de este campo en sus distinciones con los planteos de la psiquiatría clásica. La vigencia de dicho planteo nos permite cuestionar las derivas actuales de las llamadas "perturbaciones del humor", signadas por la clínica del medicamento (antidepresivos, estabilizadores del ánimo) y el abandono de toda aprehensión epistemológica estructural en pos de la promoción del llamado espectro bipolar (Cf. Akiskal, 2006).

⁸¹ Este capítulo retoma algunas de las elaboraciones llevadas adelante en el Proyecto Promocional de Investigación en Psicología: Clínica y estructura de las variedades y variaciones del humor en las psicosis; (Dir. Luis Volta. 2013-2015), acreditado por el Instituto de Investigaciones en Psicología, Facultad de Psicología de la UNLP. Se agradece la gentil colaboración de Javier Pérez y Federico Maiola en la discusión de los problemas aquí tratados y que pueden consultarse en "Tesis freudianas sobre la solidaridad clínica entre manía y melancolía", Actas del V° Congreso Internacional de Investigación, Facultad de Psicología UNLP. Noviembre. 2015

Variabilidad de las formas clínicas y opacidad de la etiología

Las elaboraciones freudianas sobre la melancolía, aunque son muy originales, están construidas en total continuidad y congruencia con las finas descripciones y definiciones precisas de la tradición psiquiátrica que precedió su obra.⁸²

Freud comparte en principio la idea de una asociación estrecha entre melancolía y manía vigentes en su época (Baillarger, Falret, Kraepelin y Séglas), y reconoce las diferentes formas clínicas descritas por esos psiquiatras, ya sea las formas con sucesión de estados, o las formas puras, aquellas que más tarde serían denominadas “unipolares”. Muy tempranamente, y siguiendo a Charcot en la distinción entre los “tipos” (casos completos y extremos) y las “*formes frustrées*” (desgastadas), nos dice en el “Manuscrito G”: “Tipo y extremo de la melancolía parece ser la forma periódica o cíclica hereditaria” (Freud, 1895: 240). Sin embargo, en su trabajo “Duelo y Melancolía” parece profesar un interés más marcado por conceptualizar la melancolía que se presenta en términos de auto-reproches y delirio de insignificancia: de manera sucinta, su “forma delirante” -quizás el fundamento clínico más importante para sus argumentaciones conceptuales-, en desmedro de las formas simples, o incluso del singular destino maniaco que eventualmente pueda presentar.

La peculiaridad más notable de la melancolía es su tendencia a volverse del revés en la manía, un estado que presenta los síntomas opuestos. Según se sabe, no toda melancolía tiene este destino. Muchos casos transcurren con recidivas periódicas, y en los intervalos no se advierte tonalidad alguna de manía, o se la advierte sólo en muy escasa medida. Otros casos muestran esa alternancia regular de fases melancólicas y maníacas que ha llevado a diferenciar la insania cíclica (Freud, 1917: 250-251).

En el mismo sentido, en “Psicología de las masas y análisis del yo”, nos recuerda que “el vuelco a la manía no es un rasgo necesario en el cuadro patológico de la depresión melancólica. Existen melancolías simples (algunas que sobrevienen una sola vez y otras que se repiten periódicamente) que nunca tienen aquel otro destino” (Freud, 1921: 125). Como veremos, esta fluctuante definición clínica estará estrechamente vinculada con las discusiones sobre la etiología y las posibilidades terapéuticas.

Frente al clásico debate psiquiátrico respecto del carácter endógeno o psicógeno de las afecciones mentales, Freud mantiene en relación a la melancolía una posición paradójica. Por momentos parece inscribirse en la pura tradición kraepeliniana sobre el carácter endógeno de la misma, y no le asigna a éste ninguna referencia alusiva a la constitución “sexual”, fundamento clave y siempre defendido por él en la etiología de las psiconeurosis. Habla entonces de formas “hereditarias” o de formas que “sugieren afecciones más somáticas que psicógenas” (Freud, 1917: 241). Por lo demás, es un hecho constatable el que la melancolía no ocupa un lugar privilegiado en su primera nosografía de las neuropsicosis establecida en función de la articulación entre la etiología sexual y la defensa.⁸³

Sin embargo, en ocasiones introduce la dimensión de la sexualidad en el fundamento del cuadro. Así, en el “Manuscrito G” distinguirá tres posibilidades: el caso en que la producción de excitación sexual somática disminuye o cesa (la melancolía grave común genuina de retorno periódico), el caso en que alternan períodos de acrecentamiento y suspensión de la producción de la excitación sexual (melancolía cíclica), y el caso en que la tensión sexual no se detiene pero es desviada de lo psíquico, originando una descarga angustiada característica de una forma de melancolía ansiosa (forma mixta de neurosis de angustia y melancolía).

Finalmente, debemos señalar que Freud también defiende la existencia de “un pequeño número de casos cuya naturaleza psicógena era indubitable” (Freud, 1917: 241). Hacia ellos es que dirigirá fundamentalmente su interés investigativo y el esclarecimiento analítico. De ellos dirá: “estaríamos tentados de no considerar estos casos como psicógenos si no fuera porque el trabajo psicoanalítico ha permitido resolver la génesis de muchos de ellos, así como influirlos en el sentido terapéutico” (Freud, 1917: 251). Posteriormente, en “Psicología de las Masas y análisis del yo” afirma:

En los casos típicos de esta desazón cíclica, los ocasionamientos externos no parecen desempeñar un papel decisivo; y en cuanto a motivos internos, no hallamos en estos enfermos algo más o algo distinto que en las restantes personas. Por eso se adoptó la costumbre de juzgar a estos casos como no psicógenos. Más adelante nos referiremos a

⁸² Destacamos que la novedad freudiana ha sido la de dar un paso más allá del aspecto fenomenológico, al otorgarle una metapsicología a estas formas clínicas, y posibilitar el enlace entre el fenómeno y aquello que lo condiciona.

⁸³ Cf. capítulo 1.

otros casos de desazón cíclica, enteramente similares, pero que se reconducen con facilidad a traumas psíquicos (Freud, 1921: 124-125).

La vacilación freudiana responde a la dificultad de establecer las coordenadas de ocasionamiento de la enfermedad en todas sus manifestaciones. Sin embargo, para algunas presentaciones discierne el papel causal de una coyuntura “típica”. En este sentido, el aparente carácter espontáneo o inmotivado de los accesos puede esclarecerse analíticamente en función de ciertas discontinuidades:

Por otra parte, hay melancolías en que el ocasionamiento desempeña un evidente papel etiológico. Son las que se producen tras la pérdida de un objeto amado, sea por su muerte o a raíz de circunstancias que obligaron a retirar la libido del objeto. Una melancolía psicógena de esta clase puede desembocar en manía, y este ciclo repetirse varias veces, tal como en una melancolía en apariencia espontánea. Así, las condiciones nos resultan bastante opacas, tanto más cuanto que hasta hoy sólo pocas formas y pocos casos de melancolía se han sometido a la indagación psicoanalítica (Freud, 1921: 125).

Consideramos crucial la interrogación freudiana respecto del carácter “psicógeno” de la melancolía, en la medida en que inaugura una perspectiva ética inédita. Como veremos más adelante, en estos casos, la reacción frente a la pérdida de objeto habilita a concebir la participación de una toma de posición del sujeto frente al carácter problemático que una coyuntura vital le plantea a la satisfacción pulsional. Del mismo modo, la “solución” maníaca deberá ser interrogada. Cuando en “El malestar en la cultura” compara al influjo químico de la intoxicación como respuesta posible al malestar, no se priva de compararla con la manía y de arriesgar que “también dentro de nuestro quimismo propio deben existir sustancias que provoquen parecidos efectos, pues conocemos al menos un estado patológico, el de la manía, en que se produce esa conducta como de alguien embriagado sin que se haya introducido el tóxico embriagador” (Freud, 1930: 78).

¿Qué estatuto darle a este “quimismo maníaco”? ¿Debe leerse como lo hace la psiquiatría contemporánea en términos de una teoría neuro-bio-química que reviste con nuevos instrumentos la antigua teoría humoral? ¿O debe más bien leerse, a la manera del mentado “quimismo de la sexualidad”, como la esperanza positivista freudiana de encontrar las sustancias que le quiten el carácter mítico a su doctrina pulsional? En este último caso, la manía podrá concebirse como un destino posible, una respuesta, una toma de posición subjetiva frente a la pulsión.

Pasaremos ahora a desarrollar los distintos aspectos que involucra Freud en el establecimiento de una clínica y metapsicología de la melancolía y de la manía.

Clínica y metapsicología de la melancolía

En el “Manuscrito G” de 1895, la mejor descripción para la situación melancólica le parece ser la que privilegia la inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello. Para dar una explicación parte de la siguiente idea: “La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de libido” (Freud, 1895: 240).

Aún atravesado por la terminología neurológica de sus primerísimos trabajos, Freud recurre a un esquema sexual con el fin de elucidar esta enigmática fórmula. Parte de la consideración del funcionamiento normal del circuito: cuando la tensión física sexual alcanza cierto umbral y toma parte psíquicamente, es decir, toma contacto con ciertos contenidos ideativos, se pone en marcha la acción específica que permite la descarga para la satisfacción. Sin embargo, este montaje puede sufrir desarreglos. En determinadas condiciones es posible que el “grupo sexual psíquico” sea despojado de su magnitud de excitación, ya sea porque disminuya o cese la producción de excitación somática, o porque la tensión sexual es desviada del grupo sexual psíquico: “Si el grupo psíquico pierde muy intensamente magnitud de excitación, se forma un recogimiento dentro de lo psíquico, que tiene efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación. Las neuronas asociadas tienen que librar su excitación, lo cual produce dolor” (Freud, 1895: 244-245).

Subyace entonces la idea de que la soltura de asociaciones es de condición doliente. Freud acude a la imagen de una “hemorragia interna” que nace de un empobrecimiento de la excitación o acopio disponible. Aclara que dicha inhibición tiene el mismo efecto de una herida y sitúa desde la perspectiva inversa -la de una excitación sobreabundante- a la manía.

En la melancolía se trata pues de un “agujero” que se traduce en términos de pérdida de excitación y de posibilidad de asociaciones. Resulta muy instructivo el hecho de que tan tempranamente y estan-

do tan preocupado por aquella enigmática juntura entre lo biológico y lo psíquico, Freud se vea llevado a precisar la existencia de algo (que nombra como “agujero” y por fuera de toda posibilidad de enlace con el registro de la representación) y que está en la base de lo que caracteriza a la melancolía.

Por otro lado, esta explicación freudiana inicial de la melancolía como duelo por la pérdida de libido, encuentra un reordenamiento particular de sus términos en 1917. En “Duelo y melancolía” Freud se separa de su metodología de trabajo habitual, aquella que busca la consideración de lo normal a partir de lo patológico. Tampoco los síntomas de la afección serán explicados como habitualmente lo hace en función del proceso de la represión. Por el contrario, va a intentar esclarecer la metapsicología de la melancolía colocando en primer plano las relaciones con el objeto de amor y en función de un afecto normal, el duelo. Este será el punto de partida para la caracterización descriptiva de la misma.

En dicho nivel encuentra que duelo y melancolía comparten ciertos elementos: la desazón profundamente dolida, la cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar y la inhibición de toda productividad. Sin embargo, un fenómeno especial nos orienta hacia lo diferencial: “una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo” (Freud, 1917: 242). Pueden distinguirse así dos grandes grupos de fenómenos. Por un lado, los que podríamos llamar fenómenos de mortificación (Soler, 1991). Por el otro, el delirio de indignidad. Freud resaltaré la descripción que el enfermo hace sobre su yo en tanto indigno y moralmente despreciable, así como la orientación de los reproches y denigraciones hacia la espera de repulsión y castigo. Se destaca en este “delirio de insignificancia” una suerte de complacencia con el develamiento de una falta que lo concierne íntimamente. De este modo, junto con el insomnio y la repulsa al alimento, pone en riesgo el lazo que lo mantiene unido a la vida. En contraposición al duelo, no se trata aquí de que el mundo se haya vuelto “pobre y vacío”. Esto le sucede al yo mismo, y a tal punto que podrá obtener una certeza sobre su ser. El melancólico “es” la heidiondez del mundo.

De allí que el modelo conceptual del duelo normal resulte insuficiente a Freud para dar cuenta de lo esencial del cuadro. A pesar de descubrir ciertas instancias comunes en ambos casos señalará entre ellos diferencias muy significativas debiendo recurrir a conceptos: la “identificación narcisista”, “elección narcisista de objeto”, y el “conflicto de ambivalencia”. También a nivel de la pérdida en juego Freud señalará diferencias. La melancolía surge -al igual que el duelo- como reacción del sujeto frente a una pérdida. No se trata ya como en 1895 de una pérdida de libido, sino de una pérdida de objeto que en ocasiones revela una naturaleza más ideal. Se retomará más adelante esta apreciación, en el apartado sobre la etiología.

Dicha pérdida funciona como un verdadero punto de discontinuidad, se sustrae en cierto modo de la conciencia, en la medida en que si bien el enfermo sabe a quién perdió, no tiene noticia de lo que ha perdido en él. Esta instancia de pérdida introduce al sujeto a algo que va mucho más allá del sentimiento de pérdida: lo introduce en fenómenos de mortificación⁸⁴. Comienza así un trabajo interior que no se confunde con el del duelo. La reconstrucción freudiana de este proceso iniciado por esta pérdida (“afrenta real o un desengaño”) señala a continuación una alteración del resultado normal. No se produce el quite de la libido del objeto y su desplazamiento a uno nuevo sino que en respuesta sobreviene un verdadero “sacudimiento de ese vínculo de objeto (...) la investidura de objeto resultó poco resistente, fue cancelada” (Freud, 1917: 246).

Prestando tenaz atención a las querellas que el paciente se dirige, Freud advierte la poca adecuación de las mismas con la persona en cuestión y un ajuste casi perfecto entre éstas y el objeto a quien el enfermo ama, ha amado o amaría. De este modo despeja la incógnita de la ecuación introduciendo la “elección narcisista de objeto” previa a la pérdida, y la utilización específica de la libido liberada en términos de “identificación narcisista”. Habiéndose retirado sobre el yo, la libido sirve al establecimiento de una identificación de dicha instancia con el objeto perdido. “La sombra del objeto”, lo más oscuro de este, “cae sobre el yo” (Freud, 1917: 246). Esto constituye lo esencial de la metapsicología de la melancolía en lo relativo a la génesis de los autorreproches, ya que en lo sucesivo el yo pasa a ser juzgado por una instancia particular erigida a partir de esta identificación.

Para precisar esta identificación narcisista Freud la diferencia de la histérica. Mientras que en la primera se resigna la investidura de objeto, en la segunda ésta persiste y exterioriza otros efectos. Tempranamente en su obra (“Manuscrito N”) Freud había diferenciado la identificación histérica de la identificación melancólica. En la melancolía el sujeto se acusa de la muerte de sus padres, se hace

⁸⁴ Incluimos allí la indiferencia, la abulia e inercia estuporosa que no originan queja ni demanda; conductas de desapego de los objetos y repliegue sobre la persona; “dolor moral” que afecta la homeostasis vital y que conduce al sujeto a diversas formas de petrificación.

reproches; mientras que la histérica se castiga padeciendo los mismos estados de enfermedad que ellos han tenido, con la idea de una retribución. Es decir, lo realiza vía el síntoma, una formación en la que se verifica la aptitud a elaborar una formación de compromiso y a establecer transferencias.

Clínica y metapsicología de la manía

Freud no se ha ocupado de la manía independientemente de la melancolía. De un modo relativamente similar a como lo habían hecho los psiquiatras clásicos, la caracterizará clínicamente atendiendo al hecho de que “no sólo es lícito, sino hasta obligatorio, extender un esclarecimiento analítico de la melancolía también a la manía” (Freud, 1917: 251). Su descripción fenoménica, es desprendida de la primera, en la medida en que se trata de “un estado que presenta los síntomas opuestos” (Freud, 1917: 250).

Podemos decir entonces que allí donde la melancolía muestra una desazón profundamente dolida, la manía presenta un “empinado talante” (Freud, 1917: 250) con signos de alegría desbordante y un júbilo triunfal ilimitado. Allí donde la melancolía se caracteriza por una cancelación del interés por el mundo exterior, la manía se distingue por una apertura máxima a todas las grandes y pequeñas potencialidades del mundo. Allí donde la melancolía se traducía por una pérdida de la capacidad de amar, la manía muestra una expansividad afectiva que parece hacer caer las barreras entre los individuos, con “marcas de una descarga de afecto jubiloso” (Freud, 1917: 250). Freud no duda en calificar de “voraz” al maníaco cuando parte en busca de nuevas investiduras de objeto. Allí donde la melancolía se destaca por una inhibición de toda productividad, encontramos en la manía a un sujeto “hiperactivo” que dispone de “una mayor presteza para emprender toda clase de acciones” (Freud, 1917: 250).

Finalmente, y en contrapunto con la importante rebaja en el sentimiento de sí, la manía se destaca por una elevación titánica del sentimiento de sí que llega hasta el “autoarrobamiento que ninguna auto-crítica perturba” (Freud, 1921: 125). Para Freud, el maníaco “puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches” (Freud, 1921: 125). Este último rasgo, será el privilegiado por Freud en sus intentos explicativos, aunque, como veremos, sin poder llegar a encontrar los fundamentos últimos del vuelco a la manía.

Los pasajes que Freud consagró a la explicación de la manía en sus trabajos son poco numerosos. Esta situación ha conducido a algunos a afirmar que el estatuto psicoanalítico de la misma debe aun ser establecido (Assoun, 2010). Tal como lo habíamos señalado, en el “Manuscrito G” menciona como al pasar a la manía en oposición a la melancolía, es decir, no tanto por la pérdida de libido sino por su exceso, la excitación sobreabundante. No llega en ese momento a pronunciarse acerca del origen de la misma, por lo que no nos detendremos en este punto.

Posteriormente, en “Duelo y Melancolía”, Freud ensaya una primera respuesta, en pos de elucidar el mecanismo en juego, tal como lo hizo con la melancolía. Su intento de explicación estará sostenido en dos puntos de apoyo. En primer lugar la “impresión psicoanalítica” de que “la manía no tiene un contenido diverso de la melancolía, y ambas afecciones pugnan con el mismo 'complejo', al que el yo probablemente sucumbe en la melancolía, mientras que en la manía lo ha dominado o lo ha hecho a un lado” (Freud, 1914: 251). Su segundo punto de apoyo es la experiencia según la cual en todos los estados de alegría, júbilo o triunfo, que constituyen el paradigma normal de la manía, puede reconocerse idéntica conjunción de ciertas condiciones económicas. “En ellos entra en juego un influjo externo por el cual un gasto psíquico grande, mantenido por largo tiempo o realizado a modo de un hábito, se vuelve por fin superfluo, de suerte que queda disponible para múltiples aplicaciones y posibilidades de descarga” (Freud, 1917: 251).

Es entonces que se atreve a afirmar que la manía no es otra cosa que un “triunfo”, pero uno de una naturaleza tal que en ella otra vez queda oculto para el yo eso que él ha vencido y sobre lo cual triunfa. El resultado es que:

[...] en la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizás al objeto mismo), y entonces queda disponible todo el monto de contra-investidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado. Cuando parte, voraz, a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto, el maníaco nos demuestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar (Freud, 1917: 252).

A pesar de lo verosímil que le parece tal esclarecimiento, Freud lo encuentra todavía muy poco definido. En efecto, no queda despejada la naturaleza de aquello sobre lo que se ha vencido. Desde el punto de vista económico, aquella acumulación de investidura que se libera al término del trabajo melancólico y posibilita la manía le parece que debe estar en trabazón estrecha con la regresión de la libido al narcisismo.

Será recién en “Psicología de las Masas y análisis del yo” (1921), mientras afina conceptualmente las relaciones entre el Yo y el Ideal del Yo, que Freud prosiga su elucidación de la manía y vuelva a dedicarle algunos párrafos en contrapunto con la melancolía. Si para dar cuenta de esta última Freud se había servido del duelo como afecto normal, para dar cuenta de la afectividad maníaca Freud se va a servir ahora de la “institución de las fiestas”. La alegría de la transgresión pasará a ser así la clave de la manía, como para la melancolía lo era el dolor de la pérdida.

Freud concibe que la división del ideal del yo respecto del yo no se experimenta de manera permanente, y puede tener incluso involuciones temporarias. Retomando y desarrollando algunas ideas ya planteadas en “Tótem y Tabú” (1913) indica que así como las fiestas cobran carácter placentero al permitir excesos habitualmente prohibidos; la suma de todas las restricciones del ideal no podría sino originar una “fiesta” grandiosa para el yo, que finalmente tendría permitido volver a contentarse consigo mismo. “Siempre se produce una sensación de triunfo cuando en el yo algo coincide con el ideal del yo” (Freud, 1921: 124).

El paso siguiente será aplicar este razonamiento para dar cuenta de las oscilaciones periódicas del talante en las psicosis cíclicas. Freud menciona graduaciones posibles en dichas variaciones, “desde las apenas registrables hasta las extremas, que, como melancolía y manía, se interponen de manera sumamente martirizadora o perturbadora en la vida de las personas afectadas” (Freud, 1921: 124). El fundamento de estas oscilaciones espontáneas resulta desconocido, “nos falta toda intelección del mecanismo por el cual una melancolía es relevada por una manía” (Freud, 1921: 125).

La conjetura según la cual el ideal del yo se disuelve temporariamente en el yo podría ser válida para estos casos. Así, “en el maníaco, yo e ideal del yo se han confundido, de suerte que la persona, en un talante triunfal y de autoarrobamiento que ninguna autocrítica perturba, puede regocijarse por la ausencia de inhibiciones, miramientos y autorreproches” (Freud, 1921: 125). Se trata de un momento de libertad libidinal donde lo que estaba sofrenado, puede darse libre curso. De este modo, la festividad maníaca se deja concebir como la derrota de la instancia de la censura, en provecho de la afirmación narcisista y triunfal de las exigencias pulsionales. No se trata en Freud de un fenómeno primario, sino de un “efecto” producido por la liberación de la libido de las exigencias del ideal.

En contrapartida, y adelantando los desarrollos de “El yo y el ello”, la miseria del melancólico se aprehende como la expresión de una bipartición tajante de ambas instancias del yo, en que el ideal, - aun no ha conceptualizado el superyó - desmedidamente sensible, hace salir a luz de manera despiadada su condena del yo desde la autodenigración hasta el delirio de insignificancia.

Las preguntas de Freud permanecen en torno a la “causa” de estos vínculos alterados entre yo e ideal del yo. ¿Esta ha de buscarse en rebeliones periódicas en contra de la nueva institución, o son otras las circunstancias responsables de ellas? Freud reconoce que:

Hasta ahora sólo comprendemos aquellos casos en que el objeto fue resignado porque se había mostrado indigno del amor. Entonces se lo vuelve a erigir en el interior del yo por identificación, y es severamente amonestado por el ideal del yo. Los reproches y agresiones dirigidos al objeto salen a la luz como autorreproches melancólicos.

También una melancolía de esta clase puede ser seguida por el vuelco a la manía, de suerte que esta posibilidad constituye un rasgo independiente de los restantes caracteres del cuadro patológico.

Empero, no veo ninguna dificultad en hacer intervenir en ambas clases de melancolías, las psicógenas y las espontáneas, el factor de la rebelión periódica del yo contra el ideal del yo. En las espontáneas puede suponerse que el ideal del yo se inclina a desplegar una particular severidad, que después tiene por consecuencia automática su cancelación temporaria. En las psicógenas, el yo sería estimulado a rebelarse por el maltrato que experimenta de parte de su ideal, en el caso de la identificación con un objeto reprobado (Freud, 1921: 125-126).

Hemos elegido citar extensamente el último párrafo ya que nos parece ilustrar la apuesta freudiana por situar el peso del ideal del yo, incluso para las formas periódicas “espontáneas”, o no psicógenas. Así, en 1927 Freud resume la alternancia entre melancolía y manía, como la que existe entre “sofoca-

ción cruel del yo por el superyó y emancipación del yo respecto de esta presión” señalando que la misma impresiona “como una migración de investidura” (p. 161).

Para finalizar este apartado debemos señalar nuestro acuerdo con una observación en la que coinciden algunos comentadores (Cottet, 2007; Soler, 1990). La explicación de la melancolía a la que llega Freud en este momento de su obra no carece de simplicidad ni de coherencia, pero no sincroniza con su “Más allá del principio del placer”. Si bien Freud logró situar la función del superyó para reconceptualizar la melancolía en términos de cultivo puro de la pulsión de muerte, la manía quedó casi al margen del planteo. Sólo señala el riesgo inminente de muerte presente en la melancolía, cuando el yo no consiguió defenderse antes de su tirano mediante el vuelco a la manía. Como vemos, advierte en ella un costado de “solución” que permite mantener el lazo a la vida, aun cuando clínicamente se comprueba el costado mortal de la manía en los episodios de agotamiento y excitación. Éste es un punto sobre el que los post freudianos tampoco lograrán avanzar.

Posibilidades de tratamiento y nosología

Como es de esperar, las opiniones de Freud respecto de las chances que la técnica analítica tiene en este terreno están igualmente sometidas a un movimiento de báscula. Inicialmente Freud incluye a la melancolía en su listado de contraindicaciones al psicoanálisis, junto con los niños, los adultos imbéciles o incultos, y los ancianos: “Nada se consigue con los recursos del psicoanálisis durante una confusión histérica, una manía o melancolía interpoladas” (Freud, 1898: 274). Sin embargo, más adelante su posición varía, al menos le asigna algunas posibilidades a la terapéutica analítica cuando los pacientes son sometidos al procedimiento una vez que se han apaciguado los fenómenos más tormentosos. Ya en 1905 señala:

Recuerdo que una vez ensayé psicoterapia en una mujer que había pasado buena parte de su existencia alternando manía y melancolía; durante dos semanas todo pareció andar bien; a la tercera, ya estábamos al comienzo de la nueva manía. Se trataba, sin duda, de una modificación espontánea del cuadro patológico, pues dos semanas no son un plazo como para que la psicoterapia analítica pueda lograr algo. Empero, un destacado médico (ya fallecido) que examinaba a la enferma junto conmigo no pudo abstenerse de observar que la psicoterapia sería la culpable de esa 'recaída'. Estoy totalmente convencido de que en otras condiciones habría mostrado mejor discernimiento crítico (Freud, 1905: 254-255).

Así, y a diferencia de las reiteradas menciones de Freud con respecto al carácter refractario de las psicosis respecto del procedimiento analítico, encontramos una indicación que permite separar en este aspecto a la melancolía en sus formas periódicas y cíclicas:

Acerca de las formas periódicas y cíclicas de la melancolía, puedo comunicarles algo que ustedes escucharán sin duda con gusto. En efecto, en circunstancias favorables es posible -hice dos veces la experiencia⁸⁵, mediante un tratamiento analítico realizado en los períodos intermedios libres, prevenir el retorno de ese estado, ya sea en el mismo talante o en el contrapuesto. Así se averigua que también en el caso de la melancolía y la manía se trata de una manera particular de tramitar un conflicto cuyas premisas coinciden enteramente con las de las otras neurosis. Pueden imaginar ustedes todo lo que el psicoanálisis tiene aún por averiguar en este campo (Freud, 1916-1917: 389).

Es muy probable que esta nota de Freud referida a la posibilidad de “prevenir” las crisis de la melancolía y la manía se encuentre influenciada por los resultados obtenidos por sus discípulos, sobre todo Abraham, quien se había dedicado especialmente a su tratamiento (Arce-Ross, 2009). En 1912 se publicaron las “Notas sobre la investigación y tratamiento psicoanalíticos de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas”, donde resuena la comunicación de Abraham en el III Congreso internacional de psicoanálisis de 1911. Freud encontró allí especialmente el fundamento oral de la melancolía y de la manía, tal como lo expresa en su carta a Abraham del 14 de junio de 1915. Sin embar-

⁸⁵ Lamentablemente Freud no decidió publicar ningún historial del tratamiento de estos dos pacientes. No creemos que esté aludiendo al Hombre de los Lobos. Recordemos su rechazo del diagnóstico de psicosis maniaco depresiva que Kraepelin había formulado y con el que acude a la consulta (Cf. capítulo 5). Por su parte, Freud nunca modificó su diagnóstico de neurosis obsesiva, “que se extinguió de manera espontánea, pero sanó deficientemente” (Freud, 1918: 10).

go, en su “Autobiografía” de 1925, Freud presenta una perspectiva diferente, reconociendo sin duda los avances realizados por Abraham en la explicación de la melancolía, pero advirtiendo sobre los límites prácticos de tal ganancia de saber:

Los resultados más amplios son, sin duda, los aportados por Abraham (1912) en el esclarecimiento de las melancolías. Es verdad que en el presente, en este terreno, no todo saber se traspone en poder terapéutico; pero aún la mera ganancia teórica no debe ser tenida en menos, y cabe aguardar con confianza su aplicación práctica (Freud, 1925: 57).

Esta relativización del alcance terapéutico debe ser puesta en serie con las novedades metapsicológicas propias del giro de los años '20. Freud concluye, como ya vimos, que en la melancolía el super-yó puede convertirse en una suerte de cultivo puro de la pulsión de muerte.

Casi como sucede en un caleidoscopio, el movimiento que puede describirse en los ejes arriba mencionados, genera reorganizaciones en cuanto a la situación nosológica de la melancolía en la obra de Freud. Así es que en el inicio de sus elaboraciones, no le parece responder a la operatoria de un mecanismo psíquico que permitiera reunirla en la teoría unificada de la defensa contra la representación inconciliable. Más tarde, en 1917, la diferenciación con el trabajo del duelo le permite finalmente ubicarla junto a lo que en ese momento era el campo de las psicosis bajo el apelativo de “neurosis narcisistas”, caracterizadas por la incapacidad de establecer transferencias. La cancelación de las investiduras de objeto parece ser el criterio unificador de las diversas formas clínicas.⁸⁶ Con la formulación de sus escritos metapsicológicos, en especial “Introducción del narcisismo”, Freud plantea una nueva nosología basada en la aptitud para establecer la transferencia necesaria para la cura psicoanalítica. En este marco, indagaremos qué significa la “cancelación” de la investidura de objeto, ya que es su mantenimiento lo que permite sostener la existencia de una neurosis de transferencia.

En este momento de su obra Freud descompone la representación-objeto [*Objektvorstellung*] consciente en representación-palabra [*Wortvorstellung*] y en la representación-cosa [*Sachvorstellung*]. Esta última consiste en la investidura de huellas mnémicas derivadas de la cosa [*das Ding*] (Freud, 1915: 197-198 y 211).⁸⁷ En consecuencia, en la identificación narcisista se ha cancelado la investidura de objeto, pero se logra retenerlo de una manera particular. A partir de esta operación, el objeto ya no dependería de la categoría de las *Sache*, de las representaciones, sino que aparece en el lugar de *das Ding*, de la cosa perdida (Laurent, 1988). Se trataría de una identificación “pura” por fuera del registro de las representaciones, nueva versión de la herida que causa la dolorosa hemorragia, del agujero en lo psíquico que marca en sus resortes estructurales la diferencia con el duelo. Mientras que el duelo depende de un agujero o desestabilización del mundo que se ha vuelto “pobre y vacío”, la melancolía vía la identificación al desecho, relevaría de un agujero en el yo.

En virtud de la identificación narcisista los reproches se verán reforzados por el incremento del sadismo resultante del intento de solución del “conflicto de ambivalencia”; sadismo que revela el enigma de la inclinación al suicidio que vuelve a la melancolía tan peligrosa: “El yo sólo puede darse muerte si en virtud del retroceso de la investidura de objeto, se le es permitido dirigir contra sí mismo esa hostilidad que recae sobre un objeto y subroga la reacción originaria del yo hacia objetos del mundo exterior” (Freud, 1917: 249). Más adelante, precisará que “es la conservación del objeto lo que garantiza la seguridad del yo” (Freud, 1923: 54) característica que diferencia al obsesivo del melancólico, en tanto el primero conserva el lazo al objeto y por lo tanto queda “protegido” del peligro de suicidio. El juzgamiento resultante del conflicto entre el yo crítico y el yo alterado por identificación encontrará en la obra freudiana una teorización más acabada, cuando a partir de “El yo y el ello” introduzca la noción de super-yó.

En el marco del nuevo dualismo pulsional, Freud realiza un nuevo análisis de la melancolía de modo conjunto con sus observaciones sobre la reacción terapéutica negativa. Entendiendo que esta consiste en un factor “moral” que se exterioriza como siendo el mayor obstáculo para la curación, deduce la existencia de un sentimiento inconsciente de “culpa” que encuentra su satisfacción en el castigo del padecer. Satisfacción paradójica que resulta solidaria del concepto de pulsión de muerte. Es de la mano de esta culpa que Freud echará nueva luz sobre la melancolía. Partiendo del sentimiento de culpa normal consciente, resultado de la condena del yo por la distancia existente entre éste y el ideal, se adentrará en el terreno psicopatológico de la melancolía por la vía de la comparación con la histeria y la obsesión.

⁸⁶ Cf. capítulo 1.

⁸⁷ Cf. con el capítulo 2 donde se desarrolla qué ocurre con las representaciones de cosa y las representaciones de palabra en la esquizofrenia.

Tanto en la neurosis obsesiva como en la melancolía el sentimiento de culpa es consciente. El ideal del yo, con particular furia se abate en ambos casos sobre el yo. Sin embargo, existen ciertas características divergentes. En la neurosis obsesiva el hiperexpreso sentimiento de culpa no logra justificarse ante el yo; de modo que éste se revuelve de modo continuo contra los reproches. Análisis mediante, es posible descubrir según Freud aquellos impulsos “reprimidos” que se encuentran en el fundamento de los ataques del superyó. Es que este último, por su posición particular en lo anímico, ha sabido más que el yo sobre lo que acontece en el ello. Por su lado, en la histeria el sentimiento de culpa suele en muchos casos permanecer inconsciente. Originándose en un proceso similar al de la neurosis obsesiva, la culpa generada por la crítica del superyó es sometida a un nuevo acto de represión. De ahí que sólo en apariencia pueda hablarse de ausencia de culpa.⁸⁸

En oposición a esto, “en el caso de la melancolía es aún más fuerte la impresión de que el superyó ha arrastrado hacia sí a la conciencia. Pero aquí el yo no interpone veto alguno, se confiesa culpable y se somete al castigo” (Freud, 1923: 52). El entendimiento de esta divergencia se produce por la explicación de mecanismos diferenciales intervinientes. Mientras que en los dos primeros casos las mociones repelidas permanecían por obra de la represión fuera del yo, en la melancolía, a partir de la identificación con el objeto, el superyó dirige su cólera al corazón de esta instancia. Esto dará lugar a una articulación novedosa entre la identificación melancólica y la pulsión de muerte.

Freud se pregunta ¿Cómo es posible que el superyó se exteriorice esencialmente como sentimiento de culpa y así despliegue contra el yo una dureza y una severidad tan extraordinarias? El hipertenso superyó actúa de un modo inmisericorde que impresiona como si se hubiera apoderado de todas las mociones sádicas del individuo. El componente sádico depositado en el superyó se vuelve hacia el yo. “Lo que ahora gobierna en el superyó es como un cultivo puro de la pulsión de muerte” (Freud, 1923: 54). De esta manera, podemos preguntarnos cómo es posible que el superyó adquiera este carácter en la melancolía.

La respuesta a aquel interrogante Freud la esboza con la introducción de un supuesto relativo a su génesis. Éste se ha engendrado por una identificación con lo que denomina “el arquetipo paterno”, o “identificación con el padre de la prehistoria personal” (Freud, 1923: 33, 55); fórmulas que resumen la conexión que ya en 1915 había efectuado entre el sujeto melancólico y la identificación con el padre muerto: “El duelo por el padre primitivo surge de la identificación con él, y ya hemos demostrado que esta identificación es la condición del mecanismo melancólico” (Freud, 1916: 42). Dicha identificación directa y no mediada, al conllevar el carácter de una desexualización, es la responsable de la desmezcla pulsional que deja al sujeto a merced de una experiencia de “dolor en estado puro”.⁸⁹ De todos modos, este intento de explicación no le impide reconocer que la melancolía es una enfermedad “de cuya causación y mecanismo sabemos muy poco” (Freud, 1933: 56). Refiriéndose al vuelco en la manía, dirá: “He ahí unos procesos que rebosan de enigmas irresueltos” (Freud, 1933).

Antes de concluir, subrayamos que la diferencia entre neurosis transferenciales y narcisistas radica en la permanencia o no de la ligazón de objeto, y es en la alteración de este vínculo donde se encuentra la explicación de variadas manifestaciones patológicas. No obstante, la introducción de la segunda tópica traerá aparejado un nuevo cambio y una situación preferencial de la melancolía que conserva el nombre de neurosis narcisista pareciendo separarse de las psicosis por expresar un conflicto entre el yo y el superyó, a diferencia de las otras psicosis donde el conflicto se mantiene con la realidad. Las razones de esta distinción teórica quizás puedan encontrarse en la verificación de la función escasamente restitutiva del delirio melancólico y en el modo de resolución condicionado por factores estrictamente económicos (Napolitano, 2013). La pérdida de la relación con la realidad en la melancolía se relaciona entonces con las consecuencias de la peculiar identificación narcisista y el combate que se libra entre el yo y el Superyó, lo que embarga cualquier formación sustitutiva que emerja como modo de reinvestir nuevos objetos en una nueva realidad o apelando al apoyo de la fantasía.

Conclusiones

La melancolía, en su diversidad clínica, ha presentado siempre una dificultad para el dispositivo analítico. Aun así, a lo largo de sus elaboraciones, Freud logró darle un lugar específico dentro de la doctrina pulsional, como al resto de las psicosis, precisando el punto en que en ella confluyen la etiología sexual y la defensa en tanto toma de posición subjetiva.

⁸⁸ Cf. con el capítulo siguiente donde se discute el diagnóstico de la dama de los alfileres, ¿obsesión o melancolía?

⁸⁹ Esta expresión es acuñada por Jacques Lacan en su escrito “Kant con Sade.”

Como hemos visto, la condición melancólica surge de una peculiar respuesta frente a un problema pulsional ocasionado -aunque no siempre fácilmente localizable- en un punto de discontinuidad inicial (pérdida de libido, pérdida de objeto, pérdida de naturaleza más ideal). Dicha respuesta, conceptualizada progresivamente por Freud, ya sea en términos de cancelación de la investidura de objeto e identificación narcisista (1917) o imposibilidad de mantener vía represión las mociones fuera del yo (1923), conduce a que el sujeto comience a padecer efectos de mortificación que ponen de manifiesto las formas más crudas del dolor de existir. Los auto-reproches y los fenómenos de la culpa son privilegiados allí por Freud para hacer de la rebaja del sentimiento de sí un elemento fundamental en el establecimiento de una clínica diferencial en la que en aquel inicial “agujero en el yo” por el cual se vacía la libido y el deseo del sujeto, avanza el predominio de lo que no duda en llamar el “cultivo puro de la pulsión de muerte”.

Un lugar aparte le reserva Freud a la manía, en tanto dependiente de un “mismo complejo” y como destino posible de la melancolía en su forma cíclica. Sin llegar a desentrañar el fundamento último del mecanismo por el cual la instancia del Ideal del yo produce el viraje hacia el polo opuesto, Freud destaca el valor de la manía como “defensa” al problema melancólico. Así, la tristeza melancólica es un índice de una respuesta particular a la pérdida de objeto, como la elación maníaca vehicula una victoria en torno al objeto. En este punto sus elaboraciones finales parecen desconocer, aún luego de 1920, la incidencia de Tánatos presente en esta “solución”. Será obra de los posfreudianos subrayar el poder “defensivo” de la manía al precio de desvirtuar el valor diferencial que puede aportar a este sector de la clínica de la psicosis. En cambio Lacan en “Televisión”, subrayará el “filo mortal” de la respuesta maníaca, advirtiendo en esta presentación una salida riesgosa en los arreglos del psicótico con la pulsión (Lacan, 1974).

En términos generales, el recorrido realizado nos ha llevado a reconocer la vigencia de las formulaciones freudianas frente a perspectivas reduccionistas contemporáneas que sólo se sirven de las perturbaciones del humor para establecer una gradación continua u espectral que desconoce sus fundamentos subjetivos. No se trata para Freud de desconocer las variaciones del humor, sino de conceptualizarlas a la luz de una teoría que contempla una particular toma de posición del sujeto, muy problemática para la intervención analítica, ante una dificultad planteada a nivel de la satisfacción pulsional.

Desde esta perspectiva, la perturbación del humor puede ser considerada como un índice subjetivo respetable para el establecimiento de una clínica diferencial. Con Freud, es posible conceptualizar la afectividad a partir de la teoría de la libido, y servirnos de las variaciones del humor como una suerte de “termómetro” de la pulsión, en sus excesos y desregulaciones frente al problema que la pérdida de objeto introduce para la satisfacción de la pulsión.

Bibliografía

- Abraham, K. (1911). Notas sobre el tratamiento psicoanalítico de la psicosis maníaco-depresiva y estados análogos. En *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Lumen- Hormé, 1994.
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido. En *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1915). *Correspondencia Sigmund Freud – Karl Abraham*. Buenos Aires: Gedisa, 1979.
- Akiskal, H. (2006). *Trastornos bipolares, conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Panamericana.
- Arce Ross, G. (1997). La mélancolie dans la nosographie freudienne. *La Cause freudienne* 35. Paris: Navarin/Seuil, p. 76-81.
- Arce-Ross, G. (2009). *Manie, mélancolie et facteurs blancs*. Paris: Beauchesne éditeur.
- Assoun, P.-L (2010). *L'enigme de la manie*. Paris: Les éditions arkhê.
- Cottet, S. (2007). L'aversion de l'objet dans les états mixtes. En *L'inconscient de papa et le nôtre*. Paris: Editions Michèle, 2012, p.169-181.
- Freud, S. (1895a). Manuscrito G. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1991.
- Freud, S. (1895b). Manuscrito N. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1991.
- Freud, S. (1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo III, 1990.
- Freud, S. (1905). Sobre Psicoterapia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 1990.
- Freud, S. (1913). Tótem y tabú. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XIII, 2005.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2006.

- Freud, S. (1915). Lo inconsciente. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2006.
- Freud, S. (1916). Sinopsis sobre la neurosis de transferencia. En *Separata* - Publicación del centro de estudiantes de psicología de la UBA. 1999.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIV, 2006.
- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil (el "hombre de los lobos"). En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVII, 1999.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVIII, 1990.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIX, 2006.
- Freud, S. (1925). Presentación autobiográfica. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XX, 1990.
- Freud, S. (1927). El humor. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Tomo XXI, 1990.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XXI, 1990.
- Freud, S. (1933). Conferencia 31: La descomposición de la personalidad psíquica. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XXII, 2004.
- Lacan, J. (1974). Televisión. En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Laurent, E. (1988) Melancolía, dolor de existir, cobardía moral. En *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, pp. 113-126.
- Napolitano, G. (2013). Categorías clínicas y teoría psicoanalítica: puntuaciones en la obra de Freud. En *El campo de la neurosis en la obra de Freud*. La Plata: EDULP.
- Pellion, F. (2000). *Melancolía y Verdad*. Buenos Aires: Manantial, 2003.
- Soler, C. (1988). Inocencia paranoica e indignidad melancólica. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, pp. 81-89.
- Soler, C. (1991). Pérdida y culpa en la melancolía. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, pp. 33-43.
- Soler, C. (1991). La manía: pecado mortal. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial, pp. 53-65.
- Zanassi, S., Pérez, J., Maiola, F. (2015). Tesis freudianas sobre la solidaridad clínica entre manía y melancolía. En *Memorias del V Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.

CAPÍTULO 8

Caso de la dama de los alfileres: culpa y tormento

María Inés Machado, Julia Martín,

Martina Fernández Raone y Diana Lozano

*Si no podemos ver claro, al menos
veamos mejor en las oscuridades.*

SIGMUND FREUD

Introducción

El presente capítulo incorpora la problemática diagnóstica respecto de una paciente de Freud considerada por él como neurosis obsesiva “grave e incurable”, y nos permitirá poner en tensión lo trabajado en el capítulo anterior. Freud nunca cuestionó el diagnóstico de este caso, pero sí la teoría, resultando este caso de fundamental importancia para los cambios devenidos en el giro de los años ‘20. Investigaciones actuales ponen en duda el diagnóstico freudiano: se trataría para estos autores de un caso de esquizofrenia pseudoneurótica (Gougoulis, 1999) o, más recientemente propuesto, de melancolía (Fiori, 2008, 2014): los debates son fecundos como aquellos que se han suscitado sobre el Hombre de los Lobos y que se trabajan en el capítulo 5 de este libro.

De este caso, conocido como el de la dama de los alfileres o Sra. G., entre otros nombres, se encuentran referencias fragmentarias en diversos artículos de la obra freudiana. Es decir que este caso nunca fue elevado al estatuto de historial clínico por Freud a pesar de su importancia para teorizaciones fundamentales de su obra. La reconstrucción del mismo realizada será ocasión de poner a punto la concepción freudiana tanto de la neurosis obsesiva como de la melancolía, sus vínculos y diferencias, en relación con el estatuto de los auto-reproches, el lugar del superyó y la función de las obsesiones.

En primer lugar, situaremos el contexto epistémico que rodeó al momento en que Freud estuvo en contacto con la paciente durante los años 1909-1916, atendiendo a que nunca cuestionó el primer diagnóstico, a pesar de que en 1924 propondrá, en su artículo “Neurosis y psicosis” el término “neurosis narcisista” para la melancolía. Esto nos introduce en los avatares de la transferencia y la dirección de la cura freudiana así como en lo que fue la delimitación del campo analítico.⁹⁰ El campo de la experiencia analítica se deslindara de diversas maneras a lo largo de la obra freudiana, en función de los hallazgos y obstáculos que se suscitarán a medida que avanza la aplicación y concomitante teorización del psicoanálisis.⁹¹ Serán en principio las neurosis actuales, es decir, aquellas que carecen de la acción de un mecanismo psíquico, las que marcarán el territorio del límite de la intervención analítica. El método psicoanalítico en tanto invención será solidario de la estructura de la histeria, paradigma de la neurosis de defensa: la asociación libre apuntará a llenar las lagunas del recuerdo que la represión se ha encargado de producir. Veremos cómo estos ordenamientos nosológicos en Freud se distribuyen

⁹⁰ Cf. capítulo 10.

⁹¹ Cf. capítulo 1.

hasta el giro de los años '20 en una lógica binaria que no tiene estrictamente valor clasificatorio, sino que más bien enmarca y delimita lo posible de analizar.

Luego de este primer momento, son las psiconeurosis narcisistas las que designan lo inanalizable, por oposición a las neurosis transferenciales, tal como son denominadas en "Pulsiones y destinos de pulsión" (Freud, 1915: 120). Previamente en "Introducción del narcisismo" escribe que serán "incurables para nuestros empeños" (Freud, 1914a: 72), emergiendo el criterio terapéutico como central para esta división. Finalmente, a partir de la postulación del más allá del principio del placer, será en el núcleo mismo de la experiencia analítica donde se ceñirá el obstáculo y con ello los límites de la misma. Es en este marco donde uno de los nombres de los límites de la experiencia será la melancolía, así como las neurosis graves, la reacción terapéutica negativa, el sentimiento inconsciente de culpa: todas presentaciones que testimonian de los obstáculos de la cura, pero que ya no conforman un conjunto homogéneo ni se ubican por fuera del campo de la praxis analítica. La angustia cambia de estatuto: de ser el tope de lo analizable en el primer tiempo, se vuelve el núcleo de la experiencia, al postularse su valor estructural con el operador lógico de la angustia de castración, y por lo tanto, se constituye en un obstáculo a transitar (Laznik, 2014). Esto en sintonía con la modificación en la concepción de espacialidad del aparato psíquico, que Lacan sabrá calificar de éxtimo. Los referentes conceptuales correlativos a estos fenómenos serán la pulsión de muerte, el superyó y el masoquismo erógeno primario, que hablan de dimensiones más bien estructurales que patológicas, repercutiendo en la formalización freudiana de la melancolía.⁹²

A pesar de estos desarrollos, Freud jamás cuestionó el diagnóstico de neurosis obsesiva con que leyó la lógica del caso de la Sra. G., incluso cuando estaba advertido del fracaso de su intervención así como de la presentación final del caso. Nos preguntamos cuál fue el obstáculo que impidió a Freud revisar el diagnóstico. Acaso cuestionar este caso, central para los desarrollos de la segunda tópica, ¿era poner en jaque la elaboración teórica de los últimos años? o ¿el obstáculo reside en la concepción misma de la melancolía para Freud? Por otra parte, la pregunta por la posición freudiana frente al caso es insoslayable ya que difiere de la que ha tomado en casos como el Hombre de los lobos o Dora, donde el cuestionamiento sobre alcances, errores y obstáculos no fue un impedimento, sino al contrario un claro impulso para el avance de la teoría y la técnica. Incluso es llamativo que al ser un caso central para los desarrollos teóricos no haya sido presentado por Freud como un historial. Comenzaremos entonces por ubicar los problemas que el caso suscita y las líneas principales de los debates que le conciernen.

El caso

A partir de actuales investigaciones historiográficas de distinto orden, psicoanalistas de diversas orientaciones se han dedicado a discutir respecto de esta paciente de Freud considerada por él como incurable y que resultó ser el pivote de los principales cambios de la teoría luego de los años '20.

E. Falzeder (1994), historiador del psicoanálisis y autor de uno de los trabajos analizados, es quien descubre la identidad de la paciente del caso en su tarea de traducción y recopilación de las cartas de Freud. Revisa los diferentes textos de Freud y su posición en los diálogos epistolares con sus discípulos para observar el papel de la contratransferencia.

Otro autor, R. Fiori (2004; 2013) se detiene en el análisis de la defensa del sujeto, así como en la malignidad de su presentación posterior al fracaso del análisis con Freud, tomando como fuente los archivos de la Clínica de Binswanger donde la paciente estuvo internada posteriormente. A partir de estos hallazgos, Fiori propone el diagnóstico de melancolía en función de su presentación final: la mujer no sólo realiza rituales de lavado que se infinitizan y requieren de una ayuda externa, impidiéndole el desarrollo de una vida en sociedad, sino que presenta una profunda depresión vinculada a auto-reproches por crímenes que cree podría haber cometido, con ideas constantes de quitarse la vida por la impureza que experimentaba.

En los registros clínicos se describe con precisión de qué modo las actividades de la vida diaria se ven profundamente afectadas por sus rituales: toma el desayuno, luego va al baño, y acontece el ceremonial de limpieza con papel higiénico, luego se lava durante una hora, se sienta en el bidet, se lava más brevemente la cara. Mientras se lava una de las enfermeras la controla continuamente, sino ella no culmina nunca. Almuerzo en la sala de baño, y se hacen las cuatro de la tarde. Se recuesta, se levanta para cenar, se lava solamente veinte minutos en su habitación. Luego duerme hasta las cuatro.

⁹² Cf. capítulo 7.

Las últimas horas son las más dolorosas. Dice que no tiene ninguna esperanza, se quiere suicidar, se siente mal por no pasar al acto, sufre más que cualquiera, se aferra a la cama porque ella teme por la idea de haber tocado a alguien. La paciente difícilmente recibe al médico, porque se siente “demasiado impura”, temía que el médico también se contaminara de esa impureza (Fiori, 2008).

Otro autores, tales como Gougoulis, también cuestionan el diagnóstico que Freud defendía. Considera al caso como la “pendiente femenina del hombre de los lobos” (Gougoulis, 1999: 210), aunque “borderline o esquizofrénica pseudoneurótica donde el valor de sus síntomas no son el retorno de lo reprimido sino una defensa frente a un desencadenamiento psicótico” (Gougoulis, 1999: 208).

Si bien consideramos que estos artículos son de interés, no subrayan suficientemente las consecuencias que puede tener en la dirección de la cura la “trampa” que tiende la transferencia, tal como Freud y luego Lacan subrayarán con el paradigma de Dora, los errores técnicos en su manejo. Es decir, lo que llamamos contratransferencia, “la suma de los prejuicios, pasiones, perplejidades, insuficiente información del analista en el momento del proceso dialéctico” (Lacan, 1951: 46). Lacan dirá que en definitiva es transferencia y como tal, merece ser leída en una lógica que incluya a la posición del analista.

El texto que más aporta datos sobre esta dimensión para el caso que nos ocupa es el de Falzeder, que escoge como título del mismo una frase de Freud para nombrar a la paciente. Falzeder tradujo “*meine Hauptplage*” como “*my chief tormentor*.” Esta expresión la toma de la carta de Freud a Jung del 27 de abril de 1911 donde dice: “*Meine Hauptplage - die C-- ist auf Urlaub, ich bingerade so faul und behaglich.*” “*Hauptplage*” se compone de *Haupt*, principal, y *Plage*: molestia, plaga, calamidad, tormento. La frase de Freud se traduce: “Mi principal tormento -la C- está de vacaciones, y yo ando flojo, muy a gusto”.

Asimismo, destaca la extrema dependencia de la Sra. G. respecto del padre del psicoanálisis, de tanta intensidad como lo es su rechazo a sus interpretaciones. Freud no deja de acentuar en sus cartas el hastío que le produce la paciente, su incurabilidad, su renuencia a consentir sus intervenciones. Se mostrará escéptico con respecto a una posible futura mejoría, enfatizando que la paciente excede toda posibilidad terapéutica, aunque no obstante su indagación pueda servir a la ciencia (Freud a Jung, 1911). Esto queda demostrado en los textos en los que habla de ella y lo que ella causa de elaboración teórica sobre los obstáculos en un análisis, los mismos que han ido forjando los límites de la experiencia analítica. Justamente creemos que lo incurable, inanalizable supuesto para la dama en cuestión, es uno de los puntos que ponen en jaque la hipótesis diagnóstica freudiana, en tanto la melancolía termina siendo uno de los nombres de lo inanalizable para Freud.⁹³ Pasemos ahora a presentar brevemente a la paciente, para luego abordar el nudo de su diagnóstico.

Su nombre original es Elfriede Hirschfeld. Se la puede encontrar en la obra freudiana así como en las correspondencias que mantenía con sus discípulos bajo diferentes seudónimos: Sra H.; Sra C.; Mme C.; la C.; Sra G.; Frau Gi; Frau C.; C.; Gi; H; “la dama de los alfileres”. Fue tratada no sólo por Freud sino por Janet, Jung, Pfister y Binswanger, y por estos tres últimos a partir de derivaciones del mismo Freud.

Freud la analizó entre los años 1908 y 1914 y estuvo internada en el establecimiento de Binswanger entre 1915 y 1922. Lo siguiente es una síntesis de la reconstrucción del caso ya realizada (Martin, J. & col., 2013) y está basada en el modo en que el caso aparece en los textos de la obra freudiana.

La Sra. G. consulta a Freud a sus 38 años presentando una grave neurosis obsesiva desencadenada diez años antes. Freud considera que es un caso de excepción en relación con la regla de que la elección de la neurosis es totalmente independiente del acontecimiento vivido, veremos más adelante el por qué de esta afirmación. En este sentido se centra en la cuestión del cambio padecido por la paciente, quien inicialmente presentó una histeria de angustia, y más tarde, síntomas obsesivos. Efectivamente, la Sra. G. presentaba una penosa compulsión a lavarse y a la limpieza en general, y graves reproches derivados de supuestas mentiras que databan de su infancia (Freud, 1913a). A esto se le sumaba el miedo a que pudiera ocurrir una desgracia, lo que la hacía en ocasiones intentar anular sus propias acciones: convencía al marido de no tomar el tren que ella misma le había indicado (Freud, 1913b) o se veía tentada de hacer volver el coche tras cada breve trayecto, para cerciorarse de que no había atropellado a un niño (Freud & Jung, 1908).

La mujer se había casado a los diecinueve años con un hombre mayor de una gran fortuna, que Freud interpretaba como el cumplimiento de una fantasía desiderativa cuyo contenido era ayudar al padre y salvarlo de la miseria económica. Ella era la mayor de sus hermanos. La hermana que le seguía en edad nace en el mismo año que ella y la separan de la menor, diez años. Con esta hermana menor Freud subraya un episodio en que la deja caer de sus brazos cuando era bebé y posteriormente

⁹³ Cf. capítulo 10.

decía que era su hija. La madre, mayor que el padre, era una mujer poco amable. El padre se dedicaba mucho a las pequeñas, quienes lo admiraban por sus habilidades manuales. Más allá de esto nada tenía de admirable, pues como comerciante fracasado que era no lograba mantener a la familia sino con la ayuda de sus parientes. En este marco, la hija mayor se convirtió en confidente de todas las preocupaciones emergentes de su incapacidad económica y en esta línea se casa con este hombre adinerado (Freud, 1921: 177).

Incluso en “Dos mentiras infantiles” Freud leerá en las mentiras de la niña, por las que se reprochará en la adultez, que tienen como función sostener al padre (Freud, 1913a: 326). La primera mentira se referirá a la niña ostentando tener hielo para la cena frente a otras niñas. Freud ubica aquí el origen de un temor posterior angustiante frente a fragmentos de vidrios, por las resonancias significantes entre *Eeis* (hielo) con la palabra *Glade* (helado) y finalmente con *Glas* (vidrio). La segunda, consistió en el uso de un compás para dibujar un círculo que debía hacer a mano alzada en clase, del que se vanagloria en el momento, y se vuelve auto-martirio cuando enferma. Freud intuye en este texto el lugar del auto-reproche en la presentación terminal de la mujer, pero culmina desviando la atención a la intensidad del complejo paterno.

Su síntoma más llamativo al momento de la consulta con Freud consistía en que al acostarse en la cama debía prender [*Anstecken*] sus sábanas a las mantas con alfileres de gancho. Traducía así, según Freud, el secreto del contagio o infección sexual [*Ansteckung*] del marido, que la había condenado a no tener hijos por infertilidad. Esta es la coyuntura de eclosión situada por Freud ante la que ella enferma: la imposibilidad de tener hijos.

Según Freud, la paciente se defiende durante un tiempo contra distintas tentaciones de infidelidad por medio de la histeria de angustia y una “desazón” (Freud, 1921: 178); pero luego se produce un vuelco a graves acciones compulsivas. Señala que, con anterioridad a esta mudanza, un encuentro sexual fallido, producto de la impotencia transitoria del marido convenció a la Sra. G. de que el marido había contraído una impotencia duradera y a la víspera de su retorno produjo los primeros síntomas obsesivos (Freud, 1913b). Entre ellos, en una carta a Jung, menciona una conducta que, si bien no la considerará en lo sucesivo, es destacable: “¡Por la noche se pincha con agujas para hacer inviábiles los genitales!” (Freud & Jung, 1908). También describirá una serie de medidas protectoras, de extrema energía, frente a dañinas influencias que otros tendrían que temer de ella.

Es después de diez años de enfermedad y de una internación que consulta a Freud, quien aborda el caso a la luz de la trama edípica orientando en esta perspectiva su interpretación: frustrada por no poder tener hijos del padre, identificada a la madre en ese lugar, desea la muerte de su marido. Pero las expectativas terapéuticas freudianas no se cumplen, ya que a pesar de confrontar a la paciente con esta verdad, no se alcanza el resultado esperado.

Sin embargo, el caso plantea cuestiones teóricas que despiertan el interés de Freud: ¿por qué se ha producido esta “insólita mudanza” en la sintomatología? Para responder a esta pregunta le será necesario complejizar a partir del caso ciertos desarrollos previos. La aparición tardía de la sintomatología obsesiva lo conduce a introducir una nueva pieza en su teoría libidinal: la etapa sádico-anal, que desplegará en “La predisposición a la neurosis obsesiva” (Freud, 1913b) donde intenta avanzar en el problema de la elección de la neurosis, en el debate abierto sobre la parte que le toca al acontecimiento y a la constitución sexual en la determinación de su forma. En el mencionado artículo ubica que en su infancia la Sra. G. presentaba fantasías sádicas de palizas (Freud, 1913b: 341) y sólo tras su sofocación se le instaló un periodo de latencia de insólita duración en el que la muchacha pasó por un desarrollo moral de alto vuelo sin despertar al sentir sexual femenino.

En el texto “Dos mentiras infantiles” se referirá a la Sra. G., llamando la atención la siguiente descripción de la misma:

En los primeros años de su vida, había sido una criatura terca y descontentadiza y durante el periodo de su transformación a una bondad y una escrupulosidad exagerada cometió algunas faltas, que luego, en los tiempos de su enfermedad, se reprochaba severamente, considerándolas como signos de una perversión fundamental. Sus recuerdos la acusaban de haberse hecho culpable por entonces de frecuentes mentiras (Freud, 1913a: 325).

En “El sueño como pieza probatoria” Freud menciona nuevamente a la Sra. G. en relación con la posibilidad de haber cometido una falta:

Una dama aquejada de una manía de duda y de un ceremonial obsesivo exige a sus enfermeras que no la pierdan de vista en ningún momento, pues de lo contrario empezaría

a cavilar sobre las acciones prohibidas que pudo cometer en el lapso en que quedó sin vigilancia. (Freud, 1913c: 283).

En los años posteriores, a pesar de no atender más a la paciente y tener noticia de la pérdida de su proceso vital, tal como lo escribe en una carta a Pfister (Freud, 1922), el caso aparece como referencia para la reformulación de conceptos de la teoría que dieron lugar al gran giro de los años '20. Es necesario recordar que los obstáculos clínicos con la neurosis obsesiva contribuyeron en este viraje. En "Inhibición, síntoma y angustia" (Freud, 1926) cita a la paciente al retomar su pregunta por la elección de la neurosis, subrayando como un factor decisivo al factor constitucional: la débil organización genital de la libido. Esta condición obligará la regresión a la etapa sádico-anal con la consecutiva desmezcla pulsional que le permitirá explicar metapsicológicamente el enfático sesgo cruel y sádico que adquiere el superyó en la neurosis obsesiva. En este sentido, resulta clave para pensar la necesidad de castigo y el concepto de masoquismo, siendo uno de los casos que tomará para arribar a las conclusiones en "Pegan a un niño" (Freud, 1919). Justamente el lugar que adquiere el superyó en la formación de los síntomas obsesivos y en las respuestas terapéuticas lleva a Freud a dilucidar una nueva modalidad de satisfacción que, obtenida a expensas de la renuncia, supone un tope al desciframiento y al sentido sexual.

En suma, la Sra. G. ha sido clave en las transformaciones centrales del último tramo de la obra freudiana: a partir de su caso se modificó la concepción de la neurosis obsesiva agregando la regresión al estadio sádico-anal con la consecuente desmezcla pulsional y severidad sádica del superyó. Por otro lado, siendo correlativo al incremento del pesimismo freudiano sobre la cura subrayando las resistencias a la misma, gobernadas por la pulsión de muerte, especialmente la reacción terapéutica negativa.

Luego de esta presentación, retomamos la pregunta que guía nuestro trabajo: ¿acaso Freud se resistió a pensar este caso como una melancolía en función de sus prejuicios, o la inacabada conceptualización que tenía de ella le impedía hacerlo? Revisemos los puntos clínicos diferenciales que Freud trabajó entre melancolía y neurosis obsesiva para discernir el caso al interior de su obra.

Clínica diferencial de la neurosis obsesiva y la melancolía

Desde los tempranos desarrollos de Freud sobre la melancolía,⁹⁴ subrayamos dos puntos: su enlace a una pérdida y su ubicación del lado de las neurosis de angustia, por lo tanto, ajena a las psiconeurosis, germen del dispositivo analítico. Veinte años después, habiendo introducido el concepto de narcisismo en la teoría analítica, Freud puede proponer un nuevo tipo de división: psiconeurosis de transferencia y psiconeurosis narcisistas. El movimiento es de importancia: se trata de una modificación general de la teoría de las pulsiones y de un estudio posible de las psicosis. Éstas, en efecto, son comprendidas desde entonces como producto de un repliegue de la libido sobre el yo, que provoca ya sea su difracción (parafrenias), una estasis libidinal yoica (paranoia), o, precisamente en el caso de la melancolía, una pérdida del yo. Entonces, la melancolía es posible de estudiar, pero su intervención mediante el método analítico presenta reparos. Sobre todo porque desde la teoría libidinal que Freud aquí expone y despliega, las melancolías -como el resto de las psiconeurosis narcisistas- no pueden establecer el lazo libidinal que la transferencia implica, siendo aquí enfático respecto a que son inabordables por el psicoanálisis.⁹⁵

Todavía faltaba comprender la razón del repliegue y del agotamiento libidinal que acontece allí. Es lo que Freud intenta hacer en "Duelo y melancolía", aunque cabe la siguiente aclaración: en el inicio del artículo Freud subraya el carácter heterogéneo del campo de la melancolía "se presenta en múltiples formas clínicas" (Freud, 1917: 241) y explica que su elaboración está dirigida y restringida a los casos en que la naturaleza psicógena de la enfermedad es claramente reconocible.

A su vez, en el mencionado artículo, comienza un franco trabajo de diferenciación con la neurosis obsesiva que proseguirá en "El Yo y el ello" (1923), lo que señala una afinidad clínica entre ambas presentaciones que exige tal dedicación. Allí nos orienta la distinción que realiza de tres órdenes de fenómenos: el duelo normal, el patológico y la melancolía. Tras la pérdida inaugural, en la neurosis el duelo acontece, finaliza; es un trabajo que se inicia a pesar de que pueda tardarse en concluir, como en el caso de la demora del duelo patológico. En la neurosis obsesiva podemos hablar de duelo, el cual, aunque patológico, transcurre y se realiza. Por el contrario, en la melancolía algunos autores señalan la

⁹⁴ Cf. con el capítulo anterior.

⁹⁵ Cf. capítulo 10.

incapacidad de hacer un duelo (Mazzuca, 2002); el duelo es un trabajo que en esta forma clínica parece no iniciarse.

De allí que lo incurable supuesto en el caso de la Sra. G. sea uno de los puntos que pongan en cuestión al interior de su obra la hipótesis diagnóstica freudiana, ¿se trata de un duelo patológico en el marco de una neurosis o de una melancolía? Si se tratase del primer caso, el duelo de todas maneras debería finalizar. La idea de incurable se contrapone a esta característica del duelo.

Además Freud define al duelo como un estado normal debido a la pérdida de un objeto amado a la vez que como un trabajo psíquico cuyo objetivo es permitirle al sujeto renunciar a ese objeto perdido. Si, en un primer momento, parece que el duelo se corresponde estrechamente con la melancolía, pronto se ve su diferencia: recae efectivamente sobre la naturaleza del objeto perdido y sobre la reacción ante ella. Freud señala que el objeto perdido del melancólico es el yo mismo, a causa de una regresión libidinal al estadio del narcisismo, en el que el yo y el objeto de amor son verdaderamente uno solo. En el duelo, el mundo se convierte en pobre y vacío; en la melancolía, es el yo mismo el que se vacía y empobrece. El melancólico se comporta como si tuviera una verdadera aversión moral a su propio yo. Los reproches destinados al objeto se vuelven contra el yo y el acto suicida es el resultado de la vuelta sobre el yo del impulso asesino dirigido contra el objeto. De este modo, la hemorragia libidinal es explicada por la pérdida del yo, que en cierta forma abre la brecha para este escurrimiento, y la calificación de la melancolía como “psiconeurosis narcisista” queda confirmada, puesto que se trata en ella de una ruptura de la función del narcisismo.

Ahora bien, si hablamos tanto de duelo como de melancolía, podemos interrogarnos, en el caso de la Sra. G., sobre cuál es la pérdida que inaugura estas reacciones. Nuestra hipótesis afirma que se trata de la pérdida de la posibilidad de ser madre, en tanto dicho ideal puede advenir al lugar de regular el encuentro con el Otro sexo. Recordemos que Freud ya había subrayado las dificultades de la paciente en torno a la sexualidad, y destaca que ella “logró sólo enamorarse de su marido como sustituto del padre: ahora se entera de que nunca llegará a serlo” (Freud, 1921: 178) puesto que su esposo es infértil, cuestión de la cual se anoticia a sus 27 años de edad. Siguiendo su construcción diagnóstica, Freud señala que la paciente al descubrir este hecho “cae en una grave neurosis”, desestimando otras salidas frente a este conflicto. Mientras al principio se defiende de las tentaciones a través de una histeria de angustia, luego apela a graves actos obsesivos que la llevan a su internación.

Ahora bien, recordemos que la mudanza de la histeria de angustia en neurosis obsesiva se produce a partir de una segunda vivencia traumática, cuando cree que su marido se ve aquejado de impotencia permanente (Freud, 1913b). Notamos que Freud no repara demasiado en este momento crucial, donde la Sra. G. ve definitivamente perimida la oportunidad de ser madre, como un elemento de pérdida por parte de la paciente que permitiese pensar la presentación desde lógicas diferenciales frente a ella— duelo patológico, o melancolía, cuestión que debemos recordar que tampoco tiene formalizada aún. En textos posteriores cambiará el término histeria de angustia por “incipiente depresión” (Freud, 1921: 178), antes de la aparición de la neurosis obsesiva, momento en el cual la paciente acude a un quiromante que le augura que sería madre a los 32 años.

Todavía falta aprehender precisamente la posición subjetiva solidaria a esta pérdida y esta hemorragia. En 1923, Freud expondrá su última formulación sobre este punto, después de haber construido la teoría de la pulsión de muerte. Esta posición subjetiva consiste en un renunciamiento. Mientras el duelo debe permitirle al sujeto renunciar al objeto perdido, para poder así reencontrar su propio investimento narcisista y su capacidad de desear nuevamente, la melancolía lleva al sujeto a renunciar a su yo en pos de rechazar la pérdida, llevándolo a una posición de abandono, de dimisión deseante. Un no querer saber similar a la revuelta inicial de Schreber frente al avance de la libido homosexual⁹⁶ y, que en “La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis”, plantea como definitorio respecto a la distinción entre estas dos formas de padecer. Aún habrá algo más para destacar respecto de la posición subjetiva del melancólico, la sutil distinción respecto de la del neurótico obsesivo que Freud despejará en “El Yo y el ello” (1923) frente a los reproches: allí donde el obsesivo se siente culpable pero no se reconoce efectivamente como tal, el melancólico dará crédito al reproche.

Entonces, la neurosis obsesiva queda vinculada con la melancolía por presentar un sentimiento de culpa hiperexpreso, su posición diferencial respecto a los reproches responde a que el yo no se ve comprometido en su estructura como en el caso de la melancolía, aunque esto sí ocurre en lo que llamará “neurosis graves”.⁹⁷ El mismo Freud en el avance de su obra toma nota de la posible malignidad del estadio terminal de una neurosis obsesiva (Freud, 1926), alcanzando un estado correlativo a la

⁹⁶ Cf. capítulo 3.

⁹⁷ Cf. con los desarrollos sobre la alteración del yo en el capítulo 9.

parálisis de la voluntad del yo, un yo detenido y tomado por el conflicto hiperintensificado entre el ello y el superyó, extremadamente limitado, que encuentra su satisfacción en la renuncia, en los ceremoniales y rituales defensivos.

Es interesante subrayar que en los últimos desarrollos de Freud la alteración del yo es señalada como uno de los factores que imprimen gravedad e incurabilidad a una neurosis.⁹⁸ En la Conferencia 34 (1933) sitúa dos factores principales: el grado de rigidez psíquica y la forma de la enfermedad, según la alteración del yo. El primero refiere a la ausencia de plasticidad:

Con frecuencia [...] determinada relación de dependencia, cierto componente pulsional, son demasiado poderosos en comparación con las fuerzas contrarias que podemos movilizar. Es lo que universalmente ocurre en la psicosis. Las comprendemos hasta el punto de saber muy bien donde habría que aplicar las palancas, pero estas no podrían mover el peso (Freud, 1933: 143).

El segundo refiere a lo inapropiado de la técnica para las formas o estados narcisistas o psicóticos.

En "Análisis terminable e interminable" (1937), Freud aborda nuevamente este tema considerando tres aspectos para pensar la gravedad de una neurosis y las posibilidades de éxito de un análisis en ellas: el influjo del trauma, la intensidad pulsional y la alteración del yo. Retoma aquí lo trabajado en la conferencia mencionada haciendo corresponder la rigidez psíquica al componente pulsional y, lo que llama la forma de la enfermedad, a la alteración del yo. Por lo tanto, a pesar de las diferencias, neurosis graves y melancolía comparten aparentemente el mismo proceso. Los bordes entre los diversos diagnósticos y clasificaciones terminan perdiendo importancia frente a lo que es inmodificable de un modo inexorable.

La cuestión de la intensidad pulsional aparece fundamentada por Freud desde la noción de desmezcla pulsional como causa de la singular severidad que adquiere el superyó, cultivo puro de la pulsión de muerte (Freud, 1923) en estas presentaciones. Lo que nos parece interesante es que esta noción de desmezcla tendrá que ver, según los hallazgos historiográficos, con la reflexión teórica de Freud a partir del encuentro con la Sra. G.

Por lo tanto, la consideración sostenida del caso de la Sra. G. como neurosis grave e incurable nos permite leer que Freud había evaluado un yo altamente sometido a un devastador efecto superyoico, con poca plasticidad pulsional para la transferencia cuyo revés era un lazo de dependencia poco conducente. Cabe preguntarnos en qué forma ese yo estaba alterado. Si identificado narcisísticamente al objeto perdido como en la melancolía, o sólo inhibido en su voluntad por las exigencias de ambos lados, ello y superyó. Sobre esto echan luz los desarrollos de "El yo y el ello" respecto al posicionamiento subjetivo frente a los reproches ya mencionado. La Sra. G. daba crédito a reproches que databan de su infancia como lo refiere Freud en "Dos mentiras infantiles" y que predominaban en los peores tiempos de su enfermedad, como acontece en la melancolía.

Tomemos asimismo la acción que describe en "Un sueño como pieza probatoria" (Freud, 1913): la mujer reclama un hiper control y vigilancia constante para no empezar a dudar si ha cometido alguna acción prohibida. Sabemos que la duda no es patrimonio exclusivo de la obsesión. Ya en el Seminario III Lacan advertía que la certeza del sujeto psicótico se refería al concernimiento y no a la realidad de los fenómenos, de los que podía "llegar a admitir hasta cierto punto su irrealdad" (Lacan, 1955-1956: 110).

Es importante destacar que en la Sra. G. la posición subjetiva de culpabilidad es asumida sin revuelta contra ella. En esta misma línea, como hemos visto, en el temor de contagio al médico se experimenta impura. El contenido de la idea de haber matado a alguien, idea de la cual tiene miedo, es tratado con un procedimiento en el cual también se asume culpable y capaz de cometer un crimen: la vigilancia permanente. Entonces, en relación con su posición frente a su propia peligrosidad, no hay revuelta; la duda recae sobre el acaecimiento de su acción, pero no sobre la experiencia de su peligrosidad e impureza. El recurso a la mirada permanente del Otro en lo real parece ser un recurso ante esta posición de asunción de peligrosidad, esta certeza en la experiencia, como Ségla (1894) describe que sucede en la melancolía.

Por lo tanto, hay continuidad entre las presentaciones iniciales de la paciente y este sentimiento de impureza que llega al límite tal de no querer contactarse con el médico por temor a contagiarlo de ella, delirio de insignificancia al que alude Freud en "Duelo y melancolía" (Freud, 1917) como producto del rebajamiento del sentimiento de sí:

⁹⁸ Cf. capítulo 9.

La melancolía se caracteriza en lo anímico por una depresión profundamente dolorosa, una suspensión del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda actividad y una disminución del sentimiento de autoestima que se manifiesta en autoacusaciones y auto-injurias que en el extremo llegan a una expectativa delirante de castigo (Freud, 1917: 242).

Precisamente, como ya se mencionó, en la melancolía la alteración del yo producto de la identificación al objeto perdido convierte los reproches hacia el objeto en auto-reproches. Estos no son un “asunto privado del enfermo” (Freud, 1917: 245) sino que los exclama todo el tiempo, sin vergüenza alguna, portador de una “acuciante franqueza que se complace en el desnudamiento de sí mismo” (Freud, 1917: 245).

También a los fines diagnósticos no se puede desconocer que la paciente presentaba claros síntomas obsesivos que rápida y linealmente podrían confundirse con una neurosis obsesiva. Pero lo que la teoría nos enseña es la consideración de la función económica de esas obsesiones que echa luz sobre el diagnóstico. Las obsesiones en las psicosis no son inusuales, intentan ser una forma de tratar los retornos en lo real del agujero abierto en lo simbólico tras el desencadenamiento. En la neurosis son retornos en lo simbólico de lo reprimido.

En suma, respecto a la lógica del caso, hemos planteado y argumentado nuestra hipótesis (Martin & col., 2013, 2014). Consideramos que se trata de una melancolía cuyo ocasionamiento se vincula con la pérdida del ideal materno a partir del descubrimiento de la esterilidad de su marido, cuestión que la deja sin recursos frente al encuentro con el Otro sexo. Su posición subjetiva es la de un ser indigno que ha dimitido a las exigencias de la vida cotidiana ante la imposibilidad de tener un hijo, siendo la automutilación una respuesta en lo real a esto, así como las obsesiones una forma de tratamiento del sentimiento de impureza que la embarga.

Transferencia y dirección de la cura: el tormento

Reintroducimos aquí el problema de la dirección de la cura, que consideramos es uno de los aspectos más relevantes del caso y menos considerado por los autores analizados. En nuestra opinión, las intervenciones freudianas apuntaban a reforzar el efecto devastador del superyó en tanto redoblaban la culpabilidad, con las implicancias a nivel clínico que esto tiene en la presentación de la paciente: le señalaba todo el tiempo que se agitaba con impulsos de venganza y de muerte contra el marido. La interpretación concebida por Freud en tanto tentativa de simbolización de lo insimbolizable a partir de un saber, el del corpus teórico psicoanalítico, tiene como consecuencia en este caso que quede suprimida la singularidad del decir de la paciente.

Al parecer, Freud no soslaya sus esquemas teóricos y privilegia sus intereses epistémicos por sobre la revisión de la técnica y sus efectos. Aquí es donde se evidencia que el problema del diagnóstico no deja de estar teñido de una dirección de la cura que conducía sin dudas a una melancolización.

Tampoco se puede desconocer que nombrar “tormento” a un paciente no es ingenuo ni inocuo, supone un sesgo de la transferencia que cabe ubicar en las coordenadas del caso. No contamos con el decir de la paciente en los artículos freudianos, tampoco demasiado texto sobre sus Otros primordiales, pero sí con la posición freudiana frente al caso desplegada en sus diálogos epistolares, donde si bien le interesaba a los fines científicos, no dejaba de considerarla un tormento. Este significante nos aproxima al masoquismo y al sadismo, así como la dimensión de la culpabilidad reflejada en sus síntomas nos acerca al concepto de superyó. La Sra. G. era atormentada por la culpa de un posible crimen cometido así como se ocupaba de, en transferencia, atormentar a Freud.

Si bien la paciente sostuvo tratamientos con otros, la referencia última era con Freud, generando su hastío frente al lazo de dependencia que la mujer proponía. En este punto cabe preguntarse por el estatuto del fenómeno transferencial en este caso dado que en sus cualidades recuerda al de otro caso paradigmático y de debate diagnóstico, el Hombre de los Lobos y su dócil apatía.⁹⁹ Como consecuencia de la intensa relación transferencial, el joven ruso se encontrará compelido a un análisis interminable, es decir, a una demanda de análisis que lo hará transitar entre un analista y otro durante toda su vida. Lo diverso está más bien en la posición que Freud asume transferencialmente, que sitúa al paciente como “hijo predilecto”. En esta dirección, Freud no sólo aceptará la responsabilidad por la pérdida material del paciente como efecto de una maniobra terapéutica sino que también lo incitará a retornar

⁹⁹ Cf. capítulo 5.

al tratamiento. Así, intentando saldar una deuda, Freud lo toma nuevamente en análisis de modo gratuito y realiza una colecta entre sus allegados para la subsistencia del joven ruso. Entonces, ante una similar intensidad y dependencia en la relación transferencial, Freud asume entonces dos roles muy diversos: la aceptación a cualquier costo, en el caso de Serguei, y el rechazo en el caso de la Sra. G.

Por otro lado, si bien Freud desconcertado se preguntaba: “Analíticamente, inutilizable por quién sabe qué” (Freud & Binswanger, 1915), siempre mantuvo la interpretación señalada y la lectura del caso. Es decir, nunca volvió sobre sus pasos como sí lo hizo en el caso Dora. Recordemos que remite al lector a sus “tropiezos” durante el tratamiento, errores que Lacan aúna en uno solo: el del prejuicio del analista. En el caso de la Sra. G., Freud no examina si su proceder técnico y su manejo de la transferencia fueron determinantes en los obstáculos encontrados a lo largo del tratamiento. Parece forzar las interpretaciones en vez de leer la transferencia, concepto que complejiza en su texto “Recordar, repetir y reelaborar” (1914b), escrito en el año en que deja de ver a la paciente. Trabaja allí un operador clave para el abordaje de casos graves, pero también para los momentos duros del análisis de cualquier neurosis, cuando se pone de manifiesto el cierre del inconsciente y la vertiente real de la transferencia (Lacan, 1964). En definitiva, hay que formarse en la maniobra de la transferencia para conducir un análisis (Lacan, 1957-1958: 564).

Conclusiones

Si bien el valor de los hallazgos historiográficos puede resumirse en la promoción de una revisión de la praxis que la salvaguarde de una mera repetición de sus maestros, tampoco debe extraviarnos respecto del descubrimiento freudiano. Podríamos decir que el mismo se trata no sólo del inconsciente, sino de lo que Freud supo nombrar con mayor claridad a partir de su más allá del principio de placer, siendo la melancolía una de sus figuras, a saber: la pulsión de muerte.

Proponemos un retorno a Freud también para abordar los debates sobre la Sra. G., problematizando la discusión sobre su diagnóstico diferencial, en razón de lo que permitió este material clínico: complejizar la teorización respecto de un aspecto central de la dimensión estructural del malestar en el humano ligado a una satisfacción paradójica. Por eso, llamarla “melancolía” en términos freudianos supone considerar la incidencia arrasadora del superyó y una profunda alteración del yo, lo que diluye la diferencia en este punto con lo que Freud entendía por “neurosis grave”. Sin embargo, Freud no podría haber considerado a la Sra. G. como una melancólica porque para él este campo no tenía la posibilidad de la transferencia y era claro que la paciente tenía un lazo libidinal con él, insoportable, pero real. La Sra. G. se encomienda a Freud en una paradójica relación donde el saber aportado por él no tenía efecto apaciguador, aunque sí su presencia. Las posibilidades de desplegar la vertiente simbólica de la transferencia no parecían estar dadas.

Por supuesto que el distingo que, sobre todo con la enseñanza de Lacan, se abre para considerar a la neurosis y psicosis es fundamental. Pero tanto para la neurosis grave como para la psicosis -y, como podemos ver, en definitiva, para toda neurosis, dado que en la transferencia siempre hay en juego un aspecto nodal del cual cabe ocuparse- se propone esa cuestión preliminar para todo tratamiento posible: la maniobra en la transferencia.

Finalmente, creemos esencial la relectura de los obstáculos de las maniobras freudianas en los históricos y casos problema, es decir, de la clínica resistencial que ha inspirado la segunda tópica freudiana, y esto a partir de la orientación que Lacan ha delineado con su posición de interrogar a los analistas “para que den razones” (Lacan, 1976). Es esta enseñanza la que impedirá que el psicoanálisis devenga letra muerta y, en definitiva, alimente un horizonte para la investigación en nuestro campo.

Bibliografía

- Caparroz, N. (1997). *Correspondencia de Sigmund Freud*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Falzeder, E. (1994). My grand-patient, my chief tormentor: A hitherto unnoticed case of Freud's and the consequences. *Rev Psychoanalytic Quarterly*, Vol 63, p 297-331. New York, 1994.
- Fiori, R. (2008). Une femme mélancolique. La sixième analyse de Freud. *Revue de la Cause Freudienne* N°69.
- Freud, S. & Pfister, O. (1909-1939). *Correspondance de Sigmund Freud avec le pasteur Pfister*. Paris: Gallimard, 1963.

- Freud, S. & Jung, C. (1906-1913). *Correspondencia*. Traducción Alfredo Guéra Miralles, Introducción William McGuire. Madrid: Editorial Trotta, 2012.
- Freud, S. (1912a). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII, 1996.
- Freud, S. (1912b). Dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII, 1996.
- Freud, S. (1913a). Dos mentiras infantiles. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII, 1996.
- Freud, S. (1913b). La predisposición a la neurosis obsesiva. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII., 1996-
- Freud, S. (1913c). El sueño como pieza probatoria. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII 1996.
- Freud, S. (1914a). Introducción del Narcisismo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIV 2003.
- Freud, S. (1914b). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII, 1996.
- Freud, S. (1915). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIV, 2003.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIV, 2003.
- Freud, S. (1917b). Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XVII, 1996.
- Freud, S. (1919). Pegan a un niño. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XVII, 1996.
- Freud, S. (1921). Psicoanálisis y telepatía. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XVIII, 1996.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*. Madrid: Edit Biblioteca Nueva, Tomo II, 1967.
- Freud, S. (1924a). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIX, 2000.
- Freud, S. (1924b). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XIX, 2000.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XX, 1998.
- Freud, S. (1932). Sueño y telepatía. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XVIII, 2000.
- Freud, S. (1933). Conferencia 34: Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XXII, 1998.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XXIII 2004.
- Gardiner, M. (1979) *Los casos de Sigmund Freud I. El hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2002.
- Gougoulis, N. (1999). Elfriede Hirschfeld, réflexions à propos de l'historiographie de la pratique clinique chez Freud. En Mijolla-Mellor Sophie (dir.) *Les femmes dans l'histoire de la psychanalyse*. Paris: Collection Perspectives Psychanalytiques.
- Hanyal, A. & Falzeder, E. (1991). Healing through love? a unique dialogue in the history of psychoanalysis. *Free Associations*, 21 (2), 1-20.
- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos I*. México: Siglo XXI, 1978.
- Lacan, J. (1954-1955). *El Seminario Libro 2: El yo en la teoría de Freud*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1958a). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- Lacan, J. (1958b). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos II*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI, 2002.
- Lacan, J. (1963-1964). *El Seminario Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2006.
- Lacan, J. (1976). Apertura de la sección analítica. *Rev. Ornicar?* 9, 1981.
- Laznik, D. & cols. (2014). *Actualidad de la Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2014.
- Leff, G. (2009). La provocación freudiana. Disponible en <http://www.lutecium.fr/www.ecole-lacanianne.net/documents/actualite/provocacionfreudienne.pdf>
- Martin, J. & col. (2013). Actualidad de un caso freudiano en las discusiones sobre clínica diferencial neurosis obsesiva-psicosis: la Sra. G. En Napolitano, G. y cols. (2014). *Clínica psicoanalítica: estructura y función de las obsesiones en neurosis y psicosis*. La Plata: EDULP. Edición digital.
- Rabinovich, D. (1984). Una histeria desmelancolizada. *Escansión 1*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- Séglas, J. (1894). *Lecciones clínicas*. Décima lección: De la melancolía sin delirio. En *Melancolía y dolor moral*. La Plata: De la campana, 1998.

CAPÍTULO 9

Relación con la realidad y alteración del yo

Mónica Torres, Juan M. Blanco

y María E. Hoggan

*Llamamos 'normal o sana' a una conducta que
aúna determinados rasgos de ambas reacciones:
que, como la neurosis, no desmiente la realidad,
pero, como las psicosis, se empeña en modificarla.*

SIGMUND FREUD

Introducción

El afán por delimitar un mecanismo específico que dé razón de las particularidades de las alteraciones del yo que conocemos bajo la noción de “pérdida de la realidad”, atraviesa la concepción de la psicosis a lo largo de toda la obra freudiana. Tanto es así que podríamos enunciar que el interjuego entre el problema del mecanismo psíquico y los vínculos entre el yo y la realidad ha oficiado como el orientador a la luz del cual Freud elaboró, revisó y corrigió en distintas épocas de su teorización toda su producción en torno a la psicosis.

¿En qué realidad vive el psicótico? ¿Por qué se suele homologar psicosis a pérdida de realidad aun cuando para Freud también hay una pérdida de realidad en las neurosis? ¿Qué ocurre con el yo? ¿Cómo es que puede llegar a alterarse ante la insistencia de lo pulsional en vez de defenderse de ella? ¿O esa alteración constituye también un modo de la defensa? Estas son algunas de las preguntas que han organizado este recorrido.

No vamos a adentrarnos en las consideraciones filosóficas ni epistemológicas que subyacen a la concepción freudiana de la realidad. Sólo mencionaremos que la realidad ha cobrado distintas versiones a lo largo de su obra. En este sentido, se hallarán referencias a la realidad -así a secas-, a la realidad exterior percibida [*Realität*], a la realidad exterior objetiva, realidad efectiva [*Wirklichkeit*], realidad material; finalmente, a la realidad psíquica.¹⁰⁰ A su vez, la “alteración del yo” es también un concepto problemático de cernir. Presentado inicialmente por Freud en el “Manuscrito K” de 1896, como el “estado de modificación del yo” que comienza, en la paranoia, con el “delirio de asimilación” que intenta explicar los síntomas del retorno de lo reprimido que se plasman en la producción alucinatoria, evoluciona cada vez más hacia la remodelación completa del yo.

Llamativamente, a pesar de desarrollar nuevas hipótesis sobre la pérdida de la realidad en la psicosis, tanto en el caso Schreber como en la Metapsicología por un lado y en los artículos sobre la pérdida de la realidad de 1924 por el otro, las consideraciones en relación a la alteración del yo sólo serán retomadas mucho más tardíamente, y desde otra perspectiva, en dos artículos fundamentales: “Análisis terminable e interminable” y el “Esquema del psicoanálisis”, de 1937 y 1938 respectivamente. En estos desarrollos, la alteración del yo estará vinculada con los diferentes mecanismos de defensa inconscien-

¹⁰⁰ Véase una disquisición entre *Realität* y *Wirklichkeit* en el capítulo 4.

tes del yo, que tienen como función defenderlo de los peligros que le genera la pulsión, desconociéndola o devolviéndola al ello inconsciente.¹⁰¹ En palabras freudianas:

Cada persona normal lo es sólo en promedio, su yo se aproxima al del psicótico en esta o aquella pieza, en grado mayor o menor, y el monto del distanciamiento respecto de un extremo de la serie y de la aproximación al otro nos servirá provisionalmente como una medida de aquello que se ha designado, de manera tan imprecisa, "alteración del yo" (Freud, 1937a: 237).

Cuando los mecanismos de defensa se rigidizan, generan diversos tipos de producciones alteradas del yo. Entre ellas, se ubicarán en serie los rasgos patológicos de carácter, la patología narcisista en general y desde las perversiones homosexuales (cuando la fijación se basa en la desmentida de las diferencias sexuales) hasta los fenómenos de restitución psicótica. Lo cierto es que queda de manifiesto que, en torno al tema, la postura de Freud no ha sido ni homogénea ni exenta de contradicciones a lo largo de su obra. En lo que sigue intentaremos situar ciertos momentos paradigmáticos del abordaje freudiano de la psicosis, a los fines de dilucidar, a partir de ellos, los conceptos que subyacen al problema de la realidad, su pérdida y lo que adviene en la psicosis al lugar de dicha pérdida bajo el concepto de "alteraciones del yo".

Recorreremos entonces en primer lugar la perspectiva de la primera clínica freudiana, luego el caso Schreber y los conceptos de la metapsicología y por último las conceptualizaciones plasmadas en artículos posteriores al giro de los años '20.

El yo alterado en el delirio

El primer registro del término "alteración del yo" figura en el "Manuscrito K", un escrito dirigido a su amigo Fliess, que data de principios de 1896, meses antes de la publicación de las "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa". El antecedente teórico de este manuscrito es su artículo sobre "Las Neuropsicosis de defensa" de 1894, donde extiende las intelecciones sobre la etiología de la histeria a las obsesiones, las fobias, y hacia el final, introduciendo modificaciones, a la psicosis alucinatoria. Recordemos que todas ellas eran consecuencia de una defensa por parte del yo de una representación intolerable y su afecto correspondiente, y las diferencias estribaban en el destino de cada uno de estos componentes. Allí, la diferencia fundamental entre las neurosis y la psicosis alucinatoria consistía en el mecanismo "más enérgico" que ocurría en esta última, donde representación y afecto serán desestimados como "no-acontecidos", y al hacerlo, el yo se arrancará de la realidad objetiva.¹⁰²

En el "Manuscrito K" vuelve a incluir a la paranoia y a la *amentia* alucinatoria aguda dentro de las neuropsicosis de defensa, junto a la histeria y la neurosis obsesiva, pero se ocupará de distinguir las tanto por su mecanismo como por su tendencia. Considerándolas aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales - a saber: estado de conflicto en la histeria, de autorreproche en la neurosis obsesiva, de mortificación en la paranoia y de duelo en la amencia alucinatoria aguda, agrega que se diferencian de estos afectos en su estado normal porque no llevan a una resolución sino a un daño permanente del yo.

Tras comparar el recorrido de la paranoia con el de la neurosis obsesiva, adjudica la diferencia principal al mecanismo de proyección que sobreviene en aquella. Mientras en la neurosis obsesiva aparece un reproche dirigido al sujeto como síntoma primario (esto es, síntoma de la represión exitosa), el paranoico descrea de dicho reproche, y aparece en su lugar la desconfianza hacia otros. Con el progreso de la enfermedad, la defensa fracasa, y aquello reprimido realiza su retorno. El reproche en el que el paranoico decidió no creer, retorna en las voces, que el yo intenta explicar creando un delirio que, en el mismo movimiento, lo modifica. Es decir, define específicamente en la paranoia a la modificación del yo como la expresión de un yo dominado en el punto en que la defensa fracasa tras el retorno de lo reprimido. Esta modificación del yo se plasmaría en la clínica de lo que Freud da en llamar "delirio de asimilación".

Claramente diferenciado del "delirio obsesivo" como síntoma de la defensa secundaria que entabla la lucha contra la representación obsesiva, el delirio de asimilación en la paranoia es el intento del yo por explicar los síntomas transaccionales. Considerado por Freud como "la labor mental del yo" para

¹⁰¹ Cf. capítulo 4.

¹⁰² Cf. capítulo 2.

hacer admisibles, para asimilar los síntomas del retorno, el delirio de asimilación se plasma en la melancolía como sensación de pequeñez del yo (delirio de ruina), en la megalomanía como delirios de protección y en la paranoia como manía de interpretación. Tras esta labor, en cada una de estas presentaciones el yo queda finalmente remodelado, alterado por completo.

En este punto Freud sostiene que no podría hablarse de defensa secundaria, sino de avasallamiento del yo por parte de lo reprimido, sobreviniendo entonces la alteración del yo. Este término nombra, entonces, la transformación de la instancia yoica bajo el influjo del reproche mudado en amenazas alucinatorias y el delirio como intento de asimilarlas. Aquí, se le plantean al yo dos caminos: o se empequeñece, conformándose así una melancolía -es decir, cree en el reproche primario-, o más bien se protege del reproche mediante un delirio de grandeza, considerado por Freud una "creencia delirante protectora" (Freud, 1896: 267), finalizando en cualquiera de los dos casos en un remodelamiento completo del yo.

En las "Nuevas puntualizaciones..." ratifica la idea expresa en su Manuscrito K. Esta vez, sin embargo, lleva un paso más allá sus afirmaciones: contra los síntomas del retorno de lo reprimido, no hay en la paranoia defensa alguna. El hecho de no haber creído en el reproche primario, y haberlo desestimado, proyectando así su contenido en desconfianza hacia otros, deja al paranoico sin herramientas para hacer frente a una nueva oleada de lo reprimido. Las ideas delirantes no encuentran barreras y el yo "se ve precisado a adecuarse", según palabras del autor, en la alteración del yo. Cabe preguntarse entonces por qué razón, en el caso de la paranoia, el yo emprende el costoso camino de su propia alteración, en vez de persistir en la lucha defensiva contra el retorno de lo reprimido, como ocurre en la neurosis obsesiva. Tras la elaboración de los conceptos de la Metapsicología que revisaremos a continuación, Freud intentará dar razón de esta particularidad de la estrategia paranoica.

El yo alterado en el narcisismo

El caso Schreber lleva a Freud a introducir cambios importantes en su teoría del yo, más precisamente el concepto de narcisismo. Llega incluso a decir que el análisis de las parafrenias, es decir las psicosis, le permitirá adentrarse en el análisis del yo. Antes de que Freud formalizara el concepto de narcisismo, el término designaba un particular comportamiento en la clínica de la perversión, puntualmente, el trato que un sujeto daría a un objeto sexual, pero que, sin embargo, da a su propio cuerpo hasta alcanzar la plena satisfacción sexual. En 1914, en su artículo "Introducción del Narcisismo", Freud le otorga estatuto conceptual, al articularlo con conceptos claves, pilares de la teoría psicoanalítica.

Si bien antes de dicha publicación ya había utilizado referencias a este término, será en este artículo donde lo introduzca a los fines de ahondar en nuevas elucidaciones acerca de la teoría de la libido. Revisaremos los avances a los que llega con respecto al yo y sus alteraciones respecto de la realidad exterior, en el abordaje de este artículo y de otros que le son contemporáneos, y que decantaron en el marco de la teoría psicoanalítica bajo el nombre de Metapsicología freudiana.

Freud conceptualiza al narcisismo como el complemento libidinal de la pulsión de autoconservación, esencial a todo ser humano. Traza también en este artículo, por primera vez, la distinción entre pulsiones yoicas y pulsiones sexuales, circunscribiendo de este modo su primer dualismo pulsional. Define al yo no como una unidad, sino como un elemento que ha de avanzar en su desarrollo progresivo, en un devenir que parte de la indiferenciación de las pulsiones. Ese estado de indiferenciación es designado por Freud como narcisismo primario. Más tarde, operaría la diferenciación entre pulsiones yoicas y pulsiones sexuales.

¿De qué modo se nos manifiesta esta diferenciación en las psicosis y en los síntomas de las neurosis de transferencia? Freud diferencia a las neurosis de transferencia por un lado y a la paranoia y las parafrenias por el otro, según el tipo de alteración del yo que se produzca ante la frustración en la realidad exterior. En las neurosis de transferencia, se produce una alteración en el yo con respecto a la realidad por introversión de la libido al terreno de las fantasías, no se produciría un retiro de la realidad, sino sustitución del lazo amoroso con el objeto por la cancelación de la acción motriz que llevaría a la satisfacción en el objeto.

Distinto es el camino que toma la libido en el caso de las parafrenias y la paranoia, en las cuales el retiro del yo de la realidad se consume casi de modo íntegro, y la libido retirada del mundo externo se erige en el interior del yo. El extrañamiento de la realidad y el delirio de grandeza son propios de las parafrenias y la paranoia. El delirio de grandeza que altera al yo y modifica su relación con la realidad, no es más que el desarrollo e incremento de un narcisismo primario. Este narcisismo primario es la investidura original del yo, conferida luego a los objetos. Las investiduras de objeto que se repliegan

ahora en el yo corresponden a un narcisismo secundario y producen una estasis de la libido yoica. Es decir, el desasimiento del yo de la realidad en el movimiento represivo, se consume de manera más rotunda, en lo que Freud da en llamar la retracción de la libido, ya no a la fantasía como en la neurosis, sino al yo, generando el estado de narcisismo secundario.

¿Cuál es la clínica de esta particular posición de la libido? El Dr. Schreber describe en sus *Memo-rias* un periodo en donde el mundo estaba derrumbado, poblado por hombrecitos hechos a la ligera. Este cambio pavoroso de la realidad en la “fantasía de fin de mundo”, tuvo su correlato en las alteraciones del yo, bajo la clínica del delirio de grandeza que intenta elaborar la estasis libidinal del segundo momento de la represión: la libido estancada precipitó al sujeto en el mutismo alucinatorio estuporoso.

Efectivamente, uno de los mecanismos defensivos con que cuenta el yo para resolver sus conflictos con la realidad externa, es la represión. En el caso en que las pulsiones libidinosas entren en franco conflicto con la realidad externa, partirá del yo una acción de represión. El aparato psíquico tiene la función de refrenar los montos de energía libidinal, dado que un cúmulo muy acrecentado de esta, produce una tensión que se traspone en displacer en la vida anímica. Cuando el volumen de libido narcisista excede cierto cúmulo, se traspone en energía libidinal de objeto. En las neurosis de transferencia frente a la frustración en la realidad, la libido emprende la vía regresiva a la fantasía por introversión; en la parafrenia y la paranoia, consideradas por Freud como neurosis narcisísticas, operará, en cambio, lo que Freud denomina “retracción” de la libido retirada de la realidad hacia el yo, produciendo en estas perturbaciones un avance de libido homosexual sobre el yo.¹⁰³

Será a través del análisis de la paranoia que Freud logrará establecer que las mismas peticiones de deseo que en un sujeto pueden convocar a la represión, en otro sujeto pueden presentar la desestimación consciente o ni siquiera llegar al estado de la conciencia. Freud lo atribuye a que en el primer caso, se ha erigido en el interior del yo una instancia que mide a su yo actual, el Ideal del Yo, formalizado en los artículos posteriores a 1920 como Superyó. Sobre este Ideal del yo recae ahora el amor por sí mismo del sujeto. Esta instancia que mide, vigila y critica el vivenciar del yo, esta conciencia moral, en ocasiones, puede enfermar. En las neurosis de transferencia se la puede constatar en la subjetividad del individuo, cuando en su discurso escuchamos sus autocríticas, o bien expresada en sus acciones sintomáticas. En la psicosis, en cambio, esta instancia se manifiesta por el extrañamiento del yo ante la realidad, expresado en el delirio de ser notado o vigilado, característico de la paranoia, que intenta dar cuenta de otra modalidad de retorno: las voces de las que atestigua el sujeto en las parafrenias, de las que refieren conocer sus pensamientos y relatar sus acciones.

En su artículo de 1917, “Duelo y Melancolía”, Freud formaliza el examen de realidad, la instancia crítica o ideal del yo y la censura de la conciencia considerándolas como instituciones del yo. Se valdrá para tal argumentación de la comparación entre la melancolía y un afecto normal, el duelo. Un duelo sobreviene tras la pérdida de un ser amado u otra cosa que cumpla con esta condición, por ejemplo, una abstracción o un ideal. Si ambos estados son la reacción ante una pérdida, ¿por qué razón ocurre que en un sujeto sobrevenga un duelo normal, y en otro, una melancolía? En los dos estados observamos un desinterés por el mundo exterior y un hondo sentimiento doloroso, un “angostamiento del yo”; y sin embargo, hay un componente que falta en el duelo normal: el intensísimo rebajamiento de sí. Esta degradación de sí puede extenderse hacia autoreproches, autodenigraciones, y en algunos casos, un delirio expectante de castigo.

En el duelo normal, el extrañamiento de la realidad consiste en que el acontecer del psiquismo se aviene sólo a ocuparse del sentimiento y recuerdo perteneciente al ser amado perdido. Este extrañamiento de la realidad que ocupa al yo del sujeto se sucede hasta producido el retiro pieza por pieza de los lazos libidinales que unían al sujeto con el objeto de amor. La resistencia a obedecer el examen de realidad que muestra la pérdida del objeto, a veces alcanza un potencial extravío de dicha realidad que querría retener al objeto mediante una “psicosis alucinatoria de deseo”, sin embargo, lo esperable es que acabe por ceder una vez cumplido el tiempo del duelo, y el yo quede libre para volver a amar. Podemos ver entonces que también en el duelo normal está comprometida la relación con la realidad, al punto de creer ver al objeto que el examen de la realidad dictamina como perdido. ¿Cómo diferenciar este estado de la reacción en el caso de una neurosis narcisista, por ejemplo, una melancolía?

A diferencia del duelo, en la melancolía, sea un ideal o un objeto real aquello que se haya perdido, la pérdida en sí misma se efectúa ajena a la conciencia. El sujeto no sabe lo que ha perdido en el objeto, puesto que esta pérdida se ha producido en el interior del yo, y el retiro de la libido debe consumarse allí mismo. Un feroz e insondable rebajamiento yoico se completa en el estado de melancolía grave con la negativa a alimentarse, insomnio y un intenso decaimiento de la pulsión que fuerza a todo sujeto

¹⁰³ Cf. capítulo 3.

a asirse a la vida. De este modo, el yo se nos aparece como profundamente transformado y alterado, vuelto contra sí mismo en un delirio de insignificancia absoluta, regocijándose en automartirios. Se ha convertido en un yo inhibido y querellante sobre sí mismo. Profundizando en las intelecciones del estado del melancólico advertimos que las litigantes injurias que el yo expresa sobre sí mismo han de recaer, verdaderamente, sobre el objeto de amor que se ha perdido. El proceso que subyace a esta verdadera clínica de la exacción, y que se erige como el mecanismo propio de las perturbaciones narcisistas melancólicas, es la identificación del yo con el objeto, que Freud expresa en su exquisita frase, “la sombra del objeto cayó sobre el yo” (Freud, 1917: 246).¹⁰⁴

Esta extrema alteración que sobreviene al yo por identificación con el objeto en la melancolía, es la consecuencia de la revuelta contra la persona propia. Luego de una elección de objeto y su investimento, y a causa de una desilusión con dicho objeto de amor, no se llevó a cabo un desasimiento de la libido que lo enlazaba al objeto y su posterior deslizamiento a un sustituto, sino más bien un retiro de la libido en el yo. Una parte del yo en contraposición a la otra, lo evalúa de modo crítico. Es la instancia crítica oculta en el interior del yo, que da cuenta de su autonomía y toma al yo por objeto, para dirigirle desde allí las más infames querellas. A la libido retirada del mundo exterior, no le sobrevino el desasimiento y la correspondiente cancelación de los enlaces que la unían al objeto.

En las afecciones narcisistas melancólicas se establece una identificación con el objeto rehusado. El yo puede ahora ser avasallado por el objeto en una feroz batalla entre un yo alterado por identificación y un yo crítico. Inferimos, entonces, que la elección de objeto se establece en estos casos sobre una elección narcisista de objeto, puesto que de surgir un conflicto con el objeto de amor, la libido de objeto retirada retorna al narcisismo, lo cual le permite la retención del objeto. La identificación se corresponde con la etapa oral del desarrollo libidinal, en la cual se ambiciona la incorporación del objeto en forma oral. La identificación narcisista es una identificación originaria, y la ambivalencia que la caracteriza marca su impronta en el acercamiento al objeto que, en este caso, se ha erigido en el yo, y se hace de este modo blanco de toda hostilidad. Al final del proceso, encontramos un yo que se revuelve contra sí de modo sádico, obteniendo una satisfacción sádica posibilitada por los requerimientos pulsionales del autoerotismo anal.

Discernimos por tanto que el mecanismo de las afecciones narcisistas se da por la relación de los factores siguientes: regresión a la etapa de elección narcisista de objeto, regresión a la etapa sádica y una estasis libidinal que desborda al yo. El yo que ha sido alterado mediante estos mecanismos no regresa al estado anterior en el que se encontraba antes de que se llevaran a cabo en su interior estos procesos. Se nos aparece, en cambio, un estado de solución restituida en su relación con la realidad exterior. La restitución de las cargas al mundo exterior en el caso del Dr. Schreber dan fe de estas modificaciones, cuando lo muestran en su narcisismo de reconstitución frente al espejo, adornado con abalorios, pudiendo finalmente enunciar: “Ese soy yo: La Mujer de Dios”. Esto testimonia de la total remodelación del yo que Freud evocaba desde un inicio.

El yo alterado en la pérdida de realidad

Con el fin de retomar la problemática del diagnóstico diferencial entre psicosis y neurosis, Freud vuelve a interrogarse en los años '20 por el problema de la realidad, a partir de dos escritos clave: “Neurosis y psicosis” y “La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis”. Ambos escritos pretenden establecer una diferenciación entre el curso de cada enfermedad, sus mecanismos y formación de síntoma, a partir de la distinción del aparato psíquico en instancias, tal como había sido plasmada en “El yo y el ello”. En esta obra, la novedad principal consistía en destacar los “vasallajes del yo”, es decir, aquel funcionamiento de la instancia yoica en la cual se ve compelida a complacer, cual siervo a sus amos, al ello, al superyó y, agregándose en este escrito, a la realidad.

De esta manera, se establece al yo como una suerte de instancia intermedia entre las “exigencias del mundo exterior” y las exigencias pulsionales provenientes del ello. El conflicto entonces es inherente al funcionamiento del aparato psíquico, y las diversas instancias que lo componen puján por sus propios intereses. Desde el ello las fuerzas pulsionales buscan satisfacción, desde el superyó esas mismas fuerzas se disfrazan de necesidad de castigo, y desde la realidad, son las exigencias culturales las que limitarán las descargas de libido y agresión, como se explicará unos años más tarde en “El malestar en la cultura”.

¹⁰⁴ Cf. capítulo 7 y 8.

La finalidad de estos escritos del año 1924 será generar una clínica diferencial, es decir, establecer un recorrido psicopatológico distinto para la neurosis y la psicosis, partiendo de las respuestas del yo a las distintas instancias y en relación a la realidad y su pérdida. Freud concebirá una hipótesis que resume en la siguiente frase “la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y el ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (Freud 1924a: 155). No se trata entonces de un establecimiento de síntomas y signos diferenciales, sino de ubicar una etiología distinta para cada afección, en términos freudianos, una “diferencia genética”, es decir, en su génesis, apelando a la distinción en los mecanismos de formación de síntoma propios de cada una.

En el comienzo, ambas responden a una situación inicial común: la frustración, por parte del mundo externo, de algún deseo infantil. Tenemos así una causa común, pero será la respuesta de parte del yo la que determine la producción de la neurosis o de la psicosis.

Ahora bien, ¿a qué se refiere Freud con la expresión “mundo exterior”? ¿Se superpone con la idea de la realidad como instancia? Unos párrafos más adelante parece condensar ambas ideas al hablar de un “mundo exterior real”. Las exigencias de ese mundo exterior real influirían en el yo a través del superyó, y así se produciría la neurosis: el yo reprimiría las mociones del ello a instancias de estas influencias. El conflicto ahora devendría entre el yo y el síntoma, retorno de aquello reprimido, que produce, como veremos luego, una inevitable alteración en la instancia yoica.

¿Qué sucede en la psicosis? Tomará dos formas de psicosis para establecer el mecanismo de su formación: la confusión alucinatoria aguda (llamada aquí *Amentía* de Meynert) y la esquizofrenia. De la primera, dirá que se trata de la “forma más extrema e impresionante de psicosis” (Freud, 1924a: 156), destacada por la ausencia total de percepción del mundo exterior. Lo que sucede aquí es que el yo se ha creado un nuevo mundo, en completa connivencia con las mociones del ello. Este “extrañamiento de la realidad exterior”, será puesto por el autor en analogía con el sueño.¹⁰⁵ Más tarde, en su “Esquema del psicoanálisis”, aclarará que en algún lado permanecía un yo normal, espectador de todo el proceso psicótico (Freud, 1927b).

De la esquizofrenia, por otro lado, tomará dos signos fundamentales, la apatía o repliegue afectivo, al cual describirá como “la pérdida de toda relación con el mundo exterior”, y el delirio. En escritos anteriores, Freud había propuesto la hipótesis de la curación como función del delirio; aquí retomará y ampliará esa propuesta, considerando al delirio como un “parche”, un zurcido que viene allí al lugar donde se ha producido el desgarró, la ruptura entre el yo y la realidad. No se trata entonces de una ruptura total y radical como en la confusión alucinatoria, sino una ruptura parcial, remendada por el delirio.

Queda además la posibilidad de que el yo resuelva los conflictos con las instancias sin llegar a la producción de neurosis ni psicosis. Esta vía, que Freud no duda en presentar como campo no investigado aún, estaría determinada sobre todo por un yo que “evita la ruptura” con las diversas instancias. Freud postulará que el yo puede evitar los conflictos “deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad, y eventualmente, fragmentándose y partiéndose” (Freud, 1924a: 158), es decir, produciéndose una alteración en el yo. La enfermedad se evita, pero no así esta alteración.

En el mismo año, 1924, Freud publica un segundo artículo dedicado a esta temática denominado “La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis”, destinado a enmendar algunas de las afirmaciones previas.

La principal novedad de este artículo será la introducción de la pérdida de realidad también para la neurosis, es decir, que tanto ésta como la psicosis tendrían su particular pérdida de realidad. Afirmará “tanto neurosis como psicosis afirman la rebelión del ello contra el mundo exterior, expresan su displacer, o si se quiere, su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad” (Freud, 1924b: 195). Complejiza de esta manera el recorrido causal delimitado en el artículo anterior, agregando un nuevo paso en los mecanismos de formación de síntoma. En la neurosis el primer paso consistiría en una renuncia pulsional, la represión, en detrimento del ello y a favor de la realidad. El segundo paso, la enfermedad propiamente dicha, sobreviene al retornar aquello reprimido, y por ende aflojarse el vínculo con la realidad, en palabras de Freud “la obediencia inicial es seguida por un posterior intento de huida” (Freud, 1924b: 195). El retorno, y la pérdida de realidad consecuente, se producen en lo que Freud ha denominado síntoma neurótico.

En la psicosis también encontramos dos pasos, aunque, si se quiere, opuestos a la neurosis. En un primer momento, el yo se arranca de la realidad para cumplir las exigencias del ello. El segundo momento, en cambio, consiste en “indemnizar” estos perjuicios, compensando esta pérdida. ¿De qué manera lleva a cabo esta tarea? Construyendo una nueva realidad, delirante, por medio tanto de sus anti-

¹⁰⁵ Cf. capítulo 2.

guas percepciones como de nuevas percepciones acordes a esta neorrealidad, llamadas alucinaciones. En el caso del presidente Schreber, tal y como lo trabaja Freud, evidenciamos este proceso con claridad: cuando el yo del paciente quita sus investiduras de la realidad de manera radical, en el segundo movimiento represivo, esta realidad queda vacía y se produce la “catástrofe del fin del mundo”. Este sepultamiento del mundo coincide con la ausencia en él de libido, producida por el yo para no contradecir al ello, lugar de la moción homosexual de Schreber que pugna por su realización. Luego sobreviene un segundo momento de reconstrucción delirante que reconduce la libido al mundo, un nuevo mundo acorde a la invención delirante. La restitución o intento de curación discurre ahora por el camino del delirio, paranoide en un primer momento, donde el paciente denunciaba intentos de violación y persecución, y redentor hacia el final, en el cual, en obediencia al ello, logra reconciliarse con la idea de la transformación en mujer.

Ahora bien, a través de este recorrido, queda claro que la “pérdida de realidad” no es igual en una u otra afección. “La neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis desmiente la realidad y procura sustituirla” (Freud, 1924b: 195) afirma Freud. ¿Se trata de dos procesos radicalmente diferentes o de un mismo mecanismo con variaciones cuantitativas? Freud dice por un lado, que la neurosis se limita sólo a evitar ese fragmento de realidad, mientras que la psicosis pone el acento en la construcción de una nueva realidad. Son entonces, diferentes mecanismos. Sin embargo, hacia el final del artículo aclara que no debe realizarse un distingo tan radical entre una y otra. Introduce el concepto de “fantasía”, el cual es utilizado para explicar el mecanismo por el cual también la neurosis construye su propia realidad y es en este sentido que habría que entender que hay pérdida de realidad también en la neurosis. Vemos así cómo para Freud la pérdida de la realidad no es una condición deficitaria exclusiva de las psicosis.

¿Qué papel juega la fantasía en la psicosis? Freud no lo aclara en este escrito, pero traza un nuevo distingo, a partir de la función de la fantasía, entre la neurosis y la psicosis: mientras ésta reemplaza la realidad por una nueva, la neurosis retorna en la fantasía a una moción de deseo prehistórica en la que encuentra mayor satisfacción que en el mundo real.

La alteración del yo defensiva y la alteración del yo por el psicoanálisis

En convergencia con la noción de realidad que Freud utiliza para intentar una delimitación estructural de la neurosis y la psicosis, encontramos, a lo largo de toda su obra la expresión “alteración del yo”, como hemos especificado en los apartados precedentes. Utilizando el vocablo alemán *Ichveränderung*, pretenderá con este término dar cuenta de una consecuencia del proceso psicótico, en especial de la paranoia, tal y como él concibe esta afección. Hacia el final de su obra, sin embargo, la alteración del yo se generalizará hasta abarcar también al campo de las neurosis.

Mucho tiempo después de las “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, donde acuñó el concepto, hacia el final de su obra, Freud retomará la noción de alteración del yo, aunque con un marcado deslizamiento de sentido. Debe tenerse en cuenta que luego del giro de los años '20, se dedicó a conceptualizar al yo, ahora incluido en la segunda tópica y en una lectura estructural del aparato psíquico. Allí definirá el trabajo del yo en su función de síntesis y de conciliación entre las diversas instancias, el ello, el superyó, la realidad. Es así que pasa de una concepción general del yo a una muy específica:

[...] nos hemos formado la representación de una organización coherente de los procesos anímicos de una persona, y la llamamos su yo. De este yo depende la conciencia, él gobierna los accesos a la motilidad, vale decir: a la descarga de las excitaciones en el mundo exterior; es aquella instancia anímica que ejerce control sobre sus procesos parciales (Freud, 1923: 18).

Le adjudicará además la potestad sobre la represión, y será el representante de la razón y la prudencia (Freud, 1923: 27). En “Análisis terminable e interminable”, Freud retoma el concepto de alteración del yo, a la luz de esta nueva concepción acerca de dicha instancia. En esta obra pretende dar cuenta de los obstáculos que se oponen a la cura, así como de los factores que influyen en la duración de los tratamientos y sus resultados. Entre estos factores ubica la “alteración perjudicial del yo”. Afirma que para que el análisis progrese, es necesaria una alianza con el yo del paciente, con el objetivo de

integrar aquellas partes del ello que han escapado a la conciencia, pulsiones que permanecen indomeñables, y que deben tener su adecuada síntesis al sistema yoico.¹⁰⁶

El escollo con el que se encuentra el analista es que en ningún caso se trata de un yo normal, lo cual constituye para Freud una “ficción ideal” (Freud, 1937: 217). Retoma entonces la referencia a la psicosis, para plantear que un yo se aproxima más o menos al yo alterado de la psicosis en cada persona. Dado que para este autor el yo de la psicosis no se aviene al vínculo terapéutico conceptualizado como transferencia, será en esto en lo que cada yo neurótico se asemeje en diversos grados. Afirmará que esta alteración puede ser adquirida, y propondrá que son los mecanismos de defensa los que modifican al yo: desfigurando, translocando, omitiendo y sustituyendo su texto.

Pero entonces ¿en qué se asemeja el estado del yo neurótico modificado por la represión de la alteración del yo en la psicosis? También en la neurosis la represión implica que el yo debe extrañarse de sus percepciones internas y sacrificarlas, y estos modos de defensa se regularizan como reacciones de carácter. A continuación, toda vez que la realidad objetiva proponga situaciones de peligro similares, se reaccionará de igual manera, enajenándose cada vez más del mundo exterior. Es este el “alto precio”, al decir de Freud, que paga el yo por utilizar sus mecanismos de defensa: queda paralizado y alterado. Ahora podemos definir con seguridad en qué consiste la alteración del yo: “una divergencia respecto de un yo normal ficticio, que aseguraría al trabajo psicoanalítico una alianza de fidelidad inmovible” (Freud, 1937: 241). Aunque la psicosis siga siendo el extremo de mayor alteración, es indudable que las vicisitudes transferenciales en la neurosis implican que la alteración no es exclusiva de aquella afección. El yo de la neurosis también se altera falsificando la percepción interna, enajenándose del mundo exterior y, en suma, sufriendo de severas limitaciones.

En “Esquema del psicoanálisis”, escrito final e inconcluso de su gran obra, Freud retoma los problemas planteados anteriormente acerca de los vínculos del yo con la realidad, y los estados que sobrevienen en el yo luego de la utilización de la defensa. Allí le adscribe al debilitamiento del yo la categoría de causa de las afecciones tanto neuróticas como psicóticas. No debemos confundir al yo débil productor de las afecciones, con la alteración del yo que sobreviene tras los procesos de la psicosis, la neurosis, o la vía normal de conciliación entre instancias, como lo planteamos en párrafos anteriores.

En pos de conservar su norma, el yo debe frenar las exigencias del ello y del superyó, aferrándose a lo que Freud denomina “realidad objetiva”. Recordemos que mientras las exigencias del ello apuntan a la ganancia de placer exclusivamente, el yo debe tener miramientos por el principio de realidad, es decir, por la autoconservación. Pero no siempre lo logra: si estas exigencias devienen excesivas, el yo se debilitará, su organización se alterará, y el vínculo con la realidad objetiva se puede “cancelar”. Ofrece aquí el ejemplo del sueño: se cancelan los vínculos con la realidad, al dormir, y se cae en una formación alucinatoria que corresponde al deseo inconsciente y al gobierno interior de la vida anímica. Para Freud el sueño consiste, nada más y nada menos, que en una psicosis, aunque temporal y encargada de una función vital.¹⁰⁷ Aquí, como en la psicosis, el examen de realidad se suspende, y las huellas mnémicas devienen conscientes en calidad de percepciones.

¿Qué ocurre con la psicosis en el tratamiento psicoanalítico? Sabemos que Freud ya había dado muestras de cierto pesimismo al respecto. Aquí retoma este tema, en función de esta nueva lectura de las funciones del yo. Considera que en todo tratamiento, ha de realizarse un pacto entre el yo del enfermo, apuntalado en el mundo exterior, y el analista, en contra de los peligros: los influjos del ello y del superyó. Para que esto sea realizable, el yo debe conservar “cierto grado de coherencia, alguna intelección para las demandas de la realidad objetiva” (Freud, 1940: 174). De esta manera descarta que el psicótico pueda realizar semejante pacto, dado que el analista caerá, tarde o temprano, en esa realidad exterior que ya no significa nada para estos pacientes. De cualquier manera, no descarta algún otro tipo de tratamiento, y deja la puerta abierta para “otro plan” curativo.¹⁰⁸

Para las neurosis graves, aunque alerta del peligro, agrega que no se trata de un yo tan “desorganizado” como el de la psicosis, por lo cual el influjo analítico es posible. En definitiva, el yo se ve alterado por las fuerzas de lo inconsciente, que, producto del proceso defensivo, es expulsado y actúa a través de retoños. El tratamiento analítico se esfuerza en retrotraer esos retoños e incita al yo a asumirlos. De esta manera, produce una nueva alteración del yo, pero esta vez, ventajosa para el logro de la cura. Ahora bien, podríamos preguntarnos: ¿qué alteración del yo resulta patógena y cuál ventajosa? El yo neurótico, dice Freud, es aquel que ya no puede responder a las exigencias de la realidad humana, es decir, las exigencias de la sociedad y la cultura. Además, ha perdido partes de su memoria, y se encuentra gravemente limitado, escindido en dudas y conflictos internos. La alteración ventajosa estriba

¹⁰⁶ Cf. capítulo 10.

¹⁰⁷ Cf. capítulo 2.

¹⁰⁸ Cf. capítulo 10.

en restituir al yo lo que le es propio, es decir, en hacer consciente lo inconsciente, pues de eso padece. El tratamiento analítico no apunta entonces a volver a un estado anterior, sino a producir una nueva alteración del yo, diferente a aquella de la neurosis.

En oposición a esto ¿qué proceso ocurre en las psicosis? Freud propone la interacción de dos factores: lo insoportable de la realidad exterior y el refuerzo extraordinario de las pulsiones. Aún así, el desasimio de la realidad nunca es total, incluso en estados extremos como la *amentía*, a la cual hicimos mención en párrafos anteriores. Freud admite aquí que una parte del yo permanece normal, y acuña el término de escisión. Esta parte del yo normal, toma en cuenta la realidad objetiva, mientras que otra parte se distancia de ésta bajo el dominio de las pulsiones.

Sin embargo, la escisión no constituye un estado exclusivo de las psicosis: también se presenta en las neurosis y en el fetichismo. Freud explica esta escisión a partir de la percepción de la ausencia de pene en la madre por parte del yo infantil: si sobreviene aquí el mecanismo de la desmentida, coexistirán en el yo las dos situaciones (que la madre posea el pene y que no lo posea). Se trata de una medida incompleta para desasirse de la realidad, y siempre la desautorización se acompaña de un reconocimiento. En las neurosis esto ocurre de la misma manera, pero no conviven ambas posturas en el yo, puesto que una de ellas es expulsada al ello, aunque Freud advierta que dicha distinción estructural no es siempre tan clara.

En conclusión, pese a señalar la pérdida de realidad para la psicosis, aunque no como algo exclusivo de esta afección, Freud destacará también la reconstrucción de la misma, una creación denominada delirio, que pretende construir una nueva realidad acorde al ello. Esta creación produce finalmente una alteración del yo, como marca del proceso que el sujeto ha llevado a cabo.

Finalmente, en su artículo “Construcciones en el análisis”, Freud retoma la problemática de la pérdida de realidad y los objetivos del psicoanálisis, en especial en relación a la psicosis. Propone una nueva lectura del delirio: frente al extrañamiento de la realidad ocurrido en el primer tiempo del proceso psicótico, las pulsiones acometen para lograr el cumplimiento de un deseo infantil, desplazadas y desfiguradas al modo de un sueño. Aquí entonces, ratifica que la locura posee una lógica, y también “un fragmento de verdad histórico-vivencial”, correspondiente a aquello reprimido infantil. Es posible entonces el influjo terapéutico. Este no debería tratar de conmovir la certeza que aparta al sujeto de la realidad ahora rechazada, sino tomar ese fragmento de verdad, despojarlo de su actualidad perceptiva y vivencial, y reconducirlo al pasado, al cual pertenece.

Después de Freud

En el marco de la complejidad de los vínculos entre el yo por un lado, y la realidad y su pérdida por otro, entendemos que lo conceptualizado como modificación o alteración del yo en los textos de la primera clínica es para Freud el producto de una “labor del yo”: un trabajo, una respuesta que coincide, en la psicosis, con la producción delirante, considerada años más tarde como restitutiva, intento de curación. Vislumbramos entonces la discordancia entre esta perspectiva y la posición de algunos de los autores postfreudianos, que asimilaron la noción de “yo alterado” con la noción de un “yo débil” en la psicosis, posiciones todas que han tenido consecuencias de peso en la dirección de la cura.

Podemos mencionar, entre otras, las conceptualizaciones de Winnicott, en relación al self y al falso-self, este último vinculado a las defensas primitivas. El falso-self desarrolla reacciones esquizoides, depresión y despersonalización, todas ellas reacciones vinculadas a la falla en la adaptación. La distancia entre el self y el falso-self es para Winnicott directamente proporcional a la suma de las carencias de adaptación, es decir, a la experiencia repetida del objeto perdido. La psicosis, desde esta perspectiva, no está relacionada con la forclusión del Nombre-del-Padre como lo propone Lacan, sino con el quebrantamiento de los cuidados maternos que producen la consolidación del falso-self, a causa de la repetición de las vivencias traumáticas por la falta de una madre suficientemente buena. De aquí deriva su posición en la dirección de la cura y su crítica al psicoanálisis por no parecerse para nada a los cuidados maternos. La posición winnicottiana reserva entonces, para el analista, el lugar de la madre no-deseante, la madre fálica.

Pero es la escuela americana de la psicología del yo, la *Ego-Psychology*, en la figura de uno de sus máximos exponentes, Heinz Hartmann, la que inaugura la perspectiva de la sistematización de conceptos vinculados al yo, y plantea de manera taxativa y determinante la noción de “yo débil” en la psicosis. Mientras que un “yo fuerte” sería un yo normal, bien adaptado, sin grietas ni fisuras, en el pleno ejercicio del control y del dominio, en el “yo débil” se desplegarían, por el contrario, las cualidades de lo

desadaptado, lo inestable y lo enfermo. En este sentido, la posición del yo unificado reduce al yo a una mera función psicológica, quizás a esa ficción ideal que Freud señalaba como inexistente.

Pensamos, por el contrario, que la noción freudiana de “yo” no parece estar fundada en una unidad sin fisuras a la base de su constitución. Se revela que en la misma defensa en la que el yo se divide – ya en la primera clínica freudiana -no se plasmaría una supuesta “debilidad yoica”, sino más bien aquello que lo hace “más adaptado” a la realidad o mundo que lo rodea.

Pero será en su artículo “La escisión del yo en el proceso defensivo” en donde quedará más claramente de manifiesto la desgarradura fundante del yo. En el fetichismo, la posibilidad de una supuesta síntesis del yo queda obliterada por esa desgarradura respecto de la realidad. Se revela entonces, de manera insoslayable, que la realidad, en última instancia, es la realidad psíquica que opera la castración. La realidad humana es, efectivamente, una realidad construida a partir de los significantes que marcaron la particularidad de la historia en cada sujeto.

Conclusiones

El yo tal como es concebido por Freud no responde al lugar de ninguna síntesis psíquica, ni una unidad de la persona ni tampoco del sí mismo. Efectivamente, no es una unidad sin fracturas, pero tampoco es que se debilita o se quiebra en determinadas patologías. La noción de un yo unificado, perturba la dirección de la cura en la psicosis, cuando se concibe que debe dirigirse al fortalecimiento de una supuesta debilidad, para promover una adaptación a la realidad, siempre peligrosa. Por otra parte para Freud el yo del psicótico no es un yo en déficit. De hecho propone lo siguiente: "Llamamos 'normal o sana' a una conducta que aún determinados rasgos de ambas reacciones: que, como la neurosis no desmiente la realidad, pero, como las psicosis, se empeña en modificarla" (Freud, 1924b: 195).

Porque finalmente, no hay en Freud una armonía preestablecida entre el yo y la realidad; el yo está en relación con la pérdida de realidad, y las diferencias que en ella operan en la psicosis y en la neurosis. La “verdadera” realidad para Freud, está perdida para siempre. Desde la perspectiva freudiana, el acento recae ya no sobre la pérdida, sino sobre lo que viene a reemplazarla: en la neurosis, la fantasía, reconsiderada y reformulada más tarde por Jaques Lacan como el fantasma; en la psicosis, el delirio.

Bibliografía

- Freud, S. (1886). Manuscrito K. En *Obras Completas, Vol. I*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1894). Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas, Vol. III*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas Tomo 3*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En *Obras Completas Tomo 12*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas Tomo 14*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. En *Obras Completas Tomo 14*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas Tomo 19*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924a). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas Tomo 19*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924b). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. En *Obras Completas Tomo 19*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas Tomo 21*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937a). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas Tomo 23*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937b). Construcciones en el análisis. En *Obras Completas Tomo 23*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1938). La escisión del yo en el proceso defensivo. En *Obras Completas Tomo 23*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1940). Esquema de psicoanálisis. En *Obras Completas Tomo 23*. Buenos Aires: Amorrortu.

CAPÍTULO 10

Vaivenes de la transferencia

*Julia Martin, Nicolás Maugeri,
Diana Lozano y Selika Ochoa de la Maza*

*De tal suerte, también al delirio se aplicará
el aserto que yo hace tiempo he declarado
exclusivamente para la histeria, a saber,
que el enfermo padece por sus reminiscencias.*

SIGMUND FREUD

Introducción

Desarrollaremos en este capítulo la siguiente hipótesis de trabajo: la posición de Freud es fluctuante en lo que respecta a la aplicación del método psicoanalítico a las psicosis, y, por tanto, no taxativa como en una primera lectura pareciera. Freud desaconsejaba la propuesta analítica para los psicóticos, pero esto no impedía que, tal como puede verse en alguna de sus publicaciones, los recibiera, e incluso, interpretara sus síntomas. Primera paradoja que nos introduce en los avatares de la libido para esta forma de malestar subjetivo, y que lo conducirá a proponer su concepción de narcisismo, deducida de la supuesta incapacidad del psicótico para la transferencia y que fundamentaría la inviabilidad del método.

Si bien el campo de la psicosis es, promediando la obra freudiana, el límite de la experiencia analítica, al final de la misma veremos un desplazamiento de ese límite hacia el más allá del principio del placer, afectando también al campo de la neurosis: se localiza un inanalizable en el corazón de todo análisis. Asimismo, esta formulación de los avatares de la libido a partir de los fragmentos clínicos de casos de psicosis que Freud nos presenta, permitirá pensar que el desasimiento libidinal postulado siempre es parcial y que es a este desasimiento a lo que Freud atribuye la incapacidad de establecer transferencia, es decir, alude sólo a un momento del proceso psicótico.

No desconoceremos el contexto de discusiones políticas en el movimiento psicoanalítico, sobre todo en relación con la ruptura de Freud con Jung, afecto este último al tratamiento de la psicosis por el psicoanálisis, para pensar estos vaivenes en los ensayos terapéuticos en este campo. También situaremos lo que llamaremos la incidencia de la transferencia de Freud con las psicosis. Aquello que Freud ha llamado "contratransferencia", en tanto refiere a los sentimientos y prejuicios del analista y cuyo influjo reconoce en el encallado que condujo a Dora a abandonarlo. Lacan propone pensarlo como transferencia a secas y, por tanto, debe ser un elemento más de lectura en la construcción del caso clínico.

En suma, este trabajo nos exigirá establecer no sólo la conceptualización progresiva de las psicosis en Freud, sino también precisar a qué llama analizabilidad, y qué es para él la capacidad para la transferencia, formalización que divide las aguas nosográficas en un momento de su obra.¹⁰⁹ No olvidaremos que debe sumar a la interpretación, en función de las dificultades que conlleva la cura misma de los neuróticos, la construcción y el manejo de la transferencia, antecedente de lo que Lacan propondrá como maniobra de la transferencia (1958), cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis.

¹⁰⁹ Cf. capítulo 1.

Primera posición: el método es aplicable a las psicosis

Las coordenadas de surgimiento del psicoanálisis conducen a la inscripción de aquello que no es posible de absorber por el conjunto del saber médico de la época: la histeria. Freud inaugura un dispositivo, estableciendo un punto de ruptura con el conocimiento de la época, a partir de interrogarse por lo que la misma excluye de su mirada. Crea, de este modo, las condiciones de posibilidad de la apertura de un campo novedoso donde teoría y método se articulan a partir de los obstáculos con los que se tropieza en la clínica. El psicoanálisis desde su surgimiento se instala entonces como un dispositivo que dará tratamiento al padecimiento neurótico. Ahora bien, ¿qué sucede con la psicosis, en tanto ésta es para Freud en el comienzo de su obra, la de los albores del psicoanálisis, una neuropsicosis de defensa, a mismo título que la histeria y la obsesión?

Abordaremos los inicios de la posición freudiana respecto de las psicosis, a través de dos tratamientos que Freud relata. Veremos que el ensayo terapéutico con los pacientes psicóticos le parece en principio posible. En el contexto de esta elaboración, aplica el método de Breuer, es decir, el método catártico, a dos pacientes (Freud 1895; 1896). En ambos casos, el empeño de Freud se encuentra con obstáculos que interrumpen la cura. En el primero de ellos, se trata de una “resistencia” de la paciente al método. En el segundo, de un agravamiento de su estado tal que debe ser hospitalizada. A diferencia de lo que sucede con el historial del caso Dora, Freud no analiza el vínculo entre obstáculo en el tratamiento y método. Y aún más: hay quienes pueden decir que el psicoanálisis, a esta altura, no estaba inventado. Pondremos en consideración entonces a qué se ha llamado “prepsicoanalítico”.

Surge un primer interrogante que nos introduce en el tema. Freud ofertaba su escucha a pacientes psicóticos; sin embargo, no son abundantes las referencias en sus publicaciones a lo largo de su obra. Algunos denominan a este tiempo en el que a Freud le parecía posible el tratamiento de la psicosis como prepsicoanalítico. En esta línea argumental, se podría decir que el empeño terapéutico de Freud con las psicosis se puede reducir al camino que lo llevó a concluir en su inanalizabilidad, en tanto las bases del psicoanálisis no estaban aún consolidadas cuando Freud supuestamente recibía a dichos pacientes en este período preliminar, previo. No nos conforma este argumento. Interesa ubicar entonces qué nos dice Freud respecto de lo prepsicoanalítico.

En primera instancia, Freud nunca utiliza este término para referirse a su obra. Dicha expresión es introducida por Strachey en el contexto de la edición de las *Obras Completas* y con el fin de establecer un ordenamiento de los múltiples artículos. Si bien Freud no se pronuncia cabalmente respecto de un tiempo prepsicoanalítico, se encargará en el contexto de su discusión con Adler y Jung, de sentar los principios fundamentales del psicoanálisis distinguiendo lo que es psicoanálisis de lo que no lo es (1914a).

Ubicará a la represión en el lugar de pilar fundamental sobre el que descansa el edificio del psicoanálisis, y en este sentido, el abandono de la hipnosis permite que Freud se tope con el fenómeno de la resistencia, que se opone al trabajo analítico. También situará dos premisas fundamentales: la transferencia y la resistencia (1914a). La teoría psicoanalítica es un intento por comprender estas dos experiencias. Respecto del método catártico de Breuer, Freud no es taxativo en cuanto a si se trataría o no de psicoanálisis.¹¹⁰

En “Sobre Psicoterapia”, dejará sentado que prefiere calificar al método catártico de Breuer como analítico, evidenciando cierta continuidad (Freud, 1905). En consonancia con esto, en “Recordar, repetir, reelaborar” hará un recorrido por las modificaciones que ha experimentado la técnica analítica destacando que la meta ha permanecido idéntica, “en términos descriptivos llenar las lagunas del recuerdo; en términos dinámicos: vencer las resistencias de la represión” (Freud, 1914b: 150).

No parece sencillo para Freud establecer una fecha de inicio del psicoanálisis. En lo que se ha localizado como el preludio del psicoanálisis, ¿no aparecen ya elementos de lo que se configurará como una dirección analítica?

Al inicio de la obra freudiana, la distinción neurosis y psicosis no está presente. Conviven ambas bajo la égida de las neuropsicosis de defensa y se oponen a las neurosis actuales en su nosografía, como ya se trabajó en el capítulo 1. Los criterios que se utilizan para tal distinción competen a dos órdenes heterogéneos de la causa. En las neuropsicosis de defensa nos encontramos frente a una etiología sexual pretérita anterior a la pubertad, y la acción de mecanismos de defensa que dan cuenta de un

¹¹⁰ “[...] habría debido apreciar el “procedimiento catártico” de Breuer como un estadio previo del psicoanálisis y fijar el comienzo de este sólo en el momento en que yo desestimé la técnica hipnótica e introduje la asociación libre. Ahora bien, es bastante indiferente que la historia del psicoanálisis quiera computarse desde el procedimiento catártico o sólo desde mi modificación de él” (Freud, 1914a: 8).

conflicto psíquico. El efecto póstumo de un trauma infantil efectivamente vivido da lugar a la puesta en marcha de una defensa particular en cada una de las modalidades de neuropsicosis de defensa, más allá de que se trate de neurosis o psicosis. En las neurosis actuales, en cambio, encontramos una etiología sexual actual no mediada por mecanismos de defensa que den cuenta de un conflicto psíquico. En consecuencia, las condiciones de analizabilidad en este tiempo estarían dadas por dos criterios: la etiología sexual pretérita y la acción de mecanismos de defensa. Esto es lo que le permite a Freud aplicar el método catártico también al campo de la psicosis. De este modo, la psicosis se ubica en este primer tiempo en el terreno de lo analizable.

Comentaremos a continuación los casos que presenta en este contexto. El "Manuscrito H" (Freud, 1895) es el primer escrito que hace Freud sobre la paranoia, como un preámbulo a lo que será la sección III de su segundo trabajo sobre las neuropsicosis de defensa (Freud, 1896). Conceptualiza a la paranoia crónica como un modo patológico de la defensa frente a un conflicto, tal como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. En el contexto de su pregunta por la predisposición a la paranoia incluye una viñeta de su clínica.

Se trata de una paciente de 30 años diagnosticada como paranoica. La paciente se atendió inicialmente con Breuer, desconocemos los motivos por los cuales fue derivada a Freud. Respecto del padecimiento, ubica que la misma presenta un delirio de ser notada y persecución que alterna mediante intervalos con una neurosis. Constatamos en este punto que Freud aún no ha formulado una oposición clara entre neurosis y psicosis. En la construcción del caso, Freud se dispone a ubicar la escena traumática que motivó la defensa de la paciente mediante ideas delirantes. Al parecer, se vale para ello de la información que le aporta la hermana mayor de la paciente. La paciente vivía junto a ella y su hermano. Alquilaban una habitación a un hombre algo enigmático, que convivió con ellos durante un año como el mejor camarada y la mejor de las compañías. Dicho hombre se ausentó seis meses, retornó un breve tiempo para luego desaparecer definitivamente. Freud destaca la afinidad de las hermanas hacia el huésped, lamentando las mismas su ausencia.

La paciente relata a su hermana mayor una escena con el huésped. Así la presenta Freud:

Ordenaba ella la pieza mientras él todavía estaba en cama; entonces la llamó junto al lecho, y cuando se llegó sin sospechar nada, le puso su pene en la mano. La escena no tuvo ninguna continuación, el extraño partió de viaje tiempo después (Freud, 1895: 247-48).

En los años subsiguientes se produce la emergencia de los fenómenos. La paciente afirma que las vecinas le tenían lástima por seguir soltera, esperando a aquel hombre. Freud señala que cuando la conversación recaía sobre dicha escena, la paciente la desconocía. Al respecto dirá:

[...] me empeñé en curar el esfuerzo hacia la paranoia restituyendo sus derechos al recuerdo de aquella escena. No se consiguió; le hablé dos veces, me hice narrar en hipnosis de concentración todo lo que refería al huésped, y a mis insistentes preguntas sobre si empero no habría ocurrido algo "embarazoso", recibí como respuesta la más tajante negación y... no volví a verla. Me hizo comunicar que eso la irritaba demasiado. ¡Defensa! Eso se discernía con claridad. Ella no quería que se lo recordaran, y en consecuencia lo había reprimido adrede (Freud, 1895: 248).

Freud muestra su empeño en aplicar el método de Breuer a la paranoia. Si las manifestaciones patológicas de la paciente responden al olvido de la escena traumática, será la dirección de la cura llevarla a recordar. Es así que aplicando a la psicosis el método formulado para la neurosis, encuentra por parte de la paciente "la más tajante negación" al recuerdo, que concluye no sólo en el abandono del tratamiento sino en la irritación de la paciente.¹¹¹ Freud mismo ciñe en el escrito su posición de insistencia frente a la resistencia de la paciente al método. Por su parte, apela a la hipnosis de concentración como una variación de la técnica que apunta a un estado intermedio entre la sugestión hipnótica propiamente dicha y lo que luego será la asociación libre.

En el esfuerzo por llevarla a recordar la escena traumática, interviene apuntando a la resonancia significativa. Le pregunta si empero no habría ocurrido algo "embarazoso" [*Peinlich*], apelando quizá a la homofonía con "pene" [*Penis*], para reconducirla a la escena traumática. A pesar de hallarnos en los inicios de su obra, ¿no nos encontramos ya en el corazón de la experiencia psicoanalítica?

Ahora bien, el método no parece adecuarse a la presentación de la paciente. La insistencia de Freud, lo enigmático de su intervención, la dirección hacia la asociación libre, no lo ubican en un lugar

¹¹¹ Véase un comentario al respecto en el capítulo 2.

propicio para intervenir. Lee el obstáculo en la resistencia de la paciente al método, lo interpreta como defensa -represión adrede- y obtura, de este modo, el camino de volver sobre sus propios pasos que lo habrían conducido al forzamiento del método. Ubica entonces un obstáculo, pero aún no se interroga por la relación del mismo con el método ni con su posición.

En el segundo caso que retomaremos, Freud emprende el ensayo terapéutico de la Señora P. bajo el diagnóstico de paranoia crónica, en 1895. Desplegará el caso en el contexto de sus desarrollos acerca de las neuropsicosis de defensa (1896). Intentará precisar la etiología sexual y el mecanismo de las alucinaciones. En la dirección del tratamiento de esta señora, Freud parte de la premisa de que en la paranoia habría pensamientos reprimidos y recuerdos inconscientes que podrían ser llevados a la conciencia tras vencer una resistencia, tal como acontece en las otras formas de neuropsicosis de defensa. Es así que se dispone a aplicar el método de Breuer para explorar y eliminar las alucinaciones. En este sentido, Freud se conduce bajo la expectativa de cierta similitud entre la paranoia y la histeria en cuanto a la aplicación del método. Dirá que la paciente se comportó en el análisis como lo haría una histérica, en tanto mediante la aplicación del método de la presión en la frente, variante del método catártico, reprodujo pensamientos que no recordaba haber tenido. Asimismo, señala una peculiaridad que le llama la atención y distancia a la paciente de la adecuación de la histeria al método: "la mayoría de las veces ella oía o alucinaba interiormente, como sus voces, las indicaciones que provenían de lo inconsciente" (Freud, 1896: 177).

Freud ubica el trauma infantil en diversas escenas de comercio sexual acaecidas entre la Señora P. y su hermano desde su sexto hasta su décimo año de vida. Incita a la paciente a que reproduzca las escenas: "Durante este trabajo de reproducción, la sensación de órgano en el regazo intervino en la conversación, como es regular observarlo en el análisis de restos mnémicos histéricos" (Freud, 1896: 180). A su vez, acudían a la paciente alucinaciones visuales de regazos femeninos desnudos mientras relataba las escenas. Localiza asimismo como efecto de la reproducción de las escenas la desaparición de las sensaciones e imágenes alucinatorias. Pero en una nota al pie aclara que el relato del análisis de la Señora P. fue escrito mientras la misma se encontraba aún en tratamiento (Freud, 1896: 180). Nos informa que al poco tiempo el tratamiento debió interrumpirse a causa de un agravamiento de su dolencia que conllevó su internación en una institución. Modifica el diagnóstico a *dementia praecox*, con el retorno de graves alucinaciones. ¿A qué responde el agravamiento del padecimiento de la Señora P.? Freud no hipotetiza sobre este punto.

Este tratamiento nos muestra la aplicación del método ideado para la neurosis en el campo de la paranoia. Freud aborda a las alucinaciones visuales y de la sensación considerándolas síntomas del retorno de lo reprimido, en todo como si se tratara de una histeria. Como hemos explicitado, las comparaciones entre paranoia e histeria abundan en el relato del caso a nivel del método, no así en el de la trayectoria típica donde Freud compara a la paranoia con la neurosis obsesiva. Asimismo, ubica discrepancias en las que no se detiene. El agravamiento del estado de la paciente se erige como un obstáculo que conllevó a la interrupción de la cura. Si bien Freud reseña el obstáculo a pie de página, no analiza su vínculo con el método. ¿Se debe a que aún no ha conceptualizado acabadamente al fenómeno de la transferencia? Asimismo, dicho obstáculo, este empeoramiento de la paciente, ¿es posible adjudicarlo sin más a la aplicación del método?

En el inicio de sus teorizaciones, Freud se encuentra con la transferencia y la lee como un fenómeno entre otros, otorgándole carácter de obstáculo. En *Estudios sobre la histeria* introduce por primera vez el término, anticipando lo que posteriormente construirá como transferencia en psicoanálisis. Desde ya, la acepción que utiliza es mucho más restringida. La ubica en torno al "enlace falso" sobre el médico (Freud, 1893-95: 306). De este modo, Freud se tropieza con la transferencia en la clínica, en principio como un obstáculo, "resistencia" que perturba el tratamiento. En el historial de Dora define a la transferencia como formaciones de pensamiento inconscientes, mociones y fantasías que despiertan en un análisis y sustituyen una persona anterior por la persona del médico perturbando la dirección de la cura. Será en este mismo texto que podrá hacer del impedimento un motor, interrogando el obstáculo en articulación al método: "La transferencia, destinada a ser el máximo escollo para el psicoanálisis, se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo" (Freud, 1905: 103).

Por su parte, en el "Manuscrito H" esboza lo que más tarde tomará la forma de la incapacidad de la psicosis para establecer transferencias, y lo conducirá a llevar a la psicosis al terreno de lo inanalizable. Por un lado, respecto de la confusión alucinatoria nombra un desasimiento parcial del mundo exterior. ¿Se trata de una incipiente intuición clínica de lo que luego formalizará como retirada de la libido al yo?

Por otro lado, para la paranoia utiliza términos que destacan la "referencia a sí propio". Afirma "La idea delirante es sustentada con la misma energía con que el yo se defiende de alguna otra idea peno-

sa insoportable. Así, pues, aman al delirio como a sí mismos. He ahí el secreto" (Freud, 1895: 250-51). Secreto que intentará desentrañar a lo largo de su obra y lo introducirá en la problemática de la transferencia en la psicosis.

Segunda posición: la contraindicación

Luego de las publicaciones conocidas como prepsicoanalíticas de 1894 y 1896 sobre las neuropsicosis de defensa, hubo que esperar hasta 1911 para que Freud volviera a ocuparse del tema de las psicosis en sus publicaciones, aunque no así en el intercambio epistolar con sus discípulos (por ejemplo, cf. Freud y Abraham, 1907-1926). Cuando lo hace, sorprende que el material de análisis no sea un paciente de su casuística o de un colega, sino el testimonio de Daniel Paul Schreber, publicado como *Memorias de un enfermo nervioso* en 1903.

De allí que tenga que realizar consideraciones metodológicas sobre esta elección. Nos dice que en su práctica de consultorio a diferencia de la práctica que se realiza en hospitales, ve pocos psicóticos o los ve por poco tiempo, y por eso sólo excepcionalmente puede indagar en profundidad la estructura de la paranoia. Por otro lado, este tipo de pacientes muestran a cielo abierto por así decir, aunque con cierta desfiguración, lo que aparece como escondido en los neuróticos. Finalmente, los paranoicos dicen "sólo lo que quieren decir", y por eso no se puede dirigir el tratamiento para vencer sus resistencias (Freud, 1911).

Ahora bien, ¿por qué Freud vería pocos psicóticos o los vería poco tiempo, teniendo en cuenta que, como vimos en el apartado anterior, publicó el análisis de una paranoica y comunicó a Fliess el análisis de otra? Es en la medida en que "nuestro tratamiento, afirma, tiene como condición el éxito terapéutico" (Freud, 1911: 11). Vemos aquí que para el análisis una condición es la de tener eficacia con respecto a cierta modificación de la relación entre el paciente y sus síntomas. ¿Cómo se puede obtener esta condición?

En primer lugar, debemos tener en cuenta que en términos de método, Freud ya no usa más que la asociación libre. Dicho método tiene eficacia sobre los síntomas a partir de llenar las lagunas del recuerdo que el relato del paciente presenta, o, desde el punto de vista del mecanismo psíquico, a partir de deshacer las represiones (Freud, 1904). Para ello se vale de las ocurrencias de los pacientes, que tienen el estatuto de un retoño de lo reprimido. Para la conexión entre la regla de la asociación libre y el pensamiento reprimido es necesaria la interpretación, que posibilitará finalmente vencer las resistencias que se oponen a la reproducción del recuerdo (Freud, 1904).

Pero: "La naturaleza del método psicoanalítico supone indicaciones y contraindicaciones, tanto con relación a las personas que deben ser tratadas cuanto al cuadro patológico" (Freud, 1904: 241). En cuanto a las personas que pueden ser tratadas, deben poseer cierta inteligencia y cierta ética. Además, no tener una edad muy avanzada, en donde es difícil contar con el tiempo necesario para las modificaciones que tiene como objeto el método. En cuanto a los tipos clínicos a los que se aplica, son los de la neurosis: histeria y neurosis obsesiva, excepto que estén en un periodo agudo, y entonces es necesario esperar a que se encuentren en otro periodo, más calmo. El método además necesita de un estado psíquico "normal", por lo que en momentos de depresión o confusión no está indicado. Y es en estos estados psíquicos "no normales" donde se ubican las psicosis (Freud, 1904).

En consecuencia, en los textos que se han dado en llamar prepsicoanalíticos Freud analiza psicóticos, pero no relaciona directamente las dificultades del tratamiento con el método. En cambio, en los textos ya analíticos no analiza psicóticos, pero vincula esta negativa con el método. En este punto nos preguntamos qué divorcio hay entre la "naturaleza del método" y la estructura de las psicosis, en tanto y en cuanto la posibilidad de la aplicación del método se ligará a la capacidad para la transferencia.

Antes de publicar el historial de Schreber, Freud justifica la aplicación del psicoanálisis a los niños con el caso del pequeño Hans (1909). Allí plantea que el análisis necesita del otro, dado que el psicoanalista va ofreciendo al paciente, en mayor o menor abundancia, representaciones expectativas que lo irán guiando para que pueda atrapar lo inconsciente, en tanto que el paciente solo no puede resolver más que perturbaciones leves (Freud, 1909). Pero advierte:

Quando la esencia de una neurosis consiste en extrañarse del "otro", como parece ser una característica de los estados reunidos bajo el título de '*dementia praecox*', tales estados son, precisamente por eso, incurables para el psicoanálisis (Freud, 1909: 86).

Aquí Freud ya da una hipótesis de por qué el método no se aviene a la psicosis, solidaria de lo que caracterizaría a la demencia precoz: el extrañamiento del otro. ¿Pero qué es esta “necesidad del otro” en el tratamiento? Y por otra parte, este extrañamiento del otro, ¿es constante en las psicosis? Si se reduce a un momento, no es distinta la contraindicación para aquellos momentos agudos de la neurosis.

Esta “necesidad del otro” en el análisis puede vincularse con el concepto de transferencia. En el artículo cercano al trabajo sobre Schreber, “Sobre la dinámica de la transferencia” (1912), la transferencia es pensada a la luz de la teoría de la libido, a partir del par fijación y frustración. Advertimos que la relación entre la etiología sexual en términos de teoría de la libido y el mecanismo psíquico es distinta que en los trabajos de la década de 1890, en donde la etiología sexual estaba vinculada a la teoría de la seducción. En este momento en cambio, la etiología sexual está vinculada con la teoría de la sexualidad infantil. La neurosis sobreviene cuando la libido no tiene un objeto con el cual satisfacerse y se vuelve a las fantasías las que, buscando realizarse por el incremento cuantitativo que generan, provocan el displacer que pone en marcha la represión. La fantasía supone un punto de fijación, a un objeto o a una fase libidinal, desde donde retorna luego lo reprimido como síntoma (Freud, 1916-17).

En esta concepción, la cura apunta a volver consciente lo inconsciente y a tener la libido nuevamente a disposición para que el sujeto pueda ponerla en acto en su realidad, de otra forma que por la vía del síntoma. El psicoanalista es aquí un objeto de la libido insertado en una serie “psíquica” por el paciente que, en tanto insatisfecho, tiene la libido aprontada en “representaciones expectativas” listas para articularse a algún objeto en la realidad. En el trayecto analítico que recorre el camino de formación de síntomas, adviene la transferencia, como una resistencia inicialmente. En efecto, el paciente no va a abandonar esa posición neurótica tan fácilmente dado que, si bien le provoca malestar, también le provee una satisfacción sustitutiva. Una vez intervenido sobre esto, el tratamiento continúa cada vez más en dirección a que los síntomas devengan formaciones transferenciales (Freud, 1912). Aquí aparece la denominación de neurosis de transferencia para las neurosis que se ponen en forma en el dispositivo analítico (Freud, 1914b).

Freud se plantea la pregunta de por qué la transferencia es el motor de cualquier tratamiento mientras que en el psicoanálisis se presenta como obstáculo. En realidad, la transferencia es obstáculo en tanto que transferencia positiva de tipo erótica, o negativa, mientras que como transferencia positiva de tipo tierna no lo es, y funciona aquí también como motor del tratamiento. Si en el psicoanálisis aparece la vertiente de la transferencia como obstáculo es porque en él se la aprecia como tal, mientras que en otros tratamientos pasa desapercibida, aunque no sus efectos para un observador atento (Freud, 1912).

Notamos entonces que la estructura de la neurosis y la naturaleza del método tienen cierta homogeneidad. Aquí existe una capacidad para la transferencia, que es utilizada para la cura e implica una investidura de objeto sin perturbaciones. Si el parámetro son las neurosis, en las psicosis, al contrario, habría una “incapacidad” para la transferencia. ¿En qué consiste esta “incapacidad”? ¿A qué se debe?

En el historial de Schreber, siguiendo la búsqueda por la especificidad del mecanismo de la paranoia¹¹², Freud afirma que en este caso el modo de operar la represión se articula mejor con el desarrollo de la libido que el camino de formación de síntoma. Conceptualmente, el proceso puede separarse en tres fases: la primera, que corresponde a la fijación, la segunda, a la represión propiamente dicha, y la tercera, que implica el retorno de lo reprimido y el fracaso de la represión. Ahora bien, ¿qué consecuencias clínicas tiene esta caracterización de la represión en Schreber? O desde otro punto de vista, ¿Hay en el caso Schreber elementos que nos permitan inferir una represión propiamente dicha? Freud pone el acento sobre la fantasía, producida en el apogeo de la enfermedad, de que se había producido un sepultamiento del mundo para Schreber en el que él era el único hombre que quedaba, siendo las otras personas hombres de milagro, improvisados de apuro. De esto se deduce la sustracción de la libido de las personas y cosas del mundo, que provoca que todo se le torne indiferente. En esto consiste la represión propiamente dicha en este caso: en el desasimiento libidinal de las personas y cosas. Pero este proceso es mudo, y si el paciente se lo explica es recién en un segundo tiempo (Freud, 1911).

De este extrañamiento del otro y de las cosas se comprende entonces la “incapacidad para la transferencia”. Pero la soltura de la libido del objeto no basta en sí misma para explicar esta incapacidad en las psicosis, en la medida en que sucede en otros tipos clínicos e inclusive en la vida normal, como por ejemplo en el caso del duelo. Esta soltura de la libido en las psicosis, debe poder caracterizarse por algo específico, y Freud lo infiere del hecho de que la paranoia siempre muestra al menos algo de delirio de grandeza. Entonces, ese “algo” es que la libido liberada se vuelca al yo, al

¹¹² Cf. capítulo 4.

narcisismo, el estadio en donde el yo es el único objeto sexual (Freud, 1911; 1914c). Antes de que Freud sostenga esta hipótesis, Abraham (1908) escribió un trabajo -sugerido por Freud- sobre la demencia precoz, en contrapunto con la histeria. Sostiene allí que es el repliegue de la libido al autoerotismo lo que caracteriza a la demencia precoz, y lo que hace que el tratamiento psicoanalítico no esté indicado para ella. A diferencia del autoerotismo, el narcisismo implica una nueva acción psíquica que será la operación de constitución del yo (1914c). En el caso de las psicosis tenemos el dominio psíquico de la libido liberada de los objetos por el delirio de grandeza, y de su frustración, resulta la hipocondría¹¹³; y esto en contraposición con la introversión en la fantasía y su frustración liberada como angustia en las neurosis (Freud, 1914c).

Sea por la regresión al autoerotismo o, posteriormente, al narcisismo, la transferencia no es posible en las psicosis. Ahora bien, tanto el autoerotismo como el narcisismo implican la libido sexual. Freud es taxativo al respecto, y se comprende el debate con Jung, que parece querer hacerle decir a Freud que la libido debe extenderse hasta coincidir con un interés psíquico general (1914c). Esta discusión no debe hacernos olvidar que la sexualidad se pone en juego en la transferencia.

Estas consideraciones sobre las dificultades de la relación entre el método y la estructura de la psicosis es algo que Freud advierte que hay que tener en cuenta a la hora de recibir un paciente por primera vez (1913). Sugiere realizar antes del psicoanálisis propiamente dicho un tratamiento de ensayo o prueba, durante algunas entrevistas, a fin de saber si el paciente cumple con las condiciones de analizabilidad. O sea que una de las motivaciones del tratamiento de ensayo es diagnóstica. No obstante esto, este periodo de prueba debe ajustarse a las reglas del psicoanálisis mismo. De manera que, si se recibe a un paciente de quien se concluye que no es una neurosis de transferencia y sí una psicosis, se debería abandonar el intento terapéutico. No así el interés que las psicosis tienen para la investigación (Freud, 1916-17). A pesar de esto, como veremos en un apartado posterior, Freud ha tomado algunos psicóticos en análisis. En el apartado VII de "Lo inconsciente" donde Freud investiga sobre el síntoma esquizofrénico, habla de un paciente suyo a quien tiene "bajo observación" (1915a).

Ahora bien, Freud también afirma que la imposibilidad de transferir la libido al psicoanalista por parte del paciente psicótico se cumple, al menos, en el proceso patológico, es decir que no es en cualquier momento. Por otro lado, la soltura de la libido, a diferencia de lo que podría suceder con la *amentia* de Meynert, es parcial (Freud, 1911). En este punto nos interrogamos: ¿podría el sujeto psicótico hacer una transferencia al médico?

Si la represión consiste en un desasimiento libidinal y un correlativo vuelco de la libido al yo, el conflicto por el cual es motivada en Schreber es el avance de una moción homosexual cuyo objeto es Flechsig, médico que lo atendiera en su primera enfermedad y en el inicio de la segunda. Las modalidades que adopta la relación entre Schreber y el Dr. Flechsig permiten a Freud delimitar diversos momentos en el transcurrir de la enfermedad. Inicialmente y en correspondencia con la primer epicrisis, el restablecimiento "sin incidente alguno que rozara el ámbito de lo suprasensible" (Freud, 1911: 35) zanja en el presidente "unos sentimientos de vivo agradecimiento hacia el profesor Flechsig, que por otra parte le expresé mediante una posterior visita" (Schreber, 1903: 35). Pero seguidamente a un intervalo de aparente salud, el recurso al médico ante la emergencia de nuevos síntomas acarrea diversas consecuencias. A continuación de un rápido deterioro, la figura de Flechsig se precipita como una amenaza. El presidente lo llamaba "almicida" (asesino de almas) e incontables veces lo increpó "¡Pequeño Flechsig!, acentuando con fuerza la primera de esas palabras" (Freud, 1911: 15). Si bien la construcción delirante prosiguió su camino encontrando una serie de perseguidores, el médico "siguió siendo el primer seductor, a cuyo influjo sucumbió Dios" (Freud, 1911: 37).

La pregunta que se hace Freud (1911) es por qué en Schreber el vínculo tierno con el médico se transforma en un vínculo erótico que da lugar al conflicto. Para explicar esto, o sea el por qué del avance de la libido homosexual sitúa en primer lugar una frustración en Schreber, vinculada con la edad y sus consecuencias en términos de involución para la sexualidad en el hombre y con la imposibilidad de tener hijos. Vinculado a esto, sitúa una transferencia con refuerzo erótico de las figuras del hermano y del padre hacia la persona de Flechsig. Lo peculiar del Dios de Schreber le permite a Freud interpretar que se trata de su padre. Dios entra en serie además con Flechsig, lo cual se constataría a partir del texto del delirio. Corroboramos entonces que Freud lee el caso a la luz del complejo paterno, es decir, a partir de la transferencia del complejo paterno sobre la persona de Flechsig.

Como podemos ver, la transferencia adopta primeramente un tono positivo para plasmarse luego en su vertiente negativa. De esta manera nos encontramos con la transferencia como motor y como obstáculo en relación a los dos costados del padre y al conflicto subyacente, y no con ausencia de transfe-

¹¹³ Cf. capítulo 6.

rencia. Por un lado, el padre venerado cuya memoria "me es tan sagrada" (Schreber, 1903: 442); mientras que por otro, el padre se erige como obstáculo al goce sexual. De esta manera, formula Freud, el avance de la libido homosexual, que sitúa en la génesis de la enfermedad, toma la figura de Flechsig como objeto-sustituto sobre el que recae dicha moción.

Como podemos ver, el conflicto con Flechsig toma la forma de un delirio de persecución inicialmente, para resolverse en un segundo momento en un delirio de redención. Aquí Schreber acepta la fantasía homosexual en relación con Dios ya que implica fines acordes con el "orden del universo", fantasía que se realizará asintóticamente (Freud, 1911). Ahora bien, el delirio tiene una función, es un intento de restitución de la libido a las personas y las cosas, de reconstrucción del mundo del sujeto. Aunque nunca es completo, lo mismo que el desasimiento libidinal.

Debemos precisar pues la afirmación que reza sobre la "incapacidad" de la transferencia para las psicosis. En efecto, en la causa del ocasionamiento y luego en el momento de la restitución no tenemos desasimiento de la libido de los objetos, sino, al contrario, transferencias. Pero estas modalidades de la transferencia ¿son operativas para la cura?

En "Sobre la dinámica de la transferencia", Freud llama a la transferencia de los paranoicos "esencialmente negativa", y afirma que en estos casos "cesan la posibilidad de influir y curar" (1912: 104). Lo esencialmente negativo de la transferencia psicótica debe ponerse en contrapunto con la transferencia negativa en las neurosis, que siempre coexiste con una transferencia tierna. No obstante, Freud (1912) no deja de reconocer que es necesario un estudio sobre la transferencia negativa.

En este punto podemos concluir que, dado que la soldadura entre la naturaleza del método y la estructura de la neurosis no es la misma que en el caso de la psicosis, el tratamiento con psicóticos es contraindicado por Freud en este momento. Especialmente por lo que hace al estatuto de la transferencia. En esto habrá contradicciones aparentes: por un lado se afirma ausencia de transferencia, elemento divisorio en la nosografía, entre neurosis transferenciales y narcisistas; por el otro, se habla de presencia de transferencia negativa. Consideramos que esto corresponde a dos momentos diversos de la posición del psicótico con respecto a la libido: el desasimiento del mundo y la restitución.

Sin embargo, si volvemos a Schreber, notaremos que el periodo de restitución de la libido tiene a su vez dos fases: la persecutoria y la de reconciliación. En ambas hay vuelta de la libido a los objetos, pero mientras la primera tiene el carácter de una lucha defensiva, la segunda implica una nivelación en la lucha (Freud, 1911). Schreber puede aceptar la moción de deseo homosexual y articularla con su manía de grandeza, pudiendo de esta manera ejercer la paternidad al procrear una raza nueva, aunque para esto habrá que esperar. Por otro lado, puede verse al espejo con adornos femeninos y sentir la voluptuosidad de Dios en su cuerpo también femenino. Finalmente, Schreber escribe sus *Memorias*, testimonia por lo que atravesó, se dirige a un público. Evidentemente aquí hay la posibilidad de transferencia.

¿Y no hay aquí acaso la posibilidad de que pueda establecerse una transferencia que no sea esencialmente negativa? Freud no parece explorar en profundidad esta posibilidad. Aunque por otro lado, en "Introducción del narcisismo" (1914c), delimita tres momentos de la posición del psicótico: el proceso patológico, la restitución y la "normalidad conservada o la neurosis (manifestaciones residuales)". Se trata del momento en que no hay represión ni retorno de lo reprimido, sino que el sujeto puede vivir con cierta homeostasis, a pesar incluso de tener síntomas. En Schreber encontramos un momento así en su primera enfermedad. Se trató de una hipocondría. Inclusive fue tratado por el mismo médico, Flechsig, quien se convertiría ocho años más tarde en su perseguidor, lo que implica que pudo mantener una transferencia que permitió un tratamiento, psiquiátrico desde luego.

¿Podríamos encontrar por esta vía una vertiente de la transferencia con la que se pueda maniobrar para dirigir el tratamiento de un psicótico? Freud parece contestar negativamente. En efecto, cuando propone un tratamiento de ensayo para poner en forma el dispositivo, plantea que una de las condiciones es poder pesquisar si se trata de una neurosis o de un estadio previo de una psicosis, pues en esos casos el psicoanalista "no puede mantener su promesa de curación" (Freud, 1913: 126).

Es decir que la promesa no puede mantenerse por el trayecto que seguirá la psicosis luego de ese "estadio previo". ¿Pero, debe seguir ese recorrido necesariamente? En el contexto de la segunda tópica, Freud plantea una nueva línea de investigación. Se pregunta si la relación entre el yo y sus vasallajes, siempre conflictiva y que deviene en una neurosis o en una psicosis según el tipo de conflicto, podría ser distinta: "Nos gustaría saber cuáles son las circunstancias y los medios con que el yo logra salir airoso, sin enfermar, de esos conflictos que indudablemente se presentan siempre" (Freud, 1925: 158). Si el "estadio previo" podría no resultar en una "enfermedad" necesariamente ¿tendríamos lugar para la transferencia y así para un tratamiento psicoanalítico de las psicosis? Ahora bien, notemos que el conflicto tiene su eje en un "malogro de la función del yo" (Freud, 1925: 158). Entonces, si fuera el

tratamiento analítico para las psicosis posible, ¿sería su pivote el restituir al yo en su función, como pareciera deducirse de las afirmaciones de Freud? Dejamos planteados los problemas.

Tercera posición: paradojas del legado freudiano

Hemos visto que aún cuando Freud desaconseja el tratamiento analítico de las psicosis en razón del impedimento que circunscribe a la cuestión de la transferencia, no sólo se aboca al estudio de producciones psicóticas sino que también recibe a dichos pacientes y ensaya su curación. Por otro lado, no resigna su optimismo en cuanto al tratamiento con psicóticos, puesto que piensa que el fruto de las investigaciones con ellos es susceptible de transformarse en un "poder hacer terapéutico" (Freud, 1916-1917: 234). Asimismo, nos encontramos con casos problemáticos que hacen sugerir la existencia de elementos que operaban de obstáculo para que Freud pudiera pensar a algunos casos como pertenecientes al campo de las psicosis, sobre todo en aquellas presentaciones que se avenían a la transferencia con él, consintiendo a su método.¹¹⁴

Las *Memorias de un enfermo nervioso* (Schreber, 1903) llegan a Freud en 1910 de la mano de Jung. Es así como las menciones sobre Schreber pueden encontrarse en la correspondencia entre ambos a partir del 17 de abril de 1910. No creemos que es una cuestión menor lo que ocurre entre Jung y Freud para el destino de las psicosis en el edificio freudiano: los alcances de la disputa personal inciden en la teoría en más de una ocasión.¹¹⁵ Todavía así, Freud no deja de tomar el texto de Schreber en clave analítica. A pesar de toda su renuencia al análisis con psicóticos, Freud deja a un lado el costado psiquiátrico del historial de Schreber para tomar su palabra testimoniada, intentando ubicar las coordenadas de su padecimiento, tal como hacía en sus historiales más clásicos y "neuróticos".

Posteriormente, y sosteniendo la tesis sobre la imposibilidad transferencial de la psicosis, a pesar de las contradicciones ya señaladas sobre su ausencia y exceso en diversos momentos del proceso psicótico, en "Sobre un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica" (1915b), Freud confirma su hipótesis de que cierta economía de las mociones homosexuales resulta patognomónica de la paranoia. Se trata de una dama que consulta a un abogado, y éste, bajo la sospecha de que se trata de un conflicto patógeno, pide a Freud que vea a la muchacha, quien presenta como perseguidor a un hombre que la corteja. Como en Schreber, Freud vuelve a tomar en consideración un complejo de lazos libidinales, pero en este caso las cosas se reconducirán al complejo materno, verificando su tesis sobre la homosexualidad, y el juego de transferencias que posibilita la sustitución del objeto edípico por otro que lo rememora (Freud, 1915b: 266). En este caso en particular resalta que en realidad del primer objeto perseguidor —una anciana del trabajo que es su jefa y sabría de los encuentros con este hombre, y que haría recordar a su madre— se produce un desplazamiento hacia un objeto masculino —el hombre que la corteja—, en virtud del vínculo que los liga. Inicialmente, tanto con la anciana como con el hombre, se observa una transferencia de amor que se muda a un tono sentimental persecutorio.

Si bien la paciente anterior no es estrictamente analizante de Freud (Freud, 1916-1917: 387), en "Sobre los mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad" (1922) menciona dos casos de paranoia que sí fueron tratados por él, excediendo al tratamiento de ensayo. Esto a pesar del pronunciamiento en contraposición a la intervención analítica en la psicosis que promulgara en 1912. El primer caso es diagnosticado por el creador del psicoanálisis como una paranoia de celos, mientras que el segundo como una paranoia persecutoria potencial. En palabras de Freud "probablemente no se habría clasificado en ausencia de análisis como paranoia persecutoria, pero me vi forzado a concebir a este joven como un candidato a ese desenlace patológico" (Freud, 1922: 219).

Interpretando al primero según la lógica que venía sosteniendo de la defensa contra el avance de la libido homosexual, Freud resalta la figura de un padre ausente y un temprano trauma homosexual. Desarrolla que todo marchaba bien hasta que, consecutivamente a una infidelidad cometida por el paciente, "estallaron en él unos celos [...] con los que pudo apaciguar los reproches que se hacía a causa de su infidelidad" (Freud, 1922: 221). Afirma Freud que una moción homosexual cuyo objeto era el suegro agravó el cuadro deviniendo una franca paranoia de celos. Si bien interpreta la inversión del afecto de amor a celos a partir de un conflicto de ambivalencia y continúa sosteniendo la concepción que supone la transferencia de una moción de amor materna hacia la esposa como objeto sustituto, no agota el esclarecimiento de la incidencia del avance de la libido homosexual en el caso. A su vez, y en relación con el análisis de los sueños, revela que los mismos se presentan exentos de delirio, conclu-

¹¹⁴ Véase el caso del hombre de los lobos en el capítulo 5 y el caso de la dama de los alfileres en el capítulo 8.

¹¹⁵ Véase un comentario al respecto en el capítulo 3.

yendo que "la paranoia no se introduce en los sueños" (Freud, 1922: 221). Por otro lado, señala que el análisis opera como aquel ámbito al que el paciente "podía acudir...para justificar sus celos" (Freud, 1922: 221).

En el segundo caso, enfatiza la relación de ambivalencia del paciente con su padre. Relación que, señala, obstruyó la salida hacia la mujer a raíz de la culpa que ocasionó al hijo el fallecimiento del progenitor. Por otro lado, es de destacar que el paciente no da crédito a sus pensamientos de persecución si bien el contenido persecutorio es representado en sus sueños a partir de figuras que reconoce como subrogados del padre. Freud interpreta la falta de valor atribuida a estos pensamientos a partir de la incidencia de un factor cuantitativo, es decir "el grado de investidura que estos productos puedan atraer sobre sí" (Freud, 1922: 222), pero cabría cuestionar el estatuto de estos pensamientos para el paciente.

Reintroduciremos aquí el problema de algunos diagnósticos en Freud. Como hemos señalado, ya en *Estudios sobre la histeria* (1893-1895) se hallan las primeras experiencias de Freud con presentaciones que él ubica en el orden de la tercera forma de neuropsicosis de defensa. Pero además de los casos que hemos presentado, están aquellos difíciles donde si bien Freud no duda en ubicar en el campo de la histeria, es posible poner en cuestión el diagnóstico a la luz de pensar la sintomatología y su lugar en la economía libidinal. Por ejemplo, el caso de Emmy von N., paciente con la que interviene a través del método catártico. Dentro de una constelación de síntomas diversos -somáticos, desazón, insomnio, abulia, fórmulas protectoras, entre otros- distinguimos algunos aspectos del caso que, consideramos, quizás no fueron suficientemente apreciados por Freud.

Según relata, la enfermedad data de 16 años atrás cuando, consecutivamente a la muerte súbita del marido, la mujer comienza con ideas persecutorias relativas a los parientes de éste que habrían difundido la idea de que fue ella quien lo envenenó. La paciente refiere haber recibido amenazas "con todos los procesos habidos y por haber" y quiere iniciar una investigación ya que un escritor "[...] enviaba a rondar unos agentes que le andaban al acecho, hacía publicar artículos calumniosos contra ella en los periódicos locales y luego le mandaba los recortes. De entonces le venía su aversión a la gente y su odio a todos los extraños" (Freud, 1893-1895: 84). A su vez Freud agrega, respecto al estado de la paciente luego de este suceso, que la paciente vivía en una extrema soledad, desconfiando de todos debido a las persecuciones de los parientes (Freud, 1893-1895: 120). Si bien Freud nos advierte que de estas ideas se desprende el "miedo a las personas" y resalta la desconfianza como rasgo que acompaña su vínculo con los otros, no se detiene en el estudio del estatuto de dichos pensamientos.

Por otro lado, en un período crítico del primer tratamiento con Freud encontramos la presencia de alucinaciones visuales y auditivas -"un ratón monstruo le corrió de repente sobre la mano y luego desapareció de pronto... ¿no escucha ud. los cascos de los caballos en el circo?" (Freud, 1893-1895: 84), entre otras- que, si bien para Freud consisten en "conclusiones tontas" (Freud, 1893-1895: 114), la paciente no duda en afirmar que "eso fue real" (Freud, 1893-1895: 84). A esto se suma la presencia de "graves reproches por ínfimas negligencias", "reminiscencias martirizadoras", "inclinación a empequeñecerse a sí misma" (Freud, 1893-1895: 86) que Freud procura suprimir mediante la instrucción. Finalizado el primer tratamiento la paciente retorna al mismo a partir de un estado de "revoltijo en la cabeza" al que la misma define como una "frecuente confusión" (Freud, 1893-1895: 98). En este período su estómago se ve "arruinado" (Freud, 1893-1895: 101) a raíz de la indicación freudiana de tomar agua, lo que deriva en un resquebrajamiento de la transferencia. Tiempo después de la conclusión del segundo tratamiento, afirma Freud, si bien muchos de los síntomas no habían sufrido remisión, subsiste sobre todo lo que él llama "rasgos básicos de carácter" que se organizan en torno al "automartirio" (Freud, 1893-1895: 103). A su vez, este período es acompañado por la caída de la transferencia, sustrayéndose la paciente de los influjos de la hipnosis. Asimismo, posteriormente, solicita a Freud que la autorice a ser hipnotizada por otro médico a raíz de un nuevo agravamiento de su estado. De esta manera, Emmy se despide del creador del psicoanálisis según su "habitual mezcla de acatamiento y desconfianza" (Freud, 1893-1895: 97). Teniendo en cuenta estos elementos clínicos, sobre los cuales no encontramos una suficiente indagación, se ha discutido el diagnóstico de Emmy (Roudinesco y Plon, 1997).

Respecto a los alcances del tratamiento, dado que el logro terapéutico en este momento estaba dado por el levantamiento de los síntomas a partir de la sugestión y la educabilidad del paciente, el caso pone en jaque las maniobras terapéuticas según los efectos conseguidos. En una nota al pie de ese mismo historial, Freud comenta el caso de una joven muchacha a la que interpreta como histérica, con un agregado del año 1924 donde aclara que algunos años después su neurosis se mudaría en una *dementia praecox*. En esta ocasión, Freud acepta el cambio de diagnóstico.

Asimismo debemos mencionar dos casos analizados por Freud que han sido considerados en estudios posteriores -y aún en el presente libro- como casos problemáticos: "el Hombre de los Lobos" y "la

Dama de las Alfileres".¹¹⁶ En ambos, al proceso terapéutico con Freud le siguió una desmejora de los pacientes que pone en cuestión la dirección de la cura y la eficacia del psicoanálisis. A esto se agregan investigaciones ulteriores que reformulan el diagnóstico efectuado por el creador del psicoanálisis abogando por el de psicosis. Debemos recordar que para Freud el caso del hombre de los lobos es diagnosticado como una "neurosis obsesiva mal curada", mientras que el de la dama de las alfileres como una "neurosis obsesiva grave e incurable". Respecto a la transferencia, creemos encontrar un punto ciego en la posición de Freud. El hombre de los lobos se localiza como hijo predilecto y garante de la teoría freudiana, posición que Freud ratifica (Erbeta y Varela, 2013). La dama de los alfileres retorna insistentemente al análisis con Freud aun ante los intentos denodados del mismo por derivarla (Martin et al., 2013).

Si bien para Freud, el segundo caso no es permeable a la intervención analítica a diferencia del primero, podemos considerar que la transferencia de Freud con los pacientes constituyó un punto de inflexión que, no sólo no le permitió revisar el diagnóstico, sino que incidió en las posibilidades de maniobrar con la transferencia según vemos en sus efectos terapéuticos: reiteradas crisis subjetivas y recaídas que sitúan al paciente en un análisis interminable en el primer caso (Erbeta y Varela, 2013); la pérdida del proceso vital con ideas de impureza que la forzaban al despliegue de extenuantes rituales de lavado y vigilancia externa en el segundo (Martin & al., 2013).

En otros términos:

[...] la intrusión de Freud en tanto sujeto... es la forma concreta que toma en este caso el fracaso de la destitución subjetiva del analista, acto imprescindible para alojar al paciente como sujeto en la cura analítica. Ahora bien, recordando las contraindicaciones de la terapia analítica en el criterio de Freud, podemos suponer que, en caso de haber llegado a un diagnóstico de psicosis, no hubiese tomado en tratamiento a este paciente (Lombardi, 2001: 6).

Por lo tanto si consideramos que "una de las formas de retroceder ante la psicosis consiste en retroceder ante el diagnóstico de psicosis" (Lombardi, 2001: 8), la concepción freudiana que circunscribe la imposibilidad de transferencia, es decir, la imposible intervención analítica en el campo de las psicosis, podría constituir un prejuicio que arroja sombras sobre un fondo de luces.

Encontramos que la psicosis fue introducida en el dispositivo analítico por el propio Freud, aún cuando lo contraindicara. Asimismo, cuando ya formuló su tesis donde localiza a la psicosis como neurosis no susceptible de transferencia, continúa sosteniendo una forma de la transferencia en la psicosis leída como reedición de complejo paterno o materno, solapando ambos términos, transferencia y repetición. Entender a la transferencia como repetición supone en términos freudianos:

[...] una especificidad determinada para 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. Esto da por resultado, digamos así, un clisé (o también varios) que se repite - es reimpresso- de manera regular en la trayectoria de la vida [...] aunque no se mantiene del todo inmutable frente a impresiones recientes (Freud, 1912: 97-98).

En este sentido, la transferencia con el analista atenderá a un modelo preexistente en el paciente, es decir "insertará al médico en una de las 'series' psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento" (Freud, 1912: 98). Pero, siguiendo a Freud, si la transferencia por un lado constituye el motor del análisis, por el otro se presenta como una resistencia. Será a partir del giro de los años '20 que Freud individualizará con mayor nitidez a la dimensión resistencial de la transferencia como un factor que puede conducir a la inercia psíquica. Las posibilidades de transferencia son, según el maestro, específicas de cada sujeto y salen al paso en la cura como resistencia.

Durante la misma época, Freud comienza a rectificar su concepción sobre la transferencia en la psicosis. En "Presentación autobiográfica" (1924) atribuye el insuficiente estudio de las psicosis a la "falta de perspectivas terapéuticas" (Freud, 1924: 56). Con esto refiere a que faltaría la transferencia positiva en la psicosis -o sea el motor del análisis-, lo que lo lleva a considerar otras formas de intervención. A lo que agrega que "a menudo la transferencia no está ausente de manera tan completa que no se pueda avanzar cierto tramo con ella" (Freud, 1924: 56). Se destaca su naciente optimismo sobre el tratamiento analítico de la psicosis cuando agrega que "en las depresiones, la alteración paranoica leve, la esquizofrenia parcial, se han obtenido indudables éxitos con el análisis" (Freud, 1924: 56). Optimismo

¹¹⁶ Cf. capítulo 5 y 8 respectivamente.

que se ve replicado al resaltar su confianza en que el saber teórico recogido por él y sus contemporáneos -Jung, Bleuler, Abraham- vea sus frutos prontamente en la práctica analítica.

Ya bien avanzada la obra de Freud, se ponen en cuestión las condiciones del análisis para toda forma del malestar. Freud tropieza con forzar las interpretaciones, en vez de manejar la transferencia, operador que introduce en su texto "Recordar, repetir y reelaborar" (1914b), escrito que resulta clave para el abordaje de casos graves, difíciles, pero también para los momentos duros del análisis de las neurosis que podemos llamar "más clásicas", cuando se pone de plano el cierre del inconsciente y la vertiente real de la transferencia (Lacan, 1964). En definitiva, hay que formarse en la maniobra de la transferencia para conducir un análisis (Lacan, 1958: 564).

A partir de "Más allá del principio del placer" (1920) da razones al hecho clínico de la reacción terapéutica negativa como "un refuerzo momentáneo de su padecer" (Freud, 1923: 50); así como la "roca" de la castración explicitada y desarrollada en "Análisis terminable e interminable" (1937a). De esta manera se pone en evidencia que toda experiencia analítica, y no sólo la que pudiera realizarse con psicóticos, tiene un límite. Por lo tanto lo inanalizable en la psicosis es, en definitiva, un inanalizable entre otros.

La incredulidad de Freud respecto a la eficacia de la cura analítica sufre un incremento en "Análisis terminable e interminable" cuando afirma que "la eficacia profiláctica de un análisis (así como su resultado inmediato) dependería de consideraciones cuantitativas -vinculadas al relativo aumento que él hubiera generado en la robustez del yo y su relativo rebajamiento de la intensidad de las pulsiones" (Freud, 1937a: 216-217). Cae de este modo el argumento que enlazaba analizabilidad con promesa de curación.

Aún la transferencia, como vía óptima para el despliegue artificial de los conflictos inconscientes, ve coartada su posibilidad de operatoria cuando Freud, al interrogarse sobre las posibilidades de despertar un conflicto pulsional ausente con una finalidad preventiva, asevera que: "El analizado mismo no puede colocar todos sus conflictos dentro de la transferencia; y tampoco el analista puede, desde la situación transferencial, despertar todos los conflictos pulsionales posibles del paciente" (Freud, 1937a: 235).

No se agota aquí el examen de las limitaciones terapéuticas. Freud afirma que la situación analítica para llevarse a cabo requiere de una alianza entre el analista y el yo del analizado con el objeto de domeñar una exigencia pulsional, es decir, para integrarla en una síntesis del yo. En este caso la situación de la psicosis no difiere respecto a la neurosis, ya que Freud desestima una diferencia radical entre el yo de uno y el del otro. En sus palabras:

El yo, para que podamos concertar con él un pacto así, tiene que ser un yo normal. Pero ese yo normal, como la normalidad en general, es una ficción ideal. El yo anormal, inutilizable para nuestros propósitos, no es por desdicha una ficción. Cada persona normal lo es sólo en promedio, su yo se aproxima al del psicótico en esta o en aquella pieza, en grado mayor o menor, y el monto del distanciamiento respecto de un extremo de la serie y de la aproximación al otro nos servirá provisionalmente como una medida de aquello que se ha designado, de manera tan imprecisa, "alteración del yo" (Freud, 1937a: 237).

Estos diversos matices en la alteración del yo provienen de si dicha alteración es originaria o adquirida en la lucha defensiva.¹¹⁷ En el segundo caso, resalta, la posibilidad de intervención terapéutica resulta más alentadora, ya que la alteración del yo se adquirió en el curso del desarrollo del yo y su afán de mediar entre las exigencias del ello, de la realidad y, más adelante, del superyó; lo que nos permite entender a la alteración del yo como los efectos sobre el yo de la operación defensiva. Pero en la labor terapéutica, encontramos que los mecanismos de defensa empleados por el yo frente a peligros pretéritos se presentan del bando de las resistencias al restablecimiento, ya que "la curación misma es tratada por el yo como un peligro nuevo" (Freud, 1937a: 240). Pero dado que estas resistencias son inconscientes, señala Freud, durante el levantamiento de las mismas el yo falta al pacto terapéutico contraído con el analista. En esta tarea se corre el riesgo de que se actualice la transferencia negativa y se precipite la culminación del análisis. Por lo tanto, en este punto, resulta decisivo para la cura analítica "la intensidad y la profundidad del arraigo de estas resistencias de la alteración del yo" (Freud, 1937a: 241).

Es de destacar, debido a los interrogantes diagnósticos que suscita, que para ejemplificar clínicamente la resistencia a la culminación de la cura Freud realice una referencia al primer tratamiento del hombre de los lobos. Manifiesta que, después de un período de estancamiento, ve resueltas las resis-

¹¹⁷ Este tema se ha desarrollado en detalle en el capítulo anterior.

tencias a través de la memorable maniobra de fijar un plazo para la terminación del tratamiento. Entonces escribe: "sus resistencias se quebraron, y en estos últimos meses pudo reproducir todos los recuerdos y hallar todos los nexos que parecían necesarios para entender su neurosis temprana y dominar su neurosis presente" (Freud, 1937a: 220).

Finalmente, y recién frente al inminente interrogante sobre los alcances de la intervención terapéutica, advierte que en el análisis que realiza con Ruth Mack Brunswick los síntomas presentados por el paciente adquieren un estatuto paranoico que pone en juego remanentes transferenciales, dado que "algunos de esos ataques estaban referidos todavía a restos transferenciales; mostraron con nitidez, a pesar de su fugacidad, un carácter paranoico" (Freud, 1937a: 221).

Después de este recorrido podemos concluir que el genio de Freud lo condujo a iniciar la formalización de una experiencia con la que se enfrentó en más de un momento: los ensayos terapéuticos con sujetos psicóticos no le fueron ajenos, a pesar de sus propias resistencias, y es en ellas donde debemos buscar una parte de los atolladeros enunciados. Es esta posición paradójica, sintomática, la que fue motor y obstáculo en sus vaivenes con las psicosis. Lo que puede leerse en una primera lectura de la posición de Freud, es cierto hastío en lo que concierne a la cura de los pacientes psicóticos. Es decir, una vez más se trata no sólo de las dificultades o peculiaridades de estructura de las psicosis, sino también de la transferencia entendida con Lacan como lo que no sólo le acontece al analizante, sino también al analista, en suma, su contratransferencia es transferencia. Freud allí queda atrapado.

Dicho cansancio y rechazo se corrobora en varios registros historiográficos, que van desde sus comentarios sobre el famoso hombre de los lobos y el caso de la Sra.G. en la correspondencia epistolar con diversos discípulos, hasta la carta de Freud a Istvan, de 1928, donde explicita su intolerancia frente a los psicóticos:

Estimado doctor, habiendo advertido que olvidé agradecerle su último libro, espero que no sea demasiado tarde para reparar este descuido. No proviene de una falta de interés por el contenido o por el autor, cuya filantropía, por otra parte, he aprendido a estimar. Fue más bien provocado por reflexiones inconclusas que me siguieron preocupando mucho tiempo después de concluir la lectura del libro, lectura de carácter esencialmente subjetivo.

Mientras valoraba infinitamente su cálido tono, su comprensión y su modo de abordaje, me encontraba sin embargo en una especie de oposición que no era fácil de comprender. Finalmente tuve que confesarme que la razón era que no me gustan esos enfermos; en efecto, me enojan, me irrita sentirlos tan lejos de mí y de todo lo que es humano. Una intolerancia sorprendente que hace de mí más bien un mal psiquiatra.

Con el tiempo, dejé de considerarme un sujeto interesante para analizar, mientras que me doy cuenta de que no es un argumento analíticamente válido. Por eso, sin embargo, no pude ir más lejos en la explicación de este movimiento de detención ¿Me comprende mejor? ¿No estoy conduciéndome como los médicos de antaño con respecto a las histéricas? ¿Mi actitud sería la consecuencia de una toma de posición cada vez clara en el sentido de la primacía del intelecto, la expresión de mi hostilidad hacia el ello? ¿O si no qué?¹¹⁸

Se lee aquí la honestidad de Freud enunciando su prejuicio respecto de las psicosis, el revés de su deseo por la histeria. Creemos que esta transferencia freudiana respecto de las psicosis, fortalecida por los avatares de la historia del movimiento analítico sobre todo respecto de la disputa con Jung, da razones a gran parte del estancamiento que la apuesta analítica sufrió respecto de la posibilidad de análisis de los psicóticos. Ello no impidió que ensayara su abordaje pertinazmente, que pusiera a hablar a Schreber haciendo de sus *Memorias* el punto de partida de una reflexión sobre esta estructura del sujeto, condición de posibilidad para lo que Lacan pudo después formular en su "Cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis"; tampoco evitó que formulase al delirio como un intento de curación, en subversión con lo que el orden psiquiátrico de la época proponía como desviación.

En este sentido, uno de sus últimos textos restituye al sujeto psicótico y sus producciones una dignidad homologable al padecer neurótico. En "Construcciones en el análisis" (1937b) introduce una variante al modo de concebir el delirio: en su núcleo supone un fragmento de verdad histórico-vivencial, de donde extraería su fuerza, a mismo título que las producciones neuróticas. De este modo:

¹¹⁸ Traducción de J-A Miller, 2008.

[...] probablemente valga la pena ensayar el estudio de los correspondientes casos patológicos siguiendo las premisas aquí desarrolladas y encaminar también de acuerdo con ellas su tratamiento. Así se resignaría el vano empeño por convencer al enfermo sobre el desvarío de su delirio, su contradicción con la realidad objetiva, y en cambio se hallaría en el reconocimiento de ese núcleo de verdad un suelo común sobre el cual pudiera desarrollarse el trabajo terapéutico. Este trabajo consistiría en librar el fragmento de verdad histórico vivencial de sus desfiguraciones y apuntalamientos en el presente real-objetivo y resituarlo en los lugares del pasado a los que pertenece. En efecto, este traslado de la prehistoria olvidada al presente o a la expectativa de futuro es un suceso regular también en el neurótico. [...] Opino que tales empeños con psicóticos habrán de enseñarnos mucho de valioso, aunque el éxito terapéutico les sea denegado (Freud, 1937b: 269).

Cuidadoso señalamiento, que previene del *furor curandis* sobre el que Freud ya había hecho su crítica. Se delinea de este modo un camino, diverso a la corrección del delirio o el pesimismo absoluto: se trata del pronunciamiento acerca de un tratamiento posible de la psicosis.

Conclusiones

En los comienzos, destacamos la apuesta de Freud con las psicosis en tanto las consideró una forma de las neuropsicosis de defensa. Con el correr de su obra, explicitó la contraindicación de la aplicación del método, la cual fundamentó en la supuesta incapacidad para la transferencia de las psicosis, cuestión que no está exenta de contradicciones. Esta posición taxativa se modalizó con el giro de los años '20, cuando la brecha entre las posibilidades terapéuticas de la neurosis y la psicosis se redujo ante nuevos hallazgos. El más allá del principio del placer, que da razones al hecho clínico de la reacción terapéutica negativa, así como la roca de la castración desarrollada en "Análisis terminable e interminable" (1937a), son modos de conceptualizar que toda experiencia analítica, y no sólo la que puede realizarse con psicóticos, tiene un límite. Por lo tanto, lo inanalizable de las psicosis es, en definitiva, un inanalizable entre otros.

Sin dudas, en contrapunto con la pasión de Freud por la palabra de la histérica, encontramos una posición de repulsa de las psicosis, que ha obturado la lectura de ciertos obstáculos que indefectiblemente halló en los ensayos terapéuticos con psicóticos a lo largo de su obra. Creemos insoslayable subrayar que más allá de las peculiaridades de la transferencia en las psicosis, que Freud intuyó e intentó formalizar oscilando entre la postulación del desasimiento libidinal y la transferencia negativa, está su transferencia con esta forma del malestar subjetivo. Tanto el rechazo manifiesto como la coyuntura política de la escisión con Jung, constituyeron dificultades para que el padre del psicoanálisis pudiese poner a punto el método, como lo realizó en otras ocasiones, ante el escollo clínico.

Aún así, Freud no resignó la oferta de su escucha a las psicosis, como puede verse en alguna de sus publicaciones (Freud, 1915b; 1922). En uno de sus últimos artículos, dejó sentadas algunas bases para el tratamiento con psicóticos. Sostuvo que el reconocimiento del núcleo de verdad histórico-vivencial que le da al delirio su empuje podría tanto evitar los vanos intentos por rectificarlo, como permitir el desarrollo de una cura (1937b). Finalmente, estas paradojas freudianas, sintomáticas y por ello fructíferas, no dejan de develar el deseo decidido de Freud por elucidar y tratar las diversas formas que puede tomar el sufrimiento subjetivo: soluciones neuróticas, perversas o psicóticas al malestar estructural relativo a la sexualidad y la muerte en el ser humano.

Bibliografía

- Erbetta, A., Varela, J. (2013). Los efectos de la transferencia en el hombre de los lobos. Actas del IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, pp. 426-433. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/45619>.
- Freud, S., Abraham, K. (1907-1926). *Correspondencia 1907-1926*. Barcelona: Gedisa, 1979.
- Freud, S. (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo II, 2012.
- Freud, S. (1895). Manuscrito H. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo I, 1997.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo III, 2012.

- Freud, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 1997.
- Freud, S. (1905a). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 2012.
- Freud, S. (1905b). Sobre psicoterapia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo VII, 2012.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo X, 2007.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XII, 1997.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XII, 2007.
- Freud, S. (1914a). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, Tomo XIV, 2012.
- Freud, S. (1914b). Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II). En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XII, 2012.
- Freud, S. (1914c). Introducción del narcisismo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2007.
- Freud, S. (1915a). Lo inconsciente. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2007.
- Freud, S. (1915b). Sobre un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2007.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencia 16: Psicoanálisis y psiquiatría. Conferencia 26: La teoría de la libido y el narcisismo. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIV, 2007.
- Freud, S. (1916-1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. Doctrina general de las neurosis. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVI, 2007.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVII, 2007.
- Freud, S. (1922). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XVIII, 2007.
- Freud, S. (1923). El yo y el ello. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIX, 2007.
- Freud, S. (1924). Presentación autobiográfica. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XX, 2007.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XIX, 2007.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XX, 2007.
- Freud, S. (1937a). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XXIII, 2007.
- Freud, S. (1937b). Construcciones en el análisis. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu. Tomo XXIII, 2007.
- Gardiner, M. (1979). El hombre de los lobos por el Hombre de Los Lobos. En *Los casos de Sigmund Freud I*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2002.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1996.
- Lacan, J. (1964). *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Leibson, L. & Lutzky, J. (2013). Intervenciones en psicoanálisis con psicóticos. En *Maldecir la psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.
- Lombardi, G. (2001). Notas sobre los diagnósticos difíciles en psicoanálisis. Disponible en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/114_adultos1/material/archivos/diagnosticos_dificiles.pdf
- Martin, J., Machado, M-I., Fernández Raone, M., Lozano, D. (2013). Actualidad de un caso freudiano en las discusiones sobre clínica diferencial neurosis obsesiva-psicosis. En *Clínica psicoanalítica: función de las obsesiones en neurosis y psicosis*. La Plata: EDULP.
- Miller, JA. (2008). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós, 2014.
- Roudinesco, E., Plon, M. (1997). *Diccionario de Psicoanálisis*. Madrid: Paidós Ibérica, 2008.
- Schreber, D. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. Buenos Aires: Libros Perfil S.A, 1999.

Los autores

Coordinadora

Julieta De Battista

Doctora en Psicopatología de la Université de Toulouse. Especialista en Clínica Psicoanalítica con adultos (UNLP) Premio al egresado distinguido UNLP. Especialista en Clínica (docencia y/o investigación) del Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires. Licenciada en Psicología (UNLP). Distinción Joaquín V. González al mejor promedio. Ex residente y jefa de residentes del HIEAC Dr. A. Korn. Supervisora de práctica clínica en instituciones.

Profesora Adjunta ordinaria a cargo de Psicopatología I UNLP. Docente de la Maestría en Psicoanálisis de la UBA. Becaria Postdoctoral del CONICET. Investigadora Adjunta Asociada de la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires. Directora del proyecto promocional de investigación y desarrollo "Psicosis en el lazo social" y del proyecto de extensión Red (voluntariado universitario). Premio Salud Investiga 2013, Premio UNLP 2012, Premio Asociación Argentina de Salud Mental 2010. Autora de *El deseo en las psicosis*. Editorial Letra Viva.

Autores

Jesús Agrazar

Auxiliar alumno de la cátedra de Psicopatología I (UNLP). Becario CIN, beca de estímulo a las vocaciones científicas.

Juan Manuel Blanco

Licenciado en Psicología (UNLP). Ayudante interino de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Residente de psicología del H.I.G.A. Prof. Dr. Rodolfo Rossi. Integrante de proyectos de investigación acreditados.

María del Pilar Bolpe

Licenciada en Psicología (UNLP). Adscripta graduada a la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Becaria CIC. Colaboradora en proyectos de investigación acreditados. Curstando Especialización en Clínica Psicoanalítica con adultos y Doctorado. Concurrente del Hospital Reencuentro.

Nicolás Campodónico

Licenciado en Psicología (UNLP). Doctor en Psicología. Realizando la Especialidad en Clínica Psicoanalítica con Adultos en la Facultad de Psicología de La Plata. Becario de Investigación posgraduado de la Universidad Nacional de La Plata. Ayudante diplomado ordinario e investigador en la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata y del curso introductorio. Integrante de proyectos de investigación acreditados.

Nora Carbone

Licenciada en Psicología. Especialista en Clínica del Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires. Ex residente y jefa de residentes de Psicología del Hospital "Sor María Ludovica" de La Plata. Profesora Adjunta interina de Psicopatología I UNLP. Realizando la Especialidad en "Clínica psicoanalítica de adultos" de la UNLP. Profesional supervisora de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Pcia. de Bs.As. Directora de un proyecto de investigación del Programa promocional de Investigación en Psicología sobre histeria masculina.

Mariana Dinamarca

Licenciada en Psicología (UNLP). Adscripta graduada a la Cátedra de Psicopatología I. Residente del Hospital Alejandro Korn de Melchor Romero (mediante beca otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires). Ex. Becaria CIN. Integrante de proyectos de investigación acreditados.

Anahí Erbetta

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Ayudante diplomado de la cátedra Psicopatología I (UNLP) Profesora Adjunta de Psicopatología (UCALP). Jefe de trabajos prácticos interina en Sede Bolívar. Integrante de proyectos de investigación acreditados. Ex residente HIGA R. Rossi. Ex becaria UNLP. Cursando la carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica con adultos (UNLP).

Martina Fernández Raone

Licenciada en Psicología (UNLP). Doctora en Psicología. Ayudante diplomado e integrante de investigación de la Cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Becaria de Investigación de la Universidad Nacional de La Plata. Cursando la Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica de Adultos (Facultad de Psicología, UNLP).

María Ester Hoggan

Auxiliar alumna de la cátedra de Psicopatología I.

Mercedes Kopelovich

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Residente, ex jefa de residentes y becaria de Psicología del HIGA Gral. San Martín de La Plata. Integrante en proyectos de investigación acreditados. Docente interina de la cátedra Psicopatología I. Cursando la Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos, UNLP. Co-Directora de Proyectos de Extensión.

Diana Lozano

Licenciada y profesora en psicología. Ex adscripta graduada de la cátedra de Psicopatología I. Integrante de proyectos de investigación acreditados. Docente de Psicopatología (UCALP). Cursando la Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica con Adultos, UNLP.

María Inés Machado

Licenciada y profesora en Psicología (UNLP). Ayudante Ordinaria e investigadora de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Ex residente de Psicología y ex becaria posesidencia de psicología en el H.Z.G.A. "Mario Larrain". Actual psicóloga de planta e instructora de residentes de Psicología del H.Z.G.A. Mario Larrain. Co-directora del proyecto de investigación del Programa promocional de Investigación en Psicología sobre las presentaciones enloquecidas en la adolescencia. Integrante de proyectos de investigación y extensión acreditados.

Julia Martin

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Especialista en Clínica del Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires. Jefa de trabajos prácticos interina y ayudante Diplomado Ordinario e investigadora de la cátedra Psicopatología I, UNLP. Ex residente y ex jefa de residentes de Psicología del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Psicóloga del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Ex rotante del Centre Hospitalier Sainte-Anne (París), Clinique Laborde (Blois), Centre Hospitalier CESAME (Angers) y Maison Verte (París). Maestranda en psicoanálisis de la UBA. Directora de Proyectos de Extensión y de un proyecto de investigación del Programa promocional de Investigación en Psicología sobre las presentaciones enloquecidas en la adolescencia.

Marina Martin

Adscripta alumna de la cátedra de Psicopatología I, auxiliar alumna del curso introductorio.

Nicolás Maugeri

Licenciado en Psicología (UNLP). Ayudante diplomado interino de la cátedra. Residente del Hospital Esteves. Docente del curso introductorio y de la cátedra de Psicopatología I. Colaborador en investigación de la cátedra Psicopatología I, Facultad de Psicología, UNLP.

María Luján Moreno

Licenciada y Profesora en Psicología (UNLP). Ex residente y Jefe de residentes de psicología, ex Becaria y ex Concurrente del Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital "Sor María Ludovica" de La Plata. Ayudante diplomado ordinario de la Cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología (UNLP). Coordinadora de Proyecto de extensión acreditado (UNLP). Docente participante del Proyecto de investigación del Programa Promocional de Investigación en Psicología sobre Histeria masculina.

María Sol Oporto

Profesora en Psicología (UNLP). Auxiliar alumna de la cátedra de Psicopatología I.

Gastón Piazzo

Médico Psiquiatra. Jefe de trabajos prácticos e investigador de la cátedra de Psicopatología I. Jefe de trabajos prácticos e investigador de la cátedra de Psicopatología II. Ex Residente de Psiquiatría del Hospital "Sor María Ludovica" de La Plata.

María Selika Ochoa de la Maza

Licenciada en Psicología (UNLP). Ayudante diplomada interina de la cátedra. Residente de Psicología del HIGA Gral. San Martín de La Plata. Docente de Psicopatología I. Integrante de proyectos de investigación acreditados.

Estela Soengas

Psicóloga. Jefa de trabajos Prácticos Ordinario e investigadora de la Cátedra de Psicopatología I. Ex - Psicóloga consultora del servicio de Salud Mental del hospital "Dr. Ricardo Gutiérrez" de La Plata. Ex-jefa del consultorio externo de psicología del hospital "Dr. Ricardo Gutiérrez" de La Plata. Integrante de proyectos de investigación acreditados.

Mónica Torres

Licenciada en Psicología (UNLP). Realizó su residencia en el Hospital San José de Pergamino. Ayudante Ordinaria e investigadora de las cátedras de Psicopatología I y Psicopatología II de la Facultad de Psicología de la UNLP. Jefe de trabajos prácticos interina en Sede Bolívar, Chivilcoy y Nueve de Julio. Supervisora del listado de supervisores en Clínica con Niños del Colegio de Psicólogos. Especializándose en Docencia Universitaria UNLP.

Jesica Varela

Licenciada en Psicología (UNLP). Ayudante diplomada interina e integrante en investigación de la cátedra Psicopatología I y del curso introductorio. Becaria Tipo B en investigación de la UNLP. Ex becaria CIC. Doctoranda en Psicología. Cursando la Especialización en Clínica Psicoanalítica con adultos y en Docencia Universitaria. Facultad de psicología. UNLP. Pasante del servicio de Psicología, de la Dirección de Políticas Públicas en Salud Estudiantil de la UNLP.

Luis Volta

Licenciado y profesor en Psicología (UNLP). Especialista en Psicología Clínica de Adultos. Magíster en Psicopatología (Universidad Rennes II). Docente de grado y posgrado e investigador de la Cátedra de Psicopatología I, Facultad de Psicología UNLP. Profesor Titular de Psicopatología (UCALP). Ex residente y actual instructor de residentes de Psicología HIGA Prof. Rodolfo Rossi, La Plata. Psicólogo de planta en HIGA Rossi. Director de un proyecto de investigación del Programa promocional de Investigación en Psicología sobre variaciones del humor en las psicosis.

Silvia Zamorano

Licenciada en Psicología (UNLP). Especialista en clínica de adultos del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Ayudante diplomada e investigadora en la Cátedra Psicopatología I de la Facultad de Psicología (UNLP). Ex residente de psicología del Htal. Mario Larrain de Berisso. Jefa de Servicio del Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo Reencuentro.

Sergio Zanassi

Especialista en Clínica Psicoanalítica con Adultos (UNLP) Lic. en Psicología (UNLP). Egresado del Curso Regular del Instituto Clínico de Buenos Aires (ICBA) -Enseñanza e Investigación en Psicoanálisis- con sede en la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL). Docente e investigador de la Cátedra de Psicopatología I. Premio UNLP Egresado Distinguido de Posgrado 2014. Ejerció su práctica profesional como Psicólogo de Planta Permanente de la Secretaría de Niñez y Adolescencia con funciones de Psicología clínica, supervisor y auditor (Pcia. de Bs. As.). Actualmente, continúa desempeñándose como practicante en Psicoanálisis de orientación lacaniana en el ámbito privado.

Las psicosis en Freud: contribución de los hallazgos y obstáculos freudianos a una lectura de Lacan / Julieta De Battista... [et al.]; coordinación general de Julieta De Battista. - 1a ed. - La Plata: Universidad Nacional de La Plata, 2016.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-34-1429-3

1. Psicoanálisis. 2. Psicosis. I. De Battista, Julieta II. De Battista, Julieta, coord.
CDD 150.195

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata
47 N.º 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina
+54 221 427 3992 / 427 4898
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2017
ISBN 978-950-34-1429-3
© 2017 - Edulp

S
sociales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA