

“Saludo a Henri-Rousselle de quien, por tomar aquí ocasión, no olvido que me da lugar para, este juego del dicho al decir, darle demostración clínica. ¿Dónde mejor he hecho sentir que con lo imposible de decir se mide lo real-en la práctica? (Lacan, L’Étourdit)“

I.PROLOGO

La presente investigación se desprende de la siguiente pregunta: ¿Cuál es la casuística de Lacan? O bien, la pregunta bien podría ser ¿Cuáles son los historiales lacanianos? La respuesta es: no existen (exceptuando el caso Aimeé, que de todas maneras ubicamos entre el Lacan-psiquiatra y el Lacan-analista). Frente a la generosidad, lo prolífico y amplio de los 5 grandes historiales freudianos (Dora, Juanito, el Hombre de las ratas, el Hombre de los lobos y el Caso Schreber), sumado a los múltiples relatos, ejemplos, viñetas que Freud nos legó, encontramos en Lacan una sorprendente dispersión y brevedad en la comunicación de sus casos. Llama la atención que en una obra vastísima como la suya, que cuenta con 29 seminarios, casi un centenar de escritos, y un importante número de lo que podemos llamar *conferencias*, encontremos un guarismo tan reducido de referencias a su propia práctica clínica.

Hay un argumento, que podríamos denominar deontológico, al que apela Lacan y que puede aportar luz a esta peculiaridad.

No es sólo porque no puedo sacar a luz mis propios análisis para demostrar el plano donde tiene su alcance la interpretación, cuando la interpretación, mostrándose coextensiva de la historia, no puede ser comunicada en el

medio comunicante en el que tienen lugar muchos de nuestros análisis, sin riesgo de descubrir el anonimato del caso. Pues he logrado en tal ocasión decir bastante sin decir demasiado, o sea dar a entender mi ejemplo, sin que nadie, aparte del interesado, lo reconozca. (Lacan, 2008, p.570)

Uno podría leer allí la idea de resguardar el derecho a la privacidad de los pacientes. Derecho a la privacidad que, a decir verdad, ha sido violentado en varios de los pacientes de Freud, cuyo anonimato se ha perdido hace largo tiempo.

El 6 de enero de 1972, en una charla en Sainte-Anne, titulada *Hablo a las paredes*, Lacan dice:

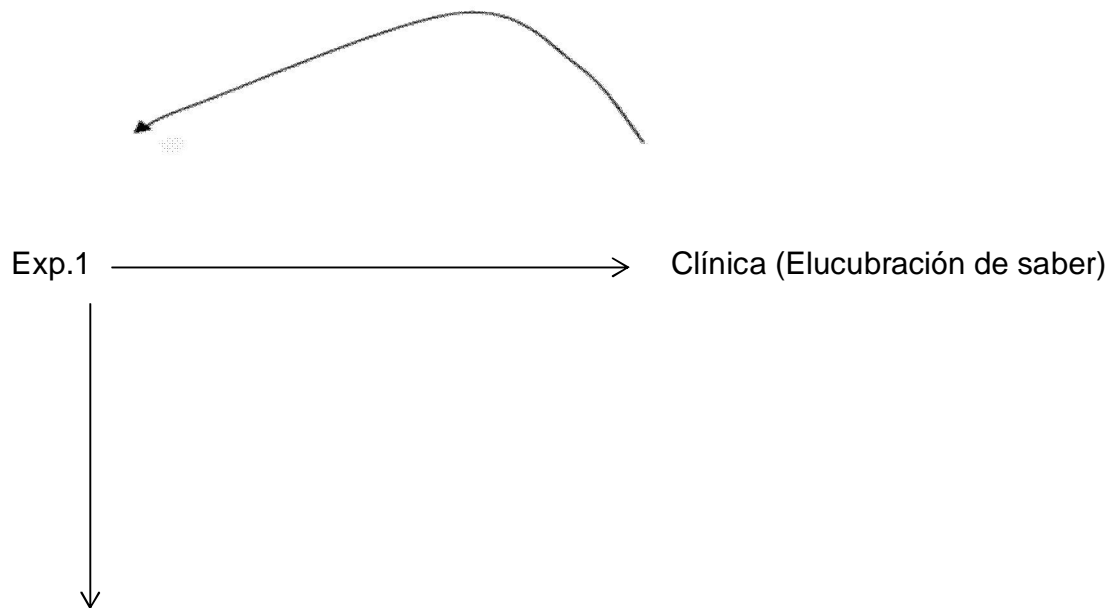
A Sainte-Anne no llegué a hablar sino muy tarde, quiero decir que no se me había ocurrido antes, salvo para cumplir algunas tareas menores cuando era jefe de clínica. Relataba algunas historias a los practicantes y fue incluso ahí donde aprendí a ser cuidadoso con las historias que cuento. Un día relaté la historia de la madre de un paciente, un encantador homosexual al que yo analizaba, y que, no pudiendo evitar lo que se veía venir, había dado este grito: ¡Y yo que creía que él era impotente! Cuento la historia y diez personas de la asistencia- no había solo practicantes- la reconocen de inmediato. No podía ser otra más que ella. Se dan cuenta ustedes de lo que es una persona mundana. Fue toda una historia naturalmente, porque me lo reprocharon, cuando yo no había contado absolutamente nada más que ese grito sensacional. Desde entonces, eso me inspira mucha prudencia para la comunicación de casos. (2012, pp. 99-100)

He aquí un comentario, una anécdota vivida en carne propia, en la que Lacan recibiera una reprimenda de parte de su auditorio al comunicar un

caso en el que, desgraciadamente, el público reconoció rápidamente su identidad. Según él, desde entonces tuvo más precauciones a la hora de comunicar su propia casuística. Precaución que no le privó de volver a mencionar, brevemente y con más disimulo, en *La agresividad en psicoanálisis* (2008) el mismo caso.

Si bien estos argumentos en relación a la confidencialidad no resultan suficientes para justificar los exiguos casos clínicos, nos permite matizar la impresión de mezquindad que nos provoca.

Pero todo esto no nos permite plantear que no ha habido una enseñanza clínica en lo que respecta a su obra, ni que haya sido insuficiente, ya que consideramos a la clínica como una elucubración de saber que recae sobre una práctica y no como una práctica en sí misma. De este modo, el hecho de tomar la práctica de otros analistas, como Klein, Kris, Macalpine, etc. pero fundamentalmente Freud, ya representa un hecho clínico en sí mismo. Del mismo modo, uno podría extender este concepto y argumentar que las lecturas que Lacan realizó respecto de la literatura no analítica (*El banquete* de Platón, *Hamlet* de Shakespeare, el *Finnegans Wake* o el *Ulises* de Joyce, por nombrar algunos) o de algunas películas (como *La regla del juego*, 1939 de Jean Renoir o *El joven Törless*, 1966 de Volker Schlöndorff) suponen también reflexiones clínicas. Se podría coincidir con él en que *ha dicho bastante sin decir demasiado*.



Experiencia 2

Si tomamos este gráfico y ubicamos en *Experiencia 1* los relatos de las prácticas de los analistas de los que Lacan hacía uso, o las películas, o la literatura no analítica, y en *Clínica* las elaboraciones que realizó sobre ellos, en forma retroactiva, transformándolas, modificándolas, tenemos como resultado otra experiencia (*Experiencia 2*).

La genialidad de las lecturas que Lacan realiza, por ejemplo, de los historiales freudianos supone ya una profunda modificación de éstos. Del mismo modo, cuando tomemos las P.D.E.¹ de Lacan, lo principal no es la

¹ De aquí en más utilizaremos esta sigla para referirnos a la presentación de enfermos.

práctica misma, la experiencia, sino la elucubración que sobre ella se realice, ya que “*es preciso que el analista sea al menos dos*. El analista para tener efectos es el analista que, a esos efectos, los teoriza”. (Lacan, J, Seminario 22. *R. S. / Inédito*)

Esta reserva extrema ha promovido en estos años la publicación de libros dedicados, total o parcialmente, al relato autobiográfico de algunos análisis llevados adelante por Lacan, y en otros casos se trata de trabajos llevados a cabo por investigadores: *Una temporada con Lacan* (1989) de Pierre Rey, *El día que Lacan me adoptó* (2006) de Gerard Haddad, *Jacques Lacan Calle De Lille Nro 5* (1990) de Jean Guy Godin, *213 ocurrencias con Jacques Lacan* (1993) de Jean Allouch, etc.

Es a partir de esta característica de Lacan que cobra relieve el interés por una parcela de su práctica: las P.D.E. Más aun, teniendo en cuenta que “en la actualidad contamos con una abundante bibliografía en varios idiomas, de analistas de orientación lacaniana, algunos de ellos discípulos directos de Lacan que se han ocupado del tema. Sin embargo, aún queda pendiente una elaboración sistematizada del mismo.” (Alomo, López, Zaffore, Noviembre de 2012; p.85) De este modo, nos proponemos dilucidar dos grandes interrogantes. El primero es el de establecer qué aportes mensurables le dio la experiencia de las presentaciones clínicas a la obra de Lacan. La segunda es la de establecer en qué consiste el dispositivo de la presentación de

enfermos, cómo funciona, cuáles son sus actores, cuál es su finalidad, cuál es el lugar y la función del público, qué características presenta la entrevista, qué la diferencia de una entrevista privada. Para esto último nos encontraremos con el paso obligado del análisis histórico del dispositivo, ya que este fue importado por Lacan desde la médula misma de la práctica psiquiátrica.

La presentación de enfermos es un dispositivo que Lacan jamás abandonó. Encontramos referencias a ella, tanto en el Seminario 3 como en el Seminario 25. Comenzó a realizarla siendo un joven psiquiatra y una vez convertido en psicoanalista la sostuvo, pese a haber encontrado fuertes objeciones a ello. Se podría decir que si bien fue él quien la introdujo al psicoanálisis desde la psiquiatría, ésta ya nunca volvió a ser la misma debido a que le imprimió modificaciones que al mismo tiempo justifican que se le quite el adjetivo de psiquiátrica y se le agregue el de psicoanalítica.

Dentro del escueto conjunto de menciones a la propia práctica clínica, en Lacan es notable el lugar que ocupa la presentación de enfermos como su ampliamente primer subconjunto. Alcanzando su cenit en el Seminario 3, las P.D.E. se revelan como una fuente de ilustraciones clínicas de enorme riqueza. Pese a que generalmente, pero no siempre, consisten en casos de psicosis, los recortes clínicos hacen su aporte trascendiendo el marco de dicha estructura.

No obstante esto, nuevamente aparecen los déficits, al menos respecto de nuestras expectativas. Las menciones a casos extraídos de este dispositivo son numerosas, pero las elaboraciones en Lacan respecto de la lógica del dispositivo, de su funcionamiento, son sumamente escasas. Es por eso que en el presente trabajo debimos tomar lo poco que el autor nos brindó y elaborar una conceptualización construida a partir de retazos. Pese a esto, la práctica de la presentación de enfermos sigue vigente. Numerosos analistas vernáculos y extranjeros las realizan en distintos servicios hospitalarios del mundo. Esto propició la publicación de cuantiosos trabajos en los que se realizan: a) relatos de casos extraídos del dispositivo, b) conceptualizaciones respecto del dispositivo y c) comentarios de las P.D.E. de Lacan. Estos han sido de una invaluable ayuda para el presente trabajo. A pesar de lo cual, ninguno de ellos consiste en un estudio sistematizado del problema, sino que toman, más bien, aspectos locales y diversos.

Otro elemento a resaltar es el de la necesidad de establecer alguna argumentación que nos sirva de justificación o de refutación a la pertinencia de la presentación de enfermos. ¿Por qué realizar una presentación de enfermos en vez de realizar una entrevista individual?, ¿Qué plus le aporta al enfermo pasar por este dispositivo? Estas serán otras preguntas a responder.

Hay una pregunta anterior a estas: ¿La presentación de enfermos, es psicoanalítica? Si respondemos que no lo es, deberemos encontrar el

argumento, si lo hay, que nos explique por qué se sostuvo más de 30 años en la obra de Lacan, quien hubo abandonado plenamente la psiquiatría para volverse psicoanalista. Dicha respuesta estará dirigida, transitivamente, a las P.D.E. que se hacen actualmente en varios países del mundo. Si, en cambio, respondemos por la afirmativa, deberemos mostrar en qué se diferencia de las presentaciones que realizan los psiquiatras, cuál es su especificidad, que lógica las sostiene y cuáles son los beneficios que aporta al psicoanálisis.

II ANTECEDENTES

II.1 Justificación de la Pertinencia del Análisis Histórico



Rembrandt Harmenszoon van Rijn. La lección de anatomía del Dr. Nicolaes Tulp (1632)

El movimiento psicoanalítico le ha brindado a la humanidad un cierto número de dispositivos: el análisis, el cartel y el pase. Estos inauguran a su vez, modos de lazo social inéditos. Pero, por otro lado, también el psicoanálisis ha sabido valerse de algunos de los dispositivos ya inscriptos en la cultura de su época. Tal es el caso de las P.D.E., dispositivo que es tomado de la psiquiatría

y que registra en ésta una larga duración. De modo que para comprender cabalmente las diferencias y similitudes entre el ejercicio psicoanalítico de este dispositivo y el que realiza la psiquiatría, para poder entender mejor su funcionamiento y para justipreciar sus virtudes y defectos es preciso seguir las huellas de su camino, bucear hasta sus orígenes, indagar su genealogía, devolverlo a su historia.

II.2 Nacimiento y Primer Contexto de la P.D.E.

Según Michel Foucault (2012), la P.D.E. hace su aparición en un momento muy temprano de la psiquiatría, a punto tal que son prácticamente coetáneas. En 1817, pero fundamentalmente entre 1830 y 1835, Esquirol comenzó a practicar en Francia, en los hospicios de Bicêtre y la Salpêtrière, la P.D.E. al interior de sus lecciones clínicas. Por otro lado, el nacimiento de esta práctica se sitúa en el período denominado por Foucault protopsiquiatría², el cual posee, como una de sus características primordiales, que el poder psiquiátrico se ejerció como un poder en el cual la cuestión de la verdad no estaba puesta en juego, debido a que la principal función del saber del psiquiatra era la de complemento al poder disciplinario del mismo. No se trataba de un saber ligado a una verdad, respaldado en una o varias teorías, ni a una

² Es decir, el período que va de 1820 a 1870.

destreza diagnóstica, ni a la virtud para establecer una etiología, ni a la eficacia del ejercicio terapéutico. No es que no existiesen desarrollos teóricos al respecto, sino que estos estaban desconectados de las prácticas concretas, de modo que la resultante era una fachada de saber, una suposición de saber rodeando al médico, el cual le otorgaba un poder que era ejercido en distintos modos de disciplinamiento. Como ya veremos, se exceptúan a esta regla general tres dispositivos en los que sí comienza a deslizarse la cuestión de la verdad: (a) la práctica o el ritual del interrogatorio y la extorsión de la confesión, (b) el procedimiento del magnetismo y la hipnosis y (c) las drogas.

Tomaremos el interrogatorio, pues es el que más nos interesa, en tanto nos da un marco general dentro del cual se inscribe la P.D.E. Foucault afirma que el interrogatorio fue el más importante, el más constante, el que menos se modificó de los tres dispositivos y que se desplegó en dos grandes niveles. Por un lado, un nivel disciplinario consistente en una manera de fijar, de sujetar al individuo a la norma de su propia identidad social y a la atribución de locura que recae sobre él. Por el otro lado, tenemos una dimensión de verdad introducida por el mismo nivel disciplinario. La misma fue planteada por el propio loco sujeto al interrogatorio, desde el momento en que éste, también bajo hipnotismo y con las experimentaciones que posibilitó la droga, fracturaron el sistema disciplinario para, desde entonces, poner al saber médico y a su discurso que hasta ese momento era una mera marca de poder, en cierta relación a la verdad. Hasta entonces la cuestión de la verdad no había resultado

un problema, ya que el psiquiatra, o bien podía hacer que la realidad emule a la idea delirante, haciendo que esta deje de ser errónea para ser verdadera, y por lo tanto se vuelva una idea normal, o bien podía coaccionar al loco para que, mediante apremios varios, confesase una verdad de cuyos criterios el psiquiatra era el amo.

II.3 Dos Modelos de Verdad en Psiquiatría

En este punto es necesario hacer un breve excursus para comprender en qué contexto emerge el interrogatorio psiquiátrico y, más precisamente, la P.D.E. Foucault contrapone dos grandes modelos de verdad en la historia de la civilización occidental. El primero, que denomina *tecnología de la verdad demostrativa*, de la verdad que se constata, es aquel que se funde con la práctica científica, y que consiste en suponer que hay una verdad constante, inmutable, por todas partes y en todo momento. Que, además, hay momentos en que ésta se aprehende con mayor facilidad, puntos de vista o instrumentos que permiten descubrirla allí donde se oculta. El segundo, anterior históricamente a la verdad demostrativa, descartado o recubierto por ésta, lo denomina el *modelo de la verdad acontecimiento*. Es una verdad que no está presente todo el tiempo, sino dispersa, discontinua, interrumpida, hasta caprichosa en sus instantes favorables, con lugares propicios, con portadores

privilegiados, ligada al *kairos* (momento adecuado, ocasión), y que es preciso aferrarla, pues se escurre. Una verdad - rayo, fugaz, en contraste con la verdad - cielo, permanente del anterior modelo. Es una verdad que no es del orden de lo que es sino de lo que sucede, no dada en la forma del descubrimiento sino en forma del acontecimiento, que no se constata sino que se suscita, se rastrea y que no se da por medio de instrumentos sino por rituales. Se es asido por ella, no es una relación de conocimiento sino de un choque con el rayo de la verdad, de caza belicosa, de dominación, de victoria, de poder y no de conocimiento.

La verdad acontecimiento fue la predecesora de la verdad demostrativa y, con el correr del tiempo fue recubierta, tapada en la psiquiatría del siglo XIX por ésta. El ejemplo paradigmático es el de la noción o método de la crisis, clásico en la medicina desde la época de Hipócrates, y vigente hasta entrado el siglo XVIII. La crisis es ese momento decisivo en una enfermedad en la que ésta puede pasar a la curación, a la muerte o la cronicidad. No es un momento de evolución de la enfermedad sino de batalla resolutive entre el cuerpo y el mal que lo habita, combate que se hace en días predeterminados, con un ritmo característico. De modo que esta temporalidad presentaba días propicios para la batalla y días que no lo eran. Pero lo importante es que en el momento de la crisis “la enfermedad estalla en su verdad” (Foucault, 2012; 285), y ese es el momento en que el médico debe intervenir porque es su única vía de influir sobre el padecimiento.

El proceso por el que en la medicina del siglo XIX se pasa de un modelo de verdad a otro, es complejo, pero podemos mencionar los dos principales hechos coadyuvantes: el nacimiento de la anatomía patológica y la aparición de la medicina estadística. Hechos que sucedieron en el campo de la medicina y de los que la psiquiatría no se mantuvo ajena. Pero, además, al ser el hospital psiquiátrico un espacio de pesquisa e inspección inquisitoriales, la prueba de verdad no hizo falta en absoluto, de modo que la crisis como acontecimiento de la locura quedó excluida. En primer lugar, porque el poder disciplinario va a contrapelo de la producción de crisis, en tanto propone un reglamento, un orden, un régimen a cumplir, a punto tal que dentro de éste se ha llegado a incluir la norma de que los pacientes no deben pensar en su locura, lo cual constituye una de sus principales técnicas con fines terapéuticos.

También debemos contar con que la anatomía patológica introduce la idea de que si hay alguna verdad en la locura, ésta no se hallará en el discurso de los locos sino en sus nervios y cerebros. Y por último, encontramos la incursión de la psiquiatría en el asunto criminal, que a grandes rasgos estaba fundada más que en términos de verdad o no (en la relación de atribución de locura a ciertos actos criminales), en términos de peligrosidad social. De modo que la crisis se fue tornando indeseable por su potencial peligrosidad criminal. Pero, en verdad, el abandono del método de la crisis no se dio en la psiquiatría de la mano de la asimilación de la anatomía patológica como método predilecto, como sí sucedió en la medicina. Esto no fue posible, dado que el problema

crucial del psiquiatra era el de establecer un diagnóstico absoluto, una prueba que establezca si tal o cual comportamiento, tal o cual manera de hablar, era o no locura. De modo que en su lugar emerge algo análogo a la crisis médica, como una prueba, pero no de verdad sino de realidad en doble sentido. En un primer sentido, como acabamos de ver, hará que ciertos fenómenos presentados por un paciente tengan el estatuto de enfermedad real, pues podrían no serlo. Por otro lado, la prueba psiquiátrica da existencia como saber médico al poder de intervención y el poder disciplinario del psiquiatra.

En la medicina orgánica el médico formula oscuramente esa demanda: muéstrame tus síntomas y te diré que enfermo eres; en la prueba psiquiátrica, la demanda del psiquiatra es mucho más gravosa, está mucho más sobrecargada y es esta: con lo que eres, con tu vida, con aquello que motiva quejas a tu respecto, con lo que haces y dices, proporcióname síntomas, no para que yo sepa qué enfermo eres, sino para que pueda ser un médico frente a ti. (Foucault, 2012; 308)

Es desde entonces que la psiquiatría va a darse a sí misma una serie de pruebas que puedan responder a la exigencia de diagnóstico absoluto. De ahí, emergerán tres técnicas para la prueba de la realización de la enfermedad, de la entronización del psiquiatra como médico y de la demanda como síntoma patológico: el interrogatorio, la droga y la hipnosis. Tomaremos exclusivamente la primera, que es la que se conecta con nuestra investigación.

II.4 El Interrogatorio Psiquiátrico

Tomaremos el interrogatorio, pues es el que más nos concierne, en tanto nos da un marco general dentro del cual se inscribe la P.D.E., ya que ésta, en última instancia, no distaba mucho de ser un interrogatorio frente a alumnos. Continuaremos basándonos en el seminario *El poder psiquiátrico* de Foucault (2012). Vale aclarar que el autor comienza tomando el interrogatorio en un sentido lato, llamándolo también anamnesis o confesión. En principio, resalta un *nivel disciplinario del interrogatorio*, en tanto pretende fijar al individuo a su identidad, obligarlo a reconocerse en un pasado de acontecimientos biográficos. Esto supone exigirle al enfermo que confiese la realidad de los hechos³ y para esto no es indispensable que perciba dicha realidad, sino simplemente que la diga, incluso bajo el apremio de algún tormento, ya que de esta manera, dicha confesión, podría poseer mayor eficacia terapéutica. Por otro lado, el interrogatorio busca que el enfermo se aferre a su propia historia, reconociendo una serie de episodios de su existencia y que, de ese modo, asuma su propia identidad. Pero, asimismo, esa verdad biográfica no es la verdad que el paciente podría decir sobre sí mismo, sino una verdad impuesta y canónica, de modo que el enfermo aparece allí impelido a asumir un corpus biográfico establecido desde afuera por todo un

³ Como por ejemplo que la ciudad en la que está es París y no Bourdeaux como su delirio lo indica.

sistema de informantes compuesto por familiares, amigos, vecinos, observación médica, etc.

Pero Foucault no destaca el nivel disciplinario como decisivo respecto del interrogatorio. Subraya, en cambio, el *nivel de realización de la locura*, constituido éste por cuatro procedimientos o maneras de realizar la locura:

1. Desde 1820-1830 un interrogatorio psiquiátrico clásico incluye la *búsqueda de antecedentes*, es decir, un trabajo de pesquisa de las diferentes enfermedades que afectaron a los ascendientes o colaterales del enfermo. Búsqueda anárquica y paradójica, ya que, pese a que el mismo Pinel mencionaba a la herencia como una de las causas de la locura, aún no había aparecido el concepto de herencia patológica y ni siquiera el de degeneración, surgidos décadas después.

2. En segundo lugar, encontramos la *constitución de un horizonte de anomalías*. Es la búsqueda de los pródromos, las marcas de la disposición a la enfermedad, los antecedentes, episodios en los que la locura se haya anunciado antes de ser una locura, pero constituyendo ya una anomalía, condición de posibilidad individual de la locura.

3. *Quiasma o cruce entre la responsabilidad y la subjetividad*. En todo interrogatorio psiquiátrico hay una transacción en la que el loco asume la

realidad de los hechos y otorga síntomas a cambio de que se le reste la responsabilidad moral o jurídica:

El psiquiatra diría a quien está frente a él: y bien, estas aquí, sea por propia voluntad, sea, al contrario, traído por otro, pero vienes porque en torno de ti y a tu respecto hay quejas, cierto malestar; dices tal cosa, has hecho tal cosa, te comportas de tal manera. No te interrogo de ningún modo sobre la verdad de esos hechos, no quiero saber en términos de aserción si lo que se te reprocha, en incluso los malestares que sientes, son verdaderos o no -no soy un juez de instrucción-, pero estoy dispuesto a quitarte la responsabilidad, jurídica o moral, de lo que has hecho o lo que te sucede o los sentimientos que experimentas, aunque con una condición: que asumas subjetivamente la realidad de todo eso y me restituyas todos esos hechos como síntomas subjetivos de tu existencia, de tu conciencia. (Foucault, 2012; p. 314)

4. Por último, encontramos el *ordenamiento de la confesión central*. La finalidad, el horizonte del interrogatorio psiquiátrico es el presunto corazón de la locura. Se trata, en este punto, de conseguir que el enfermo no solo reconozca la existencia de ese foco delirante, sino que lo actualice concretamente en el interrogatorio. De dos maneras. Una a través de la confesión ritualmente obtenida; un *"¡Sí, escucho voces!"*. Pero si no es posible esto, es preciso conseguir durante el interrogatorio, la actualización misma de la crisis, suscitar la alucinación, la crisis histérica, etc. De cualquiera de las dos formas, se pone al paciente en un arrinconamiento estrangulante, en el que ya no puede escapar de sus propios síntomas y se lo obliga a confesar que está loco, o a representar su locura. Confesión que tiene como base la creencia de que si

uno expresa la locura, se deshace de ella. El interrogatorio psiquiátrico, de este modo, comporta una analogía con la confesión religiosa en tanto contribuye al perdón, como vimos en el acápite anterior, y por otro lado una analogía con la técnica de la crisis médica, en tanto ésta hace emerger, expectorar la sustancia morbífica.

II.5 Del Interrogatorio a la P.D.E.

Ahora bien, según Foucault, el gran rito del interrogatorio necesita, de vez en cuando una revigorización, una revitalización.

Así como, si se quiere, al lado de las misas rezadas están las misas solemnes, la presentación clínica frente a los estudiantes es, al interrogatorio privado del enfermo por el médico, lo que la misa cantada es a la misa rezada. (Foucault, 2012; p.317).

Pero, ¿por qué la psiquiatría necesitaría de la presentación clínica para revigorizar su práctica? Por una doble carencia. Una carencia de cuerpo, en tanto lo esencial para la psiquiatría, como ya lo dijimos, no era el establecimiento de tal o cual relación entre una enfermedad y un sustrato anatómico (por ende, el método anatomopatológico no era la vía predilecta a seguir), sino más bien el poder precisar si tal o cual fenómeno era pasible o no

de considerarse locura. Se trataba más de establecer un diagnóstico absoluto que uno diferencial. La otra era la carencia en la curación, ya que esta no se desarrolla en absoluto sino que, más bien, se la esperaba como una suerte de proceso, o bien espontáneo, o bien reactivo ante 4 elementos: el aislamiento asilar, los medicamentos físico-fisiológicos, las coerciones propias del asilo y medicación psicofísica, punitiva y terapéutica (como la ducha, sillón rotatorio, etc.). Pero lo llamativo es que, si en algún caso la curación sobrevenía, la psiquiatría, si es que proponía una explicación o una teoría, ello no supo tener una influencia concreta sobre la vida asilar propiamente dicha. Hubo un cierto divorcio entre práctica y teoría en el campo psiquiátrico de aquel entonces. Debido a este rasgo, Foucault llega a preguntarse por qué fue necesario que el médico se ocupe de la locura, por qué se entromete en la dirección de los asilos⁴, al punto tal de haber sido planteada, durante el siglo XIX, la disyuntiva entre el médico y un administrador municipal para llevar adelante dicho cargo. La disyuntiva se tuerce hacia el médico porque sabe, pero no por el saber en sí, ya que no es éste el que pone en práctica cuando dirige el asilo, sino por el poder complementario, dado por la marca del saber. El poder del psiquiatra funciona dentro del asilo, como un poder necesariamente médico, gracias a las marcas que designan en él la existencia de un saber.

⁴ *El propio Pinel tenía desde el comienzo una preocupación, pues decía: en el fondo, estoy aquí para curar los enfermos, pero, en definitiva, quien fue durante tantos y tan largos años el portero, el conserje, el vigilante de Bicêtre, Pussin, sabe tanto como yo; y a decir verdad, sin duda pude aprender lo que aprendí gracias a haberme apoyado en su experiencia.* (Foucault, 2012; p. 214)

Todo esto nos dibuja un escenario en el que se destacan algunas falencias en el psiquiatra, ciertas carencias que hacen que tambalee su posición de médico, su inserción en la disciplina médica. Y es en este punto que la presentación de enfermos viene a resituar al alienista, marcándolo como médico por el hecho de que, a título de oyentes y espectadores, están los estudiantes. Ni el éxito de la cura, ni el hallazgo de la etiología, sino la presencia del coro, de la masa de estudiantes. Esta presencia es la que le permitirá asumir un carácter médico a su rol y todas las operaciones antedichas en el interrogatorio realizado por el ahora psiquiatra-maestro del saber médico, actuarán con una intensidad y un vigor renovados. La sola presencia del coro adiciona a las palabras del psiquiatra, prestigio y veracidad.

II.6 Técnica de la P.D.E. en la Protopsiquiatría

Veamos cómo el psiquiatra del protoasilo va a desarrollar una práctica de la P.D.E en la que se destacan 5 características, las cuales actúan como marcas de saber que invisten y agregan poder al médico.

La primera marca, tomada de Pinel, plantea que:

Cuando interrogamos a un enfermo, es preciso ante todo estar informados sobre él, saber por qué ha venido, cuales son las quejas a su respecto, cuál ha sido su biografía; debemos hacer

previamente averiguaciones en su familia o sus allegados, de tal manera que, en el momento del interrogarlo, siempre sepamos más que él o, al menos, sepamos más de lo que él se imagina y, de ese modo, cuando venga a decirnos algo que consideremos como falta de veracidad, podamos intervenir y hacer valer que sabemos de ello más que él y tachamos su decir de mentira y delirio. (Pinel, 1802; pp. 5-6) (Foucault, 2012; 216)

La cita muestra claramente el modo en que se pensaba y en que circulaba el saber en el dispositivo de la P.D.E. En primer lugar, el saber es un saber conciente, un conocimiento exterior al paciente, acumulable a punto tal que alrededor de éste se despliega una competencia por su mayor o menor acopio, competencia en la que el propio interesado (el paciente) ha de resultar vencido. Por otro lado, el psiquiatra será aquel que podrá, en virtud de su posesión de dicho conocimiento fáctico respecto de la biografía del paciente, establecer, dictaminar y juzgar los dichos del paciente, o bien como mentiras y delirios, o por el contrario ratificarlos como ciertos.

La segunda marca, tomando a Esquirol y sus seguidores, el interrogatorio consiste en obtener del enfermo una cantidad de informaciones de las que no se dispone, pero sin que el enfermo se dé cuenta de que depende de él para conseguirlas. El interrogatorio debe estar conducido de manera tal que el enfermo no diga lo que quiera sino lo que el psiquiatra quiere, que responda sus preguntas. Se destaca la siguiente cita de Falret por la flagrante oposición que presenta a lo posteriormente planteado por Lacan:

...si uno quiere conocer las tendencias, las orientaciones de espíritu y las disposiciones emocionales que son la fuente de todas las manifestaciones, no debe reducir su deber de observador al papel pasivo de secretario de los enfermos, de estenógrafo de sus palabras o narrador de sus acciones [...] El primer principio por seguir [...] es, por lo tanto, modificar su papel pasivo de observador de las palabras y los actos de los enfermos para asumir un papel activo y buscar, con frecuencia provocar y hacer surgir manifestaciones que jamás aparecerían espontáneamente.(Falret, 1854; pp.19-20) (Foucault, 2012; 217)

Podríamos decir que el correcto accionar del psiquiatra no es en absoluto permitir que el discurso del paciente se articule, se desarrolle, se hilvane, salvo en aquellos puntos en los que toque aquellas respuestas que el médico busca obtener. Ha de ser activo, pero sobre todo directivo, para poder provocar aquello que quiere encontrar. De ningún modo se permitirá el lujo de pasivizarse ante el discurso del paciente, menos aún de rebajarse al papel de ser su secretario, aquel que toma nota y entroniza las palabras del alienado.

La tercera marca consiste en hacer vigilar constantemente al enfermo, llevar un historial permanente con el fin de que al abordarlo, sea posible mostrar en todo momento que se conocen todos sus actos a través de una organización y un sistema de apuntes sobre la vida del enfermo.

En cuarto lugar, encontramos el doble registro de la medicación y la dirección. Si un enfermo ha hecho algo malo, se lo castiga haciéndole creer

que el castigo posee una utilidad terapéutica. Y, a la inversa, el remedio debe ser aplicado induciéndole la creencia de que se lo administra para fastidiarlo y castigarlo.

Y como último punto, Foucault introduce como marca de poder, el ejercicio de la presentación de enfermos. Ésta, como una puesta en escena, en la que se instruyen a los estudiantes y en la que el médico actúa en calidad de examinador del paciente y educador, será quien cura y quien es dueño de la palabra. La P.D.E tendrá, a su vez, 4 grandes virtudes.

En primer lugar, le permite al psiquiatra mostrarle a su paciente que alrededor suyo, del psiquiatra, hay una serie de personas dispuestas a escucharlo. Esto multiplicará el efecto de poder de su palabra, dándole mayor autoridad.

En segundo lugar, le permite no solo interrogar al paciente sino, además, mostrarle que conoce su enfermedad, que sabe de su enfermedad, que puede hablar de ella y hacer una exposición teórica al auditorio. Esto producirá que el enfermo se percate de que en la palabra del médico se formula una verdad aceptada por todos los allí presentes.

En tercer lugar, le posibilita al psiquiatra hacer, frente al auditorio, una anamnesis general del caso. O bien es realizada por el mismo paciente o, en caso de que éste no quiera, el psiquiatra lo relevará de esa tarea y contará para todos los allí presentes su historia de vida. En dicho relato, el paciente

verá desplegarse frente a sí toda su vida, marcada y presentada ésta como la vida de un enfermo.

Por último, permite al enfermo darse cuenta de que complace al psiquiatra y que, de algún modo, éste lo recompensa a través del esfuerzo destinado a él. La puesta en evidencia del interés del psiquiatra da como resultante la complacencia y buena predisposición del paciente para con el psiquiatra.

II.7 Antecedentes Psicoanalíticos a la P.D.E.

Pasemos ahora a revisar cuáles fueron los primeros contactos entre nuestro dispositivo y el psicoanálisis. Si bien es cierto que quien incorporó la P.D.E. al elenco de dispositivos del psicoanálisis en extensión fue, sin lugar a dudas, Lacan, podemos encontrar antecedentes de este entrecruzamiento, ya en los albores, en los prolegómenos de esta joven disciplina.

El primer gran cruce que debemos ubicar corresponde al encuentro entre Charcot y el joven y recientemente recibido de médico neurólogo Dr. Sigmund Freud. Es entre octubre de 1885 y febrero de 1886, en razón de una beca de estudio otorgada por la Sociedad de Medicina de Viena, que Freud realiza una pasantía en la ciudad de París, en la cual siguió, entre otros pero

fundamentalmente, las enseñanzas de Charcot (1825-1893), nada más y nada menos que en el hospital más grande de Europa en aquel entonces, “La Salpêtrière, ese museo de hechos clínicos” (Freud, 1893; p. 15). Este período fue un punto decisivo en la historia del psicoanálisis para su contexto de descubrimiento, como dirían los epistemólogos. Pensemos que nuestro joven héroe ingresa a la Salpêtrière interesado en la ciencia física, en la neuropatología y sale de ella motivado por la psicología y la psicopatología; un verdadero viraje en su carrera. Difícil es precisar fehacientemente los hechos que dieron lugar a dicho viraje; tal vez, uno de los más importantes fue sin duda la personalidad de Charcot. Tal es así que el 24 de noviembre de 1885 Freud le escribe a su futura esposa: “Charcot, que es uno de los más grandes médicos y un hombre de una sensatez genial, está sencillamente desbaratando todos mis objetivos y opiniones. No sé si esta semilla dará fruto, pero sí puedo afirmar que ningún otro ser humano había causado jamás tan gran efecto sobre mí...” (1960a) (Strachey, 1992 p.15). Tan grande fue dicha admiración que basta ver el elogioso escrito necrológico que Freud le dedica a su maestro y tener en cuenta, por ejemplo, que en su honor llamó a su primer hijo varón Jean-Martin.

Pero lo fundamental de este período, más allá de todas las pasiones imaginarias que despertó en él, fue el encuentro con un mundo totalmente novedoso para nuestro descubridor en ciernes, encuentro sin el cual el psicoanálisis, probablemente, no hubiese sido alumbrado. “Por oposición a la deficiencia del laboratorio, la clínica de la Salpêtrière ofrecía tal plenitud de

cosas nuevas e interesantes que hube de recurrir a todos mis esfuerzos a fin de aprovechar esa oportunidad tan propicia para mi aprendizaje” (Freud, 1886; p.9). Freud no contaba exclusivamente con la escasa experiencia del laboratorio, pues entre 1882 y 1885 había realizado prácticas en el Hospital General de Viena realizando visitas a las salas de distintas especialidades, entre ellas las de psiquiatría, pero dicha formación le resultaba insuficiente y es por eso que decide ir a Viena a proseguir su formación. Además, las circunstancias locales no resultaban un suelo propicio para el descubrimiento que estaba por venir: “En ese fin de siglo, la psiquiatría estaba poco desarrollada en Viena. Con Meynert las relaciones ya no eran buenas; ni el propio Nothnagel tenía mucho que ofrecerle (Rodrigué, 1996; p. 193)”. Por otro lado, el mismo Freud nos da la pista indicando que la clínica alemana se inclinaba por la explicación fisiológica de las enfermedades, mientras que “las observaciones clínicas de los franceses ciertamente ganan en independencia por relegar los puntos de vista fisiológicos a una posición subalterna” (1892; p. 169). En ese contexto Freud entra al mayor hospital de Europa y a su vez comienza sus estudios con el titular de la primera Cátedra de Enfermedades Mentales de Occidente.

Y es en el escenario de este aprendizaje, tan fecundo en efectos, que la P.D.E. tuvo un lugar central dado que era el dispositivo de enseñanza predilecto del maestro Charcot, quien fue famoso en dicho rubro. “Sus presentaciones de enfermos, a las que asistía la crema de París, eran

representaciones. El espacio del cuerpo, el espacio del escenario, tales eran las coordenadas del trabajo científico y terapéutico de Charcot. (Anzieu, 2004; p. 75)” En dichas presentaciones, Charcot hipnotizaba a sus histéricas, les provocaba una parálisis, una anestesia o una ceguera, y después las hacía desaparecer, interrogaba a las pacientes e intercalaba alocuciones a sus alumnos respecto de lo que estaba sucediendo, con el fin de sostener sus argumentaciones teóricas mediante la demostración clínica. Un ejemplo de esto es la casi omnipresente pregunta a los enfermos examinados por sus antecedentes familiares, motivada por su concepción hereditaria de la neurosis.

En dicha presentación, en tanto y en cuanto se buscaba provocar una parálisis o un ataque histérico, el sujeto perdía absolutamente el poder de la palabra, haciendo que su cuerpo objetivado hable por él. La hipnosis le permitirá a Charcot obtener un conjunto de síntomas bien definidos, inducidos, según él, por el trauma psíquico y, dado que éste no era considerado físico, y por lo tanto el método anatomopatológico no servía para estos casos, el interrogatorio se vuelve una herramienta indispensable. La historia de las pacientes histéricas, degradada hasta la aparición de Charcot, cobra relevancia absoluta.

Charcot: He aquí, pues, una parálisis artificial del brazo completamente semejante a una parálisis natural. Esta mujer no sabe para nada dónde está su brazo. (A la enferma que es

presentada bajo hipnosis): Cierre los ojos y trate de agarrar el brazo paralizado.

La enferma: No sé dónde está; eso me irrita.

Charcot: No se siente nada; yo podría romperle el brazo antes que despertar en ella la sensibilidad. Pero, como ustedes pueden ver estos sujetos no son dóciles.

La enferma: ¡Oh, no!

Charcot: Son muy difíciles de manejar; sin embargo, son bastante cómodos.

Entonces, pérdida del sentido muscular, pérdida completa de la sensibilidad. Aquí tenemos la línea circular que separa la parte sensible de la parte insensible. (A la enferma): A ver, mueva los dedos.

(La paciente realiza manifestaciones de mal humor).

Charcot: Vamos, no muestres tu mal carácter.

La enferma: ¡Vaya! Te provocan y además hay que estar contenta.

Charcot, al jefe de clínica: Despiértela.

El jefe de clínica: Bueno. Ya está despierta.

Charcot: Cuando uno se habitúa a estos sujetos, sabe cómo utilizarlos. Estas histéricas tienen una historia natural." (Allouch, 2010; p.41)

Como se ve, pese a elevar a la histeria a la dignidad de la enfermedad psíquica, los enfermos no dejan de ser un cuerpo a la merced del poder médico. El sufrimiento de la histérica no debe interponerse a la lección. El interrogatorio, si bien muestra avances en relación a la época precedente, no se extiende más allá que a los signos patológicos y a los hechos vividos que se le relacionen. El maestro detenta un saber hacer, está habituado a las

históricas y sabe cómo tratarlas. La hipnosis es la tecnología de punta que permite mostrar el cuadro y al mismo tiempo el saber que provoca sus síntomas. De cualquier manera, el hecho de poner en relación la historia de vida, a través del trauma psíquico, con los síntomas histéricos, es un paso de inestimable valor para el psicoanálisis que germinará pocos años después.



Pierre AndreBrouillet. *Lección clínica en la Salpêtrière*(1887)

En el clásico cuadro de Brouillet, titulado *Una lección clínica en la Salpêtrière*, vemos claramente al profesor Charcot dando su clase al auditorio que atentamente escucha, pero fundamentalmente mira, a una enfermera asistiendo y a Babinski sosteniendo a la paciente desvanecida, “su nombre:

Blanche. Charcot la admiraba. Se la llamó la reina de la Salpêtrière, y se prestaba para la demostración de los tres estadios de la histeria.” (Rodrigué, 1996; p. 197)

Bien podría haber estado Freud en este cuadro:

Mi semana se organizaba así: El lunes era la conferencia pública de Charcot, seductora por su perfección formal, y cuyo contenido ya se conocía por los trabajos de la semana anterior. Estas conferencias no eran tanto de enseñanzas sobre elementos de la neuropatología cuanto de comunicación de las más recientes investigaciones del profesor, e impresionaban principalmente por la permanente referencia a los enfermos presentados. (Freud, *ibíd.*)

Es decir que estamos frente a un *curso*, en el cuál semana a semana se dictan contenidos no programáticos, no estrictamente correspondientes a un plan de estudios, sino movidos por los últimos hallazgos del profesor y en los cuales encontramos el ineludible caso clínico aportado por la presentación de enfermos. La previsión de los contenidos de la lección denuncia el uso de los enfermos, el cálculo previo, la elección de un enfermo por sobre otro para que este pudiese ilustrar el contenido de la semana.

El martes, Charcot atendía la «*consultation externe*», durante la cual, entre un gran número de pacientes ambulatorios, sus asistentes le traían los casos típicos o enigmáticos para que los examinase él mismo. Si muchas veces el maestro nos

descorazonaba dejando sumidos una parte de esos casos, según su propia expresión, «en el caos de la nosografía aún no descubierta», otros le daban oportunidad para anudar a ellos las más instructivas puntualizaciones sobre los más diversos temas de la neuropatología. [...]y los días restantes, Charcot visitaba las salas de clínica o proseguía las investigaciones que en ese momento lo ocupaban, con enfermos reunidos en la sala de conferencias. Tuve así oportunidad de ver una gran serie de enfermos, de examinarlos yo mismo y de oír el juicio de Charcot sobre ellos. (Freud, 1886, p.9)

Estamos frente a las famosas *Leçons du Mardi*. Los alumnos le llevaban pacientes a Charcot, o bien porque habían encontrado una falla en su saber que les impedía destrabar el caso, o bien un paciente de manual para que el profesor pudiera lucirse. Por supuesto que tal examen se realizaba frente a alumnos, pues casi todo lo que hacía Charcot lo realizaba a la vista de ellos. Pero el saber psiquiátrico encontraba sus límites también en Charcot, quien tenía el decoro de, en ocasiones, aseverar que no contaba con un cuadro nosográfico en el cual colocar a tal o cual paciente. Todo este cronograma de estudios le permitió a Freud encontrarse con una prolífica casuística, examinarla al mismo tiempo que Charcot lo supervisaba a él, así como también encontrarse con la locura, con la hipnosis, con la histeria, con la idea de la etiología traumática, con la idea de que la histeria no es una enfermedad exclusivamente femenina, con la relación entre la sexualidad y la histeria, con un más íntimo contacto con el hipnotismo (aunque no el primero), etc. Pues bien, en este marco es que se produjo ese momento histórico, esa bisagra en la vida de Freud en el que llega a París como un avezado neurólogo investigador

de laboratorio y que regresa a Viena munido de nuevos conceptos, de un nuevo campo de problemáticas que se puede apreciar con sólo ver los trabajos que sucedieron a su llegada: *Histeria* (1888), *Trabajos sobre hipnosis y Sugestión* (1888-92), *Un caso de curación por hipnosis y algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la voluntad contraria* (1892-93), etc. Pero más evidente se hace cuando vemos algunos de los títulos de los trabajos de Freud previos a este encuentro: *Observaciones sobre la morfología y estructura fina de los órganos lobulados de la anguila, descritos como testículos* (1877), *Sobre los ganglios raquídeos y la médula espinal del Petromyzom* (1878), *Un nuevo método para el estudio de los tractos nerviosos en el sistema nervioso central* (1884), etc.

Y finalmente, tan intenso fue el contacto con la enseñanza de Charcot, que Freud le propone, y posteriormente realiza, traducir al alemán estas famosas *Leçons du mardi*, que anteriormente nombramos, pero de los años 1886 y 1887-1888, traducción que lo estrechó aún más, aunque ahora por escrito, con la profusa casuística de las P.D.E. del maestro.

II.7 Freud Presentador

La aventura, aunque breve, por cierto, trazada entre nuestro dispositivo y Freud no se resume al pasaje de este último como un alumno entre tantos otros por las filas del auditorio de Charcot. Tal era la difusión de la P.D.E. en aquella época, que ni Freud mismo podría haber sido la excepción a quienes la practicaron. Es así que, antes de su viaje a París, en el marco de un curso de neuropatología que dictaba para aliviar su magra situación económica, presentó un enfermo a su auditorio de estudiantes norteamericanos. Se trataba de una neurosis, de la cual Freud mismo confesó no saber nada en aquella época, con una persistente cefalea como síntoma principal. El problema fue que presentó el caso como una meningitis crónica localizada. Este yerro provocó la repulsa y el abandono de sus alumnos. No obstante, la equivocación no habría sido tan grave ya que, según el propio Freud, *“en ese tiempo, en Viena, aun autoridades mayores que yo solían diagnosticar la neurastenia como tumor cerebral.”* (1925; p.12)

La otra presentación y, hasta donde hay registros, la última que tuvo a Freud como protagonista, no fue más auspiciosa. El 15 de octubre de 1886, seis meses después de su regreso de París, según nos lo relata Strachey (1992; p.25), leyó en la Sociedad de Medicina de Viena un trabajo titulado *Sobre la histeria en el hombre* (sumamente imbuido por las revelaciones de las

que fue testigo en su estancia en París), del cual no han quedado más que algunas reseñas. Su ponencia no tuvo buena recepción y, al finalizar ésta, Meynert lo habría desafiado a presentar un caso de histeria masculina ante la Sociedad, a lo cual Freud accedió. Tuvo, sin embargo, serios problemas para obtener pacientes, ya que los médicos en jefe del Hospital General de Viena se negaron a que presentase casos bajo su jurisdicción. Inclusive, uno de ellos le habría dicho: “Pero, colega, ¿cómo puede usted decir tales disparates?"Hysteron" (¡sic!) significa "útero"” (Freud, 1925; 15). Gracias a la ayuda de un joven laringólogo consiguió un paciente adecuado, por fuera del hospital, y el 26 de noviembre de 1886, conjuntamente con su amigo y cirujano oftalmólogo Königstein, realizaron la presentación de dicho enfermo, la cual encontramos en *Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico* (1886).

La presentación de Freud se trataba de un hombre histérico afectado por un síntoma de hemianestesia severa desde hacía 3 años a la fecha. El paciente era un cincelador de 29 años, a quien Freud llamó August P. Un hombre inteligente, que se prestó de buen grado a sus indagaciones con la esperanza de restablecerse prontamente. La presentación comienza, como toda buena presentación, dando los datos básicos del paciente, describiendo la historia de su enfermedad y sus antecedentes familiares. Según el registro, el examen dado al enfermo fue más médico que psiquiátrico. Pese a esto, se destaca la ubicación de una discusión del paciente con su hermano como el

motivo de la enfermedad y el hecho que el altercado fue seguido de un desmayo con espasmos mientras dormía, y en el cual el paciente hablaba sobre dicha discusión. También, una serie de fenómenos que aparecen después de este hecho son consignados. Pero, de cualquier modo, no se encuentra ni una palabra del paciente; todo lo que se expuso habría sido por boca de Freud. La anestesia de la mitad izquierda de la cabeza era su principal síntoma y la descripción de las distintas sensibilidades del paciente fue dada con precisión. “Si introduzco un rollito de papel en el conducto auditivo externo y luego por el orificio nasal izquierdo, no provocará ninguna clase de reacción. Repito el experimento del lado derecho y compruebo una sensibilidad normal en el enfermo” (Freud, 1886, p. 29-30). Estas y otras experimentaciones con el cuerpo, colocando dedos en orificios, papeles y hasta agujas en la piel, mostraban claramente la hemianestesia del paciente. Los fines de la presentación, acompañar la argumentación de la ponencia antedicha que se basaba en la posibilidad de que la histeria se de en el hombre. El éxito, parcial:

Esta vez se me aplaudió, pero no se mostró ulterior interés en mí. Me quedó, inmovible, la impresión de que las grandes autoridades rechazarían mis novedades; así, con la histeria masculina y la producción sugestiva de parálisis histéricas me vi empujado a la oposición. Poco después se me cerró el acceso al laboratorio de anatomía cerebral y durante un semestre no tuve dónde dictar mi curso; entonces me retiré de la vida académica y de la Sociedad de Medicina. Hace ya una generación que no la visito. (Freud, 1925; p. 15)

De este modo, la presentación de enfermos estuvo nuevamente en otro momento crucial para surgimiento del psicoanálisis. La posibilidad de mostrar en vivo los hallazgos recién llegados de París dan la ocasión de quiebre entre Freud, el mundo académico y la corporación médica, salida sin la que, tal vez, no se hubiese instalado el suelo en el que germinase la peste psicoanalítica.

Ahora bien, ¿por qué encontramos sólo estos dos episodios tan fugaces y dispersos? ¿Por qué no encontró mayor desarrollo esta práctica en alguien que se encontró con la difícil tarea de transmitir un descubrimiento como el del inconsciente? En primer lugar, vemos que estos episodios no son muy alentadores. Por otro lado, la clínica de Freud estaba más centrada en la neurosis que, como veremos, no es la estructura que mejor se articule al dispositivo y, además, el tenor del contenido de los primeros tratamientos ni el contexto epocal se prestaban para la exposición pública. Pero, fundamentalmente, nos parece que la dificultad se encontraba en la cada vez más escasa relación entre Freud y el mundo hospitalario, lo cual también redundó en un escaso contacto con el mundo de la psicosis (al menos en relación al de la neurosis). El contacto con los médicos de los hospitales se vuelve esencial para poder hacerse de pacientes para presentar. Por otro lado, la tarea docente universitaria, en lo que a la medicina respecta, presenta, como ya vimos, a la P.D.E. como una de sus principales tareas. Coartado este

camino, Freud escogió transmitir el psicoanálisis fundamentalmente a través del relato del caso, a través de sus historiales, como un “literato que hacía casos” (Allouch, 2007, p.41) y, hasta donde los documentos nos revelan, nunca más volvió a incursionar en las P.D.E.

II.8. Introducción a la Intersección entre Lacan y las P.D.E.

Sumado a la limitación que supone que la obra de Foucault se centre, fundamentalmente en la psiquiatría gala, y en particular en aquella que va desde principios a fines del siglo XIX, nos encontramos con una fuerte escasez de trabajos referidos a la presentación de enfermos durante el período que va de principios del siglo XX a nuestros días. Probablemente, este no haya sido un tópico sobre el cual la psiquiatría se haya sentido necesitada de dar sus razones. Pero, de cualquier manera, se hallan retazos constituidos por testimonios periféricos que nos permiten dilucidar cómo fueron estos primeros contactos entre Lacan y las P.D.E. de su época.

El romance entre las P.D.E. y Lacan se inició con este último como espectador, como alumno en el marco de su formación como psiquiatra. Habiendo comenzado la carrera de medicina en 1920 y la especialización en

psiquiatría en 1926, le tocó asistir a las presentaciones de tres grandes maestros: Georges Dumas, Henri Claude y Gaëtan Gatian de Clérambault (Roudinesco, 2007). Fueron las P.D.E. de este último, a quien Lacan consideró su único maestro, las más decisivas. Para aquella época la P.D.E. se había vuelto una suerte de atracción, aunque también lo fueron en la época de Charcot. A la de Dumas, además de los internos de psiquiatría, asistían estudiantes de filosofía y personajes del mundo de la cultura de la talla de Claude Levi-Strauss. Veamos lo que dice Claude Dumézil al respecto:

En mi infancia, entre 1930 y 1933, había escuchado hablar del doctor Lacan en el círculo de amistades de mi padre. En esos años, la presentación de enfermos de Georges Dumas en Magnam generaba un revuelo en lo más alto de la intelectualidad de París. Mi padre y mi madre iban los domingos a la mañana y cuando volvían contaban a sus hijos – en 1933 yo tenía cuatro o cinco años- que habían conocido personas extraordinarias, señoras que decían: “Cinco por cinco veinticinco, soy la reina de Francia, zaza...” (Dumézil, 2001; pp.111-112)

Es en este contexto en el que Lacan se formó y en el que las P.D.E. tuvieron un papel relevante en su largo camino de la neuropsiquiatría al psicoanálisis. Baños Orellana ha dedicado un extenso y minucioso trabajo (2013) respecto de la metamorfosis de Lacan, quien hasta los 32 años solo tenía formación en neuropsiquiatría de adultos y que a los 35 dicta la famosa ponencia sobre el *Estadio del espejo* y escribe el texto *La familia*, ambos

psicoanalíticos. El autor de marras, quien ubica no una sino múltiples razones de ello, resalta como decisivo en este cambio el paso de Lacan por el Dépôt.

El Dépôt, reino de Clérambault, era en realidad la Enfermería Especial de Alienados de la Prefectura de la Policía de París que colindaba con el Palacio de Justicia de la Île de la Cité con sus 18 celdas, era el lugar en el que los jóvenes inexpertos realizaban su rotación anual en neuropsiquiatría. Lacan ingresó el 28 de septiembre de 1928, año en el que 2.500 desgraciados pasaron por sus celdas. Allí, las comisarias remitían a aquellos detenidos sobre quienes había la impresión de que eran alienados. Entonces, se les debía certificar o no esa impresión, pero con premura, como la ley lo imponía. Para ello debía ponerse en marcha una notable destreza en el examen, y el diagnóstico debía ser ágil y decidido para distinguir un cuadro de otro o para detectar algún simulador que quisiese beneficiarse del artículo 24 del código civil que prohibía mezclar alienados con delincuentes. Para los residentes, “el bochorno más temido es el de confundir, en presencia del doctor, una sobredosis de heroína o una borrachera agresiva con el acmé de una psicosis alucinatoria crónica” (Baños Orellana, 2013; p. 121). Las enseñanzas relativas a la neurología y a la medicina general, recibidas en la cátedra de Claude (Clínica de las enfermedades mentales) rápidamente se vieron superadas.

No era igual explorar los signos vitales y los síntomas del cuerpo que interrogar lo que con la vida hizo cada quien. Y si hasta entonces se podía, e incluso se debía, dejar de lado como el enfermo pensaba, percibía y trataba al médico, eso ya no funcionaba en el Dépôt. (Idem, p. 123)

Su nuevo maestro, Clérambault, descendiente de Descartes, fue célebre tanto por sus certificados como por sus P.D.E. Estas últimas fueron un verdadero método para él, como lo muestran sus escritos en los que raramente faltan las transcripciones de éstas, a modo de demostración del postulado teórico. Pero también como modo de impartir su propia enseñanza, el examen público de los enfermos supo llevar al extremo la consigna de Falret de no convertirse en el secretario del enfermo. El ferviente público supo fascinarse por su arte para *maniobrar*, para conmover a los pacientes, más que interrogarlos. Libre de toda preocupación terapéutica, el maestro de Lacan hacía uso de su poliglotismo como del argot francés, acorralaba al enfermo producto de su estilo y de la rapidez con la que debía actuar.

...sin dudar en presionarlo, aprovechando su silencio la espera, haciendo comentarios a quemarropa, Clérambault obtiene sin luchar la confesión buscada, al tiempo que hace a su público comentarios dogmáticos, digresiones eruditas y críticas mordaces de sus adversarios científicos. Puede pasar horas en la celda de un enfermo delirante, confundido o alucinado para precisar la semiología de un síndrome, el detalle de las manifestaciones sintomáticas. (Bercherie, 2009; p.11)

Sin lugar a dudas, Clérambault fue alguien importantísimo en la metamorfosis que se produjo en Lacan. Pese a ser un anti-freudiano Clérambault fue a Lacan, lo que Charcot fue a Freud.

Jacques Lacan jamás habría llegado a ser el psicoanalista que fue si Clérambault no le hubiese enseñado a no precipitarse en la tarea de atribuir sentido a los síntomas, y si no hubiese aprendido, desde que entró en el Dépôt, a atender ciertas peculiaridades de las psicosis, de las que ni Freud ni quienes lo secundaban tenían idea. (Baños Orellana, 2013, p. 128)

II.9. Lacan Presentador



Rápidamente, le tocó a Lacan ubicarse del otro lado del mostrador e iniciarse en este *métier*. Su primera presentación fue realizada el 4 de noviembre de 1926 (el mismo día en que se funda la Sociedad psicoanalítica de

París), en el marco de su formación como psiquiatra, en la Sociedad Neurológica, bajo la dirección del gran neurólogo Théophile Alajouanille.

El paciente presentaba una fijación de la mirada por hipertonía, asociada a un síndrome extrapiramidal con perturbaciones pseudobulbares. Se trataba de la historia trivial de un pobre diablo de sesenta y cinco años y hospitalizado en la Salpêtrière a consecuencia de malestares surgidos durante un paseo en bicicleta. El hombre tenía la mirada fija, un tic respiratorio y un surco nasogeniano más marcado a la izquierda que a la derecha. Cuando plegaba las piernas, se quedaba suspendido por encima de su asiento, después se dejaba caer como un solo bloque. La observación clínica hecha por Lacan era larga, minuciosa, estrictamente técnica y desprovista de afectos: la rutina ordinaria de la miseria hospitalaria.” (Roudinesco, 207; p.39)

Pero el Lacan analista y presentador surgirá, como muy tarde, en el año 1953 (Lacan, 2012), año en el que comienza su tercer seminario, que conocemos como Seminario 1, dedicado a los escritos técnicos de Freud. Desde entonces, comenzó una práctica que sostuvo, en principio semanalmente y bajo la égida de la *Clinica de las Enfermedades Mentales y del Encéfalo* del profesor Jean Delay, en la Facultad de Medicina de París que se desarrollaba en el pabellón Henri Rouselle, pabellón de Sainte Anne. En los años sucesivos continuará realizándose en el mismo establecimiento, pese a que el servicio haya ido cambiando de directores. Doumezil, Delay, etc. Así se inicia una práctica que se sostuvo hasta bien cerca del final de sus días. En los

años 50' la instrucción de los psiquiatras estaba poco organizada dando lugar a lo autodidáctico. Había tres grandes espacios de formación:

...el seminario que daba Henry Ey en Magnan; el otro era la presentación de enfermos de la enfermería especial del Dépôt, animada, dirigida y conducida por el profesor Léon Michaux, y el tercero era Sainte-Anne, donde reinaba un tal Jacques Lacan, esencialmente de dos formas: por un lado, una presentación de enfermos, y por otro, un seminario del cual empezaba a hablarse. (Doumezil, 2008, p.108)

De modo que para los psiquiatras y, obviamente, para los analistas, asomaban dos espacios articulados, el seminario y la P.D.E., ubicados en un mismo hospital, dando lugar a una oferta de formación psicoanalítica que competía, de algún modo, con el discurso psiquiátrico hegemónico, y en cierto sentido hostil al analítico, dentro del hospicio. Tres décadas dedicadas a un trabajo ininterrumpido que, como veremos más adelante, sufrió fuertes críticas que nos refuerzan la pregunta por su motivación. Probablemente, como plantea Benjamín Domb (2006), pese a que Lacan dedicó todo un seminario a la psicosis, el escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, el seminario sobre el sinthome, entre otras producciones, no tenía resuelta la cuestión de la psicosis. No es que sea un problema resoluble, sino que siempre se mantuvo como una viva fuente de interrogaciones pese a los avances y las valiosísimas indicaciones que alcanzó a realizar aunque insuficientes en relación a la dimensión del problema.

De este modo, semanal o quincenalmente, los días viernes sostuvo las P.D.E., organizadas a instancia de un profesional a cargo de algún paciente, cuyo tratamiento, generalmente, le presentaba alguna suerte de obstáculo o punto de detención.

III. LAS P.D.E. EN LA OBRA DE JACQUES LACAN

III.1.Introducción

Realizaremos un recorrido por la casuística de Lacan en lo atinente a las P.D.E. Para ello, tomaremos las menciones realizadas en sus Seminarios y Escritos, con el objetivo de dilucidar cuáles fueron sus usos de la clínica. Siguiendo con las apreciaciones vertidas en el prólogo, comenzaremos planteando el insoslayable valor que suponen los relatos de los casos, ya sea en un escrito, en un ateneo, supervisión, seminario, etc. El caso no se reduce de ningún modo a una experiencia transcurrida en la intimidad y la reserva de la confidencia. Se vuelve necesario el franqueamiento de ese aislamiento, la toma de distancia respecto de la experiencia, la impresión de una lógica y la teorización y puesta en forma de un relato. Todo esto para, en un último paso, testimoniar una pregunta, un escollo o un hallazgo frente a un tercero, lector, audiencia, supervisor, colega, etc. No hay caso sin su relato, ni analista sin su caso, ni psicoanálisis si no hay casos (Pujó, Noviembre de 2001). La comunicación del caso supone una posibilidad de elaboración de la experiencia, una forma del razonamiento analítico en el cuál la presencia del lazo social con los otros, el intercambio de pareceres y lecturas, especialmente con

psicoanalistas, se vuelve indispensable. Pero también es, a nuestro entender, una de las vías privilegiadas para la transmisión del psicoanálisis, sin la cual ésta sería impensable.

Consideramos que “la casuística del psicoanálisis se emplea para mostrar cómo funcionan en la práctica reglas o principios de la teoría, partiendo de la presuposición de que las interpretaciones doctrinarias no son inflexibles ni literales, ya que se adecuan a las contingencias de la enunciación.” (Yeyati, E.L., 2013:37) En este sentido, las P.D.E. que a continuación analizaremos, son invalorable en relación a la potencia heurística que éstas presentan, como paradigma, en el sentido de *caso más demostrativo*, o como ejemplo, bien para fundar o bien para oponerse y criticar posiciones teóricas opuestas. Todos estos usos de la clínica están al servicio de transmitir un saber a través del caso, pero también tenemos que incluir otra dimensión respecto de las P.D.E., menos fácil de comprobar, pero no por ello desdeñable, es decir, la posibilidad que las presentaciones le dieron a Lacan de alumbrar un saber inédito en torno a la psicosis, pero no exclusivamente en torno a ella. Digamos que nos adentramos en el terreno de lo que en epistemología se denomina el contexto de descubrimiento, es decir, todos los factores que intervienen facilitando la creación de una teoría.

Ambas modalidades, la que pone al saber como resultado de la elaboración y la comunicación del caso, y la que pone al caso como

justificación, esclarecimiento o ejemplificación de un saber, se encuentran presentes. La primera flagrantemente, la segunda será materia de otra investigación.

Dicho esto, pasaremos a examinar todas aquellas menciones que Lacan hiciera, tanto en sus seminarios como en sus escritos, a los casos presentados por él mismo, siguiendo su orden de aparición y, de un modo exhaustivo, excluyendo aquellas menciones que por su extremada concisión volviesen injustificado su análisis.

III.2. Galopinar

En la clase del 30 de noviembre de 1955, dentro del Seminario dedicado a las psicosis, Lacan introduce la primera referencia a una de sus presentaciones de enfermos. Durante la presente sesión del seminario y las anteriores, Lacan insiste incansablemente en indicar una dificultad que es inherente a todo tratamiento, pero en especial al de la psicosis: la comprensión.

Ya en la apertura del seminario (23 de noviembre de 1955), realiza una mención a la tardía incorporación en Francia de la paranoia a la nosología psiquiátrica (aproximadamente a comienzos del siglo XX) y que, además, se realizó con serias modificaciones respecto de la psiquiatría alemana. En

“Francia, un paranoico era un malvado, un intolerante, un tipo con mal humor, orgullo, desconfianza, susceptibilidad, sobreestimación de sí mismo. Esta característica era el fundamento de la paranoia; cuando el paranoico era demasiado paranoico, llegaba a delirar.” (p. 13) Continúa agregando que la difusión de la obra de Génil-Perrin había hecho imponer la idea de que la paranoia era una anomalía de la personalidad, similar a una estructura perversa de carácter.

Al mismo tiempo, resalta la figura de quien consideraba su único maestro: de Clérambault. Realiza una breve introducción a su obra y resalta el valor clínico para decretar que en el campo de la psicosis de Clérambault es absolutamente indispensable. Pero, en el medio de la apología a su maestro, realiza una crítica velada a la noción de automatismo mental. Dicha noción suponía un carácter anideico, es decir no conforme a una sucesión de ideas, de los fenómenos psicóticos. Esta idea se basa en una comprensibilidad supuesta, desde la cual se mediría lo psicótico como algo del orden de la ruptura y de lo incomprensible (lo que no respeta la debida sucesión de ideas). La cuestión se deriva en una crítica a Jaspers, pero fundamentalmente a la psiquiatría de su época que considera que el sentido del fenómeno psicótico es aquello que se comprende. La cuestión era comprender a los enfermos, gracias a la supuesta obviedad de ciertos fenómenos. Seguidamente, Lacan da varios ejemplos, algunos tomados de Jaspers, que ilustran lo problemático que es el método comprensivo, para terminar aseverando que una lección primordial ineludible,

para la entrada en la clínica, es la idea de que lo comprensible es una ilusión, algo huidizo e inasible. Llega a afirmar, siguiendo este razonamiento, que la psicogénesis (entendiéndola como basada en la relación de comprensión) no existe, y que ese es el gran secreto psicoanalítico.

En la siguiente clase, del 23 de noviembre de 1955, Lacan le procura una máxima a su auditorio: “Comiencen por creer que no comprenden. Partan de la idea del malentendido fundamental. Esta es una disposición primera, sin la cual no existe ninguna razón para que no comprendan todo y cualquier cosa” (p. 35). Momentos después da la argumentación para tal máxima:

En la formación que damos a los alumnos observamos que en ese punto siempre conviene detenerlos. El momento en que han comprendido, en que se han precipitado a tapar el caso con una comprensión, siempre es el momento en que han dejado pasar la interpretación que convenía hacer o no hacer. En general, esto lo expresa con toda ingenuidad la fórmula: El sujeto quiso decir tal cosa. ¿Qué saben ustedes? Lo cierto es que no lo dijo. Y en la mayoría de los casos, si se escucha lo que ha dicho, por lo menos se descubre que se hubiera podido hacer una pregunta, y que esta quizá habría bastado para constituir la interpretación válida, o al menos para esbozarla. (p. 37)

Entre la primera y segunda clase del seminario, Lacan hace uso de un caso de un paciente psicótico, del que desconocemos si procede del dispositivo de presentación de enfermos, pero que podemos sospechar que sí,

dado que lo presenta como *uno de nuestros pacientes* (generalmente usaba el plural para indicar que provenía de una de sus presentaciones). Le sirve para ejemplificar cómo lo imaginario en el hombre, a diferencia del campo animal, está revisado, refundido, reanimado completamente por el orden simbólico. El caso consiste en un paciente psicótico, cuyo mundo se ha subvertido drásticamente. Todo le hace signo y ha entrado en un delirio de persecución en el que se siente observado, vigilado, etc. Dentro de éste, inclusive el mundo inanimado, los autos rojos específicamente, entran dentro de la trama de la intuición delirante. La aparición de un auto rojo le representa un fenómeno de plena significación, el auto está ahí por algo, aunque ese algo sea un enigma para él y un fenómeno incomprensible para nosotros. Lacan plantea este recorte para distinguir los tres planos, los tres registros en los que puede penetrar nuestra sedicente comprensión del fenómeno mental. Lo real como una aberración perceptiva, lo imaginario como respuesta instintual similar a la del animal y lo simbólico, en tanto el rojo del auto posee un valor significante, por ser opuesto a otro significante e integrando un lenguaje organizado.

Lo esencial del fenómeno psicótico es, nos dice Lacan, no aquel punto que pueda presentarnos como un núcleo completamente comprensible, sino que lo importante es que se presenta como inaccesible, inerte, estancado en relación a toda dialéctica, repetitivo y que, además, se encuentra mucho más cerca del yo (je), del sujeto psicótico en contraposición al *moi*, que aquí Lacan lo califica de fundamentalmente relativo en la relación con el otro.

La exposición de Lacan prosigue adentrándose en la pregunta ¿quién habla en las alucinaciones? Retoma lo que para él fue una pequeña revolución: el descubrimiento de Seglás, que en sus Lecciones Clínicas estableció el hallazgo de que los psicóticos articulaban ellos mismos las palabras que decían escuchar en las alucinaciones.

Y es entonces cuando la viñeta clínica viene a reafirmar lo antes expresado:

Quienes asisten a mi presentación de enfermos saben que presenté la última vez una psicótica muy evidente, y recordarán el trabajo que me costó obtener de ella el signo, el estigma, que probaba que se trataba verdaderamente de una delirante, y no simplemente de una persona de carácter difícil que riñe con la gente que la rodea. (p.50)

En primer lugar, señalemos que dicha presentación le permitió ilustrar que la paranoia no coincide con la definición que la psiquiatría francesa había formulado, a saber, esa persona intolerante, desconfiada, susceptible, etc., sino que se trata de algo de otro orden.

En segundo lugar, es notable lo planteado en esta cita, ya que nos muestra la rigurosidad con la que Lacan procedía a la hora de establecer un diagnóstico. Se trataba, según él, de una psicótica muy evidente, aunque no sabemos bien porqué resultaba evidente, cuáles eran las evidencias puestas en

juego. Pero al mismo tiempo, el diagnóstico se presenta como algo difícil, ya que requirió sumo trabajo obtener de la paciente el elemento, la señal (el fenómeno elemental diríamos) que justificase que se trataba de una psicosis. ¿Cuál es ese estigma?

El interrogatorio sobrepasó ampliamente la hora y media antes de que apareciese claramente que en el límite de ese lenguaje, del que no había modo de hacerla salir, había otro. El lenguaje, de sabor particular y a menudo extraordinario que es el del delirante. Lenguaje en que ciertas palabras cobran un énfasis especial, una densidad que se manifiesta a veces en la forma misma del significante, dándole ese carácter francamente neológico tan impactante en las producciones de la paranoia. En boca de nuestra enferma del otro día, por fin surgió la palabra galopinar, que rubricó todo lo dicho hasta entonces. (p.51)

Volvamos a señalar la dificultad del caso, pese a la evidencia: más de una hora y media de entrevista. Es entonces cuando se produce un desdoblamiento del lenguaje. Una hora y media de un lenguaje que podríamos denominar discurso común, discurso corriente, palabra vacía y un segundo lenguaje, otro discurso de un sabor particular en el que emerge el neologismo y que además retroactúa sobre todo lo dicho en el otro registro. Vale resaltar que esta es la primera vez que Lacan menciona el concepto de neologismo (exceptuando la mención que realiza en *Acerca de la causalidad psíquica*, en la que lo compara con un cáncer verbal).

La enferma era víctima de algo muy diferente a la frustración de su dignidad, de su independencia, de sus pequeños asuntos. Este término de frustración forma parte desde hace algún tiempo del vocabulario del común de la gente: ¿quién no está todo el día hablando de las frustraciones que sufrió o sufrirá, o que los demás sufren a su alrededor? Ella estaba en otro mundo evidentemente, mundo donde ese término galopinar, y, sin duda, muchos otros que ocultó, constituyen los puntos de referencia esenciales. (p.51)

Aquí, Lacan se sirve del caso para mostrar su apartamiento del uso del término frustración, utilizado por los postfreudianos para explicar la causa de la enfermedad u ocupando un lugar en la tríada frustración-regresión-agresión. La pauta de que un paciente se queje de las frustraciones respecto del mundo exterior, nada nos dice respecto del diagnóstico o de la intelección de una presentación de un sujeto. *Galopinar*, junto con algunos otros significantes neológicos (desconocidos, pero supuestos por Lacan), conformarían dentro de su estructura significativa, los puntos de referencia del entramado simbólico de la paciente.

En el párrafo siguiente, Lacan realiza un paréntesis en la articulación del caso para efectuar una breve puntuación de algunos conceptos elaborados en el seminario anterior. El significante y el significado son dos órdenes distintos. El primero es el material del lenguaje, el segundo no corresponde a los objetos, no es un índice respecto a algún punto de la realidad sino que es

una significación que siempre remite a otra significación. El lenguaje cubre, produce la realidad, no tiene una función designativa respecto de esta.

Una vez recordado esto, regresa al neologismo de la paciente (*galopina*) y añade el neologismo schreberiano, *Nervenanhang* (adjunción de nervios) tomado de sus Memorias para mostrar que en la psicosis, y más precisamente en el neologismo, la significación no se agota en la remisión a otra significación sino que remite a sí misma, lo que la convierte en irreductible. El enfermo mismo afirma que la palabra pesa, Lacan advierte que es como una plomada en la red del discurso que detiene la significación. Esta diferencia es una diferencia de estructura, parte las aguas entre las neurosis y las psicosis. La cerrazón a toda composición dialéctica se evidencia en el neologismo, Schreber y esta paciente son los casos que le permiten ilustrarlo.

La clase continúa y Lacan realiza una crítica a la tesis que plantea que al paciente hay que hablarle en su lenguaje. Muy al contrario, el lenguaje no es un instrumento para hacerse comprender. El enfermo habla. Ahora bien, ¿qué es el habla?⁵ o ¿qué es hablar?, se pregunta Lacan. En primer lugar: 1) es hablar a otros, o hacer hablar al Otro en cuanto tal. Supone, además, que el sujeto reciba su mensaje del Otro en forma invertida. En esto consiste la palabra plena, la palabra comprometida. De esta última nos da 2 formas

⁵ Nos parece más pertinente, dado el contexto, la traducción de "*¿Qu'est-ce que la parole?*" Por ¿Qué es el habla? en vez de ¿Qué es la palabra? sugerida por la edición de Paidós. Además de ser más acorde al contexto coincide con la partición que realizara de Saussure entre el habla y la lengua.

ejemplares. A) El *fides*: la palabra que se da y que es fundante de la posición de los dos sujetos comprometidos (nos da el ejemplo del *Tú eres*). B) El fingimiento, la palabra mentirosa o la palabra en tanto supone un posible engaño. Es un índice de la presencia de un sujeto, dice Lacan. En ambos casos se trata de un Otro absoluto, reconocido pero no conocido, no se sabe si el otro finge o no, y supone una incógnita en la alteridad de este.

Por otro lado, 2) El habla es hablar del Otro en tanto objeto, y es lo que un sujeto hace cuando nos habla de él. Es, digamos, cuando habla de él en tanto objeto.

Para explicar todo esto, vuelve a recurrir a la misma presentación de enfermos:

Tomen la paranoica del otro día, la que empleaba el término galopinar. Cuando les habla saben que es un sujeto por el hecho de que trata de engatusarlos. Cuando dicen que, desde el punto de vista clínico, están simplemente ante un delirio parcial, no dicen otra cosa. Precisamente en la medida en que me tomó hora y media sacarle su galopinar en que durante todo ese tiempo me tuvo en jaque y se mostró sana de espíritu, está en el límite de lo que puede ser percibido clínicamente como delirio. Lo que llaman, en nuestra jerga, la parte sana de la personalidad, se basa en que ella le habla al otro, que es capaz de burlarse de él. En esa medida, existe como sujeto. (p. 59-60)

Retoma la referencia a las dificultades y al tiempo que le insumió la entrevista, al punto de ponerlo, a Lacan, en jaque. La paciente se mostró sana de espíritu durante hora y media, trató de *engatusar* a Lacan (lo cual es índice de la presencia de un sujeto). Supone un delirio parcial porque están los dos niveles de la palabra que anteriormente nombramos. Lo que llaman la parte sana de la personalidad coincide con el hecho de hablarle al Otro intentando engañarlo. Pero al mismo tiempo está la otra parcialidad, la otra dimensión del habla:

Ahora bien, hay otro nivel. Habla de ella, y sucede que lo hace un poco más de lo que quisiera. Nos percatamos entonces de que delira. Habla de nuestro objeto común: el otro con una *a* minúscula. Sigue hablando ella, pero hay otra estructura que, por cierto, no se entrega por completo. No es exactamente como si hablase de cualquier cosa; me habla de algo que para ella es muy interesante, ardiente, habla de algo donde continúa comprometiéndose de todos modos; en suma, testimonia. (p. 60)

Habla de ella más allá de su voluntad, y es entonces donde aparece el fenómeno elemental, índice diagnóstico, *galopinar*. Eso representa, para la paciente, algo en lo que se encuentra comprometida, que le interesa, le resulta ardiente, y que constituye un testimonio, en tanto da cuenta de aquello de lo que la paciente es testigo. Todo lo que queda fuera del marco del testimonio, en tanto supone una comunicación desinteresada, carecería de valor. Podríamos

pensar que en esta repartición, galopinar es palabra plena, en tanto está cargada de la subjetividad de la paciente pero al mismo tiempo es palabra vacía en tanto no cumple con la condición de servir de pacto con el otro ni tampoco apunta a engañarlo.

Cuando el sujeto habla de él –prosigue Lacan- habla de un objeto que es una prolongación de la dialéctica dual del yo y del objeto: habla de algo que le habló y testimonia respecto a la estructura de ese ser que le habla. Ese ser, fantasmático, se lo atribuimos al propio sujeto, como ya mencionamos en la referencia a Seglás (pág.52). Lo que habla es el inconsciente, en tanto que habla más allá de él, sin que lo sepa, y diciendo más de lo esperado. *Galopinar* es algo de ese orden, algo que más allá de la voluntad de la paciente de mostrarse sana de espíritu, hizo irrupción en su discurso y que en este punto nos muestra cierta paridad entre lo que es una formación del inconsciente y un fenómeno elemental. Queda pendiente en esta clase, la respuesta a ¿cómo es que eso habla en la psicosis? Respuesta que nos aproximará a la distinción neurosis/psicosis.

III. 3. Marrana

Llegamos, tal vez, al caso paradigmático de las P.D.E. En parte, debido a que es la paciente, proveniente de la experiencia con dicho dispositivo, que más veces menciona Lacan a lo largo de su enseñanza. También, debido a que, por lo ejemplar, es el que más extensamente comenta, con más detalles, y el que le permite darle mayores usos. Un mismo caso le posibilita establecer múltiples lecturas, rubricar varios conceptos. Encontramos a la paciente *Marrana* en el presente seminario, en la clase IV 7 de Diciembre de 1955 y en la IX, del 1º de febrero de 1956. También, en el escrito que recoge las enseñanzas del presente seminario, *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Lacan vuelve a escoger a esta paciente entre todas las demás. Por último, ya en el seminario V, en la clase VIII, del 8 de enero de 1958, hará su última aparición. Haciendo una excepción al ordenamiento cronológico planteado hasta ahora, seguiremos este caso a medida que se fue presentando en la obra de Lacan.

III. 3. 1. Marrana, Seminario 3.

La clase IV del seminario 3, del 7 de Diciembre de 1955, fue titulada por Miller *Vengo del hambreado*, en honor a la presentación de enfermos que nos convoca, lo cual hace patente el lugar que el caso tuvo en el desarrollo de la presente clase.

Lacan comienza intentando diferenciar las relaciones con la realidad en neurosis y psicosis. Ambas tienen una relación falseada con la realidad (realidad que siempre es realidad psíquica). La diferencia, siguiendo a Freud, es que en la neurosis el conflicto es seguido de una huida, evitación de una parte de la realidad en la que ésta, y de eso se trata la represión, se olvida pero sigue haciéndose oír, se reprime y retorna, de manera desfigurada, en el registro simbólico. Hay una plena articulación del orden simbólico, un retorno *in loco*, dirá en las siguientes clases.

En la psicosis, en cambio, lo que se presenta es una “ruptura, agujero, desgarramiento, hiancia pero con la realidad exterior” (p.71) que luego el fenómeno psicótico, el delirio, la alucinación, vendrán a colmar. Ahora bien, Lacan se pregunta cuál es el mecanismo que explica esto. Regresando a *Puntualizaciones sobre un caso de paranoia (Dementia paranoide) descripto*

autobiográficamente, y a la lectura de la alucinación del hombre de los lobos en *De la historia de una neurosis infantil* la cuestión planteada por Lacan es, siguiendo el texto freudiano, que la proyección no es un mecanismo que nos sirva para explicar el fenómeno en juego. Esto lo fundamenta Lacan en la lectura de algunas afirmaciones en las que el mismo Freud discute el mecanismo como patognomónico de la psicosis y en la pesquisa de los términos alemanes a los que este apeló.

Respecto de la alucinación del hombre de los lobos, subrayará que *lo rechazado en lo simbólico reaparece en lo real*” (p.71). El fenómeno psicótico consiste en una operación en el registro simbólico, cuyos efectos se producen en otro registro, en el registro de lo real. Al mismo tiempo, se trata de un mecanismo de otra estofa, ya que “el enfermo no quiere saber nada de ello en el sentido de la represión” (ídem) -traducción ofrecida del fragmento en que Freud hace referencia a la alucinación en el historial del hombre de los lobos-. Siendo algo distinto de la represión, supone un no saber de otro orden, ya que la represión implica una simbolización de dicho saber en otra parte distinta del saber conciente.

Finalmente, toma la ahora famosa cita del historial de Schreber: “No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia afuera; más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde afuera” (Freud, 1980:66). Hay un momento bosquejado como el origen de la

simbolización Bejahung y Austossung; pero en la psicosis se produce un mecanismo que hace que lo que está preso en la Verwerfung, es decir, expulsado fuera de lo simbólico, retorne desde el exterior.

Queda planteado entonces, cuál es la causa de esa particular relación que el sujeto tiene con la realidad. Ahora solo resta articularla, dar el ejemplo:

A fin de introducir el problema partiré de un elemento totalmente actual. No puede decirse, en efecto, que este seminario es tan sólo un comentario de textos, en el sentido de que se trataría de una pura y simple exégesis: estas cosas viven para nosotros en nuestra práctica cotidiana, en los controles, en el modo de dirigir nuestra interpretación, en el modo en que actuamos ante las resistencias.

Por ello tomaré un ejemplo de mi presentación de enfermos del viernes pasado. (p.73)

¿Qué hace que el seminario no sea una exégesis, un seminario puramente teórico o comentario de textos? ¿Qué le permite mostrar, en un ejemplo, lo articulado hasta aquí y que implica algunos de los vivos y cotidianos problemas de la clínica? La presentación de enfermos.

“Quienes asisten a mis presentaciones, recuerdan que me vi enfrentado con dos personas en un único delirio, lo que se llama un delirio de a dos.” (p.71) Una primera obviedad, desprendida de la cita, nos indica que había,

ya en aquel entonces, una plena articulación entre las presentaciones de enfermos y la enseñanza de Lacan, ya que el auditorio en ambos dispositivos se superponía, lo cual le permitía, como veremos, articular desarrollos del seminario con ejemplos clínicos de la P.D.E. presenciados por sus alumnos.

Lo que Lacan indica es que tuvo que vérselas con una madre y una hija, ambas difíciles de examinar, pero en especial la segunda. Su intuición le dice que la paciente debió haber sido examinada gran cantidad de veces, haciendo que, fastidiada ya, no estuviese bien dispuesta a la entrevista.

Al igual que con la paciente mencionada en el apartado anterior (Galopinar), Lacan aprovecha para diferenciar la paranoia de esa definición difundida en Francia: persona susceptible, desconfiada, orgullosa, etc. Lejos de ello, el jefe de servicio se refería a ella como una mujer encantadora y querida por todos.

Siguiendo con el relato, Lacan manifiesta que después de haber tenido dificultades para abordar el tema, se aproximó al núcleo de lo que estaba en juego. Al igual que en *Galopinar*, la entrada del discurso del paciente al tema del delirio, no es una entrada franca, sino sinuosa, por sucesivos rodeos. También esta paciente estaba interesada en mostrarle que no era reticente, pero sin dar lugar a malas interpretaciones del médico sobre su persona. Finalmente, la paciente le confía a Lacan que un día, al salir de la casa, tuvo que vérselas con el amante de su vecina (de vida fácil), un maleducado que al

pasar le habría dirigido una palabra grosera. No podía disimularlo, la palabra aun la hería hasta el punto de no poder repetirla porque eso la rebajaría.

No obstante, cierta suavidad mía al acercarme a ella, había hecho que, luego de cinco minutos de entrevista, estuviésemos en buenos términos, y me confiesa entonces, con una risa de concesión, que al respecto ella no era totalmente inocente, porque ella también había dicho algo al pasar. Me confiesa ese algo con más facilidad que lo que escuchó: Vengo del fiambrero. (p. 75)

Cierto savoir-faire de Lacan al entrevistar, suavidad dice él, hace que la paciente hable en esa dimensión plena que es la del testimonio, y le conceda su cuota en el asunto. También ella, la paciente, le habría dicho algo al amante de la vecina: *Yo vengo de la fiambrería*⁶.

Y aquí vuelve Lacan al tema de la comprensión, repetido hasta el cansancio en este seminario. Lo retoma para ponerse en falta y confesar que, al entrevistar a la paciente, cometió el error que insistentemente previene a sus alumnos que no cometan: comprender. *Le charcuterie*, en francés, es un local que vende productos hechos a base de carne de cerdo. Lo que Lacan comprende es que la paciente estaba haciendo referencia al puerco, lo que

⁶ Consideramos más pertinente esta traducción, que incluye el "Yo" y cambia "del fiambrero" por "de la fiambrería", propuesta por Marcelo Pasternac (2000, p. 215). Como bien lo explica el autor, si bien la elección del sujeto tácito no es incorrecta, la mención al shifter que realizará Lacan en "De una cuestión preliminar..." vuelve más correcta la opción del sujeto explícito.

podríamos homologar al vernáculo “chancha”, a lo cual ella se mostró de acuerdo ya que era lo que quería que Lacan comprendiese. Agrega Lacan que, quizás, era eso mismo lo que quería que el amante de la vecina comprendiese, y se pregunta: ¿Por qué quería que comprendiese eso? Y, ¿por qué no lo decía directamente sino por alusión? El hecho es que en ese punto, Lacan la ayuda, le abrocha un significante a esa significación inefable de la cual la paciente no hubiese podido dar cuenta.

Y aquí realiza, según nuestro parecer, una de las mejores explicaciones técnicas de por qué desaconseja la comprensión:

Si comprendo, paso, no me detengo en eso, porque ya comprendí. Esto les pone de manifiesto qué es entrar en el juego del paciente: es colaborar con su resistencia. La resistencia del paciente es siempre la de uno, y cuando una resistencia tiene éxito, es porque están metidos en ella hasta el cuello, porque comprenden. Comprenden, hacen mal. El asunto es precisamente comprender por qué se da algo a comprender. ¿Por qué dijo Vengo del fiambrero, y no cochino? (p.75)

La comprensión nos hace coagular un sentido, abrochar un sentido a los significantes que nos da el paciente y nos impide detenernos y realizar la pregunta pertinente. Este razonamiento, además, es una prolongación de la idea planteada ya en el *Seminario 2*: toda resistencia es resistencia del analista,

en el sentido de que es provocada por éste o facilitada por un mal manejo de la técnica. La comprensión es una de las formas de la resistencia del analista.

Lacan continúa el relato diciendo que en tal ocasión no pudo extender su comentario (al auditorio y una vez retirada la paciente, entendemos nosotros), más allá de la analogía del caso con el descubrimiento de Seglás (de que las alucinaciones verbales eran producidas por los pacientes mismos), aunque recalcó que éste era una perla, más interesante aún.

Siguiendo con el caso, Lacan agrega que el amante de la vecina le habría respondido *Marrana*. Pero *Marrana* no es la palabra en la forma del mensaje retornando del Otro en forma invertida. Es, más bien, su propio mensaje (al igual que en la alucinación motriz en la que lo que dice, el sujeto lo escucha como viniendo de afuera), sin la mediación del Otro pero dirigido al Otro.

Lacan amplía la inteligencia del caso introduciendo otros factores. La vecina, amante del grosero del pasillo, es amiga de la paciente, es el personaje central de su delirio. Ésta, junto con su amante, resultan ser personajes ambiguos, persecutorios y hostiles, pero ante los cuales no presenta una reivindicación ni querulancia sino más bien perplejidad, signo, tal vez, del desencadenamiento recientemente acaecido, de la reciente entrada en la psicosis. Estarían faltando algunos puntos que plantea la psiquiatría respecto de los delirios reivindicativos: la defensa de su honor, de sus derechos y el

sentimiento de odio y venganza sumado a la iniciativa que los convierte en perseguido-perseguidor (Ey, 1996, p. 451).

Al mismo tiempo, Lacan señala elementos erotomaníacos sin que la paciente fuese erotómana. No ubica un enunciado del tipo *X me ama*, sino que están habitadas por la impresión de que se interesan por ellas. Sin embargo, ese es el motivo por el cuál las habrían llevado al hospital. En este punto, Lacan deja de hablar en singular, deja de hablar exclusivamente de la hija para incluir a la madre. Uno de los elementos que las aunaba en una folie à deux es compartir la idea de que hay un interés universal sobre ellas, lo que evidencia un factor megalómano puesto en juego.

La vecina, en efecto, era para ellas una presencia intrusiva -iba a “golpear la puerta siempre que estaban arreglándose, o en el momento en que comenzaban algo, mientras estaban cenando o leyendo” (p.77)- para esa estrecha relación madre-hija, que no habían podido separarse siquiera después del casamiento de ésta segunda y que, según los certificados médicos, tuvieron que huir ante las amenazas de su marido de cortarla en pedazos. La intrusión de la vecina es asimilada a la injuria y la expulsión de la misma (literalmente, echada de la casa) al proceso de defensa. Este es un punto interesante, ya que, si bien Lacan no hizo referencia explícita a la causa del desencadenamiento, vemos que la intrusión de la figura de la vecina respecto de ese binomio yo-otro, madre-hija, es lo que desbarajusta esa frágil

estabilización imaginaria de la sujeto. La relación de la vecina con su amante y que, según la paciente, aquella fuera de vida fácil, son otros elementos que nos aportan luz respecto del desencadenamiento. Al mismo tiempo, resta la pregunta respecto de si el matrimonio de la paciente no ha tenido el mismo efecto desestabilizador y si esa denuncia policial no fue en realidad producto de un delirio de la paciente, donde por primera vez, se hace presente el fantasma de fragmentación, tan similar al acaecido en esta ocasión.

Posteriormente, Lacan retoma una pregunta: ¿Quién habla en la alucinación? *La realidad*, responde. Un significante en lo real, dirá más adelante. Pero continúa preguntando: ¿Qué realidad está en juego? Y continúa haciéndose algunas preguntas, que en la edición de Jacques Allain Miller están suprimidas, pero que nos resultan imprescindibles.

¿Es, en primer lugar, la realidad de la manera en que nosotros la entendemos, la realidad de los objetos, casi alguna cosa de real en el sentido vulgar de la palabra, es que es eso? Primero, ¿quién habla? ¿Antes de preguntarnos quien habla, no podemos preguntarnos quién habitualmente habla en la realidad por nosotros? ¿Es precisamente la realidad cuando alguien nos habla? (Lacan, Seminario 3 versión Association Freudienne International, inédito).

Y es aquí que aprovecha para retomar la distinción que había realizado a finales del seminario anterior y a principios de éste, entre el otro con minúscula y el Otro con mayúscula. En la realidad está el Otro con mayúscula

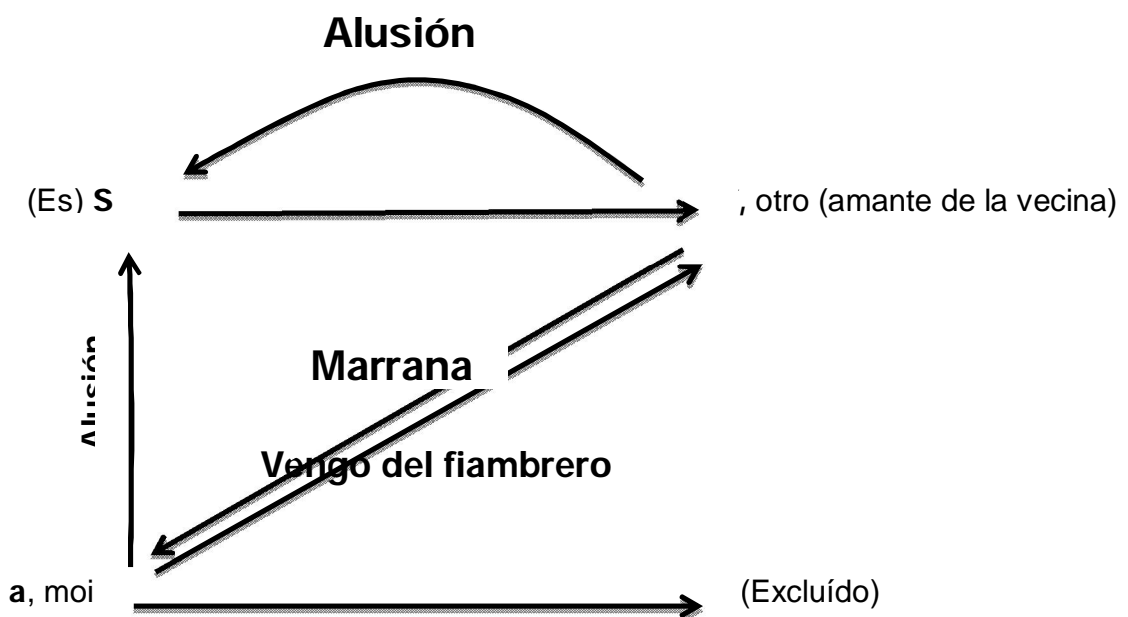
en un más allá del otro con minúscula, el individuo que articula el a minúscula, el peón, la marioneta. Es otro absoluto que debe estar reconocido para que el sujeto pueda hacerse reconocer. Retoma los ejemplos del *Tú eres mi mujer*, en el cuál primero se reconoce al Otro y después el sujeto se hace reconocer (como su hombre). El Otro es esa instancia tercera que hace hablar a la marioneta que representa el otro con minúscula.

Volviendo a la paciente, dice Lacan que no hay Otro hablando detrás del otro con minúscula que representa la marioneta, el amante de la vecina, y que este otro es ella misma, es su otro especular, su semejante. Al presentar consecuencias por esta vía, en lo imaginario es que la alucinación se presenta como un ping-pong en el que no se sabe quién sacó, ya que no hay un orden simbólico puesto en juego, sino una reflexividad a-a'. En la palabra verdadera del *Tú eres mi mujer* hay un orden primero de reconocimiento del Otro y un orden segundo en el que el sujeto se hace reconocer (yo soy tu hombre), contrario a este fenómeno en el que no se puede precisar qué fue primero y qué fue segundo: alocución o respuesta. Vale remarcar que esta apreciación respecto de la imposibilidad de precisar la sucesión temporal de las dos frases será abandonada en las posteriores menciones al caso.

La palabra alucinada, el significante en lo real, se expresa en la marioneta (a). El Otro no se encuentra más allá de la marioneta, sino que se encuentra más allá del sujeto y es por esto que en él, en el Otro, la paciente se

indica a sí misma en un más allá de lo que dice, a través de la alusión. La paciente alude a sí misma en el Otro. Y es aquí que Lacan apela al esquema Lambda, pero sin realizar, aparentemente, una escritura de este. Articula la alucinación de la paciente al esquema y sus 4 lugares.

El a con minúscula, es el señor con quien se encuentra en el pasillo, la A mayúscula no existe. a' minúscula es quien dice *Vengo del fiambrero*. ¿Y de quién se dice *Vengo del fiambrero*? De S, a minúscula le dijo *Marrana*. La persona que nos habla, y que hablo, en tanto delirante, a', recibe sin duda en algún lado su propio mensaje en forma invertida, del otro con minúscula, y lo que ella dice concierne al mismo más allá que ella misma es en tanto sujeto, y del cual, por definición, sencillamente porque es sujeto humano, sólo puede hablar por alusión. (P.80)



La paciente (a) le dirige al amante de la vecina la expresión “Vengo de la fiambrería” y de este (a´) le retorna en forma invertida, en el vector imaginario, “Marrana”. Si bien al sujeto le retorna el mensaje en forma invertida, la diferencia radica en que, al ser desde el otro y no desde el Otro lo que retorna, retorna sin mediación, encerrado en dicho vector sin otra instancia que mediatice en una función de terceridad. El fenómeno alucinatorio se produce entre ella y la marioneta que está enfrente, el semejante, ya que el Otro se encuentra excluido. De este modo, tampoco hay ningún más allá, ninguna verdad puesta en juego, ninguna metáfora a descifrar.

Pero al mismo tiempo la paciente habla por alusión. La alusión es una manera de referirse a alguien o a algo sin nombrarlo. Es una suerte de medio decir, de contorneo alrededor de lo que se quiere nombrar sin nombrarlo. Esa es la forma que está en juego en esta alucinación. *Vengo del fiambrero*, alude a la paciente en tanto sujeto, sin nombrarla dice algo de ella, alusión tan lograda que no sabe lo que dice.

Por otro lado, Lacan retoma la idea de que en la psicosis hay una falla en la constitución del estadio del espejo (del cual son herederos la constitución del cuerpo, el yo y el mundo), lo cual explica, entre otras cosas, la emergencia del fantasma de fragmentación y la disolución imaginaria del mundo en el desencadenamiento:

Ahora bien, ¿Quién viene del fiambrero? Un cochino cortado en pedazos. Ella no sabe que lo dice, pero de todos modos lo dice. Le dice sobre sí misma a ese otro a quien le habla: Yo, la marrana, vengo del fiambrero, ya estoy disyunta, cuerpo fragmentado, membra disjecta, delirante, y mi mundo se cae en pedazos, al igual que yo. (pp. 80-81)

Una vez más, Lacan vuelve a insistir, después de esta cita, con que hay algo subvertido o trastocado en la temporalidad de la alucinación. Así como en la palabra verdadera hay una alocución primera *Tu eres mi mujer*, y seguidamente una respuesta *Vos sos mi hombre*, en la alucinación no se respeta este orden, y Lacan parece inclinarse por la idea de que el orden está invertido, siendo la respuesta primera, *Marrana* y la alocución segunda, *Vengo del fiambrero*.

¿Qué pasa a nivel de la significación? La injuria es siempre una ruptura del sistema del lenguaje, la palabra amorosa también. Que Marrana esté cargada de un sentido oscuro, cosa probable, o no, con ello ya tenemos la indicación de la disociación. Esta significación como toda significación que se respeta, remite a otra significación. Es precisamente lo que aquí caracteriza la alusión. Diciendo Vengo del fiambrero, la paciente nos indica que esto remite a otra significación. Desde luego, es un poco oblicuo, ella prefiere que yo entienda. (p. 85)

En esta referencia, en primer lugar, presenta a la alucinación como una ruptura del sistema del lenguaje, lo mismo que la palabra amorosa, en tanto

no hay significante que alcance para nombrar el objeto amoroso, ni para proferir un insulto que esté a la altura de la significación anhelada. En las clases anteriores, Lacan viene refiriéndose al peso, al valor, a la fuerza de inercia, a la carga de significación, y hasta a la erotización que se produce al nivel de ciertos significantes en la psicosis. Pero en la cita afirma que esa significación remitiría a otra significación, lo cual implicaría al significante articulado en cadena y no al significante en lo real, fuera de lo simbólico, sin remitirse a otra significación.

En el párrafo siguiente aclara el concepto, refiriéndose a que la significación de la alucinación no remite a un sistema de significación continuo sino a una significación inefable, pero que ésta hace a la realidad de la paciente y a la de su fragmentación corporal. No se puede entender esta remisión a otra significación al modo de la neurosis, sino que esta remite a una significación opaca para el sujeto, sabe que significa pero no puede decir qué es lo que significa, por eso la paciente se mostró conforme cuando Lacan comprendió y colocó un significante que no era de ella, pero que le permitió salir del embrollo de no poder dar cuenta de dicha significación. De hecho, respecto a esa posible significación del significante *Marrana*, Lacan agrega: "Este modo de expresarse, por comprensible que parezca es, empero, es lo menos que se puede decir, un poquitito curioso" (p. 81).

Continuando con el seminario, pero ya en la clase IX, del 1 de febrero de 1956, Lacan vuelve a tomar el caso de esta paciente para mostrar el

paralelismo que se encuentra entre este fenómeno y el de las voces interrumpidas de Schreber. Se trataba de voces que se le presentaban a Schreber formando frases de manera interrumpida, incompleta, cuya significación era enigmática para el sujeto y que lo impelía a completar hasta el cansancio. Parangonando a esto Lacan dice que:

Hay allí un procedimiento particular de evocación de la significación, que nos ofrece sin duda la posibilidad de concebirla como una estructura, la que destaqué a propósito de esa enferma que, en el momento en que escuchaba que le decían *Marrana*, murmuraba entre dientes *Vengo del fiambrero*; a saber, la voz alusiva, la mención indirecta del sujeto. Ya habíamos podido vislumbrar en ese caso una estructura muy cercana al esquema que damos de las relaciones entre el sujeto que habla concretamente, que sostiene el discurso, y el sujeto inconsciente, que está ahí, literalmente, en ese discurso alucinatorio. Está ahí, señalado, no podemos decir que en un más allá, puesto que precisamente en el delirio falta el otro, pero en un más acá, una especie de más allá interior. (pp. 177-178)

Lacan vuelve a tomar el caso para demostrar los dos planos en los que se puede leer el fenómeno alucinatorio. Por un lado, tenemos el sujeto que habla y que sostiene el discurso, que podríamos denominar yo (*moi*) más que sujeto y que es quien sostiene y relata en este caso que el amante de la vecina le había dicho *Marrana* y que, además, confiesa haberle dicho previamente: *vengo de la fiambrería*. Pero, por otro lado, tenemos la dimensión del sujeto, de lo inconsciente, que la ubicamos en el texto mismo de la alucinación. Hay una

atribución y una causalidad subjetiva en el delirio. Es *ese discurso latente siempre dispuesto a asomar* (que Schreber denominaba *el cuchicheo* sin discontinuidad), que por lo general, y sobre todo en la neurosis no logra hacerse oír o el yo se ocupa de callarlo o no lo toma en serio, y que se presenta a modo de voz en los fenómenos elementales de la psicosis bajo la forma de un sinsentido mortificante a los cuales el sujeto no logra sustraerse. No hay un más allá del delirio puesto que este no es solidario de la metáfora, lo que implica que no haya una verdad por detrás ni otro significante a descifrar, ubicado bajo la barra.

III. 4. Marrana, De una Cuestión Preliminar a Todo Tratamiento Posible de la Psicosis.

Hacemos ahora, un salto en el tiempo de dos años, hasta diciembre de 1957-enero de 1958 para analizar la siguiente aparición, cronológicamente hablando, dentro de la obra de Lacan del presente caso. El escrito intenta, en parte, reproducir algunas cuestiones dichas en el Seminario 3, pero para la articulación del caso ya cuenta con algunos elementos conceptuales como el shifter y otros conceptos que luego acabarían dando forma al grafo.

“Medio siglo de freudismo aplicado a la psicosis deja su problema todavía por pensarse de nuevo, dicho de otro modo, en el statu quo ante” (Lacan: 509, 2008). Como puede verse, en el primer apartado del escrito, titulado *Hacia Freud*, Lacan realiza una mordaz crítica a todas las aproximaciones a la psicosis previas a la aparición del descubrimiento freudiano, como así también aquellas que le sucedieron a tal descubrimiento. Al período anterior a Freud lo denomina una psicología, que es un residuo laicizado de una larga coacción metafísica de la ciencia Escolástica. Lacan pone en cuestión las teorías del conocimiento racionalistas y empiristas que ponen el acento en las sensaciones y sus distintos sentidos o en las facultades mentales que en sus explicaciones no dan lugar alguno al sujeto.

Pero, fundamentalmente, Lacan objeta la idea de que existe un *percipiens* (aquel que percibe) que se presente como unificador respecto del *perceptum* (lo percibido) para lo cual la única posible diversidad quedará circunscripta a los distintos *sensoriums* en juego, es decir, los distintos sentidos. Para Lacan, estas escuelas se han dedicado a explicar el modo de funcionamiento de las sensaciones, percepciones o ideas, pero olvidando preguntarse qué es lo que le ocurre al sujeto afectado por estas (o qué es lo que las causa). Además, considera el *sensorium* como indiferente en la producción de la cadena significante, la cual se impone por sí misma en su dimensión de voz. De este modo, toda la parafernalia que se pone alrededor de

una alucinación para tratar de determinar si es visual, auditiva, motriz, etc., es para Lacan, una incorrecta aproximación al problema de la alucinación.

Entre todas las afirmaciones al respecto, la que con más fuerza va a atacar Lacan es aquella adjudicada a Jean Étienne Esquirol por su discípulo Jules Falret: *La alucinación es un perceptum sin objeto*. Lo que para Lacan salta a la vista es que la supuesta univocidad del *percipiens* es en realidad una duplicidad en tanto el sujeto está dividido, cosa que para la psiquiatría está invisibilizada porque no tiene en cuenta el hallazgo del inconsciente. Es así que afirma: “Este tiempo debería parecer sin embargo legítimo a todo examen no prevenido de la alucinación verbal, por el hecho de que no es reductible, como vamos a verlo, ni a un sensorium particular ni sobre todo a un *percipiens* en cuanto que le daría su unidad.” (Lacan, 2008; p.510)

Y es entonces cuando Lacan vuelve a introducir el caso *Marrana* anunciando que con el mismo ilustrará todo lo dicho hasta aquí. Comienza presentándolo y recordando que como hallazgo, solo pudo ser un *premio* a la sumisión completa a las posiciones subjetivas del enfermo. Y agrega que dichas posiciones suelen ser forzadas en las entrevistas con pacientes psicóticos, cuando el entrevistador pretende dirigirse forzada y directamente a la cuestión del proceso mórbido, modalidad que, además, provoca una reticencia en el paciente que redobla la dificultad en arribar a dicho punto. Las resistencias son las del analista.

Vuelve a presentar el caso como un delirio de a dos de una pareja madre-hija en el que sobreviene un sentimiento de intrusión que se desarrolla en un delirio de vigilancia. Presenta las supuestas injurias de las que eran objeto por parte de sus vecinos y particularmente con la famosa escena en el pasillo en la que el amante de la vecina le habría proferido un: *¡Marrana!* En esta ocasión, Lacan opta por omitir mencionar el pequeño traspie en el cuál se apresuró a comprender que marrana hacía alusión al puerco y dice: “Ante lo cual nosotros, poco inclinados a reconocer en él la retorsión de un ¡Cerdo! demasiado fácil de extrapolar en nombre de una proyección que no representa nunca en semejante caso sino la del psiquiatra, le preguntamos simplemente lo que en ella misma había podido proferir el instante anterior.” (p.512) Es decir, lejos de considerar la alucinación *Marrana* como una retorsión⁷, como la proyección de una idea (la idea de que el amante de la vecina era un cerdo), Lacan rescata haberle preguntado si ella había dicho algo antes de que el vecino le dijese *¡Marrana!* Y es entonces que arriba al pequeño descubrimiento, la confesión entre sonrisas de que ella le habría dicho previamente *¡Vengo del fiambreiro!*

¿A quién apuntaban ambas frases? -se pregunta Lacan-. Es difícil atribuirle un referente. Tomado textualmente, pone de relieve la posible conexión entre dichas frases y el episodio en que, tras divorciarse de su esposo, la familia de éste la habría amenazado con cortarla en pedazos. No

⁷ Acción de devolver o inferir a alguien el mismo daño o agravio que de él se ha recibido. (Rae).

obstante Lacan le quita importancia a la posible conexión con el fantasma del cuerpo fragmentado, destacando que lo importante es que la paciente se haya enfrentado con una situación que la rebasa.

Para lo que Lacan quiere demostrar, basta con que la enferma confesase que la frase (*Yo vengo de la fiambrería*) era alusiva y que la había dejado perpleja respecto a ubicar hacia quién apuntaba dicha alusión. Es el yo [je] en su función de shifter en tanto que “designa al sujeto de la enunciación, pero que no lo significa” (Lacan, 2008 p. 779), nos permite ubicar quién habla pero no nos dice nada de él.

Pero la significación oscilante de dicha oración se detiene una vez que aparece en aposición la palabra *Marrana*. El deslizamiento de la significación, la indeterminación de la alusión llega a su fin una vez que la palabra ofensiva se hace presente. La cadena significante se impone en su dimensión de voz y toma una realidad proporcional al tiempo que implica su atribución subjetiva, un tiempo que es retroactivo, un tiempo en el que, en tanto que un significante no significa nada, el S1 llama al S2 para que se le articule y que detenga el deslizamiento metonímico del *Vengo del fiambrero*, gracias a la aposición *Marrana*.

Lo interesante es que Lacan retoma en este punto, y una vez más articula el discurso amoroso, el discurso injurioso y la psicosis. La injuria y la palabra de amor son ambas dos rupturas del lenguaje, son puntos donde el

lenguaje desfallece puesto que es insuficiente para nombrar a su objeto, no quedando más recurso que el de lo imaginario puro (Lacan da un ejemplo, no de injuria sino de la palabra de amor: *Te como... -¡Bombón!*). Pero el asunto es que en la alucinación, la palabra injuriante, en este caso, se presenta bajo la forma de cadena rota, es decir, un eslabón de la cadena significante que se desprendió de los demás y por lo tanto no dialectiza, no se puede enlazar a otros ni, por lo tanto, relativizarse. Es por eso que el significante en lo real cae con toda la fuerza injuriante sobre la paciente, le es autorreferente de una manera absoluta y presenta un carácter inundante que la colma. Tal significante detiene la significación, al modo de una plomada en la red, que la coagula y la mortifica.

III. 5. Marrana, Seminario V.

Prácticamente en simultáneo a la escritura de *De una cuestión preliminar...*, Lacan dicta esta clase del seminario V en el año 1958, dedicado a las formaciones del inconsciente. En realidad, no sabemos con precisión cuál fue primero de los dos. Pero, de cualquier modo, lo interesante es que no es idéntico lo expuesto en uno y en otro, los usos que realiza de este caso.

Lacan comienza la clase VII titulada *La forclusión del Nombre del Padre* recordando a los presentes la conferencia que la Sra. Pankoff (médica psicoanalítica) había realizado la noche anterior, suponemos en la Sociedad Psicoanalítica de París (SPP). En su exposición, Pankoff, habría expuesto los planteos de Bateson respecto de la determinación de los hechos comunicativos en la constitución de las psicosis. Particularmente, la teoría del doble vínculo en la cual afirma que en el origen de la esquizofrenia se encontraría entre la madre y el niño (futuro esquizofrénico) una situación comunicativa contradictoria y paradójica. Es en este punto que Lacan hace un alto en su seminario, ya que se encontraba explicando la lógica del chiste, para dar lugar al tema de la psicosis que en las clases posteriores se encadenará con Edipo y castración.

En contraposición a la teoría de Bateson que plantea un mensaje como constituyente del sujeto, Lacan se pregunta “qué ocurre con el proceso de la comunicación cuando, precisamente, no llega a ser constituyente para el sujeto” (Lacan, 1999:149). Por otro lado, Lacan plantea que, más allá de la doble significación de un mensaje, lo que prima es la función constituyente del significante. Por último, en oposición a la tesis que afirma que debe haber una personalidad que establezca todo el sistema simbólico y que funde la palabra como verdadera, Lacan afirmará que lo que falta es algo que funde la significación, el significante del Nombre del Padre que da autoridad a la ley y un cierto orden en la articulación de los significantes.

Seguidamente, Lacan retoma lo planteado en las clases anteriores sobre el chiste. En el chiste, la intención del sujeto para realizarse ha de pasar por el Otro, en tanto tesoro del significante, o sede del código. Pero también el Otro está a título de ley, prohibiciones, superyó, etc. La satisfacción de la demanda depende del Otro y de lo que pase entre éste y el mensaje del sujeto y viceversa, en ese vaivén giratorio. En este punto, el Otro autentifica el mensaje del sujeto en el código. Pero en lo que respecta a la psicosis, en el Otro está forcluído el Nombre del Padre, en tanto es quién le da peso a la ley, de modo que hay una interrupción en el circuito mensaje-código. Lacan lo ejemplifica primero con los dos grupos de fenómenos que presenta Schreber: a) fenómenos de código (los neologismos) y b) fenómenos de mensaje (las frases interrumpidas). Y es entonces que introduce a nuestra paciente:

Aquel año empecé mi discurso sobre la psicosis partiendo de una frase que les había extraído de una de mis presentaciones de enfermos. Se captaba muy bien en qué momento se producía, la frase murmurada por la paciente: "vengo de la charcutería", un vuelco hacia el otro lado. Era cuando la palabra *marrana* aparecía en aposición. Al no ser asumible más allá de ese punto, integrable por la sujeto, se volcaba, por su propio movimiento, por su propia inercia de significante, hacia el otro lado del guion de la réplica, en el Otro. Se trataba de pura y simple fenomenología elemental. (p.158)

La palabra *Marrana*, inasumible por la sujeto, se encuentra basculando entre el código y el mensaje ya que desapareció el círculo en que

se autentifica en el Otro el mensaje. Lejos de recibir su propio mensaje en forma invertida, *Vengo del fiambreiro*, podríamos ubicarlo en el vector mensaje-código, pero sin tener ningún tipo de admisión o autentificación en este último y *Marrana* como un neologismo que viene desde el lugar del Otro, pero sin ser asumible para la sujeto, salvo bajo la inercia del significante neológico.

III. 6. Dialecto Corso

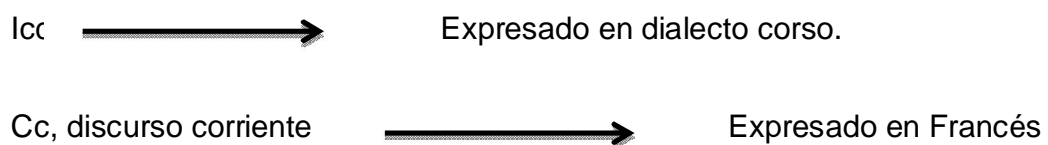
Al llegar a la clase V del Seminario 3, por primera vez en esta serie, nos encontramos una neurosis. La clase es denominada *De un Dios que engaña y de uno que no engaña*, y es dictada por Lacan el día 14 de Diciembre.

Pese a ser un dispositivo abocado principalmente a la psicosis, también tienen lugar en él las neurosis graves, como en el siguiente caso:

Vimos en mi presentación, el otro día, un enfermo grave. Era un caso clínico que ciertamente no elegí, pero que de algún modo hacía jugar a cielo abierto el inconsciente, en su dificultad para pasar en el discurso analítico. Lo hacía jugar a cielo abierto, porque, debido a circunstancias excepcionales, todo lo que en otro sujeto hubiese estado reprimido, estaba sostenido en él por otro lenguaje, ese lenguaje de alcance algo reducido que se llama un dialecto. (Lacan, p. 89)

Se trata de un paciente que Lacan no eligió, es decir que podría haberlo elegido para ilustrar lo que postulaba teóricamente, podría haberlo seleccionado entre una serie de pacientes como aquel que le posibilitase una mejor ejemplificación de un saber constituido. Pero no fue así sino que, como generalmente sucedía, el paciente lo eligió algún psicólogo o psiquiatra del servicio de Sainte Anne. Fue el azar el que hizo que éste mostrase con claridad algo que Lacan postulaba teóricamente y que lo convierte en “el caso más demostrativo” (p.90). Era un caso de excepción, ya que el inconciente del sujeto se encontraba a cielo abierto (expresión reservada en Lacan para la psicosis), en vez de reprimido, pero cifrado simbólicamente en otro registro, en un dialecto.

Esquemáticamente podríamos decir:



¿Qué nos dice Lacan de dicho paciente?

...había vivido desde su infancia en París, hijo único de padres sumamente encerrados en sus leyes propias, quienes utilizaban exclusivamente el dialecto corso. Las perpetuas querellas de ambos personajes parentales, manifestaciones

ambivalentes de su fuerte vínculo y del temor a ver llegar a la mujer, el objeto extranjero, se desarrollaban a cielo abierto, sumiéndolo del modo más directo en su intimidad conyugal. Todo esto en dialecto corso. Nada de lo que sucedía en la casa se concebía sino en dialecto corso. Había dos mundos, el de la elite, el del dialecto corso, y luego lo que sucedía fuera. Esta separación todavía estaba presente en la vida del sujeto, quien nos relató la diferencia de sus relaciones con el mundo cuando estaba frente a su madre y en el momento en que se paseaba por la calle. (pp. 89-90)

Podría decirse que el mundo infantil del sujeto, el mundo edípico, se expresaba en dialecto corso exclusivamente, y el mundo extraparental lo hacía en francés. Pero, además, lo que Lacan destaca es la exposición del paciente, cuando niño, a las permanentes discusiones entre sus padres en relación a la entrada de una mujer (entendemos, en relación a la infidelidad o bien a las relaciones del paciente con mujeres) que se producían a cielo abierto, es decir, abiertamente para el paciente, sumergiéndolo en la intimidad de la pareja. Todo esto sucedía en dicho corso. Lo extraño del caso es la dificultad del paciente para volver a evocar recuerdos en el dialecto corso, en el registro de la infancia, con el que se comunicaba con su madre. Pero, al mismo tiempo, todo lo que habitualmente en la neurosis estaba reprimido y que se expresa en el dialecto de los síntomas, en este paciente aparecía cristalinamente.

Respecto de la dificultad evocativa, Lacan dice: "Cuando le pedí que se expresase en ese dialecto, que me repitiese comentarlos que había podido intercambiar con su padre, por ejemplo, me respondió: no puedo sacarlo."(Ibíd.)

Al parecer, lo difícil para este sujeto era recordar, en dicho dialecto, algo en relación a la palabra del padre.

El caso es escogido para ilustrar cómo lo reprimido está expresado en otra lengua. Y esa lengua encuentra cierta dificultad para pasar al discurso, al discurso común, al discurso público. A su vez, éste es un factor dentro de la función de la represión, ese registro en el que hay una imposibilidad de expresar “cierto pasado de la palabra del sujeto, vinculado, como Freud lo subrayó, al mundo propio de las relaciones infantiles. Precisamente, en la lengua primitiva, sigue funcionando ese pasado de la palabra”. (p.90) Y además, cosa que falta en la versión establecida del seminario, dicha lengua primitiva continúa funcionando en el campo del reconocimiento, es decir que el inconsciente eficaz sigue pulsando para hacerse reconocer. Pero el paciente mostraba que dicho esfuerzo por hacerse reconocer, en su caso, no era necesario, ya que se encontraba a cielo abierto expresada en el dialecto corso. La neurosis, sin embargo, requiere fabricar otra lengua con sus síntomas e implica una dialéctica entre el sujeto y el otro. En este punto, la condición dialectal de ese otro registro en el paciente implica un cierto lazo con el otro, en tanto se puede poner en común con otros hablantes, aunque de un modo mucho más reducido.

Todo este excursus que se presenta en la introducción de la clase, le vale para comenzar a dividir las aguas a través de este caso, entre lo que es el

mecanismo psicótico y el neurótico, ya que en éste, la represión y el retorno de lo reprimido son dos caras de una misma moneda expresados en dos *lenguas* distintas. El síntoma psicótico es algo de una estofa distinta, producto de un mecanismo diverso. Si bien rescata la importancia del lenguaje en su estructuración, al igual que en la neurosis, comienza a plantear la diferencia de mecanismos entre ambas estructuras.

Criticando a Katan, quien plantea que la causa de la enfermedad en Schreber fue la lucha contra la masturbación, animada ésta por una emergencia de la libido homosexual, Lacan se pregunta si esta respuesta no es absolutamente desproporcionada, exagerada. Respecto de la diferencia estructural, no dará más precisiones en esta clase, salvo el recordatorio de las menciones que se hicieron sobre la *Verneinung*, y la distinción entre lo que fue simbolizado y lo que no lo fue. Vemos que antes de introducirse de lleno en la forclusión, Lacan plantea que debemos saber en qué consiste la represión, cuestión para lo cual, este extraño caso le permite ilustrar y dar el puntapié inicial mostrando como éste está fabricado con lenguaje e implica una dialéctica con el otro.

III. 7. Sin Presencia de Trastornos del Lenguaje no hay Psicosis

La clase VI, dictada el 18 de enero de 1956, y titulada por J.A. Miller *El fenómeno psicótico y su mecanismo*, continúa abocándose a la diferenciación neurosis/psicosis. En esta ocasión, Lacan toma el historial freudiano de Dora. ¿Por qué tomar el caso de una neurótica para explicar en qué consiste una psicosis? Porque en cierta medida presenta un discurso que podría asemejarse en mucho: la querrela, la reivindicación que sostiene y que deriva en la consulta que realiza su padre a Freud para que la *enderezase*. Esta querrela consistía en que el padre la prostituía, la entregaba al señor K para lograr la vista gorda de éste y allanarse el camino hacia la señora K. Al respecto afirma: “¿Diré acaso que Dora es una paranoica? Nunca dije eso, y soy harto escrupuloso en materia de diagnóstico de psicosis.” (p.133)

Si Lacan hace uso del caso y aclara que no la diagnosticaría de paranoica es porque, evidentemente, en algún punto, podría parecersele, confundírsele y ciertamente el *mi padre me prostituye* y el *Fleshig me quiere violar y corromper* podrían ser análogos. Ahora bien, el asunto sería, no tanto guiarse por la imaginaria semejanza en el contenido de la reivindicación, sino en la estructura que presenta y la relación que el sujeto establece con esta. Pero la problemática que plantea Lacan es la del diagnóstico y es entonces que afirma:

Me desplazé hasta aquí el viernes pasado para ver a una paciente que tiene obviamente un comportamiento difícil, conflictivo con los que la rodean. En suma, me hicieron venir para que dijese que era una psicosis, y no, como parecía a primera vista, una neurosis obsesiva. Rehusé dar un diagnóstico de psicosis por una razón decisiva: no había ninguno de los trastornos que son nuestro objeto de estudio este año, que son trastornos del orden del lenguaje. Antes de hacer el diagnóstico de psicosis debemos exigir la presencia de estos trastornos. (Ibíd.)

Lo convocan a Lacan a Sainte Anne, le demandan que entreviste una paciente y que ratificase que ésta (conflictiva y de comportamiento difícil) era psicótica. La enferma, a primera vista, le hacía pensar a Lacan en una neurosis obsesiva, contrariamente a lo que indicaba la demanda de diagnóstico de parte del servicio psiquiátrico. De modo que Lacan se rehusó a dar ese diagnóstico. Tal rehusamiento no estuvo basado en un argumento o razón secundaria o accesoria, sino por uno decisivo a esta altura de la enseñanza de Lacan: la paciente carecía de trastornos del lenguaje.

El caso le permite afirmar, categóricamente, algo que coincide con el objeto de estudio del presente seminario: para acreditar una psicosis se requieren trastornos del lenguaje. Entendemos por trastorno del lenguaje *“esa forma especial de discordancia con el lenguaje común que se llama neologismo.”* (p.52)

Es interesante remarcar la prudencia del método de Lacan porque la ausencia de trastornos del lenguaje en esa entrevista imposibilita diagnosticar una psicosis, pero tampoco supone de suyo un diagnóstico de neurosis. Es decir, el diagnóstico de neurosis no es el producto de un descarte del diagnóstico de psicosis.

Y Lacan continúa: “Una reivindicación contra personajes que supuestamente actúan contra uno no basta para estar en la psicosis. Puede ser una reivindicación injustificada, que participa de un delirio de presunción, más no por ello es una psicosis.” (p.129) Es decir que la presentación de un sujeto con una reivindicación, por más extravagante que ésta sea (y vaya que la de Dora lo era) no nos basta en materia diagnóstica.

No obstante, Lacan continúa diciendo que la reivindicación “no deja de estar relacionada con ella, existe un pequeño delirio, podemos llegar a llamarlo así.” (Ibíd.) En cierta medida, la querella neurótica puede ser un pequeño delirio, “pero para que estemos en la psicosis tiene que haber trastornos del lenguaje, en todo caso les propongo que adopten provisionalmente esta convención.”(Ibíd.)

III. 8. Psicosis Desencadenada

Recuerden ese pequeño sujeto que evidentemente nos parecía, a nosotros, muy lúcido. Visto la manera en que había crecido y prosperado en la existencia, en medio de la anarquía —solamente un poco más patente que en los demás— de su situación familiar, se había vinculado a un amigo, que se había vuelto su punto de arraigo en la existencia, y de golpe algo le había ocurrido, no era capaz de explicar qué. Captamos claramente que ese algo tenía que ver con la aparición de la hija de su compañero, y completamos diciendo que sintió ese hecho como incestuoso, y, por ende, se produjo la defensa. (pág. 288)

Esta breve referencia de la clase XV del Seminario 3 le permite a Lacan tematizar una cuestión nodular de la problemática psicótica: el desencadenamiento. La clase es dictada el 18 de abril de 1956 y es titulada: *Acerca de los significantes primordiales y de la falta de uno*. A esta altura del seminario, intentaba argumentar la idea de que la psicosis está relacionada con la ausencia de un significante primordial, que en el Edipo no pudo establecerse, no hubo *bejahung* y que implica, como consecuencia, un agujero a nivel significativo. El desencadenamiento es presentado como un acercamiento a un vacío, a un agujero a nivel del significante, representado por la pregunta por la paternidad, la procreación. O más bien, la psicosis como una respuesta anticipada, a diferencia de la neurosis que tiene estructura de pregunta. La prepsicosis es pensada como la puesta del sujeto en el borde del agujero de la

significación que representa la forclusión de un significante primordial en su estructura.

Vemos cómo en el caso se presenta un sujeto, en un tiempo 1, en el cual la psicosis no estaría desencadenada. Durante ese tiempo, Lacan extrae, resalta, la vinculación del paciente con un amigo, un semejante, un pequeño *a*, el cual se había vuelto su *punto de arraigo en la existencia*. Podríamos pensar que esta relación con dicho amigo le permitía una compensación imaginaria hasta el encuentro con la coyuntura dramática del siguiente tiempo.

De golpe, es decir, como una irrupción, algo de lo que el sujeto no podía dar cuenta, sucede. Lo sucedido fue la aparición (Lacan no dice ni cómo, ni en qué circunstancias) de la hija del compañero, lo cual le produjo al sujeto la impresión de que había allí un hecho incestuoso que desembocó en la defensa. Continúa diciendo: “Este hombrecillo había comprendido aún menos que nosotros. Chocaba ahí con algo, y faltándole por entero la clave, se metió tres meses en su cama, como para ubicarse. Estaba en la perplejidad”. (p.289)

La perplejidad inicial, producto de la puesta en tela de juicio de todo el conjunto del significante y patognomónica del desencadenamiento psicótico, se manifiesta en este caso como una reclusión de 3 meses. La causa es el encuentro con algo, la pregunta antes nombrada, para lo cual el sujeto carece de la clave, es decir, de un significante para articular una respuesta. Como se verá en las siguientes presentaciones de enfermos, una de las preocupaciones

en Lacan es encontrar la coyuntura dramática que dé lugar al desencadenamiento. En el escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (2008), Lacan planteará la cuestión de la aparición de un padre real, de Un-Padre. Esta introducción o intrusión se produce en el seno de una relación dual (tal como lo vemos en este caso entre el paciente y su amigo) de un elemento tercero, de una encarnación paterna. Pero ni la causa ni los ejemplos que Lacan aporta (la figura del esposo en la mujer que acaba de dar a luz, el confesor para la penitente que se le confiesa, etc.) nos aportan luz para pensar estos casos que tratamos aquí. Es por eso que consideramos más pertinente el argumento que Maleval esgrime en *La forclusión del Nombre del Padre* (2002), el cual consiste en afirmar que el encuentro con Un-padre no es suficiente (ya que estas coyunturas dramáticas no en todas las ocasiones tienen como saldo un desencadenamiento) sino que es necesario que se produzca un encuentro con la incompletud del Otro y consecuentemente, con el enigma del deseo del Otro de una manera ineludible. Y en este caso, lo planteado por Maleval, en términos de actualización del sujeto con la barrera del incesto, es aquello que permite inteligir las estadísticas que vinculan la pubertad y el desencadenamiento psicótico, y es así que el desencadenamiento del presente caso, en el que el encuentro con una escena que juzgaba incestuosa, bastó para que el paciente ingresase en una psicosis clínica.

III. 9. Psicosis Alucinatoria Crónica, Escuchar al Sujeto

En la clase XVI, titulada por Miller *Secretarios del alienado* y dictada por Lacan el 25 de abril se comienza haciendo referencia a la función que ocupa el analista en la dirección de la cura o en el tratamiento de la psicosis. Ciertamente, son escasos sus pronunciamientos respecto al tratamiento posible, por lo cual esta clase se ha vuelto casi un lugar común al respecto.

Como lo indica la titulación de la clase, Lacan toma la crítica que se le realizaba a los alienistas en relación a su impotencia a la hora de tratar la psicosis para, lejos de refutarla, reivindicarla. No solo el analista debe ser secretario del alienado, sino que hay que tomar su relato a la letra. La no escucha del discurso de los psicóticos es para Lacan la causa de los extravíos de los alienistas quienes rebajaron el material que los alineados les ofrecían por no haberlo sabido apreciar.

Acto seguido a este introito, Lacan lo fundamenta con un ejemplo clínico tomado una vez más de sus presentaciones clínicas:

El viernes presenté una psicosis alucinatoria crónica. ¿No les impactó, a quienes allí estaban, ver hasta qué punto se obtiene algo mucho más vivaz si, en lugar de tratar de determinar cómo sea si la alucinación es verbal, sensorial o no sensorial, simplemente se escucha al sujeto? La enferma del otro día

hacía surgir, inventaba, mediante una especie de reproducción imaginativa, preguntas que se veía claramente habían estado implícitas de antemano en su situación, sin que expresamente la enferma las hubiese formulado. Obviamente, no basta contentarse con esto para comprenderlo todo, ya que se trata de saber por qué ocurren así las cosas. No obstante hay que comenzar tomando las cosas en su equilibrio, y ese equilibrio se sitúa a nivel del fenómeno significante-significado. (p. 296)

Respecto de la entrevista con un psicótico, Lacan rescata el valor de lo obtenido en el diálogo con éste si simplemente se lo escucha. La intención de diferenciar si lo que refiere un paciente se encuadra en una alucinación verbal o sensorial hace una clara referencia a una aspiración diagnóstica. Es interesante que, pese a no plantearlo explícitamente, la propuesta sea que lo primero que hay que hacer, porque es lo más fructífero, es escuchar al sujeto. Inclusive, lo es más que hacer encuadrar el relato en algún casillero nosográfico.

Lo que Lacan nos cuenta del caso es francamente escaso, porque su auditorio del seminario coincidía numerosamente con el de sus presentaciones, de modo que la sintomatología que presentaba la paciente, sino era conocida por todos, lo era para la mayoría. Se trata de una psicosis alucinatoria crónica, cuadro forjado por Ballet en 1911 y que consiste en un delirio de persecución con ideas ambiciosas (podríamos decir megalómanas). Con dicho cuadro, el autor quiso: por un lado a) unificar las categorías de delirio crónico y de delirio de los degenerados diferenciados por Magnan y b) asimilar al delirio paranoico con la demencia paranoide, pero diferenciarlo de lo que Kraepelin denominó

demencia precoz en sus formas hebefrénicas y catatónicas, ya que según Ballet no todos los casos evolucionan hacia la demencia (Stagnaro, 2006, pp.77-87). Mazzuca destaca de este cuadro la interrelación entre la alucinación y el delirio y la sinergia entre ambos:

Lo interesante es advertir que esta psicosis, a diferencia de los delirios de persecución de la paranoia, no sólo presente en abundancia fenómenos de alucinaciones verbales, fundamentalmente sensoriales, sino que éstas adquieren una función determinante en la elaboración del delirio definiendo su carácter más o menos hostil, proponiendo los contenidos a la temática delirante y jalonando las etapas de su desarrollo. (Mazzuca, R., p.88 1998)

Más allá de los distintos tipos de alucinaciones que esta psicosis supone, Lacan aprovecha la ocasión para criticar a la psicología o la metapsicología o la parapsicología clásica tradicional, que en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (2008) denominará la Escuela, la cual utiliza las categorías de alucinación, interpretación, sensación, percepción. Pésimo punto de partida, dirá, ya que yerra en la manera en que formula la pregunta sobre qué es el delirio y que desconoce la pertinencia de leerlo en función de las categorías del significante y del significado. Es llamativo ver cómo Lacan no se va de la psiquiatría con las manos vacías y conserva, entre otras cosas, la nosografía psiquiátrica, pero utilizándola para una

operación por entero diversa, en la que busca alojar el discurso del sujeto más que hacerle decir los signos que conformen un síndrome.

Es destacable que, unas clases antes, haya insistido con la misma idea y que, inclusive, haya dado una indicación en forma de regla, un hápax en las formulaciones de Lacan.

Al igual que todo discurso, un delirio ha de ser juzgado en primer lugar como un campo de significación que ha organizado cierto significante, de modo que la primera regla de un buen interrogatorio, y de una buena investigación de la psicosis, podría ser la de dejar hablar el mayor tiempo posible. Luego, uno se hace una idea. No digo que en la observación siempre suceda así, y, en general, los clínicos han sabido abordar las cosas bastante bien. Pero la noción de fenómeno elemental, las distinciones de las alucinaciones, los trastornos de la percepción, de la atención, de los diversos niveles en el orden de las facultades, han contribuido sin duda alguna a oscurecer nuestra relación con los delirantes. (p.174)

Otorgarle al paciente el mayor tiempo posible para el despliegue del discurso, en primer lugar. Luego, y sólo luego, nos podemos hacer una idea, comenzar a analizar, dar comienzo a las elucubraciones. El intento precoz de insertar categorías conceptuales a dicho discurso, lejos de iluminarnos, oscurece la relación con los delirantes, ya que, en tanto saber referencial, opera obturando la escucha y se ofrece, equivocadamente, como privilegiado respecto del saber textual del paciente.

III. 10. Santo Tomás el Dubitativo

La siguiente presentación de enfermos es utilizada por Lacan en la clase del 27 de Junio, clase XXIV denominada *Tu eres*. En ésta, Lacan continúa insistiendo con el intento de ubicar la causa del desencadenamiento, la ocasión de la entrada en la psicosis. Tomando el caso del presidente Schreber, da como ejemplo el perplejizante asesinato de almas. En la presente y la anterior clase realiza un esfuerzo por diferenciar la dimensión del *Tú eres el que me seguirá* [Tu es celui qui me *suivra*] y *Tu eres el que me seguirás* [Tu es celui qui me *suivras*], entendiendo al primero como una orden en la cual el sujeto queda pasivizado, objetalizado, y al segundo como un llamado, una interpelación al sujeto, al cual puede responder de diversas maneras. El *tú*, en la primera de las oraciones, no pasa la pantalla y se produce una despersonalización (recordemos que para Benveniste y Lacan la tercera persona gramatical no existe, solo se habla de ella, se la menciona o se constata algo), mientras que en la segunda pasa y hay personalización. Por otro lado, el *Tu eres el que me seguirás* posibilita la respuesta, en términos de palabra plena, de *yo lo soy* (sin confundirse con la identidad conciente, ya que es una dimensión desconocida). Pero si nos encontramos del lado de la psicosis, el significante forcluido hace que esta dimensión reaparezca

indefinidamente en el *tú eres el que...* *tú eres el que* [tu es celui qui... tu es celui qui], que en francés, por la homofonía, puede escucharse como *tú eres el que me mata*, con lo cual Lacan plantea que el significante produce una reducción a la pura relación imaginaria (la vemos en su versión agresiva en este punto), tal como lo advertimos en la psicosis y especialmente en su entrada.

En las clases anteriores viene esbozando la idea de cómo un significante puede rubricar una estabilización entre el orden de las significaciones y el de los significantes. En ese punto ha tomado ya el *Temor de Dios* como punto de capitón y la carretera principal como significante polarizador de las significaciones. El significante *ser padre* permite que el sujeto pueda unir retroactivamente el copular con el sentido de que el niño es tan de él como de la madre. En este punto retoma el escrito freudiano de *Tótem y Tabú* para pensar el tiempo anterior a la instauración del significante del nombre del padre en la cultura, en la prehistoria, en el hombre de Neanderthal, por ejemplo. Pero plantea que no es necesario ir a buscar a la historia, ya que podemos ubicarlo perfectamente en los psicóticos de nuestro tiempo. Es en este sentido que plantea la entrada en la psicosis como el llamado desde el campo del Otro a ese significante primordial con el que no se puede responder por no haberse inscripto jamás (en el psicótico, así como en el hombre Neanderthal): *tú eres el padre*.

Nuevamente, todo este aparato conceptual lo articulará a una presentación de enfermos. Se trata, esta vez, de un antillano, hombre con una evidente problemática del ancestro original. ¿A qué se refiere Lacan con la expresión *ancestro original*? Es clara la alusión a Tótem y Tabú. El ancestro original es el padre muerto, padre simbólico, significante del nombre del padre, asesinado por los hermanos y que por obra y gracia de la culpa retrospectiva está más vivo que nunca, no así en éste paciente, ya que a este nivel presenta una evidente dificultad.

Era el Francés que había ido a instalarse allá, una especie de pionero, que había tenido una vida extraordinariamente heroica, con altibajos extraordinarios de fortuna, y que se había convertido en el ideal de toda la familia. Nuestro antillano, muy desarraigado en la región de Detroit donde llevaba una vida de artesano pudiente, se descubre un día en posesión de una mujer que le anuncia que va a tener un hijo. No sabe si es suyo o no, pero en todo caso, al cabo de pocos días se declaran sus primeras alucinaciones. (p. 437)

Una vez más nos encontramos con un caso de desencadenamiento producido por la inminencia de la paternidad inasimilable. Un sujeto aparentemente *adaptado*, radicado en el extranjero, bien posicionado en su profesión, se desestabiliza ante la noticia del embarazo de una mujer.

Apenas le han anunciado tú vas a ser padre, aparece un personaje diciéndole tú eres Santo Tomás. Debe haber sido, creo, Santo Tomás el dubitativo, y no Santo Tomás de Aquino.

Las anunciaciones que siguen no dejan lugar a duda: provienen de Elizabeth, a quien se le anunció ya tarde en su vida que iba a concebir un hijo. (p.437)

El sujeto, aparentemente, le confía a Lacan que, en principio, alguien, cuya identidad en la alucinación desconocemos, le dice: *Tú eres Santo Tomás*. Ante esto, Lacan, que era un versado en teología, infiere que se trataba más bien de Santo Tomás el dubitativo, en vez de Santo Tomás de Aquino. Ignoramos el recorrido inferencial que lo lleva a tal conclusión (debido a la concisión de la viñeta clínica), pero si nos atenemos a la biografía de este apóstol, encontramos un interesante dato: Tomás fue el único de los 12 apóstoles que descreyó de la resurrección de Jesús y que al recibir la noticia respondió. "Si no veo la señal de los clavos en sus manos, y no meto mi dedo en la señal de los clavos y mi mano en su costado, no creeré". (Juan 20:24-29) De modo que estamos más ante Tomás el incrédulo, escéptico y racionalista que ante el dubitativo. Sin forzar en demasía el posible parangón, vemos que el paciente coincide con el apóstol en que hay un hecho que no puede ser asumido por el aparato significante, la paternidad en uno, la resurrección de Jesús en el otro, debido a una falla o carencia a nivel de un significante primordial en el primero y a nivel de la fe en el segundo.

Por otro lado, el personaje que Lacan deduce en sus alucinaciones, Elizabeth, no es cualquier personaje. Es una mujer estéril que, por obra y gracia del Señor, al igual que María, y posteriormente a la enunciación del

Arcángel Gabriel, se volvió fecunda y quedó embarazada. El relato bíblico pone en el lugar de la generación, un relato, un mito. No hay en esta concepción una referencia al coito sino que en la causa está puesto un hecho de discurso. La enunciación del arcángel a Zacarías, su esposo, es eficaz por sí misma para dar lugar al embarazo de Elizabeth.

(...) el caso demuestra muy bien la conexión del registro de la paternidad con la eclosión de revelaciones, de anunciaciones que se refieren a la generación, a saber, a lo que precisamente el sujeto, literalmente, no puede concebir, y no empleo esa palabra por casualidad. La pregunta por la generación, término de especulación alquímica, está siempre a punto de surgir como una respuesta de rodeo, un intento de reconstituir lo que no es aceptable para el sujeto psicótico, para el ego cuyo poder es invocado sin que él pueda, hablando estrictamente, responder. (p.437)

Lacan realiza un juego de palabras entre la concepción y la generación. El psicótico no puede concebir la generación, por más que pueda concebir, en el sentido material de dejar encinta a una mujer, ya que no se puede formar la idea, o hacerse el concepto (no en términos de un yo conciente) de ser padre, porque carece de un significante que le abroche dicha significación. La respuesta que alcanza a dar el psicótico es a través de un rodeo que intenta reconstituir algo que en realidad nunca se constituyó, solo puede bordear los contornos del agujero forclusivo. Es interesante cómo, aquello que no pudo ser asimilado en lo simbólico (la propia paternidad) retorna

en lo real bajo la forma alucinatoria y que, a su vez, se sirve de un discurso tomado del Otro de la cultura, el religioso y que provee alguna respuesta a aquella pregunta imposible de formular o respondida anticipadamente ¿Qué es un padre?

Lacan agrega que, como correlato a estos primeros fenómenos, se da la inmediata aparición, bajo la forma de voces, de comentarios memorizadores que acompañan los actos y gestos del paciente, un automatismo mental tal como de Clérambault lo describiese. Y es aquí que rescata el término griego *automaton*, en tanto significa lo que piensa por sí mismo, sin vincularse con el yo. Es ese parásito del lenguaje, esa máquina significante que en la psicosis aparece hablando por sí sola.

III. 11. Papa Noel y el Desencadenamiento en el Embarazo de su Mujer.

En la Clase XXV, titulada *El falo y el meteoro*, y dictada el 4 de Julio de 1956, Lacan cierra el seminario sobre las psicosis. Comienza recordando a sus alumnos que el delirio debe ser considerado como una perturbación en la relación con el otro (con la otredad, es decir, incluyamos las dos versiones del

otro, A y a). A su vez, liga dicha perturbación a un mecanismo transferencial y vuelve a insistir con que el delirio debe ser leído tomando en cuenta las funciones y estructura de la palabra. Continúa trabajando el caso Schreber y retoma la idea freudiana de que el delirio de Schreber está ligado a la irrupción de una tendencia homosexual ante la cual opera una defensa. Existirían tantos modos de defensas como modos de negar la oración *Yo lo amo a él, un hombre* y una salida terminal de la defensa contra la tendencia homosexual en la que aparecería una “inversión muy marcada del aparato simbólico” (p. 443).

Respecto de dicha defensa, Lacan deducirá, un tanto irónicamente, que ésta, y su consecuente entrada en la psicosis, debe ser muy intensa como para generar en el sujeto una inversión del orden simbólico, dando lugar a experiencias que llegan hasta la desrealización del mundo y de las personas que lo rodean, sus otros. De modo que esto implicará un segundo tiempo en el que se dé una necesaria reconstrucción delirante que, progresivamente, aunque de modo perturbado, armará un mundo donde reconocerse, de modo perturbado también. Ejemplifica esto con el caso Schreber y la transformación del mismo en un sujeto del milagro divino, soporte y receptáculo feminizado de la reconstrucción de una nueva humanidad.

Por otro lado, Lacan realiza una crítica al análisis que hace Freud en torno al tema de la supuesta castración, a la pérdida del objeto fálico y del concomitante temor narcisístico en Schreber. Pero vuelve a insistir en la prevalencia dada por Freud a la función del padre. No se trata del binomio

madre- hijo, sino de "...un triángulo (padre)-falo-madre-hijo. ¿Dónde está el padre ahí dentro? Está en el anillo que permite que todo se mantenga unido." (p. 454) La función del padre es la introducción de "...una ordenación en el linaje, la serie de las generaciones." (p.455) "...de un orden matemático, cuya estructura es diferente a la del orden natural" (ibíd.).

La entrada en la psicosis se produce con el encuentro del sujeto con el significante en cuanto tal, en condiciones electivas y de la imposibilidad de abordarlo. En Schreber se produce ante el nombramiento en la Corte de apelaciones, que Lacan lee como una puesta en cuestión de saber si el sujeto llegará o no, a ser padre.

En continuación con el postulado de desrealización-reconstrucción del mundo en la entrada en la psicosis, Lacan plantea que el encuentro con el significante y la imposibilidad de abordarlo producen una primera etapa que denomina *cataclismo imaginario*, que refiere al desfallecimiento del mundo, el cuál es seguido por una segunda etapa de puesta en juego de todo el aparato "significante: disociación, fragmentación, movilización del significante en tanto palabra, palabra jaculatoria, insignificante o demasiado significante, plena de insignificancia, descomposición del discurso interior, que marca toda la estructura de la psicosis" (p. 457). Después de la colisión con el significante inasimilable (encuentro con *Un padre* dirá después) y del estallido del mundo

comienza una puesta en marcha de toda la maquinaria significativa para reconstruir un nuevo mundo.

De esta manera, subraya que nadie, ningún neurótico digamos, puede reconocer su inserción en el padre (prolegómeno del concepto de inscripción del significante del Nombre del Padre) pero que, sin embargo, dicha inserción puede verse en el reconocimiento de la existencia de un Otro, un significante mayor que Lacan ilustra con el ejemplo de la existencia de Papa Noel: “Todos los días los periódicos dicen que Dios sabe si es peligroso el progreso de la ciencia, etc., pero esto nos deja indiferentes. ¿Por qué? Porque están todos, incluyéndome a mí, insertos en ese significante mayor que se llama Papa Noel. Con Papa Noel esto siempre se arregla, y, diría aún más, se arregla bien” (p. 458). En *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (2008), Lacan usará este mismo argumento para criticar a la subjetividad científica, no menos loca que la del psicótico, en tanto cree delirantemente en el discurso de la libertad y tiene una creencia en que Dios o lo real no engaña, no da lugar al azar y, por último, que cree en Santa Claus lo cual “nos disuadiría de situarlo, por una analogía legítima, en la categoría de la psicosis social” (Lacan, 2008: 551).

En la psicosis, continúa diciendo, existe una relación trastocada respecto al significante, situación que se ve reflejado cuando es llamado a ponerse de acuerdo con sus significantes, demandándole un esfuerzo de

retrospección, que termina en lo que podría considerarse el desarrollo de una psicosis.

Lacan ejemplifica dicha situación haciendo referencia a otra de sus presentaciones de enfermos, un hombre que describe como al borde del automatismo mental, el mundo entero estaba suspendido en un estado de artificio para este señor.

Se había percatado de que el significante dominaba la existencia de los seres, y su propia existencia le parecía mucho menos segura que cualquier cosa que se presentase con cierta estructura significativa. Lo decía con toda crudeza. Habrán podido notar que le hice la pregunta: ¿Cuándo comenzó todo eso? ¿Durante el embarazo de su mujer? Se quedó un poquito asombrado durante un rato, y me respondió—Sí es cierto—agregando que nunca había pensado en eso. (P.p.458-456).

Una vez más, la viñeta clínica nos muestra un caso de una psicosis desencadenada ante la inminencia de una paternidad imposible de asimilar. Desconocemos el conjunto de la entrevista, pero es llamativa la convicción que tenía Lacan respecto de la circunstancia del desencadenamiento, operando con sus preguntas, casi como un oráculo, tan perspicaz que pudo vislumbrar algo que no solo era cierto, sino que ni el mismo paciente lo había pensado.

La noticia de la paternidad, que oficia de coyuntura dramática, inicia una puesta en marcha de la puesta en cuestión del orden significativo

(crepúsculo del mundo, diría Schreber). La no inserción en el padre, con su consecuente ausencia de la creencia en Papa Noel, hace que el psicótico cuente con una “desventaja, pero también con el privilegio, de haberse hallado colocado en relación al significante un poquito trastocado, atravesado” (p.458)

III.12. Una Psicosis Lacaniana

Resulta que el viernes pasado tuve un caso, en mi presentación de algo que se considera generalmente como un caso, tuve un caso, de locura seguramente, que comenzó por el *sinthome* “palabras impuestas” (Lacan, 2009; p.93)

Después de un largo silencio, hacemos ahora un salto de 20 años en la obra de Lacan. Nos ubicamos en el seminario 23, titulado *El Sinthome*, en la clase 6, del 17 de febrero de 1976. El caso, presentado el día 13 de febrero, se diferencia de los anteriores por el hecho de contar con el texto de la presentación y con el documento inédito de su historia clínica. Se trata de un paciente de 26 años, ex estudiante de matemáticas, física y psicología, hospitalizado en Henri-Rousselle el 15 de diciembre de 1974, después de una tentativa de suicidio por medicamentos a causa del sentimiento de que *todo el mundo conoce su pensamiento*. Además de las *palabras impuestas* que se le presentaban, y de las que Lacan hace referencia en la cita, hay que añadir los *bloqueos o detenciones de pensamiento* que se conjugan en el paciente con unas *precipitaciones* en el diálogo para intentar *decir todo* antes de que las

palabras impuestas lo interrumpen. Las palabras impuestas eran entre neológicas, enigmáticas, a descifrar, cacofónicas, ejecutadas por varias voces y que, en general, contradicen lo dicho por el paciente. Las frases se dividen entre éstas (las impuestas) y las reflexivas. Estas últimas, son producidas por el sujeto mismo e introducidas después de la conjunción *pero*. Por ejemplo: *Sale assassinat politique mais la vertu deviendra triomphante* [Sucio asesinato político (palabra impuesta) pero la virtud se volverá triunfante⁸ (palabra reflexiva).] El propio paciente le transmite a Lacan que:

La palabra impuesta es una emergencia que se impone a mi intelecto y que no tiene ninguna significación corriente. Son frases que emergen, frases no reflexivas, que no son ya pensadas, sino que son como emergencias que expresan el inconsciente... (Lacan, Mayo de 1985; p.19)

El paciente había leído los escritos de Lacan por recomendación de un amigo en el año 1966, el mismo año de su publicación. De modo que en varios pasajes como éste vemos que el paciente se expresaba en la jerga lacaniana. Significante, significación, inconsciente, angustia en lo real, entre otros términos, formaban parte de su discurso.

Además de estas palabras impuestas, a las que se le agregaban las reflexivas, se presenta, como algo secundario, lo que el paciente denomina

⁸ La traducción es nuestra.

telepatía. Pero la telepatía, significante neológico, no se corresponde con lo que comúnmente conocemos, es decir, con la transmisión del pensamiento entre personas o como coincidencia de pensamientos entre ellas. El paciente, que adjetivaba su telepatía de emisora, no recibía los pensamientos de otros, no coincidía con los pensamientos de otros sino que, como le confiesa a Lacan: “Lo que pasa a través de mi cerebro es oído por determinados telépatas receptores.” (Lacan, Mayo de 1985; p.19). Esta telepatía estaría enlazada a un delirio interpretativo, ya que el paciente aseguraba que se daba cuenta por las reacciones de la gente, por los rostros y los gestos, lo cual, para él era signo de que dichas personas recibían sus pensamientos. Pero todos estos fenómenos de *telepatía*, que son un paso posterior a las palabras impuestas, no son lo fundamental del recorte que Lacan extrae del caso.

¿Por qué hablamos de una psicosis lacaniana? ¿Porque el paciente balbuceaba en lacanés por haber leído los *Escritos* de Lacan?

Por lo menos, el paciente mismo articula así eso que parece de lo más sensato en el orden de una articulación que puedo llamar lacaniana. ¿Cómo es que todos nosotros no percibimos que las palabras de las que dependemos nos son, de alguna manera impuestas? (Lacan, 2009; p.93)

La pregunta nos da la pista de porqué es una psicosis lacaniana. Lacan prosigue y plantea que el llamado enfermo suele llegar más lejos que el llamado hombre normal. En este caso, el paciente llega a mostrar cómo somos hablados por el Otro, por la palabra que lo acosa, que es un parásito, una “forma de cáncer que aqueja al ser humano” (Lacan, 2009; p.93). El paciente *enseña* aquello que el supuesto hombre normal no puede ni sospechar, es decir que somos hablados por el Otro, que somos una marioneta de un discurso que para los llamados normales esta velado, mientras que en el psicótico aparece en bruto, a cielo abierto, siendo invadido así por un parásito palabrero. El sujeto nos enseña cómo, de una manera cruda, somos hablados cuando en verdad creemos que hablamos, que las palabras nos vienen de afuera cuando pensamos que son propias, que las palabras nos son impuestas aunque pensamos que las elegimos a nuestro arbitrio.

Por otro lado, el paciente mostraba una peculiar proclividad a realizar juegos de palabras por homofonía. Por ejemplo, convertir *le rideau cramoisi* [La Cortina Carmesí] en *riz d'ocre a moisi* [Arroz de ocre tiene moho (actriz en su camerino que dice a su ropera que la vista: el arroz de ocre tiene moho)]. Su propio nombre, Gerard Primeau, lo descompuso en *Gai rare*, [pájaro raro] y *Prime au* [primero al]. También, el paciente se dedicaba a contraer palabras como Vénus (la belleza)+Mercurio (el mensajero, el costado huidizo del metal)= Venurio [Vénus+Mercure=Vénure]. Como el mismo Lacan plantea

“se ve bien que ahí el significante se reduce aquí a lo que es: al equívoco, a una torsión de voz.” (Lacan, 2009; p.93)

Siguiendo con el desarrollo de su seminario, Lacan articula el presente caso con el tema que venía tratando: su estudio sobre James Joyce. La cuestión de las palabras impuestas es el elemento articulador entre éste y el paciente de nuestra presentación. “No puede decirse que a Joyce no se le impusiera algo con respecto a la palabra”. (Lacan, 2009, p.94) Lacan ubica particularmente, en las epifanías (apariciones, manifestaciones) de Joyce, un punto álgido de la imposición de palabras que irá incluyendo en sus distintas obras y que según el mismo autor son manifestaciones del ser.

Resulta difícil no ver en el esfuerzo que hace desde sus primeros ensayos críticos, inmediatamente después en *Retrato del artista*, más tarde en *Ulysses*, para terminar en *Finnegans Wake*, en el progreso de alguna manera continuo que constituyó su arte, que cada vez se le impone cierta relación con la palabra –a saber, destrozarse, descomponer esa palabra que va a ser escrita-, hasta tal punto que termina disolviendo el lenguaje mismo... Él termina imponiendo al lenguaje mismo una especie de quiebre, de descomposición, que hace que ya no haya identidad fonatoria. (Lacan, 2009; p. 94)

De modo que tenemos por un lado imposición sintomática de palabras en Joyce, y al mismo tiempo todo un trabajo sobre el lenguaje de descomposición, torsión, de juego homofónico, al igual que en nuestro paciente

con la salvedad de las obvias diferencias que impone Joyce en tanto este supo, con su obra, hacerse un nombre, reparar de algún modo el lazo social roto a través del enigma que representan sus escritos, en la relación sinthomática que supo establecer con su esposa Nora (Schejtman, 2012) y, por último, en la maestría literaria que cultivó Joyce y que le permitió bucear en el lenguaje al mismo tiempo que destrozarlo, descomponer la palabra y terminar disolviendo el lenguaje mismo (Lacan, 2009). Pero Lacan también pone el caso de la presentación en línea con la hija de Joyce, Lucía.

Lucía, que fue diagnosticada como esquizofrénica, era una telepata a los ojos de Joyce, y sobre lo cual la defendía frente a los médicos. Joyce creía que Lucía, gracias a su telepatía, le informaba todo lo que le ocurría a cierto número de gente, y que para ella las personas no tenían secretos. Vemos cómo, de este modo, Lucía es el reverso del paciente de esta presentación, a quién todo el mundo podía leerle su pensamiento. La telepatía de Lucía, adjudicada por Joyce, -señala Lacan- no es más que una prolongación del síntoma de aquel, en el punto de la palabra impuesta, epifánica en Joyce, telepática en Lucía.

Por último, quisiéramos regresar al principio, es decir, a la cita con la que abrimos este apartado en el que Lacan presenta a las palabras impuestas del paciente de la presentación como un sinthome. Recordemos que el sinthome es una cuarta consistencia que anuda los tres registros, simbólico,

imaginario y real, reparando el lapsus en el anudamiento. En este punto, Lacan, al trabajar a Joyce, ubica como *sinthome* el deseo de ser un artista, que mantendría ocupado a todo el mundo y el deseo de hacerse un nombre, que en última instancia representan al ego como el anillo que repara el lapsus entre lo real y lo simbólico. Lo cierto es que consideramos que las palabras impuestas, tanto en Joyce como en Primerau, no son en sí mismas *sinthomaticas*, sino lo que, por ejemplo Joyce, se hace con ellas. Es decir, una obra en la cual se quiebra el lenguaje, pero con la que, al mismo tiempo, se produce una reparación del lazo social roto a través del enigma que genera y que, como el mismo Joyce lo plantea, tendría ocupado a los universitarios durante 300 años.

Resulta difícil ver la reparación del nudo y del lazo social en Primerau, un saber hacer en relación con la imposición de palabras, algo que repare la carencia paterna. Inclusive, la breve reflexión con que Lacan cierra su presentación parecería contrariar este planteamiento de marras, el cual sospechamos que podría deberse a un error de transposición debido a la mínima diferencia fonética entre *sinthome* y *symptome*.

Cuando entramos en detalles, vemos que los tratados clásicos no agotan el problema. Hace un mes y medio examiné a alguien a propósito de quien se habló de psicosis freudiana. Esto es una psicosis "lacaniana"... verdaderamente caracterizada. Con esas "palabras impuestas", lo imaginario, lo simbólico y lo real. Es precisamente por eso por lo que no soy muy optimista con respecto a este muchacho. Tiene la sensación de que las palabras impuestas se han agravado. La sensación que llama "telepatía" es un paso ulterior. Por otro lado está esa sensación de ser observado que provoca su

desesperación. No veo cómo va a salir de esto. Hay intentos de suicidio que acaban teniendo éxito. Sí. Es un cuadro de los que no encontramos descritos, incluso en los buenos clínicos, como Chaslin. Es para estudiarlo. (Lacan, Mayo de 1985; p.41)

IV. CONCEPTUALIZACION DE LA P.D.E.

IV.2. La P.D.E. como Dispositivo

Venimos refiriéndonos a la presentación de enfermos en términos de dispositivo pero ¿en qué sentido? En este apartado fundamentaremos la pertinencia de articular ambos conceptos.

Las dos primeras dimensiones de un dispositivo, o las que Foucault distingue en primer término, son curvas de visibilidad y curvas de enunciación. [...] son máquinas para hacer ver y para hacer hablar. La visibilidad no se refiere a una luz en general que iluminara objetos preexistentes; está hecha de líneas de luz que forman figuras variables e inseparables de este o aquel dispositivo. Cada dispositivo tiene su régimen de luz, la manera en que ésta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella. (Deleuze, 1990, p.155)

De esta manera, vemos cómo cada dispositivo (*dis-ponere*) es un artificio que le imprime una particular visibilidad y posibilidad de enunciación a un objeto hasta entonces inédito. La configuración de este artificio es lo que permite visualizar y hacer hablar a ciertos fenómenos que, dentro de otro

régimen, tal vez, se verían acallados. La presentación de enfermos, en este sentido, no tiene su razón de ser en la maestría del entrevistador, Lacan en nuestro caso, sino en la disposición de los elementos intervinientes, de manera que aquellas cuestiones que en el dispositivo, por ejemplo, de la entrevista, resultan *invisibles* (diagnóstico, pronóstico, etc.), a la luz de la presentación de enfermos podrían, en ocasiones, *visibilizarse*.

Vale aclarar que la cuestión de la visibilidad la tomamos en sentido metafórico ya que la clínica de la que hablamos, la clínica psicoanalítica no tiene su basamento en la mirada objetivante del cuerpo del enfermo, sino que supone una clínica basada en la función de la escucha. En este sentido, nos resulta más acertada la idea de curva de enunciación y la de máquina para hacer hablar, ya que en eso consiste la presentación de enfermos, es una conversación entre un analista y un paciente, pero no una conversación más, sino aquella que tiene como horizonte la instauración de un lugar que posibilite la emergencia de un sujeto en su singularidad, un lugar en el que el paciente pueda tomar la palabra y ser escuchado. "... esperamos alguna producción, algo nuevo, algún significante que no había sido dicho antes, algún punto que no había sido situado, una serie que estaba dispersa, un nudo." (Seldes, 2003 p. 486) De esta manera, adelantamos ya que las presentaciones de enfermos no ocupan el lugar de vía regia de la terapéutica analítica, sino, más bien, un complemento que viene en apoyo de otros tratamientos posibles del malestar subjetivo.

IV.2. Estructura de la P.D.E.

A modo de definición mínima, se puede decir que la P.D.E. es un dispositivo terapéutico que consiste en el diálogo entre dos personas (el analista que presenta y el paciente) en presencia de una tercera, que es el público, y que brinda al paciente la posibilidad de dar cuenta de lo que ha sido su experiencia subjetiva, que relate cómo se ha producido en su vida ese punto de quiebre en la organización de su mundo y cómo ha podido responder y elaborar eso.

La P.D.E. presenta una estructura de, al menos, 3 actores y 3 momentos. Los actores son el paciente, el entrevistador y el público. El paciente, como ya dijimos, es alguien internado en el servicio de psiquiatría o salud mental del hospital, cuyo psiquiatra o psicoanalista a cargo demanda a otro analista que realice una presentación. En el caso de Lacan, varios testimonios sugieren que la demanda era recíproca, es decir que Lacan mismo les demandaba que le facilitasen pacientes para la presentación. Según San Román (2009) los pacientes son seleccionados en función a 3 criterios: a) casos difíciles en cuanto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico, b) sujetos que podrían beneficiarse con la presentación y c) casos representativos de un tema tratado por un grupo de estudio. Este último ítem parecería estar decididamente ausente o, mejor aún, invertido en el caso de las P.D.E. de Lacan. No había

preparación ni preselección de los pacientes en función de tal o cual tema a desarrollar en sus seminarios pero sí, al contrario, los hallazgos encontrados como vimos en el capítulo anterior, solían impactar en lo desarrollado en el seminario.

El entrevistador no es más que un analista (lo cual no es un dato menor, como veremos más adelante), pero con el cual hay en juego un fenómeno transferencial, una suposición de saber, que es el que hace que sea elegido entre otros por el encargado del tratamiento del paciente presentado. En Sainte Anne se encontraban profesionales del servicio que elegían a psiquiatras del mismo u otros hospitales para las presentaciones, y había otros que preferían que sus pacientes los presentase Lacan. El presentador, además, no conoce al enfermo, o lo conoce mínimamente por lo que el analista a cargo del tratamiento le haya decidido comentar, o por la lectura de la historia clínica. La novedad es introducida en el tercer actor, el público, que asiste a las presentaciones de enfermos. En las de Lacan, en ocasiones, se trataba de un público multitudinario. Examinaremos este último actor una vez planteada la temporalidad del dispositivo.

IV.3. Tiempo y P.D.E.

Respecto de la temporalidad de la P.D.E., debemos decir que esta es fugaz y singular, de uno o a lo sumo dos encuentros, frente a la diacronía del tiempo de un análisis o un tratamiento, caracterizado, tal vez, por la pausa debido a la sucesión de las sesiones. El encuentro único impide poder retomar, corregir o revisar lo producido en un posterior encuentro o sesión, pues no existe tal ocasión, lo cual le impone cierta marca de premura, que deberá ser morigerada, para evitar precipitaciones.

En cuanto a los tres momentos, el primero consiste en la demanda realizada al futuro presentador, la inclusión, los pertinentes comentarios preparatorios sobre el caso, la manifestación de las particularidades, dificultades clínicas, etc. En un segundo momento encontramos la presentación propiamente dicha entre el entrevistado y el entrevistador, en la cual el público permanece callado, al modo de una presencia silente. En un tercer momento, una vez que se terminó la entrevista y que el paciente abandonó la sala, se procede a un intercambio sobre lo ocurrido entre el entrevistador y el público, quién recién toma la palabra para aportar aquello que ha escuchado. El intercambio en las P.D.E. de Lacan solía ser brevísimo y podía producirse en ese mismo momento o, en ocasiones, hasta días después, pero en el cual

nunca se lo encontraba posicionado en el lugar de *maître* que diese una lección sobre lo acontecido.

IV.4. El público en la P.D.E.

Respecto del público, este es, sin duda, la gran novedad introducida por el dispositivo, al mismo tiempo que la piedra de la discordia.

...recibo muy frecuentemente, los comentarios, esto que ellos han oído, la gente que estando ahí como asistente está mucho más cerca que este vasto público del que acabo de hablar, personas que para definir las exactamente han sido analizadas por mí.

Por diferentes motivos, conservo con ellos una relación, porque pertenecen por ejemplo a la Escuela freudiana de París donde vienen a verme por el trabajo en común.

Las observaciones que me hacen después, son siempre extremadamente ricas desde el punto de vista de la semiología. [...]

Hay algo que me llega, después de un cierto tiempo de experiencia, y esto es en lo que me es representado por la gente que acabo de señalar diciendo especialmente que se trata de gente analizada por mí. (Lacan, 1970, inédito)

Vemos como el público está conformado (aunque no exclusivamente) por gente analizada por Lacan o que compartían algún

espacio, por ejemplo, al interior de la E.F.P. Aparentemente, esto no fue siempre así, sino que hubo que establecer un cierto control al respecto para que las presentaciones no fuesen de libre entrada y así se convirtieran en una suerte de atracción. Por lo tanto, el público no consiste en un mero espectador, una masa voyerista, un a-lumnado (alguien sin luz, a la espera de que algún profesor lo ilumine), sino que tiene un lugar fundamental en tanto cumple una función por participar de la dilucidación del caso, posibilitado por cierta formación previa como veremos más adelante.

Si un cierto tipo de interrogatorio, un cierto tipo de relación con el enfermo, puede especificar una cierta posición que ella es adquirida esencialmente en el psicoanálisis, habría una cierta manera de interrogar a la semiología psiquiátrica, es algo que requiere la colaboración, la asistencia de alguien que se dice de esta manera: “está en la cosa”, que el psicoanalista cuando la tiene domina el juego. (Lacan, 1970, inédito)

Entonces, durante la presentación propiamente dicha, el público permanece callado y en cierta posición de distancia respecto a lo que está pasando, puesto que ni siquiera se instaura relación alguna de connivencia, de una mirada cómplice entre éste y el presentador en relación al enfermo. Esta distancia hace que la presentación se transforme en una escena cuyos actores son el presentador y el paciente, “en búsqueda de autor, pues no tienen texto para recitar” (Porge, 207; p. 206).

Por otra parte, la presentación de enfermos guarda cierta similitud con el Witz freudiano, en tanto éste requiere una posición tercera, la del Otro como lugar de su realización. "...cuando uno presenta, siempre es necesario que haya al menos tres para presentar algo" (Lacan, Cierre de las jornadas "*Los matemas en psicoanálisis*", 1977, inédito) En este sentido, la palabra del paciente se dirigirá al entrevistador pero estará destinada al público, lugar de realización de su palabra. (Domb, 1996)

La escena, por otro lado, se contrapone al concepto de mundo, entendido este último como el lugar de lo real y a aquella como un espacio simbólico con reglas. La presentación entonces es un espacio organizado por ciertas reglas simbólicas y en cierta medida, crear una escena está en oposición a la forclusión como modo de expulsar a lo real lo no inscripto en lo simbólico. De este modo, los límites introducidos por el dispositivo hacen de tope al todo-saber u omnipotencia del presentador, que podría encarnarse en la figura del Otro absoluto, ya que la presentación, psicoanalíticamente entendida, no supone exclusivamente la presentación del paciente, sino también la del analista. La función del público, en este sentido, será entonces la de escuchar un diálogo de dos personas abierto a lo azaroso, sin texto pre-escrito, y la de reconocimiento de un decir, el del enfermo, que ya de por sí tiene efectos terapéuticos. La intermediación del público en esa relación dual introduce un

efecto antipersecutorio, ya que ninguno de los otros dos actores tienen dominio sobre él, de modo que se produce un límite en la omnipotencia del entrevistador (Domb, 1988). El público limita el saber del entrevistador e impide que la escena quede reducida a una situación especular yo-otro. D'Agostino plantea que "su principal función es hacer tope, barra al goce del Otro, encarnado en el entrevistador" (1994, p.50).

Dilucidar la pertinencia o el lugar del público es una tarea perentoria ya que es el rasgo distintivo del dispositivo y al mismo tiempo un rasgo contrario a aquello que Freud propuso para el dispositivo analítico: la exclusión de un tercero como testigo. Si ningún analista haría entrar a uno o varios colegas para que escuchasen lo que allí sucede ¿Qué justificativo encontramos para dicha inclusión en la P.D.E.?

Ya algunos argumentos fueron vertidos. Lacan, por su parte, centraba la cuestión del público en la posibilidad de su escucha y posterior participación en la dilucidación del caso, que constituye una dimensión semiológica original. Y esta dimensión semiológica está sustentada, además, en que tanto el público como el presentador, introducen una lectura diferente de lo que es el signo para la semiología general, como veremos más adelante, posibilitando "cambiar completamente el abordaje del complejo mórbido cuando este se trata de algo introducido por el aporte psicoanalítico" (1970, inédito).

De cualquier manera, estos argumentos dejan intacta la pregunta planteada, ya que, si tal es el aporte del público en términos de una escucha clínica que viene a complementar a la del analista que entrevista, munido de conocimientos de semiología psiquiátrica, pero regida por la doctrina significativa, no hay motivo alguno para no incluir en los consultorios de los analistas la presencia de un público que adicione su escucha a la del analista.

El argumento que sí nos parece interesante y que al mismo tiempo nos permite pensar por qué la P.D.E. es más conveniente en pacientes psicóticos que en los que no lo son, es que en la psicosis, la relación con el Otro está caracterizada por una invasión, por una mordaz intromisión de éste, lo cual hace que, de algún modo, la presencia del público no sea perniciosa. Esta presencia, que en la neurosis podría presentar un obstáculo al servicio de la resistencia, en tanto el franqueamiento del espacio de lo íntimo obstruiría la asociación libre del paciente, en el caso de la psicosis podría no resultar un problema, pues la esfera de *lo íntimo* estaría, en ocasiones, ya vulnerada. Este rasgo vuelve a la P.D.E. un dispositivo más conveniente en pacientes psicóticos. Es más conveniente para pacientes psicóticos pero no para todos ya que “no se le hacen cosquillas a cualquiera. Hay que saber también que hay significantes que hacen mal, que hay cierto número de registros que hay que abordar con prudencia”. (Laurent, 1985; 46)

IV.5. P.D.E. y el Psicoanálisis en Extensión e Intensión

Podríamos ubicar a la P.D.E. por las características antes descritas, dentro del conjunto de los dispositivos del psicoanálisis en extensión⁹. Al presentarse no solo al paciente, sino también al analista, termina poniéndoselo a este en el banquillo, “para que tome la palabra y para interpelarlo a que dé sus razones de su práctica fuera de las paredes, a veces confortables, de su consultorio y frente a quienes puedan interrogarlo”. (Zuberman, comunicación personal, 29 de diciembre de 2013) El analista expone sus torpezas, sus impericias, sus sorderas, relega la égida de la suposición de saber para afrontar la exposición del saber. “La presentación de enfermos pertenece al registro del saber expuesto y no tanto a la renta del saber supuesto. El analista está en el banquillo de los acusados.” (Miller, 2003, p.56) Le permite, además, poner en su horizonte las problemáticas de la época y enarbolar, en un lugar en cierto sentido hostil a su práctica, la bandera del sujeto. (Pietchotka, 2003; 91)

En el texto *Aportes del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica*, Lacan agrega que sería deseable que el público no fuese del todo ignorante en términos de semiología psiquiátrica y que “la escucha de un tercero agrega posibilidades de inscripción, de cristalización de orden propiamente

⁹ Es decir, el análisis de control, el seminario, el pase, el ateneo, el cartel, etc.

semiológico”. A modo de ejemplo, comenta Erik Porge (1989, p.160) que, en ocasión de una de sus P.D.E., Lacan hizo volver a un enfermo después de una discusión en la que se aportó una contradicción a lo que él decía. En este sentido el público es convocado en virtud de su escucha clínica que pueda hacer uso de la semiología psiquiátrica pero que, al mismo tiempo, pueda criticarla, ponerla en cuestión.

IV.6. P.D.E. Psiquiátrica VS. P.D.E Psicoanalítica

Hemos planteado ya las características y críticas pertinentes a la práctica de la P.D.E. en la psiquiatría, fundamentalmente en la de la primera mitad del siglo XIX. También dilucidamos las particularidades que le imprimió el psicoanálisis con Lacan, al introducirla en su campo. Ahora quisiéramos detenernos en puntualizar algunos contrapuntos básicos entre estas dos prácticas.

Lo que se ha desprendido de estas presentaciones es que están caracterizadas por el hecho de que es a título de psicoanalista que estoy ahí, invitado por Daumizon a su servicio y que es desde esta posición actual de psicoanalista que opero en mi examen. (Lacan, 1970, inédito)

Esta indicación, que aparentemente roza con la obviedad, no lo es tanto. Recordemos la indicación de Lacan que dice que un psicoanálisis “es la

cura que se espera de un psicoanalista” (2008, 317). La inclusión de un analista en el lugar del psiquiatra introduce una serie de modificaciones teóricas y técnicas que vuelven innegable la subversión vertida en esta práctica.

En primer lugar, debemos hacer mención a los dos elementos más candentes de la crítica que tomamos de Foucault, a la psiquiatría, y que es, al mismo tiempo, el punto donde ambas prácticas toman senderos diversos: el tema del poder y el del saber. A decir verdad, estos temas y las diferencias que se presentan en ambos discursos no son una oposición circunscripta a la P.D.E. Pero podemos decir que las diferencias, la subversión que se introduce en las P.D.E., no son más que la resultante del atravesamiento del discurso del psicoanálisis a un dispositivo preexistente.

Hemos establecido ya cómo la psiquiatría se erigió como un poder. Un poder del tipo coercitivo, un poder disciplinario, al decir de Foucault, que libraba batalla al poder del loco, sostenido en lo indomeñable de su delirio. El psiquiatra es aquel que dirige, tomando para sí o haciendo uso del poder de la realidad. El poder asilar está basado en la tautología de la realidad. Le da poder a la realidad y funda su poder en la ésta. Hablamos de una realidad fáctica, objetiva y que el mismo psiquiatra decidía. Las tácticas del tratamiento moral se basan en esta realidad objetiva, entendida como un dato en bruto. Pero ¿por qué el alienado tendría que admitir la realidad que el médico le trata de imponer? Y, en tal caso, ¿por qué fue el médico el encargado de dicha función?

Porque el médico sabe. Pero no es por el saber del médico, ya que, como dijimos, el saber elucubrado por la psiquiatría y la práctica misma estaban desconectados, discurrían por caminos diversos. Entonces, ¿de qué saber se trata? Se trata de las marcas de saber introducidas por multiplicidad de procedimientos (entre los cuales encontramos las P.D.E.). Son las marcas de un saber aparente que lo convierten en un ser de supuesto saber. A través de estas marcas cobra consistencia la imponente figura del médico como aquel que sabe, más que nadie, del paciente y de lo que a este le conviene. Todo esto pese a que, sorprendentemente, no detente un saber útil para su tratamiento. "Las marcas de saber magnificadas en la clínica [...] son ellas, y no el contenido de una ciencia, las que permitirán al alienista actuar como médico dentro del asilo." (Foucault, 2012, pp. 221-222)

Son a esta altura tan flagrantes las diferencias entre ambos discursos que se vuelve casi una perogrullada explicitarlas.

En primer lugar debemos plantear la cuestión del poder. Sabemos que el analista dirige la cura, no dirige vidas, ni almas, ni conciencias. Por otro lado, la cura implica, como condición sine qua non, el desarrollo de la transferencia, transferencia que le otorga un poder al analista, una cierta ascendencia respecto de su paciente. Pero es un poder paradójico porque es un poder que el analista dispone y que, para que la cura sea posible, no ha de ser ejercido ya que ese ejercicio implicaría salirse de los marcos analíticos y

entrar en el redil de las terapias sugestivas, por lo menos. Se trata entonces de un poder en reserva y del concepto freudiano de abstinencia.

Más patente aún se vuelven las posiciones en el punto del saber. Si bien el psicoanálisis reconoce que en su ejercicio pueden y deben desplegarse efectos imaginarios de suposición de saber al analista, el accionar de éste no puede consistir en ofrecerse como aquel que sabe del sufrimiento del paciente, sino todo lo contrario. Porque de su analizante, el analista nada sabe, e incluso de nada le sirve aquello que sepa de otros pacientes, ya que ese es un saber que desfallece frente a esta nueva singularidad. El analista deberá realizar maniobras tales que posibiliten que la suposición del saber vire hacia el sujeto, hacia su discurso, hacia el inconciente. Y en tal caso, menos aún utilizará el recurso a una realidad dada de antemano, sobre la cual el analista pudiese tener una medida, un justo patrón, sostenido por su yo sano, para después imponerle un patrón de sana o correcta relación con dicha realidad. Todavía se encuentra más lejos de hacer uso de las técnicas coercitivas de las que vimos que disponía el psiquiatra.

La P.D.E. en psiquiatría, por otro lado, es una práctica que busca ilustrar un punto de la doctrina, delimitado de antemano, haciendo uso de un caso típico de la paleta nosológica para ejemplificar un saber ya establecido, para lo cual el enfermo es un accidente de la enfermedad, el portador indiferenciado de la misma. Pero al mismo tiempo, y regresando al asunto del

saber, también es una forma de mostrar y demostrar un saber hacer del psiquiatra en el interrogatorio y transmitir lo que describe la mirada, los hechos de la clínica psiquiátrica.

La P.D.E. psicoanalítica no parte de un saber constituido, sino de los obstáculos e inconvenientes y, en tal caso, el saber será un efecto contingente, singular e inédito del encuentro con el sujeto psicótico. Más aún, como ya dijimos, partir del stock de saber es una contraindicación técnica en tanto y en cuanto obtura la escucha y la emergencia del saber textual del discurso del paciente. La P.D.E. psiquiátrica busca demostrar un saber previo, ya constituido y general a través de la presentación de un paciente. En las P.D.E. psicoanalíticas, en cambio, el saber se ubica al final, como producto, y siempre en singular, sobre ese paciente en particular, con dificultades propias de intentar volverlo un saber generalizable.

Otro de los puntos salientes es el tema de la duración de las presentaciones en uno y otro discurso. Las de Lacan se destacan por dejar hablar a los pacientes, el mayor tiempo posible, de modo que estas resultaban ser sumamente extensas, de, en ocasiones, más de una hora y media. El psiquiatra, al contrario, se inclina en ver rápidamente el modo de interrogar a un paciente para que emerja el fenómeno buscado para la lección del día, los signos que completen el cuadro que el programa académico indica. Y también en este punto hay un viraje radical. Si hay alguien que enseña en la P.D.E.

psicoanalítica no es el presentador sino el paciente, el enfermo enseña algo de lo real de la psicosis, aunque no necesariamente lo enseñado se circunscribe a esta estructura, y los efectos de enseñanza pueden llegar a registrarse no solo en el público, sino también en el presentador. En la clínica psiquiátrica de hoy en día la diferencia es más acentuada debido a la proliferación del uso de los psicofármacos haciendo que la cuestión del saber quede absolutamente aplacada o reducida al saber técnico medicamentoso para el cual bastan cierto número de parámetros, de datos que han de obtenerse lo más rápidamente.

Lacan: ¿Yo también soy uno de los agentes secretos?

Paciente: No.

Lacan: ¿Cómo se puede estar segura?

Paciente: No sé. Pensaba que si usted fuera agente secreto, si supiera, no me habría dedicado tanto tiempo. (Lacan, 1985)

Una de las causas de la prolongada duración de las presentaciones de Lacan es una cuestión técnica atinente a las presentaciones de enfermos que ya hemos visto al referirnos a las presentaciones de las que hizo uso en su seminario. “Lacan manifiesta una suerte de lentitud en comprender. La atención que él tenía hacia el enfermo se caracteriza por una cierta manera de no comprender.” (Porge, 1989; p.161) La incompreensión calculada impone de por sí, el tomarse el tiempo necesario para que el paciente despliegue su testimonio y excluye el atajo de dejarse atrapar por una falsa y rápida comprensión. Una

vez más encontramos al analista situado del lado de un no saber radical, del lado de la docta ignorancia. Veamos un fragmento de la presentación del paciente conocido como *Una psicosis Lacaniana*:

Sr. Primeau: No transmito ningún mensaje a nadie. Lo que pasa a través de mi cerebro es oído por determinados telépatas receptores.

Dr. Lacan: Por ejemplo, ¿soy yo receptor?

Sr. Primeau: no lo sé.

Dr. Lacan: no soy muy receptor, porque es evidente que vacilo en su sistema. Las preguntas que le he hecho prueban que era justamente de usted de quien deseaba las explicaciones. Así, pues, no he recibido todo lo que supone eso que, provisionalmente, llamaremos "su mundo". (Lacan, 1986, p.35)

También, encontramos otras diferencias importantes respecto de la técnica analítica en relación a las entrevistas con pacientes psicóticos. Frente a la contundente y tan difundida consigna de Falret de no convertirse en secretario del alienado, de no ser el estenógrafo de sus palabras o narrador de sus acciones sino, más bien, volverse activo y provocar sus manifestaciones, Lacan dirá todo lo contrario. Hay que volverse secretario del alienado para tomar al pie de la letra el texto sagrado el discurso del paciente. Eso que el psiquiatra suele despreciar, pues lo que busca son una serie de signos bien delimitados y lo más rápido posible, lo que lleva a que no quiera escuchar demasiado las extravagancias que un paciente puede decir. Lacan hacía todo

lo contrario, escuchaba atentamente, al pie de la letra, lo que los pacientes tenían para decirle durante el tiempo que fuese necesario.

Por otra parte, así como el analista que presenta no se sitúa como aquel *maitre* que sabe, tampoco se debe dejar llevar en la premura del *furor diagnosticandis*. Su tarea no se resume en la ubicación en los correspondientes casilleros de una serie de signos mórbidos preestablecidos:

Un sujeto es psicoanalista, no sabio, acorazado detrás de las categorías en las cuales él no tendría cajones para guardar síntomas psicóticos, neuróticos u otros, pero en la medida en que entra en el juego significante y es en lo cual un examen clínico, una, presentación de enfermos no puede absolutamente ser la misma en el tiempo del psicoanálisis o en el tiempo que lo ha precedido. (Lacan, Seminario 12, clase del 5 de mayo de 1965, Inédito)

Este cambio introducido al dispositivo hace que éste ya no sea el mismo a partir del momento en que quien realiza la presentación sea un analista. Que el entrevistador sea analista implica una serie de conceptos que guían la clínica de una manera diversa, conceptos que marcan una diferencia pero que al mismo tiempo resultan, al decir de Lacan, un *aporte a la semiología psiquiátrica*. Un aporte de dos elementos. El primero está dado por la particular conformación de la P.D.E., por el hecho de que el público, o una parte de él, estuviese conformado por analizados de Lacan y que estuviesen *en la pomada*, diríamos nosotros, que no sean del todo ignorantes en el asunto, lo cual

“agrega posibilidades de inscripción, de cristalización de orden propiamente semiológico” (Lacan, Aportes del psicoanálisis a la psiquiatría, 1970, inédito). En este punto, trae a colación una anécdota en la que una de sus analizantes le había remarcado la manera en que un paciente presentado recientemente había conjugado el sí y el no, la e y la a.

El otro aporte a la semiología psiquiátrica coincide con la crítica que el estructuralismo tiene para ofrecerle a esta. “El aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica es, quizás, que le da al término mismo de signo un sentido articulado de una forma estrictamente diferente de lo que se cree que es el signo en semiología general.” (Lacan, *Ibíd.*) Es decir, toda la teoría en relación al significante, que no desarrollaremos aquí, pero que supone que el significante no posee por sí mismo un significado adherido, que no sirve para significar algo, sino que el significante, en cuanto tal, no significa nada, al menos que dialectice, que se articule con otro significante.

Por último, y volviendo a la cuestión de la verdad expresada en el capítulo II, vemos repartirse el psicoanálisis y la psiquiatría en los dos grandes modelos históricos de la verdad. Si la psiquiatría se ubica del lado de la verdad demostrativa, el psicoanálisis se ubica más cerca del régimen de la verdad acontecimiento. No supone que la verdad esté en algún lado esperándonos, sino que se manifiesta, un tanto antojadizamente, en algunos momentos y no en otros, en algunos lugares, fugazmente como el relámpago. Es una verdad

discontinúa, como lo es el sujeto, que requiere que estemos atentos al momento en que ésta se nos manifieste, al momento en que se presente la ocasión. Tampoco es una relación de conocimiento sujeto-objeto o en la que pueda aprehenderla, sino, más bien, que somos presa del choque con ella, lo cual deja el campo abierto a la sorpresa.

IV.7. Controversias Alrededor de la P.D.E.

Cuando comenzaron a instalarse en los años 70, las presentaciones de enfermos encontraron en algunos lugares reservas o resistencias, que iban de la acusación de arcaísmo a la de violaciones al secreto, hasta la de atentar contra los derechos del hombre.

En aquella época yo había exhortado a algunos de los que proferían este tipo de acusaciones a que asistieran al menos una vez a una presentación, pero en vano, hasta que comprendí que su abstención era la condición misma de su reserva. No sabían lo que se perdían, pero sabían que había que perderselo para mantener la crítica. (Leger, 2003, p. 29)

Corrían los años 70. La figura de Lacan había logrado una notoriedad sólo reservada a las celebridades. La gente se agolpaba para escucharlo en su seminario y allí donde se presentase. En 1973 las P.D.E. de Lacan se realizaban cada 15 días y en las semanas alternantes comenzaron a producirse reuniones de un grupo de analistas para comentar dichas presentaciones y para

realizarlas ellos mismos en el Hospital Henri Rousselle. El grupo se autodenominó Círculo de la Clínica psicoanalítica, a cuya cabeza estaba Jacques Allain Miller. Como consecuencia de esta práctica es que años después, el 5 de enero de 1977, Lacan crea la Sección Clínica en el departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII, en el barrio de Vincennes y que conocemos fundamentalmente por el documento de su apertura¹⁰. De esta manera, la presentación de enfermos había llegado a su apogeo al entrar en la universidad por intermedio de un órgano que en el futuro se propagará por todo el mundo, extendiendo nuestro dispositivo a rincones impensados.

Pero este desarrollo impetuoso de las P.D.E. no se dio sin sufrir embates. Encontramos como uno de los protagonistas de las críticas más enérgicas a alguien perteneciente al propio movimiento psicoanalítico, como lo fue Maud Mannoni y cuyas reservas al respecto podemos ver en la siguiente carta:

¹⁰ Lacan, 5 de enero de 1977, Apertura de la sección clínica, inédito.

Bien chère Maud

J'approuve ton texte dans ton équilibre,
dans la forme, dans la mesure.

Si tu en permets

Lacan

Ce 1^{er} III. 71

P.S. J'ai vu dire qu'une des faces de nos
vexillies "présentations" de malades est de
démontres ce qu'ils doivent pour la plupart
au fait de ravages à leur suite en charge
de la médicale. Oh là là... C'est un point
que tu touches et que tu fais fort bien sentir.
Entre autres.

Il paraît pourtant que, ce faisant,
je ne leur nuis pas. Me dit-on. Et bien que
"le service" goûte mal cet effet. Enfin...

Mi muy querida Maud

Estoy de acuerdo con tu texto,
en su equilibrio, en su forma,
en su medida.

Si me lo permitís.

J. Lacan

Este 1^o III. 71

P.D. Me atrevo a decir que uno
de los aspectos de mis
lamentadas "presentaciones"
de enfermos es el de
demostrar lo que ellas deben,
la inmensa mayoría, en
materia de estragos, al ser
tomadas a cargo del llamado
médico. Oh là là... Es un
punto que vos tocas y que
haces percibir fuertemente.

Parece, sin embargo,
actuando de este modo no los
perjudico. Me lo dicen. E
incluso que "el servicio"
aprecia mal ese efecto. En
fin...

*Carta de Jacques Lacan a
Maud Mannoni del 1 de Marzo
de 1971

Lacan, quien estaba al corriente de las críticas de Manonni, y probablemente de otras, nunca optó por realizar una defensa pública ante dichas imputaciones, o al menos no han quedado registro de ellas. Ante las acusaciones de estar mal educado, de tener la mala costumbre, por su formación de psiquiatra, Lacan dirá que es una práctica que no se la permitía sin un vivo sentimiento de culpabilidad y que intentaba evitar lo peor, no dejando que asista cualquiera. "...incluso se habló de eso de bilingüismo, a saber que él [el enfermo] no habla la misma lengua, el enfermo, que yo hablo. Es absolutamente verdadero, estoy absolutamente de acuerdo." (Lacan, Cierre de las jornadas "Los matemas en psicoanálisis", 1977, inédito)

El argumento del bilingüismo es, tal vez, uno de los más endeble. Que el paciente hable otra lengua distinta a la que habla el analista y que por ello resulte impedida la comprensión o la comunicación, como ya vimos, está lejos de ser un escollo, puesto que Lacan estaba advertido de ello al punto de elevarlo a una consigna técnica. "Se trata en efecto de interesarse en qué dicen los pacientes, más en lo anidéico que en lo que tiene significación: se trata de aislar, de poner en serie lo que parece desanudado de significación, desgajado de las significaciones habituales, y de llegar a crear nuevos efectos de sentido." (Laurent, 1985; 52)

En otra ocasión Manonni dirá al respecto que:

Sobre la práctica de su presentación de enfermos en Sainte-Anne, uno de los lugares prestigiosos de la psiquiatría francesa, Lacan no se sintió obligado a interrogarse. De la manera más clásica, encuentra los ejemplos apropiados para justificar su interpretación de los casos y para mostrar a los estudiantes, al mismo tiempo, una forma pertinente de entrevistar al enfermo, de la cual, evidentemente, el estudiante saca el mayor beneficio, pero siempre forzosamente en el marco dado por la psiquiatría reinante. Así Lacan brindaba, a pesar suyo, su aval a una práctica psiquiátrica tradicional en la que el paciente sirve de materia prima para el discurso, donde se le demanda que ilustre un punto de teoría sin que esta ilustración sirva para nada a sus intereses. (En Miller, 1987, p.159)

Pasemos a examinar la cita. Sobre la no interrogación de Lacan en torno a las P.D.E., lo cierto es que son más bien escasas las indicaciones conceptuales que este hiciese, más aun teniendo en cuenta la constancia que mostró, durante años, en dicha práctica. Pero no podemos decir que no se haya interrogado al respecto por el solo hecho de que no haya dedicado un escrito o una clase completa de su seminario al respecto. Sólo podremos discernir esto al examinar de qué manera se desarrollaron sus P.D.E. Respecto al aval que esto pudiese haber dado a la P.D.E. psiquiátricas, rejuveneciéndolas, es algo presumible como un efecto colateral e indeseado pero que verdaderamente desconocemos. El último punto es el que consideramos crucial. Que el paciente esté en la presentación a título de objeto al que se le demanda que ilustre un concepto teórico y que esto no redunde en

ningún beneficio para él resultaría una crítica que de ser cierta heriría de muerte a la legitimidad de P.D.E. en psicoanálisis.

IV.8. La P.D.E. Como Dispositivo Clínico

Para salir de la encrucijada en la que nos coloca la mordaz crítica de Maud Mannoni debemos interponer algunos argumentos que hacen a la médula de nuestro dispositivo.

La idea de que la P.D.E. supone una objetalización del enfermo presentado, que es usado como materia prima para el usufructo didáctico, tanto del enseñante como de los enseñados, a costa del paciente y de su condición de enfermo, desatendiendo sus necesidades, nos impondría una objeción ética incontestable.

En este sentido hay que subrayar que es de lo más frecuente encontrar en los contados trabajos que hay al respecto, caracterizaciones de la P.D.E. que destaquen que esta tiene como finalidad la transmisión. Y no es que tal dimensión esté ausente sino más bien que ella es contingente. Más precisamente, consideramos junto con Miller (1987) que Lacan nunca profesó una enseñanza en sus presentaciones, “lo que se aprende, se capta al vuelo, de la boca de uno o de otro, y nunca se está demasiado seguro de asir algo con

la mano, o nada” (p.155). La transmisión comparte con el acto el hecho de que no pueda hacerse un cálculo previo y que sólo a posteriori puede establecerse si lo hubo o no. Respecto de la enseñanza, habría que reiterar que en los documentos que se encuentran de las P.D.E. de Lacan no se encuentra nada parecido a una exposición tras la máscara del maestro, como sí se podría encontrar en su seminario. Inclusive, como vimos *supra*, las menciones de Lacan al tercer actor nunca hacen referencia a la dimensión didáctica de su presencia, al provecho que el público pudiese sacar de esto, de modo que deberíamos descartar, como dimensión principal, la de la enseñanza y más aún la de transmisión, aunque de todos modos esté abierta la posibilidad de que emerjan algunos efectos de transmisión, que no se dan siempre, ni para todos, ni garantizados.

Descartando como primordial la faz pedagógica de la P.D.E., diremos que lo esencial del dispositivo es la dimensión terapéutica, en el sentido analítico, claro está. La presentación es, en primer lugar, beneficiosa para el paciente presentado por la posibilidad que se le da al cederle la palabra, como por la mejor apreciación que le posibilita al equipo del servicio. De esta manera, la P.D.E. pasa a ubicarse en el entrecruzamiento entre el psicoanálisis en extensión e intensión.

La P.D.E. de Lacan, en ocasiones podía arrojar hallazgos en términos diagnósticos, con todo el valor que esto puede suponer en relación a

la posible dirección de la cura. “Me acuerdo de un caso presentado por Lacan, el de esa persona hospitalizada en psiquiatría desde hacía más de diez años y etiquetada como psicótica. Lacan se decidió por una neurosis obsesiva. (Silvestre, 1985; p. 45) También sus presentaciones solían producir ciertas apreciaciones en relación a algunas medidas precautorias para el enfermo:

M. Adam: Su hijo podrá recuperarla (engancharla)

Dr. Lacan: No estoy completamente seguro. Preferiría que no se le confíe. No parece que sea lo que hay que recomendar. Además la enfermedad mental preferiría que no se le regrese.

Dr. Faladé: ¿Y por qué?

Dr. Lacan: Tiene muchas cosas con qué ocuparse. Quiere valorizarse, que se valore si se puede. (Lacan, presentación del 9 de abril de 1976, inédito).

Por otro lado, pero coincidiendo con lo ya dicho, la P.D.E. guarda ciertas similitudes con la supervisión o el análisis de control en el sentido de que un analista se dirige a otro analista más experimentado y le cuenta que es lo que le sucede con un paciente. Tanto el control como la P.D.E. suelen estar jalonadas de un obstáculo o detención en la cura, pero la diferencia es que mientras el control de algún modo introduce al supervisor en la cura a través de cierta mediación que impone el discurso, la P.D.E. opera de una manera menos mediada ya que el presentador en persona entrevista al paciente en cuestión.

La P.D.E. permite, además, rever ciertos efectos de lasitud en el analista que lo llevan a cierta resistencia y desinterés en el paciente y de algún modo, después de la P.D.E., puede verse reconducido el analista, al plano del amor, darle un nuevo impulso de interés en el paciente. (Laurent, 1985, p.48)

En éste sentido, este cambio de foco, de la enseñanza a lo clínico, permite no solo introducir una dimensión ética que inhabilite todo uso objetalizado del enfermo, sino también hacer de la P.D.E. un dispositivo beneficioso para el paciente. Beneficioso en sí mismo por el hecho de producir ciertos efectos en tanto dignifica la palabra del paciente al encontrarse éste con una serie de analistas interesados en lo que él pueda tener para expresar de su singular experiencia. Pero además, permite realizar una escansión en el tratamiento en la que el analista o psiquiatra a cargo del paciente pueda sortear los escollos con los que se encontró antes de la presentación. Ya en una última instancia, en algunas ocasiones, como vimos en el Capítulo II, la presentación puede dar como resultado una cierta elaboración de saber, o bien puede servir como viñeta clínica, como caso paradigmático, como ejemplificación, etc., de cierto concepto teórico. Pero en definitiva, si tomamos seriamente la dimensión ética antedicha, este último beneficio teórico sólo vendrá en ocasiones y por añadidura.

VI. CONCLUSIONES

La P.D.E. es una práctica en la que Lacan ha insistido durante más de tres décadas. Hasta el límite de sus fuerzas, continuó asistiendo a Henri Rouselle en Sainte-Anne, en donde Marcel Czermac era el encargado de organizar estas clásicas presentaciones. Desde junio de 1978, Czermac venía notando que Lacan comenzaba a tener dificultades para realizar la presentación. A mediados de los 80 comprobó en él una “hipersalivación anormal, una asimetría facial, una marcha dificultosa a pequeños pasos, perturbaciones de carácter con irritabilidad, una orientación temporal y espacial defectuosa” (Roudinesco, 2000, p. 586). A pedido de Miller, la última presentación, unos días después de disolver la Escuela Freudiana de París, se realizó en privado y no en el anfiteatro en el que acostumbraban a celebrarse. “Se hizo venir al enfermo, Lacan lo escuchó unos segundos, se levantó, formuló tres palabras y salió de la habitación.” (Ibíd.). De esta manera, se concluyó una experiencia de inestimable valor para el psicoanálisis.

Sus herederos, discípulos de Lacan, discípulos de sus discípulos y seguidores de todas partes del mundo, han continuado esta joven tradición, a través –fundamentalmente–, de la *Sección Clínica*, órgano constituyente de la mayoría de las instituciones lacanianas alineadas en la A.M.P. (Asociación Mundial del Psicoanálisis).

Así, la P.D.E. ha tenido un desarrollo inusitado, más allá de la obra lacaniana. Más inusitado nos resulta, si tenemos en cuenta la enorme escasez de producciones o de estudios sistematizados al respecto. Nuestra investigación exploratoria supone un humilde intento por articular las producciones ya existentes y dar los primeros pasos para ubicar algunas respuestas. Respuestas que permitan echar luz sobre la lógica, objetivos, estructura y particularidades de las P.D.E. y, por otra parte, sobre los aportes que esta práctica produjo en la elucubración de saber que constituyó la obra de Lacan.

Sin duda, fue gracias a Lacan que las P.D.E. se hayan erigido como uno más de los dispositivos en los que el psicoanalista se desempeña. Pero esta práctica no ha de estar fundada en la costumbre o en la emulación del maestro. Al contrario, ha de estar basada en motivos y razones que todavía no han sido explicitadas y que el presente trabajo, aunque de manera incompleta, ha intentado ordenar.

En nuestro camino por los antecedentes históricos, nos encontramos con el sorprendente hecho de que, en el trayecto que llevó a Freud a alumbrar el psicoanálisis, también este dispositivo tuvo un lugar de importancia durante los meses en los que Freud se formó con Charcot. También nos sorprendió la ausencia de intersecciones que hubo desde este hecho hasta la década de 1950, en la que Lacan comenzó a practicarlas a la par de su seminario.

Pero las P.D.E. de Lacan, antes que en Freud, tienen sus orígenes en la psiquiatría. Son, al mismo tiempo, deudoras y antagónicas de la tradición psiquiátrica. Se distancian, fundamentalmente, en los puntos referidos al saber, el poder y la verdad.

El saber deja de ubicarse del lado del profesor-médico que da la lección para ubicarse, principalmente, en el discurso del paciente presentado. El saber del entrevistador no se reflejará en una serie de contenidos programáticos, y lo que pueda saber será más bien del orden del saber expuesto que del saber supuesto. Cuanto menos crea que sepa, mejor será, pues, a decir verdad, de ese paciente nada sabe. Al contrario del psiquiatra, que de diversos modos pretendía ofrecerse casi como el único que sabe del paciente, de lo que le conviene, de su historia, de su enfermedad, etc.

También, encontraremos al saber distribuido en el público como uno de los agentes que participan de la dilucidación del caso, gracias a su condición de analizantes o analistas. El público clinicará (si vale el neologismo) junto con el entrevistador y con el analista a cargo del paciente, podrá dar cuenta de lo que su escucha decante de dicha entrevista.

Respecto del poder, dijimos que el psicoanálisis plantea desligarse de todo ejercicio de poder, de toda lucha por la imposición de un poder que le será otorgado, pero que deberá poner en reserva.

En conexión con este punto, surge el tema de la verdad. Si en la psiquiatría encontramos al médico como el garante de la verdad, como aquel que sabe de ella, que tiene una mejor percepción, el psicoanálisis planteará que la verdad ya no es ni una adecuación a los hechos ni un dato empírico sino, más bien, un elemento que se ubica siempre dentro de los márgenes del discurso de un sujeto. Una verdad pulsátil, no constante ni domeñable por ninguna técnica. Lejos debe estar el analista de todos los procedimientos que intenten imponer coercitivamente la verdad de los supuestos hechos, por encima de la verdad del paciente, de su delirio o sus alucinaciones.

Por otro lado, la P.D.E. ya no puede ser un método para demostrar algo, no se ubica dentro del régimen de la llamada verdad demostrativa como plantea Foucault (2012), sino más bien en el campo de la verdad acontecimiento, una verdad escurridiza, frágil, indomeñable, pulsátil y que sorprende a quien se encuentre con ella.

Siguiendo este hilo, hemos podido especificar que la P.D.E., en tanto espacio construido para la ocurrencia de lo inédito, de lo inesperado, no es ya un artificio que busque representar lo ya sabido, demostrar una tesis, un signo o un fenómeno, sino que procurará cederle la palabra al paciente para dejarse enseñar por él y por la sorpresa que supone el encuentro con lo singular.

Definiríamos a la P.D.E. como un dispositivo clínico que tiene como fin último complementar el tratamiento de un paciente y que consiste en una conversación entre dos personas, entrevistador y paciente frente a un tercero, el público. Además de los tres actores, entrevistado/entrevistador/público, tenemos tres tiempos. Primero, la puesta en conocimiento del entrevistador sobre el paciente (a través de la conversación con el analista a cargo o la lectura de la historia clínica). Segundo, la entrevista propiamente dicha. Y tercero, todo aquello que suceda posteriormente a la entrevista, entre el presentador y el público, y que tenga que ver con el esclarecimiento de aquello que sucedió durante la presentación.

En el transcurso de nuestra investigación nos hemos encontrado, y posteriormente discutido, la muy difundida tesis que plantea que la presentación de enfermos tiene como objetivo primero la enseñanza respecto de la psicosis, pudiendo afirmar que ésta es, más bien, un efecto contingente del encuentro con el discurso de un sujeto, pero que no representa la razón de ser del dispositivo.

Consideramos que es más conveniente hablar en términos de transmisión, como algo que puede ser producto de la enseñanza, pero que prescinde de ésta. La transmisión es algo que implica la travesía de un límite, el franqueamiento de un umbral, en el que, aunque el sujeto no pueda reconocerlo, se produce una mutación subjetiva, solo pasible de ser leída

retroactivamente. Es, de esta manera, que la transmisión es contingente, no estando siempre presente ni en todos, ni para todos, ni en un mismo momento.

De lo que no queda lugar a dudas es que el dispositivo ha sido de utilidad dentro de la enseñanza de Lacan, en sus Seminarios y Escritos, ya que de este espacio, obtuvo material fecundo para pensar y argumentar sus elaboraciones en relación a la psicosis, el Otro, lo simbólico, la forclusión del Nombre del Padre, el desencadenamiento, el lugar del analista, el fenómeno elemental, etc.

Asimismo, pudimos ir recorriendo cronológicamente los distintos usos de las P.D.E. que Lacan hizo uso a lo largo de su enseñanza. Nos encontramos así, entre otros, con casos tan renombrados como Marrana, Una Psicosis Lacaniana o Galopinar, a los que ha recurrido en diversos lugares de su obra y que han cobrado un estatuto de paradigmas.

Objetando la idea de que la P.D.E. es un dispositivo destinado a la enseñanza, nos permitimos formular, como contrapartida, que las presentaciones ocupan un lugar de complemento al tratamiento de los pacientes presentados. En primer lugar, tienen un efecto terapéutico por el mero hecho de cederles la palabra a los pacientes, permitirles que hilvanen su discurso y ofrecerles una escucha atenta. Es un efecto, imaginario tal vez, sostenido por el simple interés de un analista y un auditorio que está atento a lo que el paciente tenga para decir. En segundo lugar, la presentación permite -

por su disposición- cristalizar algo del orden semiológico en el público y que permita enriquecer la construcción del caso.

Por último, indicamos que incluye cierta dimensión de control o supervisión, en tanto permite reencauzar un tratamiento situado en algún punto de detención, a causa del diagnóstico, del pronóstico, del desinterés del analista, etc.

Quisiéramos sostener, finalmente, la importancia que pudo tener la inclusión de este espacio en el momento de la formación de un gran número de analistas y psiquiatras. La P.D.E. permitió al psicoanálisis continuar extendiéndose en el campo de las psicosis, en el que -después de Freud- no se habían producido grandes progresos. Del mismo modo, se pudo sostener un lugar en un medio que es del dominio de la medicina, el hospital; mostrar que el psicoanálisis tiene algo que ofrecerle al padecimiento del paciente, y que, al mismo tiempo, esta oferta rivalice con el discurso psiquiátrico, implica una posibilidad inestimable.

No retroceder, ni frente a la psicosis, ni frente a los límites del consultorio son dos consignas que se actualizan en las P.D.E. Es por esto que pensamos que este dispositivo tendría mucho que aportar a la formación de los alumnos de nuestra Universidad. Más aún, teniendo en cuenta las profundas dificultades que se suelen encontrar en relación a las distintas prácticas propuestas por nuestra currícula. La P.D.E. permitiría a un importante número

de estudiantes participar de una experiencia en la que podrían encontrarse de manera expuesta con el discurso de un paciente, en algunos casos con lo real de la psicosis y con ese modo particular de escucha que sostiene un analista.

La presentación de enfermos nos muestra, palmariamente, una dimensión ineludible del psicoanálisis: que el analista no trabaja en forma aislada (pese a la soledad del acto, tanto en el consultorio como en la propia presentación), sino que se vuelve imprescindible para la dilucidación de los casos, la puesta en común, la discusión, el contrapunto con otros analistas. De modo que, en este aspecto coincidimos en que un alumno que asista a la presentación de un paciente, estará en condiciones de plantear todo aquello que haya podido delimitar su particular escucha para ponerlo en común y participar en la elaboración del caso.

V.BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V. (1985). La presentación de enfermos: buen uso y falsos problemas. *Mesa redonda*, pp. 39-54. Buenos Aires, Manantial.

- A.A.V.V. (Julio de 1998). Sorprender el traumatismo en la presentación de enfermos. *Carretel*, n. 6, pp. 19-29. Barcelona, Diagonal Hispanohablante; Nueva Red Cereda.

- A.A.V.V. (Marzo de 1990). Artefacto, *Revista de la Escuela Lacaniana de psicoanálisis*, n.1. Mexico D.F., ELP.

- A.A.V.V. (Junio 2007). Efectos terapéuticos de la presentación de enfermos. *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 30, Caracas.

- A.A.V.V. (Noviembre de 2012). La presentación de enfermos considerada como un dispositivo analítico. Resonancias de una experiencia. *Aun, Publicación de Psicoanálisis*, n.º. 6, 83-97. Buenos Aires, Letra viva.

- A.A.V.V. (Primavera de 1988) Coloquio. Actualidad de la presentación de enfermos. *Cuadernos Sigmund Freud*, n.º 12, pp. 45-76. Buenos Aires, Nueva Visión.

- A.A.V.V. (2000). *Clerambault, maestro de Lacan*. Buenos Aires, Nueva Edición.

- A.A.V.V. (2008). *Quartier Lacan. Testimonio sobre Jaques Lacan*. Buenos Aires, Nueva Visión.

- A.A.V.V. (2009). *Al pie de la letra 1. Referencias al escrito De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis de Jacques Lacan*. La Plata, Editorial de la Universidad de La Plata.

- A.A.V.V. (2003). Principios para una formación en la presentación de enfermos. Disponible en <http://ea.eol.org.ar/01/es/template.asp?simultaneas/descartes/textos/cid.html>

[Consultado 29 de noviembre 2013]

- Acuña, E. (Febrero de 1993). La enseñanza de la presentación de enfermos. *Perspectivas del psicoanálisis*, pp. 7-12. Buenos Aires, Anáfora.

- Aguilar, L. (Noviembre de 1993). La presentación de enfermos: una enseñanza enigmática. *Área del Psicoanálisis*, n.º 1, pp. 47-51. Córdoba, Ed. CIEC; Ed. ICF.

-Agüero, J.E. (Noviembre de 1993). *Presentación de enfermos una experiencia. Área del Psicoanálisis n.º1*, pp. 10-13. Córdoba, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

- Allouch, J. (1984). *Letra por letra*. Transcribir, traducir, transliterar. Buenos Aires, Edelp.

- Allouch, J. (1989). Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica. *Littoral: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis*, n. 7/8, pp. 39-66. Córdoba, La Torre abolida.

- Allouch, J. (1992). *213 ocurrencias con Jacques Lacan*. México, Libros de Artefacto.

- Alomo, M., Zffore, C., Lopez, G. (Nov. 2012). La presentación de enfermos considerada como un dispositivo analítico, *Revista Aun*, n°6, pp.83-97. Buenos Aires, Letra Viva.

- Baños Orellana, J. (2013), *La novela de Lacan*. Buenos Aires, Cuenco del Plata.

- Basz, S., (Marzo de 1999), De algunas condiciones para la presentación de enfermos. *El mensaje* n°10, pp. 6-7, Buenos Aires, I.C.F.; I.C.B.A.

- Basz, S., (Agosto de 2004), *La consulta terapéutica. Un efecto contingente del uso del psicoanálisis en la presentación de enfermos*. Revista lacaniana de psicoanálisis, n.2, pp. 55-61. Buenos Aires, EOL.

- Basz, S., *El uso del psicoanálisis en la presentación de enfermos*. Publicado en Psyche Navegante. Disponible en: http://www.psyche-navegante.com/articulo.asp?id_articulo=10172 [Consulta 01 de agosto de 2013].

- Braunstein, N., (2013), *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.

- Bueno, M.N. (Abril 2010), Sobre la práctica de la presentación de enfermos: el psicoanálisis nos indica dejarnos enseñar por la certeza del psicótico, Revista NODVS. Disponible en <http://www.scb-icf.net/nodus/contingut/article.php?art=372&pub=4&rev=45&idarea=8> [Consulta 05 de Febrero de 2014]

- Cazenave, L. (2002), Los niños en la presentación de enfermos, Registros, n. 7, pp. 77-83. Buenos Aires.

- Cazenave, L., (2004), El dispositivo de la presentación de enfermos. Una incidencia del discurso analítico en la institución hospitalaria y su clínica. Nueva Red Cereda, pp. 119-126. Guayaquil, Ed. NEL.

- Cazenave, L., (Julio de 2004), *El dispositivo de la presentación de enfermos. Una incidencia del discurso analítico en la institución hospitalaria y su clínica.* Nueva Red Cereda, pp. 133-144. Guayaquil, NEL.

- Cazenave, L., (2009), El dispositivo de la presentación de enfermos con niños. Psicoanálisis con niños y adolescentes, n. 2, pp. 107-112. Buenos Aires, Grama.

- Cazenave, L., (Julio de 2004), *El dispositivo de la presentación de enfermos. Una incidencia del discurso analítico en la institución hospitalaria y su clínica.* Nueva Red Cereda, pp. 133-144. Guayaquil, NEL.

- D'Agostino, L. (Junio 1994). Presentación de pacientes psicóticos: un instrumento para la clínica. *Psicoanálisis y el hospital n°5*, pp. 49-55. Buenos Aires

- De Clérambault, G. G., (2009), *Automatismo mental, Paranoia.* Buenos Aires, Polemos

- Deleuze, G. (1990) ¿Qué es un dispositivo? en Michel Foucault Filósofo. Buenos Aires, Gedisa.

- Domb, B., (Primavera de 1988), *Presentación de enfermos.* Cuadernos Sigmund Freud. N. 12, pp. 23-32. Buenos Aires, Nueva Visión.

- Ey, H., (1996), *Tratado de psiquiatría.* Barcelona, Masson.

- Fernández, E., (2011), *Diagnosticar la psicosis.* Buenos Aires, Letra viva.

- Foucault, M., (2012), *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- Foucault, M., (1993), *Historia de la locura en la época clásica*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- Foucault, M., (2012), *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- Freud, S., (1992), Informe sobre mis estudios en París y Berlín, Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S., (1992), Prólogo y notas de la traducción de J.-M. Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-88)*, Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S., (1992), Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico, Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu.

- Freud, S., (1991), Charcot, Tomo III. Buenos Aires, Amorrortu.

-Freud, S., (1992), Presentación autobiográfica, Tomo XX. Buenos Aires, Amorrortu.

- Galantini, I., Kaplan, S., Rossi, M., (2009), *Al pie de la letra 1. Referencias al escrito De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de Jaques Lacan*. Buenos Aires, Edulp.

- García, L., (Octubre de 1999) Función de la presentación de enfermos. *Perspectivas* n°23, pp.64-68, La plata, Ed. APLP.

- Godoy, C., (2012), *Los artificios de James Joyce*. Elaboraciones lacanianas sobre las psicosis. Buenos Aires, Grama Ediciones.

- Gorog, J.J., (Noviembre de 1992) ¿Qué es una presentación de enfermos? *Cuadernos Europeos de Psicoanálisis* n. 4, pp. 19-21, Pamplona, Círculo Psicoanalítico Vasco.

- Iunger, V., Kovalovsky, P., (Primavera de 1988), *1970: El comentario de Lacan acerca de la presentación de enfermos, aportes del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica*. Cuadernos Sigmund Freud. N. 12, pp. 15-22. Buenos Aires, Nueva Visión.

- Imbriano, A., (2010), *Las enseñanzas de la psicosis*. Buenos Aires, Letra Viva.

- Jinkis, J. (Noviembre de 1987), Apuntes sobre la presentación de enfermos.

Conjetural n. 14, pp. 49-67, Buenos Aires, Ediciones Sitio.

- Jones, E., (1984), *Freud 1*. Barcelona, Salvat.

- Lacan, Jacques. (Mayo 1985), *Una psicosis lacaniana: Presentación de caso*.

El Analicón, n, 1, pp. 16-41, Publicación de la Fundación del Campo Freudiano en España.

- Lacan, J. (1968); *Seminario 15, El acto analítico*. Inédito.

- Lacan, J. (1983), *Seminario 2, El Yo en la teoría Freudiana y en la Técnica del psicoanálisis*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (1991), *Seminario 3, Las psicosis*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (1992); *Seminario 17, El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (2000); *De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*. México, Siglo XXI.

- Lacan, J., (2008), El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica.

- Lacan, J. (2008), *Seminario 16, De un Otro al otro*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (2009), *Seminario 3, Las psicosis*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (2009), *Seminario 5, Las Formaciones del inconsciente*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (2009), *Seminario 23, El sinthome*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J. (2010), *Seminario 10, La angustia*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J., *Seminario 12, Problemas cruciales del psicoanálisis*. Inédito.

- Lacan, J., "L' insu que sait...", Seminario 24. Inédito.

- Lacan, J. (2010), *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Escritos 2. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Lacan, J. (2010), *La agresividad en psicoanálisis*, Escritos 1. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Lacan, J. (2010), *La subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano*, Escritos 2. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Lacan, J. (2010), *La dirección de la cura y los principios de su poder*, Escritos 2. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Lacan, J. *Aporte del psicoanálisis a la semiología psiquiátrica*, Documento de circulación interna de la Escuela Freudiana de Buenos Aires.

- Lacan, J., (2012), *El atolondradicho*. Otros escritos. Buenos Aires Paidós.

- Lacan, J., (2012), *El psicoanálisis verdadero, y el falso*. Otros escritos. Buenos Aires Paidós.

- Lacan, J. (2012), *Hablo a las paredes*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

- Lacan, J., (2006) *la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Buenos Aires, Siglo XXI.

- Lacan, J., *Carta a Maud Mannoni*. Disponible en: <http://www.ecole-lacanienne.net/documents/1970-08-30.doc>. [Consulta 1 de agosto de 2013].

- Lacan, J., *Cierre de las jornadas de la Escuela freudiana de París: Los matemas del psicoanálisis*. Disponible en: <http://www.ecole-lacanienne.net/bibliotheque/Bilingues/Cierrejornadasmatemas.pdf> [Consulta 1 de agosto de 2013].

- Lacan, J., *Seminario 24, l'insu que sait de l'une bévue s'aile à mourre*. Inédito.

- Laurent, E., (Noviembre de 1993), *Disciplina de la entrevista con el sujeto psicótico. 5 años de presentación de enfermos*. Área, n.5, pp. 7-14. Córdoba, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

- Lazarus-Matet, C., Leguil, F. (Diciembre 2010), *Lacan en Sainte-Anne*. Consecuencias, n. 5, Disponible en:
<http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/005/template.asp?arts/alcances/Lacan-en-Sainte-Anne.html> [Consulta 1 de agosto de 2013].

- Leger, C., (2003), *Elogio de la presentación de enfermos, un dispositivo adecuado*. En Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Buenos Aires, Paidós.

- Leguil, F., (Marzo de 1991) *La presentación de enfermos (entrevista)*. Registros, n. 1, pp. 49-52. Buenos Aires, Registros.

- Levy Yeyati, E. (comp.), (2013), *La casuística de Lacan*. Grama, Buenos Aires.

-Lombardi, G., (2011), *La clínica del psicoanálisis 1, Ética y Técnica*. Buenos Aires, Atuel.

-Lombardi, G., (2009), *La clínica del psicoanálisis 3, La psicosis*. Buenos Aires, Atuel.

- Maleval, J.C., (2002), *La Forclusión del Nombre del Padre*. Buenos Aires, Paidós.

- Massanet, J.D. (Noviembre de 1993), Presentación de enfermo. Área del Psicoanálisis n°1, pp. 14-17. Córdoba, Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

- Molina, S.M. (Noviembre-Diciembre 1999). Perspectiva de la segregación. *El caldero de la escuela*. Buenos Aires.

- Mazza, C. (Marzo de 1997). *El "soy poeta..." en la "psicosis lacaniana": Una intervención de Lacan en la presentación de enfermos denominada "una psicosis Lacaniana"*. Mediodicho, n. 21, pp. 77-83, Córdoba, Ed. EOL.

- Mazzuca, R. (1998), *El valor clínico de los fenómenos perceptivos*. Buenos Aires, Eudeba.

- Mazzuca, R., (Marzo de 1999), Como en la televisión. *El mensajen*°10, p. 7-, Buenos Aires, I.C.F.; I.C.B.A

- Melenotte, George-Henri, (Octubre 1995), *Consideraciones sobre dos presentaciones clínicas de Lacan*. Littoral: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, n.20, pp. 69-88, Córdoba, La Torre abolida.

- Millas, D, (Junio de 1992), *La enseñanza en la presentación de enfermos*. El Caldero de la Escuela, n. 34, pp. 7-11, Buenos Aires, E.O.L.

- Millas, D., (Mayo de 1997), Reseña sobre la presentación de enfermos. Croquis Clínicos, n. 1, pp. 61-64, Buenos Aires, Sección Clínica de Buenos Aires.

- Miller, J. A., (Julio de 1996), Prefacio al Cuadernillo parisino de las Secciones Clínicas, Entonces: "Sssh...", pp.19-25, Barcelona, Eolia.

- Miller, J. A., (1987), Enseñanzas de la presentación de enfermos. Matemas1, pp.155-168. Buenos Aires, Manantial.

- Miller, J.A., (2003), Los inclasificables de la clínica psicoanalítica. Buenos Aires Paidós.

- Pasternac, M., (2000), 1236 errores, erratas, omisiones y discrepancias en los *escritos de Lacan en español*. Pp. 214-227. Buenos Aires, Oficio Analítico.

- Paulozky, D., (Noviembre de 1993), *Sobre la presentación de enfermos*. Área del Psicoanálisis, n. 1, pp. 53-63. Córdoba, Ed. CIEC; Ed. ICF.

- Piechotka, E., (2003), *La presentación de enfermos, un encuentro singular*. Freudiana n. 37, pp. 91-98. Barcelona, Ed. E.L.P- Catalunya.

- Porge, E., (2001), Jacques Lacan, un psicoanalista, pp. 352. Barcelona Síntesis,

- Porge, E., (1989), *La presentación de enfermos*. Littoral: Escuela Lacaniana de Psicoanálisis, n. 7/8, pp. 155-189. Córdoba, La Torre abolida.

- Porge, E., (2007), *La presentación de enfermos: una clínica de la presentación*, en *Transmitir la clínica psicoanalítica*, pp. 201-213. Buenos Aires, Nueva Visión.

- Pujó, M. (Noviembre 2001). El relato es el caso. *Relato de la clínica 2*.

Disponible en: <http://www.psicomundo.com/relatos/pdf/relatos2.pdf> [Consultado 15 de Enero 2014]

- Rodrigué, E., (1996), Sigmund Freud. El siglo del psicoanálisis. Buenos Aires, Sudamericana.

- Rodríguez, S., (18 de Abril 2004) Una obscena puesta en escena. Disponible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/9-12011-2004-04-18.html> [Consultado 12 de Diciembre 2013]

- Roudinesco, E., (2007), *Lacan, esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- Rueda, F. *20 años de presentación de enfermos en el SCF-Bilbao*, Disponible en: <http://www.redicf.net/textos/Rueda.pdf> [Consulta 1 de agosto de 2013].

- Rúpolo, H., (Junio 1994). Presentaciones de enfermos. *Psicoanálisis y el Hospital n°5*, pp. 40-44. Buenos Aires

- Safouan, M., (2003) *Lacanian I. Los seminarios de Jaques Lacan 1953-1963*. México, Paidós.

- Schejtman, F., (2012), *Síntoma y Sinthome*. Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis. Buenos Aires, Grama ediciones.

- Soler, C., (2004), *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Buenos Aires, Jve ediciones.

- Soler, C., (Mayo de 1988), *La presentación de enfermos*. Malentendido, n. 3, pp. 57-63. Buenos Aires, La escuela porteña.

- Sosa, S. (2009), Enseñanza en la presentación de enfermos. Psicoanálisis con niños y adolescentes, n. 2, pp. 113-118. Buenos Aires, Grama.

- Stagnaro, J.C. (comp.), (2010), *Alucinar y delirar 1*. Buenos Aires, Polemos.

- Stagnaro, J.C. (comp.), (2006), *Alucinar y delirar 2*. Buenos Aires, Polemos.

- Rodríguez, S., (18 de abril de 2004), *Una obscena puesta en escena*, Pagina 12. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/subnotas/9-12011-2004-04-18.html> [Consulta 1 de agosto de 2013].

-Roudinesco, E., (2007), *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica.

- Vaissermann, A, (Abril de 1993), La presentación de enfermos. *Biblioteca praxis freudiana Testimonios de trabajo*, p.p. 511, Argentina, Ed. Leuka.

- Vargas, R. (Mayo de 2000), *Agujerear el diagnóstico. Consideraciones sobre la presentación de enfermos*. El mensaje, n. 6, pp. 5-6, Ed. ICF; Ed. ICBA.

- Yelatti, N., (Mayo de 1991), *Vigencia de la presentación de enfermos. Un fragmento*. Colofón, n.20, pp.53-56. Madrid, Federación internacional de las Bibliotecas del Campo Freudiano. Publicado en Instituto del Campo freudiano en España. Red de formación continuada en clínica psicoanalítica [en línea]. Disponible en: <http://www.redicf.net/textos/Rueda.pdf>. [Consulta 01 de agosto de 2013].

-Yeyati, E., (2013), *La casuística de Lacan*. Buenos Aires, Grama Ediciones.