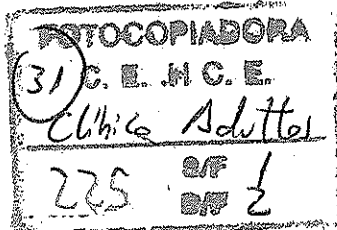


Claude Dumézil

LA MARCA DEL CASO
O
EL PSICOANALISTA
POR SU RASTRO

Con textos de B. Brémond,
C. Dumézil, M. Gaugain, B. Tauber
D. Treton, M. Ziri



Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires

Y LA PSICOSIS... ALGUNAS OBSERVACIONES

Dar testimonio de mi experiencia, de mi práctica con pacientes psicóticos o al menos a cuyo respecto me formulé de entrada la cuestión de la psicosis, es lo que me propongo hacer aquí, no sin la primordial inquietud de articular esto con la teoría analítica.

El problema de la cura analítica, cuando se trata de pacientes psicóticos, no me parece resuelto; y el hecho de haberse uno analizado o de practicar el análisis de neuróticos, no podría autorizar a ello.

Un breve comentario de orden tipográfico, cargado de implicaciones psiquiatro-psicoanalíticas, nos permitirá introducir nuestro desarrollo.

Se trata del artículo de Lacan que lleva por título: "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis".¹

Cada palabra fue pesada y vuelta a pesar, me parece, por Lacan. Sin embargo, el título que aparece en lo alto de cada página presenta la versión siguiente: "del tratamiento posible de la psicosis" (y no, por ejemplo, "de una cuestión preliminar", *simple incipit*, o "de un tratamiento posible de la psicosis").*

¿Qué se entendió o qué se quiso entender con este título sino que bastaba con leer para tratar la psicosis?²

* Se aclara que en la edición castellana, *Escritos 2* (Buenos Aires, Siglo XXI, 1987, 4a. edición), el alto de página reza: "Tratamiento posible de la psicosis". [N. de la T.]

¹ J. Lacan, *Ecrits*, Paris, Seuil, Champ Freudien, 1966, pp. 531 a 583. [Hay versión castellana: *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1987 (14a. edición), pp. 513 a 564. T.]

² Además, J. Lacan no se dejó engañar por este deslizamiento ideológico siempre posible bajo el pretexto de una facilidad tipográfica. Lo señala al comienzo de su seminario sobre Las psicosis: "tratará de la cuestión de las psicosis, no del tratamiento de las psicosis -como lo había indicado una nota- y menos aún del tratamiento de las psicosis en Freud". Paris, Seuil, Champ Freudien, 1981, p. 11.

Este criterio tipográfico me parece un buen ejemplo de creación de ideología analítica en lo relativo a la psicosis. Un título semejante permite, en efecto, eventualmente, sortear la lectura del artículo y preservar así, al evitarse precisamente la "cuestión preliminar", una alegre confusión entre neurosis y psicosis. Confusión que puede verse robustecida por el recuerdo del enunciado freudiano según el cual "la diferencia entre la salud nerviosa y la neurosis (en el sentido de enfermedad mental en esa época) no es más que una diferencia de orden cuantitativo y no cualitativo".³

Yo mismo me descubrí capturado en esta ideología hasta el punto de participar en lo que hoy denomino la "guerra santa analítica", ese "Canada Dry analítico" (según la expresión de J.L. Charlier) que podríamos evocar así, apenas caricaturizado: "Le escucho, hable, y si la cosa no va lo suficientemente rápido, nos pellizcamos; podemos llegar incluso a hacer 'síntesis'; a veces esto lleva a la catástrofe". Por suerte los psicóticos son relativamente fuertes. Suelen llamarlo: "Psi en formación..."

Razón por la cual no hablaré de análisis en lo que atañe a los pacientes psicóticos, prefiriendo reservar este término para el análisis de neuróticos. El dispositivo analítico —lo que tanto trabajo da llamar así— es lo que permite al análisis instaurarse y luego desenvolverse: regla de la libre asociación, regularidad en las sesiones, pago de las sesiones. Este encuadre, para algunos incluso este contrato analítico, constituye lo que Freud denominaba condiciones del tratamiento, y no podría reducirse a simples caprichos arbitrarios, acreditables tan sólo al imaginario freudiano. Aquí echa sus raíces la propia teoría del análisis; seguramente no basta con hallarse disponible y decir "le escucho", para que las condiciones del análisis se encuentren reunidas.

Así como me parece posible e importante trabajar con pacientes psicóticos, así también entiendo que llamar "análisis" a este trabajo es algo que no puede sino agravar la confusión. Me parece, en cambio, una tarea esencial interrogarse sobre el aporte de la teoría analítica a la toma a cargo de pacientes psicóticos. De este aporte, retengo dos elementos.

En primer lugar permite dar cuenta, en el "*a posteriori*", de un modo de entrada en la psicosis. Se trata de una investigación que consigue explicitar clínicamente ciertos conceptos elaborados por Lacan y que plantea la cuestión del lugar del terapeuta como sostén de la suplencia imaginaria al Nombre del Padre. Al menos es ésta una hipótesis que no carece de implicaciones para el terapeuta.

En segundo término, representa la única tentativa efectuada hasta el presente, en lo relativo a la conducción de curas de pacientes psicóticos,

³ S. Freud, *Introduction à la psychanalyse*, Paris, PUF, 1969, p. 435.

para romper con el "cualquier cosa", con el "de cualquier manera" del conjunto de las terapéuticas sugestivas de los psicóticos. De esta ganga ideológica no es fácil salir, como tampoco librarse de dos de sus prejuicios, uno terapéutico y el otro teórico.

El primero, en mi opinión, consiste en atribuir al análisis una virtud terapéutica superior a la de las otras prácticas. Semejante creencia se ve desmentida por lo que podemos observar en los asilos y demás sitios donde la psicosis interesa: cualquier medio puede ser eficaz por poco que uno acepte ocuparse de tales pacientes. Los psicóticos se curan: con ello quiero significar que alcanzan una curación social, una reapropiación de sus posibilidades en materia de vida familiar, social y profesional. En tal sentido, la estructura psicótica no es una estructura tan mala, mientras aguanten, ni más frágil que las demás.

Por lo tanto, si el análisis puede aportar algo, no será en el plano de la terapéutica de la psicosis y menos aún, evidentemente, en la intención de querer volver neuróticos a los pacientes psicóticos; pero sí es útil cuando permite inscribir lo que se hace en una andadura teórica, en una elaboración de los interrogantes, vagabundeos, atascamientos y avances de la cura. Al no poder existir una meta fijada de antemano ni aplicación mecánica de la teoría sobre una práctica o un caso, se torna posible reducir las tonterías que siempre está uno tentado de hacer.

El segundo prejuicio, éste de orden teórico, es clara muestra de una ideologización de la teoría analítica. Yo lo formularía del siguiente modo: "hablar, hace bien". Y respondo: "No". Incluso, en rigor haría mal. Puede ocasionar sufrimiento, descompensación y, a veces, muerte.

Este "hablar, hace bien" va a la par con un rechazo o más bien una aceptación melindrosa de la segunda tópica freudiana.

Es interesante detenerse un momento en este rechazo, pues deja ver claramente cómo se origina y se desarrolla la ideología analítica cuyo punto ciego es nada menos que la segunda tópica freudiana.

El concepto de pulsión de muerte va a ser desalojado, como aquel sobre el cual se proyectan todas nuestras obsesiones en lo relativo a la muerte. La vida es una cosa buena, la muerte es horrible y mala.

La elaboración freudiana de la segunda tópica es un descubrimiento teórico fundado, es verdad, en atolladeros, clínicos ellos (los sueños de neurosis traumática, el juego del Fort-Da, la repetición en la transferencia de situaciones que, aun en su tiempo, no pudieron aportar placer).

Este descubrimiento teórico, por ejemplo, es formulado por Freud en la siguiente forma: el Principio de Placer está al servicio de la Pulsión de Muerte. Esto no contradice el hecho de que dicho principio, en sí, como el placer en sí, sea uno de los objetivos que persigue uno en la vida.

La teoría es aquí un método para dar cuenta de una realidad clínica, pero a este título es una ficción. De la misma manera, por esta misma vía, Freud sienta el concepto de Narcisismo Primario e inventa el concepto de Masoquismo Primario. Pero no iba a ser cuestión de que nos los encontrásemos a la vuelta de la esquina.

Si la segunda tópica sólo se acepta con reticencias, proyectando en ella nuestras obsesiones con el bien y el mal, nos quedamos en la primera (o lo que es más grave, en una posición reichiana). Lo Bueno y el Bien están sepultados en lo inconsciente, mantenidos arteralmente a distancia por la represión, producto a su vez de una sociedad y una familia que encarnan al Mal. De lo que se trata, por supuesto, es de liberar al bien. ¿Cómo? Por medio de... la palabra.

Lo que se proyecta sobre estas entidades es, desde luego, la Pulsión de Muerte, que Freud no hizo más que devolver a su sitio.

Por lo general la Pulsión de Muerte, como Freud puede comprobar, es bastante silenciosa. Donde va a manifestarse es en los fenómenos patológicos, en particular en los casos de descompensación psicótica, cuando se produce la desintrincación de las pulsiones. Es difícil decir si se puede evitar esta descompensación; en cualquier caso, al menos se puede no favorecerla.

Cuatro referencias a "marcas del caso" me permitirán ahora formular ciertas cuestiones que me he planteado o me planteo, relativas a la conducción de la cura de estos pacientes.⁴

Se trata de pacientes que vinieron por sí mismos, que pedían, como muchos otros, la curación de sus síntomas o una mejoría, y que estaban dispuestos a pagar para eso, algunos con bono de seguridad social, otros sin él.

La expresión "que vinieron por sí mismos" debe tomarse en un sentido relativo pues, desde luego, no significa nada: siempre hay un intermediario, sea quien sea, que da mi dirección a estos pacientes; pero lo que yo quiero señalar es que su gestión es personal, les concierne. La llegada al "psi" no es una prescripción hecha al paciente ni al terapeuta; sabemos, por lo demás, cuánto puede obstaculizar una cura una prescripción de esta clase.

⁴ Precisamente, la puesta en perspectiva de estas cuatro secuencias hace pensar en la "marca del caso".

Este encuadre mínimo, pero presente, no constituye a mi juicio un dispositivo analítico; pero claro está que alcanzar ese dispositivo no era la meta.

Por lo que se refiere a estos pacientes, de entrada me formulé la cuestión de la psicosis, lo que no significa que resultase posible una respuesta terminante. En todo caso, si bien lo primero que me planteé fue el problema del diagnóstico, éste no me llevó a inclinarme por los casos *borderline*, como tampoco por la psicosis histérica.

Son de esos pacientes que no presentan ninguna sintomatología psicótica, en el sentido psiquiátrico del término. No se han descompensado, no tienen alucinaciones ni automatismo mental, y en consecuencia no han quedado capturados en un sistema delirante interpretativo. Simplemente, hacen pensar en algo del orden de la psicosis: a causa de su síntoma, de su historia; pondré un signo de interrogación.

Señor A: 33 años, Director de Colegio, me consulta porque tiene miedo de que se reproduzca un hecho que ya ocurrió dos veces con intervalo de un año. Se trata de una alucinación auditiva aislada: escuchó la melodía tocada por su calculadora, y esto trajo aparejada una angustia extrema cuando se dio cuenta de que se trataba de una alucinación.⁵

Neurosis/Psicosis, no es evidente; más bien del lado de la neurosis.

Pero, contrapunto: me entero de que hace seis años trataron al señor A por un adenocarcinoma que parece haber curado. Después, sin que haya forzosamente relación de causa a efecto, el señor A quedó calvo. Por eso vino a verme y se autorizó por fin a hacerse un implante.

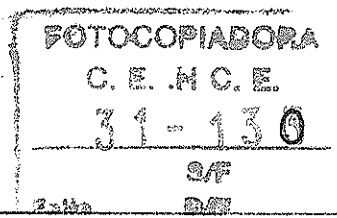
Señor B: 30 años, estudios de Letras, sin empleo, presenta el aspecto de lo que yo llamaría un "fuera de combate": anteojos negros opacos y una gran inhibición para decir por qué ha venido.

Vino por: impotencia sexual desde hace tres años que generó un terror a nivel de la mirada, de ahí los anteojos; si mira, no puede pensar, está obligado a decir la verdad, tiene la impresión de que las personas van a ver que él las desea. Su mirada es como una metralleta.

Decide entonces hacer experiencias:

- se acuesta con hombres... la cosa no anda.
- se acuesta con mujeres... la cosa no anda.
- decide ir a ver a su madre, quien acepta acostarse con él... la cosa anda.

⁵ ¿Alucinación o eidolia alucinóica?



Es en tales condiciones, a raíz de estas experiencias, por lo que me demanda un análisis. Yo no quedé... precisamente entusiasmado.

Aquí nos situamos más bien del lado de la psicosis. Cuando uno acepta este tipo de pacientes, tiene la impresión de trabajar al milímetro, de estar todo el tiempo al borde del precipicio. Y sin embargo la cosa duró dos años y medio con curación social como premio. Por lo tanto, es posible.

El tercer caso me lleva al problema del cuerpo y del sentido y, como corolario, al de la equivalencia o alternancia posible entre una afección somática y una manifestación psicopatológica. Ya rocé el asunto con el caso del señor A: adenocarcinoma/alucinación aislada.

El caso del señor C es más extraño, por lo mismo que tocará a la cuestión de la mirada, como en el caso del señor B, pero de manera muy diferente.

Señor C: 41 años, casado, un hijo, inspector de correos. El señor C presenta un largo pasado psiquiátrico:

- hace 15 años, tentativa de suicidio grave, un mes de internación en servicio psiquiátrico;

- hace 13 años, síndrome "depresivo", sin más aclaraciones, y que requiere cinco meses de hospitalización en clínica psiquiátrica;

En ambos episodios, el elemento desencadenante es la posible ruptura de la pareja, que el señor C no puede aceptar (fin del mundo);

- hace 5 años, aparición y despliegue, durante varios meses, de un delirio persecutorio: sus colegas se han confabulado contra él y desean su muerte. Este episodio origina una internación de un mes. Desde entonces, el señor C trabaja a medio tiempo.

Muy pocas cosas quedan de este pasado psiquiátrico: un anafranil residual y una desconfianza discreta. No es por esto por lo que vino a verme el señor C. Hace cuatro meses se le presentó una catarata bilateral asimétrica y tienen que operarlo. Me demanda establecer un nexo entre su "depresión" y su catarata. Tiene que haber una relación, ¿no le parece, doctor?... Casual no es, ¿verdad? (los colegas no están muy lejos).

Lo que yo noto es el poco espacio, la poca diferencia entre el carácter delirante de su pregunta y la hipótesis de que esa catarata es tal vez el equivalente de un delirio interpretativo. Sigamos.

El segundo tema es la descompensación psicótica; pero aquí no se trata de analizarla en el "a posteriori", sino de descubrirla como una posibi-

lidad en el transcurrir de una cura. Esto plantea, desde luego, la cuestión de lo que se dice en ese momento. Yo diría más bien de lo que no se dice (en los dos sentidos del término): lo que no tiene que ser (dicho) es el mínimo exigible, y lo que podría o debería ser dicho, es lo que hay que elaborar.

Señor D: 27 años, soltero; vive y trabaja con sus padres, dueños de una pastelería y chocolatería.

A los 20 años, graves tentativas de suicidio con hospitalización y cura posterior. Después, nada hasta los 27 años. Viene a consultarme para entender y cambiar. Veamos ejemplos de su discurso: "Yo no existo, no hago trabajar mi cerebro, no veo lo que hay a mi alrededor; sé me ocurren palabras, las uso, no sé lo que quieren decir. Quisiera hacer otra cosa. Vivir."

Poco a poco, la pastelería se hace famosa. El señor D es reconocido como el pastelero. Los clientes se dirigen a él, lo felicitan a él.

Las dificultades aparecen cuando sus padres deciden jubilarse. Quieren venderle el negocio o ponerlo bajo gerencia. En síntesis, ponerlo a su nombre. Retrospectivamente, pienso que fue en ese momento cuando vino a verme, hace tres años.

Mi hipótesis es la siguiente: su problema no es ocupar el lugar del padre o superarlo, esto ya ha sucedido a la vista de todos, así como a la de él mismo, y él prácticamente lo asume. El riesgo es tener que confrontarse con el significante de la Paternidad y tener que sostenerlo solo, a causa del marco jurídico inminente.

¿Qué aporta el análisis a la cura de los psicóticos? Actualmente, sólo se puede evaluar esto en términos negativos. El aporte residiría más bien en un "no hacer" o "no decir"; lo cual no impide hablar, pero hablar no les hace necesariamente bien a los psicóticos.

- Hay personas por las que no se puede hacer nada. Hay que tener presente este límite, al menos como eventualidad posible.

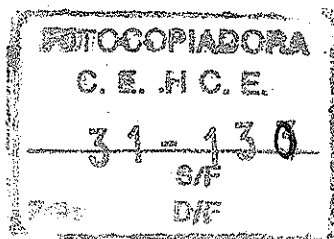
- Con otras, uno puede charlar, escuchar; pero la cosa se reduce al saludo, buenos días, buenas tardes, o a su equivalente. Puede ir asociado a una prescripción medicamentosa; y aquí no es cuestión de separar al receptante del psi.

- Con algunos, por último, se puede ir un poco más lejos e intentar comprender lo que sucede. Aquí es donde adquiere sentido la andadura teóri-

ca que mencioné poco antes. Preguntas y atolladeros deben articularse, sin aplicación mecánica de la teoría, siempre susceptible de degenerar en ideología.

En lo que respecta a mi propia andadura, podría decir que intenté "hacer la limpieza" de lo ideológico en que me hallaba inmerso. Siendo así las cosas, me encuentro aún en una cuestión preliminar.

BERNARD TAUBER
París, octubre de 1984.



MARCA DE FRACTURA

Lo que no se puede alcanzar volando, se lo debe alcanzar cojeando.

....

Cojear, dice la escritura, no es pecado.

Rückert, citado por Freud en *Más allá del principio del placer*.

En el lugar mismo de una separación, un trazo, una marca indica una solución de continuidad y su restablecimiento. Esta marca no es un borde, da testimonio de la fractura y también señala su reducción (*¿untergang?*).

Así se articula una transferencia alrededor de puntos vivos, significantes o representaciones ejerciéndose en la operación analítica, destinados al olvido una vez cumplida su obra de memoria.

El tema de la fractura será examinado en función de tres registros en los que ella interviene como figura esencial: el del pasaje, marcado por una ruptura, de una etapa de la vida a otra; aquí, de la infancia a la adolescencia; el del saber: aquí, el saber barrado del analista; por último, el de la cura misma, escandida y fraccionada por actos sucesivos, originados a su vez en una fractura real, fractura de la pierna, en el propio analista.

Esta marca trajo a mi memoria un sueño de Freud relatado en la *Traumdeutung*, del que les indico simplemente el final; se trata de un sueño de los llamados "de Brücke" (*Brücke*: puente, en alemán) y que figura en el capítulo VI: Freud, el andarín infatigable que detestaba ser guiado en sus paseos, se encuentra caminando en su sueño con un guía alpino, sobre un terreno difícil; sus piernas están cansadas y el guía carga con él. El sueño termina así:

Por último llegamos a una casita de madera en cuyo extremo había una ventana abierta. En ella me dejó el guía y puso dos tablones, que se encontraban ahí preparados, sobre el antepecho de la ventana, tendiendo en esta forma un puente sobre el abismo que había que cruzar para salir. Entonces tuve realmente miedo por mis piernas. Pero en lugar de cruzar el abismo como calculaba hacerlo, vi, extendidos sobre los bancos, a lo largo de las paredes de la cabaña, dos hombres adultos y a su lado dos niños dormidos. Era