



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado

Modalidad: articulación teórico-clínica

**El escamoteo de la locura histérica.
Construcción de caso clínico en psicoanálisis.**

Marisel Techera Rodríguez

C.I. 4.384.879-8

Tutor: Prof. Adj. Mag. Octavio Carrasco
Revisor: Prof. Asist. Mag. Marcelo Novas

Montevideo, Uruguay

Julio, 2021

«Interesarse es entonces dejarse afectar, y en general interesa lo llamativo, lo espectacular, lo inusual, es decir, aquello que se impone, que llama la atención hacia sí de un modo contundente. A mí más bien esas cosas me molestan, y trato de dejarme afectar por otras más sencillas y próximas. Hasta que me doy cuenta de que no existen cosas sencillas, y no existen cosas próximas. Existen, sí, cosas humildes que no llaman la atención hacia ellas en forma contundente, pero doy fe de que pueden llegar a ser tan interesantes, es decir, pueden llegar a afectar tanto como las otras, incluso más».

Irrupciones
Mario Levrero

Agradecimientos

A mis queridos compañeros, «Los de La Unión»: Michelle Alborés, Kevin Bohm, Camila Borba, Alexandra Cardozo, Analía Castro, Belén Chinelli, Sylvia Ferreyro y Natalia Pérez.

A las queridas Marcia Alonso y Mónica Díaz.

A todos ellos, por haberme acompañado en el tránsito académico, por su escucha atenta, por su aliento constante, por su impulso, por compartir las alegrías, las frustraciones, un café y alguna que otra bebida espirituosa.

A mi adorada Paola Pica, un especial agradecimiento por su lectura atenta a este trabajo, por sus apreciaciones y todo lo que aportó a su desarrollo. Pero más aún, por sostenerme en el proceso, y más allá.

A mi amado sobrino ahijado Emanuel.

A mis amigas. Las de siempre. Las más recientes.

A Pablo, por animarme a seguir este camino y por su amor.

A mi laia, que aún en la ausencia física está presente en cada paso que doy. En su insistencia para que no bajara los brazos porque iba a llegar.

Hoy llegué.

Índice

Página

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. El caso clínico.	5
1.1 Diana y su presentación en el dispositivo.	5
1.2 Las alucinaciones: “Escucho voces que no están”.	6
1.3 El diagnóstico y la medicación: ¿Un-lugar de reconocimiento?	8
1.4 La relación con su madre.	8
1.5 Un padre ausente.	11
1.6 El enigma del <i>ser</i> mujer. La incidencia en/de la sexualidad.	12
1.7 Esbozo sobre la transferencia.	16
Capítulo 2. Entre psicosis e histeria. El diagnóstico en suspenso.	19
2.1 La psicosis a partir de Schreber. La lectura de Freud.	20
2.2 El discurso del alienado. La lectura de Lacan.	22
2.3 Luces y sombras de la locura histérica. La lectura de Maleval.	27
Capítulo 3. Acerca de la trama edípica. Derivas de la identificación.	29
3.1 Breve recorrido sobre el complejo de Edipo para Freud.	29
3.2 La lectura estructuralista de Lacan. Los tres tiempos del Edipo.	32
3.3 Algunas consideraciones sobre el estrago materno.	34
3.4 “No se vuelve loco el que quiere”. La identificación. Enlace con el caso clínico.	36
Consideraciones finales	41
Referencias bibliográficas	44

Resumen

El presente Trabajo Final de Grado, consistirá en la presentación de un caso clínico, cuyo material fue recabado a partir de la experiencia de la práctica pre-profesional, en el marco de la Licenciatura en Psicología, llevado a cabo a través del servicio de la Clínica Psicoanalítica de La Unión.

El trabajo constará de una Introducción, que dará cuenta de la elección del tema, y de la metodología de construcción de caso clínico. A su vez, formularemos dos preguntas que oficiarán de puntapié para la escritura.

En un primer capítulo, presentaremos el recorte del caso clínico, intentando delimitar los puntos de tensión en el discurso de la paciente, dando cuenta de cómo se anudan entre sí.

En el segundo capítulo, nos abocaremos a establecer las diferencias teóricas en torno a neurosis y psicosis, como estructuras clínicas, a partir del psicoanálisis. Esto, en conversación con el caso clínico escogido. Nos valdremos de autores como Sigmund Freud y Jacques Lacan. Se plantearán los aportes teóricos de Jean Claude Maleval, acerca de la locura histérica.

En un tercer capítulo, revisaremos los postulados freudianos acerca del complejo de Edipo, la relectura estructuralista de Lacan sobre los tres tiempos del Edipo, anudado a algunas consideraciones sobre el estrago materno. A partir de ello, intentaremos enlazar el caso clínico con la identificación, haciendo hincapié en la operación de sustitución del significante del Deseo de la Madre, por el del Nombre del Padre.

Finalmente, expondremos algunas consideraciones acerca de la experiencia clínica, y esta producción escrita.

Palabras clave: psicoanálisis - locura histérica - trama edípica - metáfora paterna -
identificación

Introducción

Lo que sobreviene a estas líneas, corresponde a la formalización de la culminación de mi trayecto por la Licenciatura en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. Es menester precisar, entonces, que es la instancia final de mi recorrido académico de grado, mas no así de mi formación e interés por la práctica del psicoanálisis.

La elección del tema de este trabajo, remite a un deseo de escritura que articula la experiencia clínica y su anudamiento con la teoría psicoanalítica. Es, lo que se denomina formalmente, bajo el nombre de producción empírica, una articulación teórico-clínica. En psicoanálisis, se trata de una construcción de caso clínico. Más adelante profundizaré en este aspecto.

En el año 2019, tuve la oportunidad de transitar la experiencia práctica, en calidad de observador participante por el Ciclo de Formación Integral, de la Práctica de la Clínica Psicoanalítica de La Unión; a cargo del Profesor Adjunto Magíster Octavio Carrasco. Es importante mencionar que, la atención clínica en el marco de esta Práctica, funciona a modo de convenio entre la Comisión Fomento de La Unión y la Facultad de Psicología. En ese momento, pude acompañar gran parte de las sesiones que se llevaron a cabo con una adolescente, de entonces 14 años, a quien denominamos Celeste. A posteriori, fui parte de la conducción de las primeras entrevistas de una consultante de 34 años, a quien llamamos Gabriela, junto a la compañera Belén Chinelli.

En el año 2020, nuevamente tuve la oportunidad de cursar la práctica pre-profesional en el marco de la Clínica Psicoanalítica de La Unión, a cargo de la Asistente Magíster Mariana Zapata, aunque esta vez, en calidad de estudiante del Ciclo de Graduación. En esta ocasión fue diferente. Se me asignó una paciente de 26 años en el mes de julio, con quien empecé a trabajar mediante videollamada de WhatsApp, debido a la por demás nombrada pandemia de COVID-19.

Atendiendo al marco de confidencialidad ético que explicita el consentimiento informado que los pacientes -si así lo quieren- firman al acceder al servicio de atención psicológica en la Comisión Fomento de La Unión, decidí llamarla Diana. Este expone que, además de salvaguardar los datos identificatorios de los consultantes, el material clínico que allí surge, puede ser utilizado para fines académicos.

¡Vaya experiencia! Al derivar el pedido de atención, no se contaba con mayor información por parte de la docente responsable. El primer encuentro con Diana fue un enigma. Allí, se observaba a una joven, de aspecto sencillo, tomando mate dulce, y con semblante expectante por lo que estaba sucediendo. Me presento como estudiante avanzada de la Facultad de Psicología, explicitando la modalidad de intervención del dispositivo y, la eventual posibilidad de retomar los encuentros en forma presencial. Luego, sobrevino la pregunta: Diana, ¿por

qué decidiste consultar? Su respuesta fue: **“Soy enferma psiquiátrica, tengo psicosis delirante aguda que se puede transformar en una esquizofrenia”**. Menuda sorpresa me llevé. Realmente no lo esperaba. Ni sé qué esperaba en sí. Ineludiblemente, el factor sorpresa se presentó en ese instante.

Brevemente intentaré explicar por cuál(es) motivo(s) elijo hacer hincapié en este enunciado. Si bien en un primer momento decidí escuchar a Diana sin la etiqueta del diagnóstico, fue muy difícil poder delimitar la estructura que en ella habla. Es así que, la producción teórico-clínica del trabajo final de la Práctica del Ciclo de Graduación, se enfocó desde la psicosis. Así lo presenté. Así la presenté. En este sentido, Maleval (1981), en el prólogo de *Locuras histéricas y psicosis disociativas*, citando a los llamados antipsiquiatras de la década de los sesenta, plantea que, suponer un rótulo a un sujeto en su originalidad irreductible, introduce una zona de sordera en la escucha. (p.12)

Hoy, la presentación es otra. Luego de realizar un extenso recorrido teórico de lectura, de habilitar el cuestionamiento y las preguntas, de poder rever los encuentros clínicos en mi análisis personal, de la reconstrucción histórica de los mismos y de deshollinar mis oídos, ya no será un leer al sujeto a la luz de la psicosis sino, a través de lo que se corresponde a una locura histérica. Es entonces pertinente explicitar esta dificultad. Sin dudarlo, me ha permitido un aprendizaje inacabado que habilitó a cuestionar todo aquello que uno pretende leer de boca del analizante.

Entonces, ¿qué es una construcción de caso clínico? Desde su surgimiento, y a través de los historiales clínicos de Freud, el psicoanálisis ha privilegiado el relato clínico como forma de transmisión *novelada*. Es así que funciona como un modo de difusión, pero también como una ética de la formación en la clínica analítica (Carrasco, 2017, p.21), tomando como base a la experiencia del encuentro dialéctico entre el analizante y el analista. No raya aquí lo específico de ello, sino que remite a esa producción única y novelada, atravesada por varias conjunciones. En este sentido, la novela clínica, desde lo actual, produce un relato plagado de sentidos, resignificando el pasado de la historia precedente al sujeto. Sin embargo, constituye un *saber no-sabido* por este, puesto que la palabra lo excede y está condicionada por las múltiples relaciones que establece con otras personas, lugares e instituciones.

Lacan (1953), plantea que esta ficción, que se construye a través de la experiencia analítica, tiene carácter de mito:

El mito es lo que da una fórmula discursiva a algo que no puede ser transmitido en la definición de la verdad, dado que la definición de la verdad solo puede apoyarse sobre ella misma, y que la palabra la constituye en la medida en que progresa. La palabra no puede captarse a sí misma, ni captar el movimiento de acceso a la verdad, como una verdad objetiva. Sólo puede expresarla -y esto, de un modo mítico. (Lacan, 1953, p.16)

Es así que el devenir de un caso clínico, está marcado por la dimensión que desafía al saber del analista en el encuentro con el sujeto sufriente (Carrasco, 2017, p.96) Justamente, es este desafío el que alienta a esta producción escrita, pues allí fue donde me encontré en estas primeras experiencias clínicas. Diana me desafió, me interpeló, puso de relieve el cuestionamiento de un edificio teórico enorme, y más allá, de las aparentes certezas.

Para dejar paso a la escritura que sigue a esta introducción, no diré más. Me remito a indicar cuáles serán los apartados que se desarrollarán en base a las preguntas que surgieron. En este sentido, la principal que motivó esta escritura fue: **¿Cuál es la estructura clínica que sustenta el discurso de Diana?** En relación a esto, en el Capítulo 1, exponemos una presentación del caso clínico tomando fragmentos de las sesiones que tuvieron lugar en el año 2020, intentando delimitar algunos de los puntos nodales del conflicto y así, mostrar cómo se anudan entre sí de forma inexorable. El Capítulo 2 estará abocado a desarrollar algunos postulados sobre las diferencias entre neurosis y psicosis, tomando como referencia a autores como Sigmund Freud, Jacques Lacan y Jean Claude Maleval, haciendo especial hincapié en la locura histérica. De esta forma, intentaremos responder a la pregunta que oficia de columna vertebral de esta producción. En el Capítulo 3, presentaremos en forma breve lo que concierne al complejo de Edipo en Freud, articulado con el viraje teórico estructuralista que Lacan le da al mismo en los llamados tres tiempos del Edipo. Esto, anudado intrínsecamente con algunas consideraciones sobre el estrago materno. Así es que intentaremos dar cuenta de la pregunta que se interpone: **¿Cómo es que Diana transita las derivas de la identificación?** Por ello, dedicaremos especial atención a la conceptualización de la identificación en Freud y Lacan, y particularmente en este último, retomando lo que concierne a la metáfora paterna, en la operación de sustitución del significante del Deseo de la Madre, por el del Nombre del Padre. De esta forma, buscaremos rastrear si de ello se desprende que la paciente haya podido “fabricarse”, a través del diagnóstico psiquiátrico, las alucinaciones auditivas como elección de síntoma, las cuales denuncian su conflicto con los significantes que insisten a través de estas.

Finalmente, presentaremos algunas consideraciones que tendrán que ver con esta producción escrita. En este sentido, la letra será personal, intentando mostrar la sorpresa suscitada a partir del trabajo clínico con Diana, en el marco de una práctica pre-profesional. Así también, subrayaremos la importancia de la construcción de caso clínico como forma privilegiada en la transmisión del psicoanálisis, como también resaltar la particularidad de este dispositivo que apuesta a la escucha de la palabra única y singular de cada sujeto.

Capítulo 1: El caso clínico.

1.1 Diana y su presentación en el dispositivo.

La demanda de atención en el dispositivo clínico fue espontánea por parte de Diana, al menos es el registro que tenemos, puesto que mucho más no se sabía a la hora de realizar la derivación por parte de la docente responsable.

Diana es una mujer de 26 años con la cual comencé a trabajar en el mes de julio del año 2020, mediante videollamada de WhatsApp, lo cual se prolongó por diez encuentros más, y a partir del onceavo, se comenzó la atención presencial en la Clínica Psicoanalítica de La Unión con un total de dieciocho sesiones.

En la primera entrevista se la ve de forma expectante, sonriendo bastante y con gran contacto visual, pese a la virtualidad del encuentro. Al sobrevenir la pregunta de por qué había decidido consultar, responde: **“Bueno, decidí... yo soy enferma psiquiátrica, tengo psicosis delirante aguda que se puede transformar en una esquizofrenia (...)**”. Alega otras cuestiones acerca de que se enteró de la atención gratuita en el dispositivo por una amiga que también concurre a La Unión y que, al no tener ingresos económicos, le facilitaba.

Diana está diagnosticada psiquiátricamente con psicosis, por lo que en ese momento se encuentra bajo los influjos de la medicación que le fue prescripta: haloperidol, olanzapina y clonazepam. Por lo tanto, su discurso es fluido, aunque por momentos se ve enlentecido. No tenemos registro temporal de su diagnóstico, sin embargo, podríamos aventurar que coincide con su primera *crisis* -como las denomina- a sus 19 años. Retomaremos este punto.

Vive con su suegro y su novio, en la casa de ellos, decisión que había tomado antes de la última *crisis* que tuvo hace unos ocho meses atrás a la fecha de inicio en el dispositivo clínico, lo cual implicó una internación psiquiátrica que según dice, duró dos o tres días.

Con respecto a su constelación familiar, Diana no tiene hermanos, es hija única. Pese a eso, cuando tenía 7 años de edad, su prima de entonces 12 años, se mudó a la casa familiar con ella y su madre. Su padre, vivió hasta los cuatro años de Diana con ella y su madre, luego, la pareja parental se separó por problemas de alcohol del progenitor, por lo que ambas se mudan a la casa de la abuela materna de la paciente. Al referirse a ese momento de su vida, indica: *“(...) era horrible, un padre ausente, alcohólico...”*. (Fragmento de la 2ª entrevista) El padre de Diana murió cuando ella tenía 12 años, a raíz de un derrame cerebral, producto de su severo alcoholismo. Lo encontraron inconsciente, tirado en una zanja al costado de una ruta. Al indagar sobre la causa de su deceso, indica: *“¿La muerte? Repentina, lo encontraron en la ruta X, sin señales de que se hubiese hecho algo... el forense le hizo el análisis, no lo podíamos velar a cajón abierto (...) análisis en el cerebro, no encontraron nada. Fue un derrame cerebral, me está diciendo mi madre”*. (Fragmento de la 3ª entrevista)

Otro aspecto importante a destacar, es que su tío por parte materna, fue diagnosticado con esquizofrenia. Diana lo enuncia de esta forma: “(...) *igual pienso que, mi tío era esquizofrénico, mi padre era alcohólico... vengo como de ramas de la familia maltrechas, y yo no ayudé*”.

1.2 Las alucinaciones: “Escucho voces que no están”.

Diana sufre alucinaciones auditivas. Ya en la primera entrevista enuncia que dejó de hacer actividades diarias “*por la persecución de la cabeza, escucho voces que no están*”.

Al formular las interrogantes direccionadas a lo que ella llama *crisis*, Diana comenta que ya tuvo tres anteriores a la última que padeció. Comenta que la primera fue a los 19 años en forma repentina. Poco puede decir de las anteriores, puesto que le practicaron ocho sesiones de micronarcosis y que, según su discurso, *le borraron la memoria*.

Indica, además, que las voces que comienza a escuchar a raíz de las crisis, evitaban que pudiera dormir porque le hablaban fuerte, y emitían juicios de opinión acerca de sus pensamientos. Diana denuncia que le ordenan hacer cosas y la tratan mal. Se le consulta acerca de cómo son esas voces y qué ha escuchado de ellas, a lo que comenta: “*Son de todo tipo de personas: chico, mediano, grande... Se daban el valor de meterse en mi vida. Me decían: ‘dale, hacé esto’ Yo tenía conductas muy autodestructivas. Me insultan, me dicen cosas feas: ‘puta, no servís para nada’*”. (Fragmento de la 1ª entrevista) Al indagar de dónde provienen las voces, Diana indica que las escucha en todos lados, fuera de su cuerpo. Otro punto importante es que denuncia que las voces pueden leerle la mente, lo cual le produce una sensación de ansiedad importante, puesto que se siente invadida y en peligro al sentir que pueden atacarla con cualquier cosa, por lo que intenta limitar su pensamiento constantemente.

Retomaremos ahora lo concerniente a sus llamadas *crisis*. Diana cree enfáticamente que el consumo de marihuana, a partir de sus 17 años, fue clave para el desencadenamiento de su aparente psicosis y las alucinaciones.

Al preguntarle acerca de cómo era su vida en el momento de la primera crisis, a sus 19 años, comenta que estaba en pareja con un chico, F., desde los 17 años de Diana, pero él le llevaba diez años más. Comenta que su novio de entonces la dejó en casa de su prima, y ahí es donde escucha las voces por primera vez. No da pista de qué escuchó o cómo se dio ese momento. Indica que el consumo de marihuana lo inició alentada por él y *por la persecución*. Diana indica no haber experimentado con otras drogas como cocaína, por ejemplo. Sí recuerda haber consumido LSD una única vez, sin mucho efecto, según dice. En referencia a la marihuana, enfatiza que cree que ella pueda haber sido “*uno de esos casos en los que les pega mal*”. (Fragmento de la 1ª entrevista)

La madre de Diana no estaba de acuerdo con la relación sentimental que llevaba adelante con F., por la diferencia de edad entre ambos. Comenta que la relación era conflictiva y que él estaba con ella *para tenerla ahí, de pintura al óleo*. Diana denuncia que los intereses de ambos eran distintos, ella lo integraba a su núcleo familiar con su madre, donde tuvieron contacto un par de veces. Sin embargo, no se sentía incluida en la esfera familiar y social de F. Indica: "(...) *Yo tenía a mi madre nomás. Quería que se integrara con ella y no lo hacía, y yo lo integraba en mis cosas. Me tenía sólo para estar pintada ahí... al óleo*". (Fragmento de la 3ª entrevista) Remarca sentirse muy mal por esa situación y llorar bastante. La relación duró unos cuatro años, hasta la edad veintiuno de Diana.

Siguiendo la línea anterior, es a raíz del cuarto encuentro donde se suscita un evento interesante en relación a las alucinaciones auditivas. Noto que, por primera vez, usa auriculares en la consulta mediante videollamada. Al seguir indagando en la cuestión de las voces, Diana explicita una contradicción, diciendo que no se meten en su pensamiento, pero que, *si está cerca*, las voces le hablan:

M. *¿Se meten en tus pensamientos?*

D. *No se meten, solo se ven... si estoy cerca me hablan.*

M. *¿Cerca de qué?*

D. De **ellos**... de las voces.

M. *¿Qué te dicen?*

D. *Que soy una trola. Porque en realidad **ellos** hacen lo mismo, pero es uno quien se tiene que comer el garrón.*

M. *¿Hacen lo mismo? ¿Quiénes?*

D. *Las voces. Me da vergüenza decir que son reales, **que son de esas personas**, porque no me creen.*

(Fragmento de la 4ª entrevista)

Es interesante ver como se produce una cierta consistencia entre lo que escucha en forma de voces, como una alucinación y, sin embargo, su correlato con personas *reales*, podríamos decir. Es así que Diana deja entrever que esas voces reproducen un discurso Otro, permitiendo comenzar a suspender con pinzas el diagnóstico psiquiátrico, y habilitar otro tipo de escucha.

A lo largo de las entrevistas, Diana fue oscilando su posición con respecto a las voces. Por momentos indicaba que ya casi no las escuchaba, que a veces eran solamente murmullos. En otras instancias, vuelve a ubicar las voces a partir de personas de su entorno, principalmente de la familia de R. y, por otro lado, discierne en que *escucha las voces cuando*

su madre no está. ¿A qué o a quién/es le ponen un tope estas voces? Mantendremos la pregunta en suspenso.

1.3 El diagnóstico y la medicación: ¿Un-lugar de reconocimiento?

Volvamos al principio. A Diana le prescribieron los psicofármacos haloperidol, olanzapina y clonazepam. Los consume diariamente, mayoritariamente en la noche. Permanentemente ha remarcado la importancia que tiene para ella la medicación, y cuánto la ha ayudado a no escuchar las voces.

En la segunda entrevista, Diana comienza diciendo que está curándose, pero no de forma permanente. Se le interroga, y aduce que su diagnóstico es el de una enfermedad que puede volver a causa del consumo de marihuana que ha tenido. Podemos ubicar aquí al tóxico -la marihuana- como un objeto persecutorio que retorna insistentemente en su discurso.

No es por azar que Diana se ubica como un sujeto que proviene de *ramas de la familia maltrechas*, por su padre alcohólico y su tío esquizofrénico, y que ella no ayudó al consumir marihuana. Sin embargo, por momentos se muestra enojada por no saber si su enfermedad psiquiátrica fue ocasionada adrede, o *sin querer*. Es entonces que, en la cuarta entrevista, denuncia: *“Yo creo que las pastillas me hacen ser enferma a la vista de los otros”*.

Por otra parte, en la séptima entrevista, refiriéndose a la última crisis, indica que había dejado la dosis de 300 mg de quetiapina que tomaba en ese momento, culpabilizándose por ello.

1.4 La relación con su madre.

A lo largo de los encuentros con Diana, se puede apreciar en forma explícita las alusiones en torno a la relación que ha tenido y tiene con su madre. A su vez, los cuestionamientos que suscitan a ello. Por un lado, la denuncia de la paciente con respecto a los cuidados que le faltó recibir de su madre y, por otra parte, su culpabilización frente a aquello que *no escuchó* del discurso materno. Oscila permanentemente en estos dos polos, por lo que también se puede observar el mismo movimiento en relación al vínculo actual con su madre, la medicación y el diagnóstico psiquiátrico. Tomaremos algunos recortes del caso clínico para rastrear lo expuesto.

Ya en el primer encuentro, al preguntarle con quién vivía antes de irse a la casa de su actual novio R., Diana indica que se alojaba con su madre. Luego de una breve pausa agrega: *“(…) pero ella es muy sarcástica, señaladora con el dedo, no me hacía bien”*.

En el cuarto encuentro, refiriéndose a que las pastillas pueden generarle confusión, confiesa que tuvo pensamientos suicidas. Estaban con su novio R., de paseo por una ciudad del interior, cuando repentinamente Diana le dice que se quiere suicidar, *porque su madre*

debía pagar. Al interrogarle en este punto, señala que era porque después de la muerte de su padre no la había llevado a ningún psicólogo, y ella lo necesitaba. Podemos observar que, por un lado, parecería que la responsabilidad que desplaza hacia la madre, se refiere a la inexistencia de un Otro que pudiera colocar un tope al vínculo materno pegadizo que suscitó luego de la muerte del padre, e incluso a raíz de lo que puede pensarse como la inoperancia de este último en la infancia temprana de Diana. Este punto será retomado en el subcapítulo que sigue a este. La muerte entonces, podría simbolizar el corte que Diana sentía como necesario con la madre.

Siguiendo la línea de las ideaciones suicidas, Diana indica que ese sentimiento de muerte lo experimentó en tres o cuatro oportunidades, donde sentía que no servía para nada y no encontraba motivos para estar viva. Al preguntarle sobre esos pensamientos, señala que los planificaba, pero se frenaba porque pensaba en su novio R., y también en su madre. No es menor señalar que esta planificación se trataba de llegar a una zanja y tomarse las pastillas: el padre de Diana fue encontrado sin vida también en una zanja. ¿Qué de la muerte simboliza el cese de un sufrimiento? En el subcapítulo destinado a la relación con su padre, veremos cómo es la propia Diana quien da un sentido y una justificación a la muerte del progenitor como tal.

En la quinta entrevista, Diana comienza a dar pistas de dónde pueden provenir las alucinaciones auditivas. Indica: “(...) *los que han vivido más tiempo nos enseñan lo que está mal, y por eso tengo las voces, eso pienso yo*”.

Pensando en la relación que se establece entre las voces y el discurso materno, es en la misma entrevista, más adelante, donde cuenta que estas alucinaciones le indicaban que debía volver a su casa y dejar a su novio. Al interrogarle en este punto, firmemente declara no querer volver al hogar materno:

M. ¿Volver a tu casa?

D. No quiero. Volver a ser la niña chica que lo único que hizo fue estudiar. Tratada sin interés por parte de mi madre, o con un interés demasiado tóxico.

M. ¿Demasiado tóxico?

D. Que se meta en todo lo que yo hago.

(...)

D. (...) ella [la madre] era la que empezó con eso de juzgar, me empezó a decir que era una trola, me trató de segundo plato, pero bueno, ta, yo la perdoné. El otro día me corregía, ¿te acordás? Cuando estábamos hablando nosotras, ella se metía todo el tiempo.

M. ¿En qué momento, Diana?

*D. Se metía, cuando algo me decías. **Como que quiere estar en todos lados**, ¿viste?*

(Fragmento de la 5ª entrevista)

No es menor destacar el último enunciado de este fragmento: *“como que quiere estar en todos lados”*. Aquí también se puede ver a las voces reproduciendo el discurso materno que tanto ha insistido. Lleva a pensar que alejarse de la madre no fue suficiente para acotar o suavizar lo que tanto insistía. Ahora, esos significantes que salían por boca de la madre se reproducen en forma de alucinaciones auditivas; razón por la cual *está en todos lados*, incluso en ausencia de su presencia física.

En el mismo encuentro, Diana comenta la relación con su primer novio F., donde ubica el desencadenante de la primera crisis ¹ y denuncia que su madre siempre estaba enojada con ella y la hacía llorar, volviendo a enunciar que le decía que ella era una *puta* para su novio. Luego de un silencio, se la interroga sobre qué está pensando y dispara: *“Que también el trastorno... las voces que imagino cuando ella no está, para que me digan esas cosas, no es necesario, y ta, no sé”*. Claramente aparecen allí las interrogantes que Diana podría estar poniendo en juego: ¿Las voces son reales? ¿Son *producto* de mi imaginación? ¿Las voces vienen a *hablar* en lugar de mi madre?

Concatenado a lo anterior y a las preguntas formuladas, podríamos mencionar lo que tiene lugar en la sexta entrevista, donde Diana indica no entender por qué tiene pensamientos que juzgan a otras personas o a ella misma, siendo que, según ella, *“todos lo hacemos en mayor o menor medida”*. Luego de un silencio en el que se muestra pensativa, se le interroga y responde no saber por qué, pero que piensa que puede venir de cuando ella era pequeña: *“(...) [la madre] no me escuchaba, y creo que sufrí mucho durante la adolescencia”*. Establecemos aquí otra línea, en relación a preguntarse acerca de qué lugar de reconocimiento de su sufrimiento adopta Diana frente a la madre, amparándose en el diagnóstico psiquiátrico que aquí suspendemos en el aire. Es decir que, ser enferma a la vista del Otro, permite denunciar el malestar que padece, y a su vez, funcionaría como una suerte de castigo hacia sí misma por desear más allá de las posibles inhibiciones de su madre.

Realmente, las referencias al vínculo con su madre por parte de Diana a lo largo de la totalidad de las sesiones, son demasiado amplias para poder plasmarlas aquí.

Indefectiblemente, en los apartados que siguen, veremos cómo la figura materna vuelve a aparecer en otros aspectos del relato de Diana, a saber: la referencia al padre, a la sexualidad, y al *ser* mujer.

¹ Cf. Capítulo 1 - Punto 1.2

1.5 Un padre ausente.

En el discurso de Diana, a lo largo del tratamiento clínico, las alusiones a la relación con su padre han sido mínimas, mas no por ello dejan de aportar datos significativos que han permitido establecer preguntas en relación a su padecimiento.

Como planteáramos al principio, la pareja parental se quiebra a los cuatro años de edad de Diana. Su padre tenía grandes problemas de alcoholismo, por lo que producto de ello, termina por acaecer de un derrame cerebral. Es encontrado muerto en una zanja al costado de una ruta.

Ya en la primera entrevista, Diana enuncia lo difícil que fue su infancia temprana con esta situación, aludiendo que vivió escenas de violencia doméstica junto a su madre: “(...) *me acuerdo que a los cuatro años me meé encima del miedo, nunca me había pasado*”.

Comienza a ponerse en juego el significante *ausente* para designar la no-presencia de su padre como tal. Servirá entonces para pensar la inoperancia de la metáfora paterna en lo que concierne a la teorización de los tres tiempos del Edipo planteado por Lacan. Lo reservamos para más adelante.

Diana es interrogada frente a las escenas de violencia doméstica. Dice que su madre no la dejó vivir esa situación a *gran escala*, y que tampoco sufrió violencia física de su padre hacia ella. Sí cuenta cuando su madre decidió ausentarse de la casa familiar junto a ella: “(...) *pero a los cuatro años nos tuvimos que ir a vivir a la casa de mi abuela, y mi padre se quedó en nuestra casa con todo. Llevaba mujeres, iba la gente que lo conocía... Nosotros le dijimos que se hiciera una casa arriba de la nuestra. Es que él tampoco era una mala persona, pero era violento*”. (Fragmento de la 1ª entrevista)

En la tercera entrevista, al preguntarle sobre cómo era su padre, comenta: “*Para mí, era una persona enferma pero buena. No podía con su vida, con los problemas del alcohol*”. En relación al momento cuando se entera de su muerte, dispara:

D. Me lo tomé medio a la sorpresa, pero no lo lloré mucho, fue un día nomás. Tuvo una vida difícil, no lo lloré lo suficiente.

M. ¿Por qué dices que no lo lloraste lo suficiente?

D. Porque estaba muerto y podía tener una mejor vida... con quien se fuera a encontrar.

(Fragmento de la 3ª entrevista)

Se puede evidenciar cómo Diana pensaría en que una vida más allá de la muerte, mejor que la terrenal -si seguimos su metáfora- encuentra una justificación. Incluso al preguntarle con quién pensaba que podría encontrarse su padre en otra vida, Diana enuncia: “*Con su padre capaz, no sé*”. No olvidemos las ideaciones suicidas que expusimos más arriba, donde también indicaba que pensaba en ir hasta una zanja y tomarse las pastillas. En una zanja, de

igual forma a como apareció su padre sin vida. ¿Qué de la muerte permitiría un reencuentro inédito entre Diana y su padre? En este sentido, al interrogarle acerca de cómo se sentía con respecto a la ausencia física del padre, dispara:

*D. Yo, la verdad lo extraño, lo extraño mucho. Era una persona problemática, no se quería curar, **cosas parecidas**... está bien.*

M. ¿Está bien?

D. Que se haya muerto. No se lo deseo a nadie, pero él sufría mucho por esa enfermedad.

(Fragmento de la 3ª entrevista)

Más adelante, en la novena entrevista, Diana vuelve a hablar de las escenas de violencia doméstica de sus padres: “*Yo creo que, con la muerte de mi padre, o antes, yo tenía que haber tenido una psicóloga o psiquiatra por todo lo que viví. Yo vi como a mi madre le metía la cabeza en el wáter mi padre. Cuatro años tenía*”.

En el mismo encuentro, vuelve a enunciar que se orinaba encima, por el miedo que le producía pensar en que alguno de sus padres muriera como consecuencia de estas peleas y maltrato, y que ahora, “*(...) es lógico tenerles miedo a las relaciones con las personas*”. Cuestión que perfectamente se lee a la luz del terror y el desamparo en el que se encontraba al presenciar la violencia instalada y ejercida por la pareja parental y que, a su vez, nos permitirá anudar esto con la inoperancia de la función paterna y del estrago materno en consecuencia.

1.6 El enigma del ser mujer. La incidencia en/de la sexualidad.

El título de este apartado fue modificado varias veces. Al principio, la idea era presentar el enunciado que encabeza este punto como interrogante, de forma independiente al que le sigue. Ineludiblemente observamos que, en el caso de Diana, lo primero no deviene aislado de lo segundo, es más, se anudan intrínsecamente en tanto fluye su discurso. La duda sobre lo que implica *ser* mujer, trae aparejada la angustia que provoca desear más allá del deseo de su madre en la práctica de la sexualidad. Conflicto que es crucial en el discurso de la histórica, que siempre pende de que su deseo no sea aplastado por el Otro. Intentaremos esclarecerlo en el recorte del caso clínico.

En la segunda entrevista, Diana comienza a dejar entrever aspectos del conflicto que le producen los temas relacionados a lo sexual, tanto en forma de anecdotario como en la actualidad, al momento de extraer estos pasajes del tratamiento. En este sentido, se le interroga acerca de su relación sentimental con su actual novio R., donde cuenta que están juntos hace poco más de dos años y se conocieron a través de una aplicación de encuentros virtual. Enlaza este hecho con el momento donde su madre *enloquece* porque también se

entera del consumo de marihuana que tenía, enfatizando en esto como causa de su diagnóstico psiquiátrico, nuevamente.

En esta línea, Diana trae un recuerdo a la sesión: relata un episodio donde se produjo un malentendido -en su decir- con otro hombre que frecuentaba una agrupación de baile a la que concurrían su novio y ella. Diana indica que este hombre, en una reunión del grupo, comenzó a cantar una canción de un reconocido grupo de rock argentino. Se le pregunta si conoce y gusta de la canción, a lo que agrega: *“Me gusta, pero **es muy sexual. Me** cantó eso. **Traté de no darle bola y me fui a casa con R. y le conté”***. Rápidamente, noto que su discurso cambia al ubicar la canción dedicada a ella y no en general como indicó primariamente, por lo que se le interroga en este punto sobre cómo se había dado cuenta que aludía a ella. Diana dispara: *“Porque me miraba cara a cara y la cantaba. Estaba lleno de gente y R. también estaba. Me la cantaba mirándome”*. Ineludiblemente vemos cómo se vislumbra la incomodidad de aquello que entra por los agujeros del cuerpo de la histérica, lo que la convoca con la boca, la voz, lo acústico invocante, y aquello de lo escópico de la mirada del otro frente al cuerpo.

Denuncia haberse sentido molesta, porque su novio no le creyó ni cuando vio esa situación. Al preguntarle sobre cómo era la relación con él en ese momento, responde: *“En ese tiempo R. era muy alcohólico. Se la agarraba conmigo, pero nunca me pegó. **Me trata de regalada, pero no en forma violenta, más suave”***. Podemos establecer dos cosas, por un lado, la similitud del problema de alcoholismo de su novio al igual que su padre, con lo cual parece conectar inconscientemente al enunciar que no ejerció violencia física contra ella. Por otra parte, el lapsus en tiempo presente en la frase: *me trata de regalada*, lo que actualiza un conflicto en el aquí y ahora.

Es también en este segundo encuentro donde rastreamos otras pistas en lo referido a la sexualidad. Con respecto a las alucinaciones auditivas, Diana indica que limitan su pensamiento, no pudiendo pensar nada relacionado a algo ofensivo o morbo: *“**Quieren que sea angelada y trato de... muy difícil**”*. Sobreviene la pregunta sobre qué sería el morbo a su entender, a lo que responde: *“No sé. Imaginarme gente en ropa interior”*, y más adelante, *“**Todo lo relacionado al sexo. El sexo y la violencia. No me sale mucho ahora. Creo que eso abarca el morbo**”*.

Es en la cuarta entrevista, y como sugerencia de abordaje en el grupo de supervisión, que indagamos más sobre cómo vive Diana su sexualidad. En este punto responde: *“**Bien, bien. En la noche nomás pasa, cuando el padre se baña, se va a acostar y está dormido**”*. Llama la atención esto último, puesto que al interrogar acerca de la edad de su inicio sexual, Diana comenta que fue a la edad de doce años, luego de la muerte de su padre. Es entonces que se plantea esta pregunta a modo de hipótesis: ¿es el fallecimiento del padre de Diana un habilitador hacia la exogamia en la práctica de la sexualidad? Es que ahora ella accede a tener sexo cuando *un padre está dormido*, ¿o muerto? Dejamos abierta la pregunta.

Con respecto al inicio y a la vivencia sexual en la adolescencia, indica que su primera vez fue *muy mala, porque era una niña*. Dice no saber qué sucedía en ese momento, y que accedió *“como cosa nueva”*, a pedido del chico con el que salía. Siguió teniendo encuentros sexuales posteriormente, donde algunos eran con parejas formales y otros, más bien casuales. Su madre se entera a sus catorce años, luego de una visita al médico donde Diana cuenta que ya *dejó de ser virgen*. Indica que su madre se enojó al enterarse de la noticia, aludiendo que su prioridad era estudiar y no *esas cosas*. Seguidamente retoma los encuentros sexuales con su novio R.: *“Lo paso bien. Es medio bruto, pero porque es así”*; *“(…) me aprieta mucho el pecho, casi que me falta la respiración a veces”*.

Anudando el episodio que relató en la sesión anterior, sobre el chico que había llamado su atención mediante la canción, Diana interrumpe bruscamente y lanza: *“Lo que pasó con ese botija [sic] es que él me buscó. Me miraba con la mirada, me exigía más porque me miraba más. Él se confundió (...)”*. Intento intervenir diciendo que un hombre puede interesarse por una mujer, y viceversa, por lo que formulo la pregunta y enfáticamente contesta en forma negativa:

M. *¿Te sientes atraída por otros?*

D. *No.*

M. *¿No?*

D. *No. Por las voces. Porque como estoy débil, tu cabeza [sic] está libre de culpas, estoy libre. Lo utilizan para divertirse.*

M. *¿Tu cabeza está libre de culpas?*

D. *Sí, nunca hice nada que me caracterizara por ser puta.*

M. *¿Alguien te dijo que eras una puta?*

D. *No (silencio) Mi madre, me lo dijo varias veces.*

M. *¿Por coger eras una puta?*

D. *Para ella sí.*

(Fragmento de la 4ª entrevista)

Aparece aquí un nudo importante. La no-habilitación de la madre más allá del deseo de esta, coagula el desear de la hija más allá de ella. La culpabiliza y la somete a la apatía del deseo. A no devenir en un sujeto que pueda desear más allá de lo que tiene.

Es en la sexta sesión donde Diana vuelve a retomar las dificultades en la relación con su madre. Indica que en su adolescencia trató de entablar un diálogo con ella: *“Le decía que sufría mucho. Mis compañeros me discriminaban. No me daba bola. Mis relaciones amorosas, no quería que estuviera en pareja. Cosas de adolescente que uno quiere hablar con una*

madre y un padre. Que te entiendan y no te clausuren". Si bien Diana comienza hablando de lo que no podía conversar con su madre, deja al descubierto la falta de su padre en este sentido.

Por otra parte, retoma sus vivencias sexuales, indicando que muchas veces no pensaba demasiado sobre el acto: "*medio a la ligera me lo tomaba*". Aclara entonces que, si se daba, bien, y si no, también. Con respecto a la pregunta por los dos extremos entre la inhibición y el ser desenfrenada, Diana responde ubicarse en el medio porque, "*siempre fui muy desinhibida y no me funcionó*". Se refiere al hecho de tener pensamientos que juzgan, y niega que sean sobre la sexualidad. En este punto se busca interrogarla acerca de qué sería ser desinhibida para los hombres, donde rápidamente enlaza: "*ser una atorrantita cualquiera*". Explica que esto refiere a dejarse conquistar, y del respeto que merece la pareja que tenga. Sin embargo, al preguntarle qué sucedería si no se tiene una relación formal, contesta que "*(...) hay que ser libre; antes sí, pero ahora no*". Surge la interrogante, ¿cuál es el precio que Diana paga por su no-libertad? Más allá, ¿ser libre significaría ser *una atorrantita cualquiera*, por no obedecer el mandato superyoico de la alucinación acústica de la voz de su madre que marcó el significante *puta* a flor de piel? Entonces, ¿el tope al deseo desbocado lo pondría su novio R.?

Por otra parte, es menester destacar los pasajes que Diana ha introducido a lo largo del tratamiento en lo que tiene que ver con lo que no le fue transmitido por parte de su madre sobre el ser mujer. En varias ocasiones, denuncia que no le fue enseñado sobre qué es la vida -¿quién sabrá al respecto?- el ser cotidiana en el hogar, cómo aprender a cocinar o limpiar. La trivialidad diaria que deja de serlo cuando *ello* habilitaría otra cosa.

Diana expone otras cuestiones que se anudan con lo anterior. Es en la séptima entrevista donde denuncia que su madre tenía un plan para ella, lo que denotaría algo del orden persecutorio. Remarca otra vez: "*(...) Ella no me enseñó nada de la vida. Me hice mujer en otro lado, me tiene que respetar. Me pagó educación privada, me ayudó, pero es otra cosa*". En este recorte, observamos por un lado la frase que remarca el hacerse mujer fuera de la mirada de la madre, es decir, al decidir irse a vivir con su novio R.

M. ¿Cómo era el plan para ella?

D. Como reírse de mí más o menos.

M. ¿Como las voces?

D. Pero peor, porque **ella mandaba**.

(Fragmento de la 7ª entrevista)

Nos parece pertinente destacar este pasaje de la sesión en cuestión, puesto que la última frase habilita a plantear ciertas preguntas a modo de hipótesis. Diana enuncia que ahora, su

madre no manda más en su vida. Sin embargo, volvemos a pellizcar en su discurso cómo se vuelve a exponer el conflicto de desear más allá de lo materno. Es entonces que podemos pensar en que, si bien Diana se fue de la casa de su madre, las alucinaciones auditivas vinieron a suplir ese discurso que salía por boca de esta última. No obstante, Diana logra enunciar el punto de diferencia entre las voces y su madre: las primeras no mandan sobre ella. Entonces, ¿hay algo del mandato materno que aún persiste sin ella advertirlo en apariencia?

Por otra parte, en la novena sesión vuelve a insistir el significante *puta*. Diana enlaza el discurso de la madre, refiriendo a un episodio que se dio cuando tuvo la última crisis y pasó un tiempo en la casa de ella. Cuenta que su madre le decía que a su novio R. debía “*usarlo sexualmente y tirarlo a la mierda*”, y que también “*en las relaciones que tuve, siempre me hizo sentir una puta; **no me trataba como una persona real... como una puta***”.

Si bien estos recortes del caso clínico -en parte extensos- ubican lo que intentáramos plantear al principio, hay muchísimo material al respecto. De todas formas, creemos que esto ilustra un conflicto nodal en Diana: la prevalencia del significante *puta* en su discurso, a través de la madre, y también de las voces, la práctica de la sexualidad como manera de reafirmar ese significante, el problema que genera la pregunta por el *ser* mujer; pero también lo que sería la ausencia de la interrogante por su deseo, insatisfecho sí para la histérica, pero aquí, en apariencia aplastado por el peso del discurso del Otro.

1.7 Esbozo sobre la transferencia.

En este último apartado del capítulo, que reza como la presentación del caso clínico, brevemente intentaremos establecer algunas cuestiones en torno a la transferencia, y su instalación en el dispositivo como apertura al trabajo analítico con la paciente. Es menester, entonces, no dejar pasar por alto lo que significó esta experiencia clínica en una práctica pre-profesional en el marco de una institución. Es por ello que nos remitiremos -con la brevedad posible puesto que no será un eje teórico a desarrollar en este trabajo- a la noción de transferencia tal como es planteada por Jacques Lacan. Algunos de estos puntos nos permitirán poner el contraste entre la teoría y el ejercicio de la clínica.

En su *Intervención sobre la transferencia* (1951) en Escritos 1, Lacan pone en relieve la cuestión de la transferencia en todas las relaciones humanas. Es en el ámbito analítico, donde la sola presencia del analista instaura la dimensión del diálogo, que devendrá en transferencia: “En una palabra, *el psicoanálisis es una experiencia dialéctica*, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia”. (Lacan, 1951, p.210) Es entonces que toma sentido según el momento dialéctico en el que se produce. Para ello, es indispensable la auténtica posición de neutralidad del analista, la cual

refiere a tomar todo lo que sucede en el análisis, incluso *aquel mal contra el que se lucha* en lo particular del sujeto.

Finaliza Lacan:

Creemos sin embargo que la transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente. (Lacan, 1951, p.220)

En *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), Lacan plantea que la transferencia llama a preguntarse por el amor auténtico, y que su fundamento está dado por su función en su praxis. Pero aclara que, frente a la cuestión de si la transferencia está ligada a la situación analítica, enfatiza en que esta última no crea al fenómeno en su totalidad, sino que brinda posibilidades únicas para que surja.

En lo que concierne a la función de la transferencia, Lacan dice: "(...) éste es un momento muy significativo, el de la transmisión de poderes del sujeto al Otro, el lugar de la palabra, virtualmente, el lugar de la verdad". (Lacan, 1964, p.135) El dispositivo analítico funciona como un artificio que es creado entre el analista y el analizante, donde allí se despliegan verdades únicas y propias del sujeto al que habitan. Y es, a su vez, donde el analista se encuentra todo el tiempo con lo más pulsativo del sujeto a nivel del inconsciente. A propósito, Lacan lo enuncia -tal como nos tiene acostumbrados- en forma poética:

(...) Recurrir a una parte sana del sujeto, que se da por presente en lo real y apta para juzgar con el analista lo que sucede en la transferencia, es desconocer, de hecho, que ésa es precisamente la parte involucrada en la transferencia, que ella es quien cierra la puerta, o la ventana, o los postigos, como les parezca mejor -que la beldad con quien uno quiere hablar está detrás de los postigos, esperando, como quien no quiere la cosa, poder abrirlos otra vez. (Lacan, 1964, p.137)

Lacan ubica que, en algún lugar de la situación analítica, existe un sujeto al que se le supone un saber, donde allí se enmarca la transferencia. Pero el punto que ha de tenerse presente, es que el analista sepa que no puede encarnar un saber absoluto, y menos aquel que le pertenece a ese sujeto, que es quien ubica al sujeto supuesto saber. El analista es entonces objeto de la transferencia. (p.241) Dice Lacan: "Allí es donde está citado el analista. En la medida en que se supone que el analista sabe, se supone también que irá al encuentro del deseo inconsciente". (Lacan, 1964, p.243) La tarea del analista es no ocupar ese lugar a nivel consciente, pero sí actuarlo, reconducir al sujeto en la búsqueda de aquello perdido originalmente, del objeto *a*, el cual es encarnado por la figura del analista.

Con respecto al caso clínico, no podríamos delimitar con exactitud cuándo se instala la transferencia, además ¿cómo se puede asegurar con certeza este punto? Sin embargo, algunos movimientos dentro del proceso analítico, han permitido rastrearla. Es ya en la cuarta entrevista donde Diana emite algunas pistas, refiriéndose a los auriculares que usa en ese momento en sesión. Indica que es una forma de evitar que las voces puedan leer sus pensamientos y agrega:

M. ¿Qué pensamientos pueden leerte?

D. Lo que hablo contigo, lo que pienso contigo, lo que maquinamos juntas, mis acciones, lo que esté haciendo también.

M. ¿Qué piensas conmigo?

D. Lo que estamos hablando, pero lo pienso contigo.

(Fragmento de la 4ª entrevista)

Parece muy claro que hay algo del compromiso analítico que comienza a gestarse, donde no debemos olvidar que el sujeto que arriba a un análisis, lo hace suponiendo un saber a quién ocupará el lugar de la escucha. Se trata del Otro con mayúscula, aquel a quien el analizante le inviste la posición, siguiendo a Lacan, de sujeto supuesto saber. Así, el sujeto cree que es el analista quien está en posesión de su verdad, por lo que la tarea de este último será reconducir al primero en esa búsqueda. El analizante no lo sabrá de entrada, no sabe que sabe, y es por ello que equivoca esa búsqueda en la posición del analista que, por paradójal que parezca, debe hacer semblante de ello, advirtiéndose de lo que realmente se trata. Lacan (1967), indicaba que el sujeto supuesto saber es una significación de saber, por lo que ni el analista ni el analizante son portadores de la verdad, sino que esta emerge a partir de que el saber inconsciente del sujeto se despliega en transferencia.

Es así que, en varias ocasiones, Diana buscaba una respuesta de mi parte sobre algunos puntos que fueran explicitados anteriormente. Por ejemplo, sus dudas transformadas en preguntas, se ubicaban dentro del orden de la moral. Mi respuesta fue siempre la de explicitar que mi lugar allí, no era el de emitir juicios de opinión, sino que se trataba de la apuesta por la palabra y la escucha, diferente al modelo médico y/o psiquiátrico desde el cual arribaba al encuentro clínico.

Por otro lado, en varias ocasiones, Diana planteó la necesidad de haber contado con la atención de una *psicóloga*, por lo que podría leerse una demanda implícita de escucha.

Es en el primer encuentro presencial, que corresponde a la onceava sesión, donde Diana llega al consultorio sonriendo en demasía, comentando: “(...) [estoy] *contenta de verte, tenerte en frente*”. Esto puede pensarse en cómo la presencia física, más allá de mi voz y mi figura bidimensional a través de la pantalla de un dispositivo, habilitó el encuentro de forma

real -no con el Real- es decir, estableció un paralelismo con las alucinaciones auditivas. La voz, encarnada en mi figura, puede pensarse a modo de hipótesis como algo que la recondujo a cuestionarse por lo imaginario de las voces. O lo real, ubicado en su entorno cercano.

Dejando algunas aristas sin poder desarrollar, es importante destacar el compromiso de Diana con el espacio. También poder ubicar lo que al principio se explicitó como su demanda: *ser libre*, anudado entonces con lo que encontraba en el análisis: "(...) *yo acá puedo hablar. Es un espacio donde puedo sacar lo bueno y lo malo de mí*". Creemos que esa libertad casi ilusoria en completud que Diana necesita, comenzó a gestarse a través de la instalación de la escucha analítica, y de no obturar la palabra.

Capítulo 2: Entre psicosis e histeria. El diagnóstico en suspenso.

En este apartado, buscaremos dar cuenta de los postulados psicoanalíticos sobre la psicosis, a la luz de las lecturas de Sigmund Freud y Jacques Lacan. A su vez, sobre el final, retomaremos algunos pasajes escritos por Jean Claude Maleval en torno a la dificultad diagnóstica entre psicosis y locura histérica, tan vigente aún en la clínica contemporánea.

Por lo tanto, intentaremos establecer por qué se basculó entre una estructura u otra al pensar en el caso de Diana. En este sentido, Joël Dor (1991) haciendo alusión a los *Estudios sobre la histeria* (1895) de Breuer y Freud, esclarece que el maestro vienés ya ponía en alto el hecho de que debía establecerse un diagnóstico precoz para decidir la dirección de la cura, aun cuando este pierda pertinencia después de cierto período de tratamiento. (p.16)

Lejos de pretender encasillar al sujeto, ponerle un nombre o reafirmar una etiqueta, ubicar al sujeto que habla a través de su estructura en presencia del analista, permite a este último leer al primero de una forma particular, habilitando intervenciones que pongan a jugar los significantes que marcan al *hablanteser* y así reconducirlo en la búsqueda de su verdad.

Así las cosas, pretendemos plasmar la dificultad que se suscitó en este sentido, donde primero se pensó en la psicosis como estructura, pero luego, a través de una relectura más deshollinada, comenzamos a interpelarnos si en Diana existe un padecimiento más del orden de una neurosis histérica -que como bien lo indica el título de este trabajo- se escamotea a través de alucinaciones auditivas. Creemos que en esta experiencia clínica pudo confirmarse lo que Dor (1991) plantea con respecto al diagnóstico en psicoanálisis: "En la clínica analítica, el acto diagnóstico es por fuerza, al comienzo, *un acto deliberadamente planteado en suspenso y consagrado a un devenir*".² (Dor, 1991, p.18)

² Las cursivas pertenecen al texto original del autor.

2.1 La psicosis a partir de Schreber. La lectura de Freud.

Desde la perspectiva de la teoría freudiana, nos detendremos en los trabajos que desembocan posteriormente al análisis del caso *Schreber* (1911), hacia el final de su teorización sobre el mismo, donde se nombrarán algunos puntos que denotan la psicosis para el autor.

Freud, a partir de este historial clínico, en su texto titulado *Introducción del narcisismo* (1914), logra inferir que la psicosis se caracterizaba por la incapacidad del sujeto para adoptar un interés esperable hacia todo lo que comprende el mundo exterior. Indica entonces, que el mecanismo psicótico no representa una reducción total de la libido, sino a una redistribución de este *quantum* energético. El sujeto retira la investidura libidinal sobre los objetos y los vuelca directamente a su Yo, desembocando en un estado de desorganización de la posición narcisista del sujeto psicótico. Esto produce, según el autor, variados intentos de restitución sobre las relaciones de objeto desinvertidas, lo que deviene en fenómenos delirantes y alucinatorios. Los mecanismos de defensa en la psicosis se caracterizan por fenómenos de huida, retraimiento sobre las relaciones con el mundo exterior, e incluso la inhibición. Justamente por esta desinvertidura de la libido sobre los objetos y desde ella hacia el Yo, estos mecanismos resultan pobres e insatisfactorios, ya que, a diferencia de lo que sucede en la neurosis, se producen fallas en el mecanismo de la represión.

Es a partir de la introducción de la segunda tópica freudiana sobre el aparato psíquico, donde Freud empieza a separar los mecanismos correspondientes a las neurosis y a las psicosis. En su texto *Neurosis y psicosis* (1923), destaca que los conflictos en las neurosis se dan entre el Yo y el Ello y que, en las psicosis, la conflictiva está dada en el seno entre el Yo y la realidad exterior. A raíz de lo que sucede en esta última, el sujeto busca compensar la pérdida del objeto libidinal y rearmar una nueva realidad. Este conflicto en el sujeto psicótico remite a la frustración o denegación de un deseo insoportable e insostenible en la realidad exterior, especialmente en aquellos que no pudieron ser satisfechos en la infancia. (p.157)

Entonces, ¿cuál es la forma que adquiere esta nueva adaptación a la realidad en las psicosis? El autor indica que lo que va a oficiar como parche en el agujero que dejó la ruptura del Yo con la realidad exterior, serán las producciones delirantes y las alucinatorias, creadas a partir de lo que queda de los vínculos que el sujeto pudo establecer con la realidad, antes de producirse esta escisión en el Yo. Freud indica que clínicamente se pudo observar que estas producciones llevan por detrás un intento de curación o restitución. (p.157)

Es así que el maestro vienés continúa explicando que, cuando se da el estallido de una psiconeurosis o psicosis, hay dos vías posibles en las que el sujeto puede tratar de arreglárselas para salir de este estado, pudiendo devenir patógeno o no. Por un lado, si el Yo permanece fiel a su vasallaje hacia el mundo exterior, poniendo una especie de freno al Ello,

constituiría algo no patógeno. En cambio, cuando el Ello prima por sobre el Yo y se deja arrancar de toda realidad exterior, produciría ese conflicto que caracterizaría a la psicosis.

En su trabajo titulado *La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis* (1924), Freud indica que en la psicosis hay una hiperpotencia del Ello y que, en consecuencia, la pérdida de realidad estaría dada de antemano. (p.193) Luego pasa a describir los dos pasos que son esperables en la génesis de la psicosis. Así como en la neurosis, se esperaría que, al Yo en la psicosis, también se lo quisiera extirpar de la realidad y luego se intentara evitar el conflicto que se suscita salvaguardando el vínculo con la realidad exterior. Es así que entonces podemos observar el viraje que se produce en este segundo paso en la psicosis. El autor indica que el carácter de reparación frente a la realidad perdida no tiene que ver con limitar al Ello, sino más bien el de intentar *crear* una nueva realidad. A diferencia de las neurosis, donde se intenta no saber nada de la realidad exterior, en la psicosis se la desmiente como tal y, por tanto, se la reconstruye. A propósito: "(...) la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla". (Freud, 1924, p.195)

¿Bajo qué forma se produce entonces esta nueva reconstrucción de la realidad? El fundador del psicoanálisis indica que la vía alucinatoria es la forma en la que la psicosis encuentra cómo remodelar esta nueva realidad psíquica. Por lo tanto, según Freud, es de creer que exista alguna fuerza que puja contrariando este proceso de replasmación de la realidad. (p.196)

El autor concluye el texto indicando que, tanto en la neurosis como en la psicosis, coexisten dos problemas: por un lado, la pérdida de la realidad, y por el otro, el intento de sustituirla. En la neurosis, al servicio del Yo, y en las psicosis, a servidumbre del Ello. A continuación, recortamos este pasaje del texto freudiano, el cual nos permitirá comenzar a abrir algunas preguntas sobre la estructura en la que Diana se edifica:

Apenas cabe dudar de que el mundo de la fantasía desempeña en la psicosis el mismo papel, de que también en ella constituye la cámara del tesoro de donde se recoge el material o el modelo para edificar la nueva realidad. Pero el nuevo mundo exterior, fantástico, de la psicosis quiere replazar a la realidad exterior; en cambio, el de la neurosis gusta de apuntalarse, como el juego de los niños, en un fragmento de la realidad —diverso de aquel contra el cual fue preciso defenderse—, le presta un significado particular y un sentido secreto, que, de manera no siempre del todo acertada, llamamos *simbólico*. Así, para ambas —neurosis y psicosis—, no sólo cuenta el problema de la *pérdida de realidad*, sino el de un *sustituto de realidad*. (Freud, 1924, p.197)³

Es pertinente en este punto exponer la confusión -si es que cabe la palabra- sobre lo que

³ Las cursivas pertenecen al texto original del autor.

adelantáramos más arriba en relación al caso clínico: el problema de la estructura. En este último pasaje, Freud indica que existen dos mecanismos que aplican tanto para la neurosis como para la psicosis: la pérdida de la realidad y el sustituto de la misma.

Al indicar que la vía alucinatoria es la forma en la que la psicosis busca reconstruir la realidad, rápidamente comenzamos a ubicarnos en ese punto para leer el caso clínico. Recordemos que la queja de Diana, en un principio, remitía a la escucha de voces “*que no están*”. En otros pasajes del tratamiento, también se pudieron observar relatos por demás fantaseados que hicieron pensar en una posible manifestación delirante *in situ*. Cuestión no menor, ya que las mismas se dieron en algunos de los encuentros llevados a cabo en forma presencial. Así, en el espacio de supervisión y desde mi inquietud, se planteaba la interrogante de si, transferencia mediante, Diana se estaría permitiendo delirar como forma de mostrar(me) algo.

Sin embargo, en la relectura del registro escrito de las sesiones, algo resonaba, por lo que más de una pieza no encajaba del todo con el resto del puzzle que veníamos armando. Quizás, no se trata de que todo coincida armónicamente, pues la lógica del no-todo, creemos, aplica a la hora de leer un caso clínico desde su íntima particularidad.

En Diana no se observa un intento de crear una nueva realidad eliminando a la precedente. Más bien, se trata de sustituir algo que le resulta insoportable a su Yo. *Se limita*, como bien lo enunció en varias oportunidades, y quienes ofician de límite son las producciones alucinatorias en forma de voces. ¿Y qué limitan? Nada más y nada menos que su pensamiento.

En relación a las alucinaciones auditivas, parecería claro que el fragmento de la realidad al que apuntarían, como lo expone Freud para el caso de las neurosis (p.197), sería en Diana esa insistencia de los significantes *puta, inservible*. Así es que vuelven para seguir mostrando que hay algo que no cuaja, que no anda. Podríamos adelantar que eso tiene que ver con el advenimiento psíquico a través del Edipo, y de sus consecuencias en la identificación, como también al *ser* mujer. Lo retomaremos más adelante ya que se relaciona íntimamente con lo expuesto. Parecería que todo forma un bucle intrincado en sí mismo.

En forma breve, reservaremos las próximas líneas para exponer los supuestos de Lacan sobre la psicosis.

2.2 El discurso del alienado. La lectura de Lacan.

En *El Seminario. Libro 3. Las psicosis* (1955/56), Lacan comienza cuestionando las posiciones psiquiátricas de la época en torno a la noción de la psicosis. Para ello interpela a autores como Kraepelin, Sérieux, Capgras, Wernicke y hasta el propio Freud. En este sentido comienza diciendo que, en el campo psiquiátrico, las psicosis no se ubican en el plano de las demencias, sino en lo que comúnmente se siguen llamando las locuras. (p.12)

Retomando a Freud, indica que este plantea que el inconsciente del sujeto psicótico se ubica en la superficie, por lo tanto, se lo toma como a ras de lo consciente. Pero Lacan pone esto en tela de juicio, problematizando que por más que el lenguaje sea articulado, no significa que esté reconocido a un nivel consciente como lo plantea Freud, sino que: el sujeto psicótico ignora la lengua que habla. (p.23)

Para el psicoanalista francés, hay una relación entre lo que es rehusado en el orden simbólico, pero que luego aparece en el registro de lo Real. Por una parte, la denegación, y luego, lo que reaparece en aquello que no está integrado por el sujeto. Asimismo, la *verwerfung*⁴ va acompañada de los fenómenos alucinatorios en el sujeto psicótico, en esto que fue expulsado del registro simbólico. Para el psicótico, su Yo está totalmente pegado a su discurso, es lo que toma como la verdad de lo que él habla.

Siguiendo esta línea hablará de la significación del delirio en la psicosis. El desarrollo de este no es insidioso, siempre existen brotes o fases que pueden coincidir o no con situaciones emocionales o crisis en la vida del sujeto. Al decir de Lacan: “A fin de cuentas, ¿qué dice el sujeto, sobre todo en cierto período de su delirio? Que hay significación. Cuál, no sabe, pero ocupa el primer plano, se impone, y para él es perfectamente comprensible”. (Lacan, 1955/56, p.36)

A nivel del significante, el delirio se distingue por la discordancia que produce con el lenguaje común, por lo que la significación no se agota en sí misma. Es así que Lacan nos plantea: “La economía del discurso, la relación de significación a significación, la relación de su ordenamiento común del discurso, es por lo tanto lo que permite distinguir que se trata de un delirio”. (Lacan, 1955/56, p.53)

¿Cómo se plantea la dialéctica del delirio en los postulados lacanianos? Hay que remitirse a la distinción entre el Otro, aquel que no es conocido, y el otro, aquel que es Yo. Lacan se pregunta entonces, ¿de qué habla el sujeto psicótico? Y responde: “De él, sin duda, pero primero de un objeto diferente a los demás, de un objeto que está en la prolongación de la dialéctica dual: les habla de algo que le habló”. (Lacan, 1955/56, p.63) *Eso que le habló* se ubica en la posición del Otro con mayúscula, hay algo que inevitablemente debe situarse en lo desconocido y que marca la existencia de que hay alguien a quien se le habla. El autor indica que es necesario precisar la estructura de *eso* que le habla. Plantea entonces que es el significante entendido desde el punto de interrogación del análisis: se trata del inconsciente. Pero insiste en que esto no basta, sino que es necesario saber cómo *eso* habla y cuál es la estructura de ese discurso. (p.64)

¿Cómo introduce Lacan su interés por la cuestión de las psicosis? Esto lo lleva a cabo formulando el concepto de Forclusión del Nombre del Padre, en el año 1957, para designar

⁴ Rechazo, denegación.

la estructura de las psicosis. Lacan se interesa por el concepto freudiano de *verwerfung*, es decir que, el abordaje del fenómeno de las psicosis consiste en comprender el funcionamiento psíquico en este tipo de estructura clínica, a partir de este rechazo o expulsión catalogado por Freud. En este sentido, Lacan traducirá el concepto freudiano por el de forclusión, primando su atención en el orden de lo simbólico dentro de los tres registros del nudo borromeo, por lo que esta se produce porque en el registro de lo simbólico no se ha inscrito el significante del Nombre del Padre, el cual queda expulsado del orden de lo simbólico hacia el registro de lo Real. Maleval (2002), citando a Lacan, indica que: “En la psicosis algo ha sido dejado fuera de la simbolización general que estructura al sujeto. Lo reprimido se revela mediante una denegación y demuestra ser dialectizable porque está articulado en lo simbólico (...)”. (Maleval, 2002, p.51)

La preexistencia del Otro en el advenimiento del sujeto es la tesis principal lacaniana, por tanto, el sistema significativo sólo puede fundarse en el campo del Otro, en el registro simbólico. Justamente lo que Lacan observa que sucede en la psicosis, es que existe una especie de lesión en esa inscripción del significante en el campo del Otro, donde este no se encuentra reprimido *-verdrängung-* sino forcluido. ¿Cuál es este significante que ha sido forcluido en lo simbólico? Maleval (2002) nos plantea que no es un significante cualquiera, sino que se trata del significante del Nombre del Padre, soporte de la función paterna que apoya al sujeto. (p.74) Continúa citando a Lacan: “(...) la identificación del padre se produce por medio de la palabra de la madre, de tal forma que “la atribución de la procreación al padre no puede ser sino efecto de un puro significante”, lo cual lo lleva a introducir “lo que la religión nos ha enseñado a invocar como el Nombre del Padre”. (Maleval, 2002, p.75)

¿Cuál es la función de la inscripción del Nombre del Padre en el registro de lo simbólico? Parece ser aquella que remite al anudamiento de los elementos que se registran en el orden simbólico, aquello que funciona como capitoneado entre el significante y el significado, manteniendo la tríada edípica falo-madre-niño.

Deteniéndonos en lo que concierne a la metáfora paterna, Lacan planteaba en su trabajo *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* (1966), que la función del significante del Nombre del Padre viene a suplir el lugar simbolizado por la madre, es decir, se trata de instaurar la Ley que como tal implica la prohibición del incesto, a través del complejo de Edipo. ¿Qué implica esto para la madre y el niño? La función paterna detiene el goce en la relación madre-niño, es decir, prohibiéndole a la madre el deseo de tomar al hijo como falo y así sentirse en completud, y al niño, instaurando la prohibición de tomar a la madre como objeto de deseo.

¿Cómo opera entonces la no inscripción -o forclusión- del significante del Nombre del Padre en el sujeto psicótico? Al desencadenarse el mecanismo de la psicosis, el sujeto reedita el agujero que dejó la forclusión en la simbolización, y no encuentra respuesta a eso. Se trata

de un vacío de significación. Al no instaurarse el falo en el campo del Otro, el sujeto experimenta el sentimiento de vida con una identificación imaginaria cualquiera, pero que no es sostenida por el falo. Por tanto, al no inscribirse el significante del Nombre del Padre, el sujeto no está regulado por la ley que implica la aceptación del falo y de la castración, que permitiría que el sujeto se experimentara como pasible de deseo. Es entonces en relación al lenguaje que el sujeto, al no tomar un lugar en la cadena significante por esa ruptura entre ella y el significado, no habita el lenguaje, es decir que es habitado por él.

Con respecto a esto último planteado en forma breve acerca de la metáfora paterna, la forclusión del significante del Nombre del Padre y su coyuntura con el Edipo, nos servirá para retomarlo en el Capítulo 3 de este trabajo, donde nos detendremos un poco más en estos postulados. No podíamos dejar de mencionarlo en este punto ya que, si bien no lo articularemos con el caso clínico en este momento, es pilar estructural para acercarnos a comprender cómo se estructura la psicosis en la lectura lacaniana, y de esta forma, cimentar más aún nuestras hipótesis sobre Diana.

Un pasaje de este escrito lacaniano, llamó nuestra atención:

Que estas paradojas aparecen ya cuando es el otro que profiere la palabra, es cosa que queda bastante manifiesta en el sujeto por la posibilidad de obedecer a ella en cuanto que gobierna su escucha y su puesta en guardia, pues con sólo entrar en contacto con su audición, el sujeto cae bajo el efecto de una sugestión de la que sólo escapa reduciendo al otro a no ser sino el portavoz de un discurso que no es de él o de una intención que mantiene en él en reserva. (Lacan, 1966, p.511)

Si seguimos la teorización planteada por el psicoanalista francés, podemos encontrar que la estructura del delirio no parecería corresponder al relato de Diana. En ella es que ubicamos el mecanismo de la alucinación auditiva, que tanto puede presentarse en las neurosis como en las psicosis. Diana no presenta una trama delirante que remita a producciones más o menos incomprensibles o disparatadas, en el decurso del lenguaje. Más bien se trata de la alucinación que se ubica desde la realidad exterior, y así se introyecta al interior del sujeto. En la cita que antecede parece explicarse esto, la palabra audible del otro cualquiera, activaría una sumisión del sujeto frente a ellas: "(...) otra voz toma la palabra". (Lacan, 1954/55, p.241)

No olvidemos en este punto que Diana indicó que esas voces solía escucharlas cuando los otros estaban cerca de ella. Claramente pareciera existir un predominio de lo imaginario, que se articula en el registro de lo simbólico, y así funciona como la reproducción del discurso del Otro que imprimió los significantes que retornan. No así de un significante que retornaría desde lo Real como es, según la lectura de Lacan, el significante del Nombre del Padre. No

parecería que no estuviera reconocido por el sujeto, sino más bien que allí se produjo una falla en la metáfora paterna que conlleva a dicho significante, el cual instala la ley.

En la dialéctica de la neurosis existe una palabra que se articula y así se reprime, por lo que la represión y el retorno de lo reprimido constituyen una misma cosa. Por lo tanto, ese significante entra en la simbolización del sujeto. (Lacan, 1955/56, p.118) Diana es claro ejemplo de esto, pues lo que insiste en volver al plano consciente del sujeto es ese significante que encarnan las alucinaciones auditivas: es el significante *puta*. Para ella es comprensible, pues sabe cuál es su significación, sin embargo, se esfuerza por no escuchar. La alucinación es el retorno de lo reprimido en este caso. Insiste, puja, y es a la vez accesorio importante en su formación sintomática, a través de la enfermedad. ¿Beneficio secundario del síntoma al decir de Freud? Podría pensarse así, ya que este padecimiento la invita a ocupar un lugar de reconocimiento, a través de la palabra que fue oída desde el Otro.

Es así que en Diana no se constituye un hablar delirante donde el significante salta de significación en significación, sino que alberga la estructura metafórica de este, de forma que ese significante que insiste en hacerse presente -por las voces- conlleva una profunda significación en el sujeto. Como es planteado por Dylan Evans (1996): “La cadena es siempre metonímica en la producción de sentido; la significación no está presente en ningún punto de esa cadena, sino que el sentido “insiste” en el movimiento de un significante a otro”. (Evans, 1996, p.47) Las voces entonces, encarnarían el lugar del Otro, reconocido por el sujeto que habla, tal como lo indica Lacan:

En la verdadera palabra, el Otro, es aquello ante lo cual se hacen reconocer. Pero sólo pueden hacerse reconocer por él porque él está de antemano reconocido. Debe estar reconocido para que puedan hacerse reconocer. Esta dimensión suplementaria, la reciprocidad, es necesaria (...). (Lacan, 1955/56, p.78)

Luego de esta exposición, creemos que el interrogante acerca de la estructura clínica en Diana, comienza a echar luz al paso que va dejando algunas sombras detrás. Nos vamos acercando más a la hipótesis de una histeria con alucinaciones, ya que estas nos indican el texto vivencial del sujeto que las relata, es decir, se corresponden con una parte de la historia que ha sido expulsada a los recónditos lugares de lo inconsciente, para evitar el conflicto y la angustia que suscita. Sin embargo, estos últimos abren paso a descifrar el padecimiento que permite ubicarse en una posición subjetiva distinta. Citamos a Lacan: “En consecuencia, no tenemos ninguna razón para negarnos a reconocer esas voces en el momento en que el sujeto nos da fe de ellas como de algo que forma parte del texto mismo de su vivencia”. (Lacan, 1955/56, p.164)

2.3 Luces y sombras de la locura histórica. La lectura de Maleval.

El nombre del apartado ya nos adelanta algo. Fue justamente con el complemento de la lectura atenta del libro *Locuras históricas y psicosis disociativas* (1981), de Jean Claude Maleval, lo que permitió pensar en la estructura de Diana como una locura histórica. Así es que nos abocaremos a tomar algunos pasajes del texto que resonaron en este sentido.

Ya de entrada el autor comienza haciendo hincapié en la confusión entre las locuras y la psicosis, en términos diagnósticos de estructura. Así es que menciona que, la inconsistencia de la función del padre en el discurso del sujeto y el posterior desarrollo del delirio, harían pensar en una psicosis. No obstante, aclara: "(...) un delirio histórico no está regido por los mismos mecanismos que un delirio psicótico". (Maleval, 1981, p.17)

Un punto esencial radica en ubicar a la estructura articulada con el lenguaje y el consecuente discurso del sujeto. Es así que el resultado de la combinación de los significantes, permitirá dilucidar de dónde proviene ese discurso. En este sentido, es menester mencionar una condición clave y particular del delirio histórico: la metaforización del discurso. No se trata de una deriva metonímica, que va de significación en significación y parece no corresponder con un significante. Esto sería propio de la psicosis. En la neurosis sucede todo lo contrario, por lo que claramente se puede dilucidar que el delirio, o incluso la alucinación auditiva en Diana, remiten a lo reprimido -no forcluído- originalmente que ahora retorna. Nos parece clave aclarar esta distinción porque, sin dudas, fue la que más nos ayudó a posicionarnos en esta lectura.

Es así que, si nos remitimos al discurso de Diana con respecto a las alucinaciones auditivas, podemos ubicar rápidamente a los significantes que le antecedieron. Estos se intentaron cancelar y expulsar hacia un lugar donde no perturbaran e hicieran conflicto psíquico, pero, sin embargo, como la insistencia es característica fundamental del significante, vuelven y así buscan hacerse oír, aunque mantengan al margen de la conciencia el acontecimiento traumático. La forma que encuentran en Diana es a través de la alucinación auditiva, y a su vez, de estas como expresión de *una enfermedad* que le supone cierto estatuto de reconocimiento para el Otro. Así es que el sujeto fabrica una forma de no desfallecer y mostrar-se. A propósito, Maleval lo ilustra de esta forma:

Si lo reprimido puede aparecer de una manera con frecuencia translúcida en el delirio histórico, sucede que oculta lo que manifiesta bajo la máscara de la locura. La conversión somática es un procedimiento análogo, que oculta más profundamente lo que expresa, bajo la máscara de la patología orgánica. (Maleval, 1981, p.53)

En otro orden de cosas, pero en estrecho lazo con lo expuesto anteriormente, Maleval continúa aclarando nuestra lectura del caso clínico. En este sentido, recordemos que en

varios pasajes que seleccionamos de las sesiones, la paciente dejó entrever que la principal causa de su diagnóstico de psicosis había sido el consumo de marihuana. ¿Cómo enlazamos esto en relación a la estructura? El autor plantea que las drogas alucinógenas tienen incidencia en los estados de locura histérica, y no así de los psicóticos. (p.93)

Podemos ubicar al delirio histérico como forma de preservar la insatisfacción esencial del deseo en la histérica, velando que no falte la falta a través de la culpa. Es lo que Diana marcadamente ha manifestado, ser culpable de *no haber ayudado* a que la enfermedad no surgiera a raíz del consumo del tóxico. Entonces, ¿cuál sería ese deseo que habría de quedar insatisfecho? Creemos que la hipótesis de inflingirse el castigo a través de la supuesta psicosis, por desear más allá del deseo de la madre en este caso, permite captar un punto de coagulación de su propio deseo, y así permanecer en falta, siempre insatisfecha.

Maleval sigue precisando otros puntos interesantes. Habla así de la significación que traería aparejada las internaciones psiquiátricas del sujeto, bajo cuadros de aparente psicosis. Parecería entonces que estas representarían una forma de castración simbólica propia de la histeria, y oficiarían como medio de expiación de la culpa. (p.110) En tanto, la elección inconsciente del síntoma de la locura, estaría determinada de una forma particular y específica en el sujeto. Nos hace pensar que, en Diana, remitiría a apropiarse de la enfermedad, atribuyéndole rasgos de herencia familiar, y así hacerse reconocer, activar el castigo propio mediante la culpabilidad, y sofocar el deseo. Pero en la locura histérica, se trata del problema de la elección del síntoma y no el de la elección de enfermedad. (p.143)

Creemos estar en condiciones de alegar que la estructura que comanda el discurso de Diana, se enmarca en lo que sería una locura histérica. En este sentido, indicaremos algunas de las características de esta, las cuales son muy bien planteadas por Maleval. Por un lado, ubicamos al delirio con carácter metafórico del lenguaje, punto importante para la escucha del analista, permitiendo ligar y hacer re-aparecer los significantes que se van camuflando. La clave estaría dada por el carácter comprensible en el discurso, lo cual como vimos anteriormente, operaría como una castración imaginaria que se encuentra organizada por la represión. Sin embargo, el retorno de lo reprimido en Diana, estaría dado por las alucinaciones auditivas. Estas, siguiendo a Maleval, operan en base a órdenes, amenazas, desprecios, en relación a temas de culpabilidad, indignidad e impureza. Es imposible no evocar el relato de Diana en este sentido. Esas voces le ordenaban hacer cosas, la culpabilizaban por sus pensamientos, por lo cual se veía limitada en este sentido, le decían que no servía para nada, y en forma insistente, que era *una puta, una atorranta*. Punto nodal para pensar el drama histérico de la identidad en relación a la sexualidad, y la asunción del ser mujer a través de la identificación con el Ideal del yo.

Por último, nos gustaría hacer referencia al cuadro psiquiátrico tal como lo pone en juego Maleval. La pregunta que se establece es la siguiente, ¿es la apropiación del diagnóstico

psiquiátrico una forma de velar, bajo una máscara, a la condición histérica? Creemos que sí, por lo que establecemos, entonces, que se trataría de una *pseudopsicosis*.

Capítulo 3. Acerca de la trama edípica. Derivas de la identificación.

En este apartado presentaremos lo que tiene que ver con la estructuración psíquica del sujeto, a partir del Edipo en psicoanálisis como fenómeno universal.

Así es que nos valdremos de la presentación de este eje teórico, tal cual lo introdujo Freud a partir de su controversial autoanálisis. A lo largo de su obra, este postulado fue ampliado en varias ocasiones, por lo que nos limitaremos a enunciar sus características más importantes, anudado con algunos de sus trabajos sobre el Edipo en la niña, y su relación con la sexualidad y la asunción como mujer.

Por otra parte, nos dedicaremos a presentar la relectura teórica del Edipo freudiano que realiza Lacan, exponiendo así los llamados tres tiempos del Edipo. De forma inexorable, mencionaremos lo que tiene que ver con la metáfora paterna y cómo opera en la separación del goce entre madre e hijo.

En forma de sinopsis, agregaremos algunas consideraciones sobre el estrago materno.

Con base en esto, intentaremos dar pistas a la respuesta por la segunda pregunta que orienta este trabajo, tratando de rastrear cómo Diana tramita el proceso identificatorio, a partir del tránsito edípico.

Nos permitiremos formular una lectura específica que no pretende coagular otras posibles interrogantes e hipótesis. Esto nos habilitará a pensar nuevamente en la formación sintomática de Diana, como una manera de denunciar lo insoportable de un discurso que insistentemente retorna y se impone en el aquí y ahora, actualizando un conflicto de antaño, y de carácter estructural.

3.1 Breve recorrido sobre el complejo de Edipo para Freud.

Sin lugar a dudas, la conceptualización teórica del llamado complejo de Edipo, reviste un carácter de suma importancia en la obra psicoanalítica freudiana. Además, en la clínica es donde vemos sus rastros psíquicos, más allá de sus posibles resoluciones.

Freud toma el mito de *Edipo Rey* de Sófocles, para así designar lo que se dio a llamar el complejo nuclear de las neurosis. Su teorización es bastante amplia, y data de las primeras correspondencias a Fliess en el año 1897, donde el maestro vienés, a partir de su autoanálisis, dejaba entrever que existía, incluso en él, un gran monto de deseos sexuales y amorosos principalmente por el progenitor del sexo opuesto, así como una significativa hostilidad volcada a la figura parental del mismo sexo. Para Freud, el tránsito por el Edipo es necesario para poder desasirse de los objetos parentales, como forma de poder desear más

allá de eso. Es asumir una posición viril en el caso del niño, y alcanzar la feminidad en el caso de la niña. Veremos que esto último no se da sin ciertos rodeos.

En *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), el autor distingue las características sexuales infantiles, ubicando así en una primera etapa a la que denomina pre-edípica, la funcionalidad específicamente autoerótica, donde el objeto es el propio cuerpo como zona erógena. Sin embargo, es en la denominada etapa fálica, entre los tres y cinco años de edad, donde se da necesariamente el complejo de Edipo. Allí, el niño descubre su pene como órgano sexual que le provoca placer, por lo que comienzan a manifestarse deseos de poseer a la madre. Es así que, en este descubrimiento temprano de su virilidad, busca reemplazar al padre, el cual pasa de ser una figura de autoridad, a constituirse en un rival.

En su trabajo *La organización genital infantil* (1923), Freud indica que la primacía genital infantil estará dada alrededor del órgano masculino, a saber, el pene en tanto órgano eréctil, por lo que se trata de un primado fálico. Así es que el niño, en un principio, cree que todos los seres tienen pene, pero el encuentro con alguien del sexo femenino, hace caer el velo en acto, dando cuenta de que esta tesis no se cumple.

En un primer momento, el niño desmiente esta falta de pene e indica que sí lo hay, pero es demasiado pequeño. Luego se produce la caída en cuenta de que allí hubo un pene, pero fue removido. Esto instala la amenaza de castración como castigo por entregarse a las mociones prohibidas, como lo es la masturbación. Es así que cuando el niño da cuenta de que todas las mujeres están castradas, pone fin a toda la satisfacción del complejo de Edipo ya que, si el niño ocupa el lugar del padre y posee a la madre, el castigo será la pérdida de su atributo fálico, amenazando así también su narcisismo y su propio Yo, el cual está constituido por la imagen del falo. Por lo tanto, la prevalencia fálica, supone también una herida narcisista. (Laplanche y Pontalis, 1967, p.59)

Si en otro movimiento, el niño ocupa el lugar de la madre para ser poseído por el padre, también deberá cercenar su falo para ocupar ese lugar. Conflicto entonces entre el narcisismo atribuido a su órgano fálico, y la investidura libidinal hacia los objetos parentales. Su salida será retirar las investiduras de objeto en sustitución por la identificación hacia el Yo, sea a la autoridad del padre, o de ambos progenitores, asegurando que la investidura libidinal de objeto no retorne. (Freud, 1924, p. 184) Así se instala la ley de prohibición del incesto, reguladora de la cultura, la que da paso a la conformación de la instancia del superyó:

Estas identificaciones secundarias, y más especialmente la paterna, constituyen el núcleo del superyó. Tras reconocer al padre como obstáculo a la realización de los deseos edípicos, el niño «introyecta su autoridad», «toma del padre la fuerza necesaria» para erigir en sí mismo ese obstáculo. Lo que debe desembocar no en una simple represión (pues entonces habrá siempre un

retorno de lo reprimido) sino, «si las cosas se cumplen de una manera ideal, en una destrucción y una supresión del complejo». (Chemama, 1996, p.121)

A grandes rasgos, hemos visto el mecanismo del complejo de Edipo para el caso del niño y su relación con el complejo de castración: significa la resolución del complejo al experimentar que puede perder su atributo fálico. Sin embargo, en la niña, la castración es vivida como un hecho consumado, pues nunca tuvo pene. Así es que se instala su adentramiento en el complejo de Edipo, lo cual no sucede sin ciertos rodeos, y que como bien lo exponía Freud, en el caso de la niña se vuelve “mucho más oscuro y lagunoso”. (Freud, 1924, p.185)

En su artículo *Sobre la sexualidad femenina* (1931), el autor intenta dar respuesta a la cuestión en la niña, indicando que lo que existe de antemano, es una relación pre-edípica con la madre, su primer objeto de amor, de carácter prolongado e intenso, lo cual devendrá en la posterior salida hacia la feminidad. Siguiendo esta línea, las interrogantes que se le interponen a Freud, son las siguientes: “¿Cómo halla entonces el camino hasta el padre? ¿Cómo, cuándo y por qué se desase de la madre?” (Freud, 1931, p.227)

La niña también posee una etapa fálica, y esta consiste en la atención volcada hacia su clítoris. Es entonces que lo que se espera, es el pasaje de esta zona rectora hacia una nueva, en este caso, la vagina, lo que resulta hartamente complicado. Además de ello, la constatación de la diferencia anatómica con respecto al varón, hace que su hostilidad sea dirigida hacia la madre por privarla del atributo fálico, y vuelca su amor hacia la figura del padre, portador del falo: “Pero al final del desarrollo el varón-padre debe haber devenido el nuevo objeto de amor; vale decir: al cambio de vía sexual de la mujer tiene que corresponder un cambio de vía en el sexo del objeto”. (Freud, 1931, p.230)

El autor continúa explicando las complicaciones de la fase edípica en la niña. Expone entonces, que el complejo de castración es reconocido por ella, puesto que entiende que no es portadora del atributo fálico del varón. Esta aceptación no es sin algunas revueltas, dada la posición de inferioridad en la que se halla frente al niño. Los efectos de la castración, entonces, pueden adoptar tres orientaciones posibles en el camino hacia la feminidad: en primer lugar, la niña, aterrorizada por la comparación anatómica con el varón, se descontenta de su clítoris y renuncia a todo quehacer fálico, así como a la sexualidad en general; un segundo momento podría darse mediante una obstinada actitud de afirmación de la masculinidad amenazada, por lo que persiste el anhelo de algún día tener un pene (*penisneid*); y el tercer desenlace radica en tomar al padre como objeto de amor, para luego efectuar el pasaje hacia la exogamia en relación a otros hombres, donde pueda ofrecerse ella también como objeto de amor. El autor expone entonces, la extrañeza de la niña en relación a su madre, y cómo se abre camino hacia el padre:

Comoquiera que fuese, al final de esta primera fase de la ligazón-madre emerge como el más intenso motivo de extrañamiento de la hija respecto de la madre el reproche de no haberla dotado de un genital correcto, vale decir, de haberla parido mujer. (Freud, 1931, p.235)

Así también lo indicaba en su trabajo sobre *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos* (1925), donde la envidia del pene, heredera del complejo de masculinidad, le profiere a la niña una herida narcisista que devendrá en significativas consecuencias de alcance psíquico en la vida adulta, en referencia a la sexualidad. Es así que la falta de pene es vivida como un castigo personal, lo cual la lleva al menosprecio del varón, logrando así el establecimiento de cierta paridad entre los sexos. (Freud, 1925, p.272)

Finalmente, la forma de arribo hacia el padre, teniendo en cuenta la tercera orientación descrita más arriba, es efectuada por la niña a través del reconocimiento del progenitor como portador del falo: exige que se lo dé. Al caer en cuenta que el padre no puede otorgarle su atributo fálico, y que no puede hacerse preferir por él, la niña elabora la ecuación simbólica que sustituirá al pene por el deseo de un hijo del padre. Esto puede hacerlo si se identifica con la madre como ideal de feminidad, en tanto es una mujer deseada por el padre. Sin embargo, al tomar al padre como objeto de amor, conlleva a que la niña también se identifique con él, en tanto este se presenta como quien tiene el falo.

3.2 La lectura estructuralista de Lacan. Los tres tiempos del Edipo.

La conceptualización teórica de Lacan sobre este postulado, también resulta amplia para poder abarcarla en su totalidad. Es así que nos remitiremos a cómo presenta los tres tiempos del Edipo en *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente* (1957/58).

Antes de dar paso a la escritura, es importante destacar que, para el psicoanalista francés, los tres tiempos del Edipo no tienen que ver con tiempos cronológicos, sino que, remiten a tiempos lógicos. Es así que Lacan, introduce un nuevo elemento -un significante- en la tríada edípica freudiana, compuesta por madre-padre-niño. Lo que entra en escena, es el falo. En su escrito *La significación del falo* (1958), Lacan lo introduce como un significante “destinado a designar en su conjunto los efectos del significado, en cuanto el significante los condiciona por su presencia de significante”. (Lacan, 1958, p.657)

Para situarnos en este sentido, expone que el significante del Nombre del Padre, es fundamental para que pueda operar la metáfora paterna. Este oficia de sostén del padre simbólico, aquel que expone el texto de la ley a nivel del significante. Dice Lacan: “Es el significante que apoya a la ley, que promulga la ley. Es el Otro en el Otro”. (Lacan, 1957/58, p.150) Siguiendo esta línea, la metáfora consiste entonces, en nombrar algo que sustituye a otra cosa en su lugar. Es para Lacan, el carácter sustitutivo del significante por otro significante.

¿De qué va la metáfora paterna? Significa sustituir el Deseo de la Madre, por el Nombre del Padre. Esto constituye la columna vertebral del carácter metafórico del complejo de Edipo. (Evans, 1996, p.128) Tal cual lo expone el psicoanalista francés: “La función del padre en el complejo de Edipo es la de ser un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el significante materno”. (Lacan, 1957/58, p.179) De todas maneras, es importante explicitar que para que opere la metáfora paterna, no es necesario en forma exclusiva, la presencia de un padre real, ya “que el padre existe incluso sin estar”. (Lacan, 1957/58, p.172) Se trata entonces de cómo se instala la metáfora paterna en tanto introduce, a nivel simbólico, el significante del Nombre del Padre. Pasemos a los tres tiempos del Edipo.

En el **primer tiempo** del Edipo, se trata de la identificación en espejo del sujeto con respecto al objeto de deseo de la madre, representado por el falo imaginario. Es así que, para captar la atención materna, es suficiente con ser el falo para ella. (Lacan, 1957/58, p.198) Al no ser un objeto real, sino imaginarizado, la madre toma posesión del niño como siendo el falo, por lo que reniega de su falta y sucumbe en una madre fálica que nada le falta. Así es que aquel se ubica en una posición de súbdito frente a aquella, ya que más allá de sus cuidados, desea ser deseado por esta, representando así a ese falo imaginario. La cuestión radica en ser o no ser el falo para la madre. Aquí nos encontramos con la figura de un padre velado, aunque existe por estar sumergido en la ley del símbolo que le precede.

En el **segundo tiempo** del Edipo, el padre aparece como privador de la madre. Primero interviene privando al niño del objeto de su deseo que es la madre, y privando a la madre del objeto fálico. El niño entonces cae en cuenta que la madre es dependiente de un Otro del Otro, es decir, de la ley que priva del objeto fálico, “ley del padre concebida imaginariamente por el sujeto como privadora de la madre”. (Lacan, 1957/58, p.198)

Así es que la privación del padre en este segundo tiempo, es ejercida sobre la madre y el objeto de su deseo:

El padre todopoderoso es el que priva. Éste es el segundo tiempo. En este estadio se detenían los análisis del complejo de Edipo cuando se pensaba que todos los estragos del complejo dependían de la omnipotencia del padre. Sólo se pensaba en este segundo tiempo, pero no se destacaba que la castración ejercida era la privación de la madre y no del niño. (Lacan, 1957/58, p.200)

Aquí, el padre aparece mediado en función de que la madre es quien lo evoca como aquel que debe dictar la ley que priva del objeto que falta, es decir, el falo. Por lo tanto, constituye un punto nodal que esa privación se ejerza de forma eficaz sobre el sujeto.

En el **tercer tiempo** del Edipo, luego de que se produce la castración simbólica y se instaure la ley de prohibición del incesto, el padre aparece como real y potente, revelándose como padre donador que sí tiene el falo, por lo que puede otorgar aquello que está en el

orden de la privación fálica. Por lo tanto, si el niño cae de su lugar de súbdito y acepta que es el padre quien tiene el falo, es decir, se identifica con él, se produce la salida del complejo de Edipo y la constitución del Ideal del yo. Aquí es donde interviene la metáfora paterna, como “la institución de algo perteneciente a la categoría del significante, está ahí en reserva y su significación se desarrollará más tarde”. (Lacan, 1957/58, p.201) Esto quiere decir que el niño se identifica con una posición viril, siendo su propia metáfora, a partir de que obtiene *todos los títulos* para ser un hombre. En este sentido, no debemos olvidar que el padre ya no es la ley como tal, sino que la representa en tanto que también se ve afectado por ella. Por lo tanto, su posición ya no será la de un padre omnipotente, sino la de un amo castrado que no puede hacer lo que sea con su posición fálica. De hecho, si así lo hiciera, se destituiría.

Por otro lado, en la mujer, esta salida del complejo es distinta. No debe enfrentarse con la cuestión identificatoria, sino más bien, se dirige al encuentro con el padre como forma de reconocimiento de que es quien posee el título de virilidad. Allí debe ir a buscarlo.

3.3 Algunas consideraciones sobre el estrago materno.

Esencialmente, al estar alienado a las marcas primarias que impone el Otro materno, el sujeto no puede devenir sin cierta cuota de estrago. Es lo que Lema (2014), propone acerca del deseo materno en tanto que estructural:

Si el sujeto no puede existir sin alienarse en las marcas que el Otro primario le impone, esa acción deja algo de más que no es el resultado de un mal encuentro, sino que es constitutivo del mismo. (Lema, 2014, p.14)

Sin embargo, la concepción del estrago no deja de ser ambivalente. Como bien lo subraya Zawady (2012), la resonancia semántica del término puede tener que ver con la omnipotencia del Otro materno, en tanto produce el efecto de fascinación en los primeros años de vida del *infans*, o bien puede remitirse a los efectos devastadores que en el sujeto tiene dicha fascinación. (p.171)

Anteriormente, pudimos rastrear que Freud ya vaticinaba a la ligazón madre-hija como ambivalente, plagada de mociones tiernas fácilmente mudables a lo hostil, siendo el objeto madre seductor, y a su vez, a donde se dirige la hostilidad. Esto tiene que ver con la erogoneización del cuerpo de la niña en sus primeros cuidados, y luego la prohibición de la práctica onanista temprana, con el agregado no menor de culpar a la madre por no haberla dotado con el genital correcto, siendo este el complejo de castración en la mujer. En este punto, cabe el cuestionamiento acerca de si no se trataría, además, del reproche invertido de la madre hacia la hija, por esta haber nacido mujer. Más allá de ello, cuánto de envidia fálica, o de moral, involucra esta posición en la madre al posicionarse en rivalidad con la hija, imponiendo así la represión hacia la sexualidad de esta última.

Sin embargo, Lacan propondrá que el deseo materno es equiparable a la figura de un cocodrilo con sus fauces abiertas, prestas a cerrarse intempestivamente. Lo indica de esta forma:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre.

Entonces traté de explicar que había algo tranquilizador. Les digo cosas simples, improviso, debo decirlo. Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que te protege si, de repente, eso se cierra. (...) Así que fue en este nivel como hablé de la metáfora paterna. Del complejo de Edipo no hablé nunca más que de esta forma. (Lacan, 1969/70, pp.118-119)

En este sentido, parece plantearse al deseo materno como excesivo en su condición, y a punto de devorar al sujeto, de no ser por la entrada en escena del palo de piedra que contiene a las fauces maternas. Claramente hay una referencia a la operación de sustitución -que mencionáramos más arriba- del Deseo de la Madre por el significante del Nombre del Padre. Así es que Lema (2014) lo explica, indicando que esta sustitución metafórica no sólo podrá realizarse a nivel de lo simbólico, sino que el padre debe presentarse como real, reclamando a la madre en tanto que mujer, siendo “capaz de gozar de ella al fracturar el ideal materno, atravesarla para volverla objeto”. (Lema, 2014, p.57) Es la forma de apaciguar la condición estragante.

No obstante, es pertinente mencionar lo que Zawady propone acerca de la voracidad del exceso materno, “padecido con una particular intensidad por el sujeto femenino, quien, en su novela familiar, da cuenta de una complejidad inédita y pertinaz, implícita en la relación madre-hija”. (Zawady, 2012, p.171) En efecto, ya Lacan exponía el carácter mortífero de esta relación, y así lo plasma en este pasaje de su escrito *El atolondradicho* (1972):

A este título, la elucubración freudiana del complejo de Edipo, que hace de la mujer pez en el agua, por ser la castración en ella inicial (Freud *dixit*), contrasta dolorosamente con el hecho del estrago que en la mujer, en la mayoría, es la relación con la madre, de la cual parece esperar como mujer más sustancia que de su padre -lo que no va con su ser segundo en este estrago. (Lacan, 1972, p.489)

Con esto queda explicitado que, por más que la mujer encuentre en el padre un recurso para construir su feminidad, aun así, se producirá el viraje hacia la madre en la búsqueda empeñada de una respuesta al enigma de lo femenino. (Zawady, 2012, p.187) Sin embargo, esa búsqueda será siempre irresoluta, puesto que el significante de lo femenino, está forcluído en la estructura.

En efecto, cuando el sujeto queda preso de la voracidad del deseo materno, por la inoperancia simbólica del padre, no puede abrirse camino a la búsqueda de su propio deseo, como forma de ex-sistir más allá del Otro materno: "(...) su matiz mortífero en el empuje al goce superyoico, allí donde la insuficiencia del padre simbólico no es la excepción, sino la regla que hace síntoma". (Zawady, 2012, p.170) Esto daría paso a algunas neurosis más graves, donde podrían darse ciertos fenómenos de apariencia psicótica, como lo son las alucinaciones, dando cuenta que hay algo que retorna en lo real. Se trata de la forclusión de lo femenino en la estructura.

3.4 "No se vuelve loco el que quiere". La identificación. Enlace con el caso clínico.

En este apartado, intentaremos establecer algunas consideraciones sobre la identificación, apoyados en la teoría freudiana, y brevemente en lo planteado por Lacan. Así es que, con el recorte teórico de este eje, añadiremos una lectura específica que se anuda al caso clínico.

Freud, en el *Capítulo VII. La identificación de Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), indica que esta se trata de la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona. (p.99) En la posición femenina, la identificación de la niña recae en la elección del objeto como aquello que querría tener, a saber, el padre. Sin embargo, el autor indica que la identificación en la formación histérica del síntoma, se debe a la voluntad hostil de sustituir a la madre, y el síntoma, expresado en amor de objeto por el padre, sustituyendo a la madre bajo la conciencia de culpa. De otra forma, el síntoma puede ser el mismo que el de la persona amada. En este sentido, el Yo copia una parte de la persona amada, y otra de la no amada, lo cual significa una identificación parcial, "pues toma prestado un único rasgo de la persona objeto". (Freud, 1921, p.101)

¿Cómo se delinea este punto en Diana? Si nos valemos de la tercera orientación freudiana, al respecto de los efectos de la castración en la mujer, claramente parecería que la paciente logra identificarse con el amor hacia el padre, pero a condición de la enfermedad. Esto lo podemos apreciar en dos vertientes de su discurso. Por un lado, cuando Diana se refiere al problema de alcoholismo de su padre, diciendo que "*era una persona problemática, no se quería curar, cosas parecidas*"; punto nodal en esto último que subrayamos con itálica. La elección de síntoma a través de la enfermedad psiquiátrica, opera como vía identificatoria directa con el padre. Como lo expone Nasio (1988), constituye el "proceso inconsciente realizado por el yo cuando éste se transforma en un aspecto del objeto". (Nasio, 1988, p.138) La representación psíquica del padre, es para Diana, la de un padre enfermo.

Por otra parte, es menester recordar las ideaciones suicidas de la paciente ⁵, donde estas remitían a la muerte en una zanja, al igual que como fue encontrado muerto su padre. Aquí también vemos que esta línea identificatoria se va tejiendo a través de la *locura* previa del progenitor, y así se impone como una especie de mandato para Diana. Existe y la reconocen, pero a condición de *ser loca*. Nasio (1988), subraya esta identificación parcial del Yo con un rasgo del objeto: “Aquí, el aspecto parcial del objeto es un rasgo saliente, y el objeto en sí mismo, un ser amado, deseado y perdido”. (Nasio, 1988, p.146) Es lo que tiene correspondencia con la identificación simbólica del sujeto a un significante, tal cual lo plantea Lacan, y que retomaremos en lo que sobreviene a estas líneas.

En efecto, la identificación hacia el padre por vía directa, más allá, corresponde a una identificación a los hombres. Recordemos la alusión de la paciente a la esquizofrenia de su tío por línea materna, y en aquel enunciado que rezaba como: “*vengo de ramas de la familia maltrechas, y yo no ayudé*”. Es así que se la lee como quien hace *fuerza* para enloquecer, y coloca en el objeto persecutorio de la marihuana, el lugar de culpabilidad que le atribuye su enfermedad. En este sentido, la medicación como objeto, también permite anudar la enfermedad y rectificarla, rindiendo así, el homenaje identificatorio al padre. Quizás, aquí tomaría un tinte más intenso la imposibilidad que Diana veía en abandonar la medicación. Podría pensarse que dejarla, constituiría abandonar al padre muerto, o más aún, dejar de lado esta manifestación de la identificación inconsciente. (Nasio, 1988, p.137)

Nos remitimos ahora, a rastrear brevemente la encrucijada de la identificación en su vertiente simbólica, tal cual la expone Lacan. En este sentido, el enlace con el caso clínico estará abocado a intentar establecer las derivas de la identificación, a partir de la operación de sustitución de la metáfora paterna, del Deseo de la Madre por el Nombre del Padre. En su escrito *La agresividad en psicoanálisis* (1948), Lacan alude que “la identificación edípica es aquella por la cual el sujeto trasciende la agresividad constitutiva de la primera individuación subjetiva”. (Lacan, 1948, p.121)

Hemos visto que, para que el significante del Nombre del Padre opere en el cuaternario edípico propuesto por Lacan, debe existir un llamado previo a este. Así es que el padre no se nombra a sí mismo mediante el yo de la enunciación, sino que se encuentra mediado por la madre, en tanto es quien lo presenta al sujeto.

¿Cómo anudamos esto en Diana? Evocar al padre, por parte del llamado de la madre, implica dos posiciones. Por un lado, se establece un punto de castración en esta con respecto al hijo como falo imaginario absoluto y, por otro, pone a este en tela de juicio sobre su identificación imaginaria con el objeto de deseo de la madre, a condición de introducir el Nombre del Padre. Es así que puede leerse que, en esta constelación edípica, la madre

⁵ Cf. Capítulo 1 - Punto 1.5

presenta al padre como *el alcohólico y el enfermo*. Dor (1989), expone que Lacan ya había mencionado en repetidas ocasiones, que los significantes del Nombre del Padre son múltiples: “no es nunca significante primordial sino en la medida en que, en un momento dado, viene a ocupar un lugar capital”. (Dor, 1989, p.90)

La lectura en este sentido, da cuenta que, en Diana, habilitó un punto de castración, un *dejar de ser* el falo, siendo la enfermedad psiquiátrica y una eventual muerte, lo que pondría tope al deseo materno, permitiendo la separación del goce incestuoso madre-hijo. Recordemos que la pareja parental se disuelve a los cuatro años de edad de la paciente, momento edípico crucial, si nos basamos en Freud. Así, Diana dejó entrever en las sesiones, este aspecto del significante que se repite al nominar a su padre como “*una persona problemática que no se quería curar*”.

Siguiendo esta línea, el concepto de identificación en Lacan adopta un revés a la teoría freudiana, ya que no se trata de establecer relación entre el yo y el objeto, sino en nombrar la relación por la cual uno de los términos, crea al otro. En este sentido, *es B quien produce a A*, y no a la inversa como en el esquema freudiano. Por lo tanto, la identificación designará una nueva instancia psíquica, un nuevo sujeto, siendo el objeto quien la causa. (Nasio, 1988, p.139)

Al respecto de la trama edípica, se trata de una designación simbólica, por la cual “el niño asocia un significante nuevo, el Nombre del Padre (S2) al significado falo (S1). La introducción de este nuevo significante S2, que sustituye a S1, hace pasar a éste a lo inconsciente”. (Dor, 1989, p.49)

En Diana, pareciera que esta identificación hacia el padre, mediante el Nombre del Padre evocado por la madre, permite establecer una carrera en dirección al deseo del Otro. Lo que la madre convoca, permite que allí se juegue la identificación con el ser amado, aún a pesar del significante que lo nombra metafóricamente, como objeto fundamental de su deseo. Se nombra, y quien lo hace es la madre, por medio de la sugestión de la palabra:

(...) identificándose con el rasgo -síntoma- del otro; pero también identificándose con la demanda del Otro, lugar de la verdad para la histérica; y por último actuando el deseo del falo, siendo ella misma lo fálico sin tenerlo, incitando desde allí al Otro a la producción de saber sobre su padecimiento, y superando al otro de quien tomó el rasgo sintomático. (Carrasco, 2017, p.137)

Sin lugar a dudas, la identificación al padre por vía de la enfermedad, representa un lugar de reconocimiento frente al Otro, pero más allá, de la demanda determinada de este. ¿Cuál es? Pareciera ser aquella que se establece bajo el imperativo: *sé loca*. ¿Trabajo a pura pérdida? Podríamos aventurar que sí, como todo deseo histérico, siempre insatisfecho y en alienación subjetiva con el deseo del Otro. Es, como bien lo explicita Dor (1988), una

“disposición casi fatal del histérico a someter su propio deseo a lo que él imagina o presiente que es el deseo del Otro, y a proponerse responder a él por anticipado”. (Dor, 1988, p.64)

Por otra parte, pero en estrecha relación con lo expuesto, no podríamos dejar de mencionar la incidencia de las alucinaciones auditivas en Diana, y cómo denuncian el conflicto con el discurso materno. Sin lugar a dudas, se puede establecer a las voces como un proyecto hacia la enfermedad. Así, no es casual que el significante *puta* que imprimen estas voces, tenga estrecha relación con el discurso materno, pero a su vez, con el padre.

En repetidas ocasiones, Diana dejó entrever que la vida del progenitor estaba plagada de excesos, y en este sentido, la exacerbación de la práctica sexual, no queda por fuera. No es por azar el recuerdo que trae en la novena entrevista, donde indica que, a sus cuatro años, el padre llega borracho a la casa, y quiere forzar a la madre a tener relaciones sexuales. Más adelante, también comenta que su padre organizaba reuniones donde *“llevaba mujeres y todo”*.

En efecto, algunas interrogantes, direccionadas a indagar en la sexualidad de la paciente, mostraron interesantes respuestas que también se enlazan con la cuestión identificatoria. Con respecto a la práctica sexual con su novio R., indica que, *“en la noche nomás pasa, cuando el padre se baña, se va a acostar y está dormido”*. Aquí se nos impone la pregunta, el padre muerto, ¿se busca en otros hombres? Supone otra vertiente de la línea identificatoria, que reactualiza la figura paterna en la actualidad, y que denuncia que el retorno de lo reprimido se encuentra al ras. El novio R. también guarda similitudes con la imagen del padre de Diana: alcohólico, bruto, pero sin ejercer violencia física sobre ella; y con la madre: también le dice que es una puta.

Por otra parte, una línea identificatoria hacia la madre, podría tener que ver con los enfermos de la familia, como su tío esquizofrénico, en quien Diana también veía una justificación importante a su enfermedad. Sin embargo, quizás el atentado identificatorio fuerte de la madre tenga que ver con el significante *puta*. Ya en la cuarta entrevista, la paciente denuncia que, para su madre, practicar la sexualidad significaba *ser una puta*. Ineludiblemente, el deseo de la madre está ahí, en lo más primario, operando como forma de generar desprecio hacia la sexualidad, y al propio cuerpo. No obstante, la sexualidad no estaba inhibida en Diana, y así lo explicitó, indicando que sus encuentros sexuales se los *“tomaba a la ligera, sin pensar mucho”*, y que poco importaba si era, o no, con una pareja formal. Es la propia Diana quien enuncia, *“siempre fui muy desinhibida y no me funcionó”*. Pero, ¿por qué? Sin dudarlo, desear más allá de la madre y ofrecerse como objeto fálico a los hombres, representaba el ejercicio de la sexualidad por vía negativa hacia la madre, con la condición de que esta le dijera con supuesta razón, que era una puta.

Aun así, hay un punto de admiración hacia la madre, que hace que su discurso tome un carácter casi estructural, y que se presentifica por medio de las voces. Es así que Diana busca

poner un tope a su sexualidad, a través de la relación sentimental que establece con R., sin embargo, la figura del padre y de la madre, siguen estando presentes. En el primero, al buscar un hombre que adopta ciertas características de este, y en la segunda, porque si bien está lejos de su madre, su discurso sigue estando presente en los insultos de su novio, pero también *“en las voces que imagina cuando ella no está”*.

Volviendo a lo planteado sobre el tránsito edípico, y a su vez sobre el estrago materno, vimos que la niña, si bien encuentra en el padre un recurso para construir su feminidad, se dirige hacia la madre en la búsqueda de la respuesta sobre la pregunta, ¿qué es *ser* una mujer? Búsqueda incompleta, que Diana denunció en múltiples ocasiones, indicando que su madre nunca le había enseñado cómo *ser* mujer, y que ella se hizo *“mujer en otro lado”*, en referencia a la casa de R. Por lo tanto, y como lo establecía Lema (2014), el padre debe reclamar a la madre como mujer, como forma de fracturar el ideal materno para volverla objeto, y esto, no sucede en este caso.

Si recordamos que la instancia paterna inherente al complejo de Edipo, es exclusivamente simbólica, por devenir metáfora, la insuficiencia del padre simbólico permite que Diana se apropie del síntoma de la locura como regla, y no excepción. Lacan ya lo decía en su escrito *Acerca de la causalidad psíquica*: “no se vuelve loco el que quiere”. (Lacan, 1946, p.174)

Y más adelante aclara: “El complejo de Edipo revela ser en la experiencia capaz no sólo de provocar, por sus incidencias atípicas, todos los efectos somáticos de la histeria, sino también de constituir normalmente el sentimiento de la realidad”. (Lacan, 1946, p.179)

Luego de este pretendido enlace con el caso clínico, creemos estar en condiciones de seguir sosteniendo que el discurso de Diana está articulado a una locura histérica. Es necesario poner de relieve que seguimos alejándonos de la psicosis, ya que aquí claramente, no hay una forclusión del significante del Nombre del Padre, puesto que el llamado de la madre al padre, fue efectuado, y así nombrado. En la paciente, vemos que “la identificación es con lo reprimido que se pone en escena, simbolizando plásticamente el deseo en conflicto”. (Carrasco, 2017, p.130)

Como bien lo subraya Carrasco (2017), tomando los planteos de Maleval, en la locura histérica no se trata de la forclusión del ser del sujeto en el lenguaje, sino en la expresión de un síntoma que, a través de la alucinación en forma conversiva, denuncia la falicización del cuerpo. Esta inscripción en el cuerpo, permite poner sobre el tapete el deseo en conflicto, articulado a lo simbólico. (Carrasco, 2017, p.130)

Lacan ya aventuraba que “el sujeto se reconoce como siendo esto o lo otro a partir del significante” (Lacan, 1957/58, p.256); hecho que ineludiblemente se logra discernir en el discurso de Diana. Ella se ha estructurado, y ha debido mostrarse a partir de cumplir con la demanda del otro y del Otro, la cual reza cual imperativo categórico como: *sé loca*.

Consideraciones finales

La producción escrita de este trabajo, ha llegado a su final. Aun así, haberlo plasmado a través de estas letras rígidas, quizás, no haya dado cuenta de la perplejidad en la que me encontré frente a este caso clínico.

Estimado lector, deduzco que habrá notado que en estas líneas ya no escribo en la primera persona del plural, sino que aparezco a título propio, como siendo una. Si bien es mi voz la que habla, no dejaré de lado la de Diana ya que, sin ella, ni la conducción del tratamiento ni este trabajo, hubieran sido posibles.

En este sentido, la elección metodológica de construcción de caso clínico para diagramar estas líneas, no se dio en forma azarosa. Como es dicho coloquialmente, *desde que tengo memoria*, recuerdo mi ferviente e insistente deseo por la práctica clínica del psicoanálisis. Mi trayecto académico formativo, así me lo recuerda.

Como estudiante, la posibilidad de participar de las instancias prácticas pre-profesionales, en el marco de la Clínica Psicoanalítica de La Unión, permitió confirmar aún más mi deseo. Así es que, la experiencia de enfrentarme al discurso de un sujeto que muestra -y a la vez esconde- su padecimiento en lo más íntimo y extimo de sí, constituyó un hito por demás trascendente, único e irrepetible en mi formación.

Me parece pertinente explicitar entonces, la distinción entre el discurso médico y de aquello que se trata el psicoanálisis. En el primero, se configuran actos médicos que suponen observar cierta sintomatología, y así, transformarlo en un diagnóstico. Ya en el último, la apuesta es por la escucha sostenida de la palabra del sujeto, instrumento privilegiado donde la “investigación clínica se delimitará de entrada, pues, en la dimensión del *decir* y de lo *dicho*”.⁶ (Dor, 1991, p.16)

Así es que Diana vino a desafiar -quizás sin estar advertida- el diagnóstico psiquiátrico con el que se presentó. Y así desafió también mi posición de escucha, ya que presentarse como un sujeto aquejado por una aparente psicosis, tuvo real pregnancia en mí en los primeros tiempos del tratamiento. Aun así, y desde mi lugar de estudiante practicante, me propuse ejercer una escucha desprejuiciada de todo rótulo psiquiátrico. De esta forma, y si bien presenté el trabajo teórico clínico de la instancia de la Práctica de Graduación, a partir de la psicosis como estructura, seguía insistiendo en mí la duda de, si allí en el decir de Diana, no se trataría de *otra* cosa. En esta línea, tomo a Assandri (2019) cuando indica que: “La palabra “sorpresa” podría ser la piedra de toque que muestra exactamente la distancia entre el psicoanálisis y otras disciplinas”. (Assandri, 2019, p.177)

⁶ Las cursivas pertenecen al texto original del autor.

Fue la sorpresa, justamente, otro de los puntos que me interpelaron para intentar pensar este caso clínico a partir de la experiencia práctica. Es menester no olvidar, entonces, que se trata de la particularidad del sujeto en su irreductible singularidad. Y en lo irreductible, radica también la posibilidad de desplegar el discurso más allá del diagnóstico. Por ello, la metodología de construcción de caso clínico, supone un instrumento privilegiado para hacer de lo singular, en su íntima diferencia, una experiencia dialéctica con lo universal. Sin duda, pone de manifiesto la experiencia de producción de conocimiento a partir de, “tomar la dimensión de lo singular del caso: el caso como ejemplar, el caso como excepción, y aun, el caso como soporte de lo indecible del inconsciente (...)”. (Singer, 2019, p.279)

En la experiencia personal, construir el caso clínico de Diana a partir de su discurso, no sólo cuestionó los axiomas teóricos que creía tener claros, sino que también me ubicó en absoluta perplejidad frente a un cuadro de histeria grave, y quizás -como me gusta llamarlo- en su variante menos pura, la locura histérica. ¿Por qué utilizar el menos? Porque es necesario hacer la salvedad en este punto, ya que en mi imaginario estaba prácticamente convencida de que casos así, sólo podíamos encontrarlos si nos remitíamos a los historiales freudianos. ¡Vaya convencimiento utópico! Sin embargo, allí estaba Diana, mostrando y a la vez escamoteando su estructura, para advertirme que contemporáneamente, las cosas no son tan disímiles como con las histéricas de Freud de 1905 y en adelante.

Entonces, pensando mi rol de analista practicante pero también como autora del presente trabajo, quisiera que este oficie como testimonio de la posibilidad que el factor sorpresa se presente en la clínica. Y en este sentido, retomando la concepción de mito como algo que se muestra como lo inefable, el sujeto se presenta con su decir -a medias- para desmitificar el descreimiento. Esta, es la enseñanza más importante que Diana dejó en mí, más allá de lo que dice la teoría.

En otro orden de cosas, pero en estrecha relación con lo anteriormente expuesto, quisiera resaltar algunos aspectos de la conducción del tratamiento clínico de Diana, y también de lo que habilitó en ella. Sin temor a dudas, el espacio analítico que le fue ofrecido, permitió que pudiera ubicarse en el cuestionamiento de su padecimiento, y esto, a través de habilitar la palabra. Casi inadvertidamente, mostró que buscaba otro tipo de respuesta sobre sí misma, enunciando que sus encuentros con la psiquiatra no permitían que *“tuviera tiempo de conocerla mejor”*. Esto permitió que se fuera posicionando en un lugar de más preguntas que respuestas, las cuales le habían sido dadas -y pareciera que de manera insuficiente- desde el modelo médico convencional, por demás alejado de la praxis del psicoanálisis.

Por otra parte, he intentado mostrar una lectura específica acerca del tratamiento analítico con la paciente, logrando marcar ciertas resonancias en su discurso, que claramente denunciaban su conflicto más profundo con esas voces que el Otro ha tomado en su vida. Poder contraponer las diferencias, pero también lo que parecen ser similitudes entre neurosis

y psicosis, permitió mantener suspendido el diagnóstico psiquiátrico establecido. De esta forma, pensar la trama edípica como un sistema de relaciones que hace circular los significantes que marcan al *hablanteser*, habilitó el pensamiento teórico crítico acerca de las derivas identificatorias en la vida del sujeto. Y más aún, hacer hincapié en cómo el lenguaje va moldeando la forma en la que el sujeto se representa, pero también en cómo este denuncia lo que va haciendo síntoma, siendo la manera en la que el sufrimiento se muestra casi despiadadamente, si se me permite esta palabra. Así se mostraba en Diana, a través de las alucinaciones de esas tantas voces que discurrían en ella. Pero, aun así, fue capaz de interrogarse si no eran “*producto de su imaginación*”. Quizás sí, pero, ¿qué de lo imaginario no estaría articulando plásticamente su conflicto con lo simbólico?

Finalmente, me gustaría explicitar algunas cuestiones que se suscitaron en los posteriores encuentros clínicos con Diana en el presente año, los cuales se dieron por finalizados a comienzos del mes de mayo. Sin entrar en detalles específicos que exceden estas líneas, cabe la pregunta de qué tanto influyó en mí, al tener conocimiento que se encontraba bajo los influjos de una medicación psiquiátrica, aún más potente que la que tenía prescrita. El investigar acerca de las contraindicaciones de esta, suscitó un gran monto de angustia y omnipotencia, que si bien ha sido tema de cuestionamiento en mi análisis personal, me pregunto: ¿qué tanto habrá influido en el cese del tratamiento a raíz de las faltas de Diana en su espacio clínico? Sin dudas, es una interrogante que sigue latente, pensando en el vínculo establecido por la transferencia y en cómo las resistencias no se presentan sólo del lado del analizante, como lo exponía Freud, sino que, tomando a Lacan, la resistencia se da del lado del analista.

Entonces, con respecto a esta forma novelada de presentar el caso clínico, me gustaría resaltar lo que Carrasco (2017) expone acerca de que este método “se propone como obra abierta, tanto a la lectura como a la continuidad necesaria de las preguntas que aborda (...)” (Carrasco, 2017, p.103)

A Diana, resta agradecerle la dimensión de algo del orden del don, que tuvo lugar entre ella, como sujeto, en relación a mi posición de analista, a partir de confiarme su palabra. Desde allí, intenté asegurarle que continuaría velando por su discurso, el cual constituyó la forma tan particular de denunciar su padecimiento más íntimo e irreductible.

Referencias bibliográficas

- Assandri, J. (2019) *Pensar contra el caso* en Con piel de lobo. Cien años de historia de una neurosis infantil. Montevideo: Escolios.
- Carrasco, O. (2017) *Sintagmas sobre la histeria*. Montevideo: Psicolibros.
- Chemama, R. (1998) *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dor, J. (1989/1998) *El padre y su función en psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dor, J. (1991/2006) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Evans, D. (1996/2007) *Diccionario de introducción al psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1905/1996) *Tres ensayos de teoría sexual* en Obras completas Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1911[1910]/1992) *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente* en Obras Completas Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914/1992) *Introducción del narcisismo* en Obras Completas Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1921/1992) *Psicología de las masas y análisis del yo. Capítulo VII: La identificación* en Obras Completas Tomo XVIII (pp. 99-104) Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1992) *La organización genital infantil* en Obras Completas Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923/1992) *Neurosis y psicosis* en Obras Completas Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/1992) *La pérdida de la realidad en las neurosis y psicosis* en Obras Completas Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924/1992) *El sepultamiento del complejo de Edipo* en Obras Completas Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925/1992) *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos* en Obras Completas Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1931/1992) *Sobre la sexualidad femenina* en Obras Completas Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1932/1992) *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 33ª conferencia. La feminidad* en Obras Completas Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1946/2009) *Acerca de la causalidad psíquica* en Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1948/2009) *La agresividad en psicoanálisis* en Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1951/2009) *Intervención sobre la transferencia* en Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953/2013) *El mito individual del neurótico*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1954-1955/2008) *Sesión del 9 de marzo de 1955. El sueño de la inyección de Irma* en El Seminario. Libro 2. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica (pp. 223-243) Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1955-1956/2017) *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1956-1957/2013) *El Seminario. Libro 4. La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958/2010) *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958/2014) *La significación del falo* en Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1961-1962) *El Seminario. Libro 9. La identificación*. Versión crítica de Ricardo Rodríguez Ponte para circulación interna de la EFBA. Inédito.
- Lacan, J. (1964/2019) *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1966/2009) *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* en Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1967/2012) *Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela* en Otros Escritos. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1969-1970/2008) *El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1972/2012) *El atolondradicho* en Otros Escritos. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967/2004) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

- Lema, S. (2014) *La maternidad como exceso: clínica contemporánea del estrago materno. Un estudio psicoanalítico.* (Tesis de Maestría) Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4379/1/Lema%2c%20Sebastian.pdf>
- Maleval, J.C. (1981/1991) *Locuras histéricas y psicosis disociativas.* Buenos Aires: Paidós.
- Maleval, J. C. (2000/2002) *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica.* Buenos Aires: Paidós.
- Masotta, O. (1991/2008) *Lecturas de psicoanálisis. Freud, Lacan.* Buenos Aires: Paidós.
- Mazucca, R. (2006) *Las identificaciones en la primera parte de la obra de Lacan (1931-1959)* en Anuario de Investigaciones, vol. XIV, 2007, pp. 75-83 Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943037>
- Nasio, J. D. (1988/1996) *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis.* Barcelona: Gedisa.
- Novas, M. (2015) “*La forclusión del Nombre del Padre*”. *El concepto y su clínica.* de Jean-Claude Maleval. Reseña de *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*, de Jean Claude Maleval (2002) Buenos Aires: Paidós. Recuperado de: <https://querencia.psico.edu.uy/libros/mnovas0803.htm>
- Safouan, M. (2001/2008) *Lacanian I. Los seminarios de Jacques Lacan 1953-1963.* Buenos Aires: Paidós.
- Singer, F. (2019) *La teoría y su noche. Aportes epistemológicos para la investigación en psicoanálisis.* Montevideo: Psicolibros.
- Zawady, M. D. (2012). *La clínica del estrago en la relación madre-hija y la forclusión de lo femenino en la estructura.* Desde el jardín de Freud [Nº 12, enero - diciembre 2012, Bogotá] ISSN: 2256 - 5477, pp.169-189. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/jardin/article/view/3613>