

ESQUIZOFRENIA Y PARANOIA

Jacques-Alain Miller

La oposición esquizofrenia - paranoia en la nosografía psiquiátrica.

Le agradezco haber leído esta cita de Lacan¹ que yo no tenía conmigo sobre el tema. Además, lo comprendo cuando dice que tiene deseos de escucharme hablar sobre el tema, porque yo también tengo ganas de escuchar a alguien sobre el tema de "Paranoia y esquizofrenia", a alguien que no fuese yo. Debo confesar que en la lista de temas de la enseñanza de clínica psicoanalítica de este año en Bruselas, lista que conozco por haber contribuido a establecerla, éste es el que me parece más problemático. Si he insistido para que fuera introducido en esta lista fue para tener la ventaja de escuchar, incluso de criticar a algún otro. Y fue necesaria la astucia de nuestro amigo Di Ciaccia para devolverme el fardo. Entonces, no me voy a zafar, a pesar que estoy apenas más avanzado que en el momento en que mi embarazo me hizo proponer este tema. Estoy apenas más avanzado, y hoy no podría más que darles algunos puntos de referencia con los que espero poder orientarme en el tema. Es necesario reconocer que las indicaciones de Lacan sobre el tema de la esquizofrenia son extremadamente parsimoniosas. Además, estoy lejos de haber hecho el relevamiento de esas frases esparcidas a través de los seminarios o de las conferencias, donde, a pesar de todo, la palabra aparece. Les pido tomen esto como yo mismo lo tomo, como algunos puntos de referencia preliminares, que el año próximo podríamos desarrollar si elegimos como tema los ensayos de tratamiento de las psicosis.

Saben que Lacan escribió un texto que se llama "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis"², podríamos tratar de hacer un relevamiento de los tratamientos ensayados que, a veces, revelan ser tratamientos imposibles. Esto nos daría entonces la ocasión de retomar el tema problemático que quiero evocar.

Primer punto. Diré cuál es para mí el punto de partida de este tema, paranoia y esquizofrenia. Es una intervención muy precisa de Lacan que ustedes encontrarán bien al principio del seminario sobre las psicosis.³ Lacan inaugura el año de su seminario de las psicosis indicando que, en los años recientes, habla de los años 50, pero esto no cambió realmente después, se favoreció en psicoanálisis la cuestión de las esquizofrenias en detrimento de la paranoia. Señala, remitiendo a las consideraciones de Freud en su Schreber, que en el dominio de las psicosis es necesario practicar una partición entre paranoia y esquizofrenia. Freud propone una modificación de dicha terminología que sólo queda establecida a partir de esa fecha; propone llamar a la esquizofrenia parafrenia, cambiándole, por otra parte, el sentido que el término tenía en la clínica tradicional.

Tenemos ya un principio de explicación para este hecho que sorprende a todo lector de Lacan: la parsimonia de sus explicaciones sobre la esquizofrenia. Para Lacan, como para Freud, ese término está cuestionado. El término mismo de esquizofrenia finalmente, no forma parte, hablando con propiedad, del vocabulario clínico de Lacan y de los lacanianos. Es incluso lo que sin duda lleva a dar todo su valor a la mención, creo única, del término de esquizofrenia en el escrito de Lacan que se llama *l'Étourdit* (El atolondradicho)⁴, en el que Lacan dice, a la pasada: "El dicho esquizofrénico", aquél al que se llama el esquizofrénico, el llamado esquizofrénico. Es ésta una manera de hablar común en Lacan en sus seminarios; el hacer preceder los términos aceptados por un "el dicho", "el supuesto", son justamente esas comillas lo que Lacan nos enseña a poner sobre las categorías aceptadas, sobre las categorías comunes. Pero, creo por el contrario, que no es para nada pródigo de esta expresión, que suspende la validez del término que se emplea, en sus *Escritos*. Así como le era familiar en la expresión oral, la economizaba en la expresión escrita. Por lo tanto, creo que podríamos, en relación a este primer punto, guardar —ya que tenemos pocas menciones de Lacan, utilicemos cuidadosamente la menor de sus indicaciones— simplemente esta expresión: el dicho esquizofrénico. Lo que de entrada suspende evidentemente esta categoría.

El segundo punto es la historia de esta oposición en la nosografía. Aquellos de ustedes que han seguido cursos de historia de la psiquiatría, deben ya estar

al tanto de la complejidad de esta historia terminológica. Pero me ha parecido igualmente indispensable hacer las indicaciones necesarias para poner un poco de flexibilidad en nuestra terminología clínica, para darnos cuenta de que ella es efectivamente el resultado de una elaboración histórica; y no creer que mediante esas categorías designamos las cosas mismas. La división, de la cual Lacan habla al principio de su seminario, entre paranoia y esquizofrenia, esa división es una herencia de la clínica psiquiátrica y, precisamente, una herencia de Kraepelin. Ustedes saben —es una indicación de Lacan— que la clínica analítica está lejos de haberse independizado de la clínica psiquiátrica; que aún está impregnada por la clínica psiquiátrica, que está formada en el núcleo de esta clínica psiquiátrica. Y si hemos llamado Sección clínica al lugar de confrontación entre clínica psiquiátrica y clínica psicoanalítica, no es para nada con la idea de confundirlas, es por el contrario con la idea de seccionar las adherencias que retienen a la clínica analítica en la clínica psiquiátrica. Este tema es un ejemplo muy preciso de ello, ya que cuando utilizamos estos términos de paranoia y de esquizofrenia estamos ubicados en la vena de la clínica psiquiátrica tal cual ella es en su clasicismo, finalmente fijado a fines del siglo pasado y al inicio del presente. Esta partición separa dos términos que no son para nada simétricos. Paranoia y esquizofrenia no tienen la misma historia antes de llegar a encontrarse en esta partición.

Paranoia, en Kraepelin, hace pareja con el concepto que encuentran utilizado en Freud y más aún en la correspondencia de Freud: la demencia precoz. Si hubiéramos hablado, no ahora sino en los años 1905-1908, nuestra pareja sería paranoia y demencia precoz. La paranoia tiene, en Kraepelin, un lugar muy circunscripto y Lacan, en el primer capítulo de su seminario, se toma el trabajo de recordar la definición relativamente estrecha que Kraepelin da de la paranoia. La demencia precoz, por el contrario, es un grupo más extenso y que además incluye las paranoias consideradas como insuficientemente sistematizadas. Los criterios de Kraepelin sobre la paranoia son muy estrictos, mientras que la demencia precoz es un grupo más vasto que llega hasta incluir a las paranoias mal sistematizadas, como justamente, y eso nos interesa en primer lugar, la demencia paranoide, que es precisamente el diagnóstico de Schreber. Este, cuando fue conocido su libro, fue calificado como una demencia paranoide en el sentido de Kraepelin; y ese término mismo figura en el título que Freud da a su escrito sobre Schreber.

Al analizar el término de paranoia van a ver brillar la disimetría con esquizofrenia. Lacan evoca el nacimiento del término de paranoia al inicio del siglo XIX, el término de paranoia es precisamente de Griesinger y data de 1845. Es

un término que fue enseguida retomado por Kalbaum en 1863. En Griesinger, en el punto pues en que la paranoia emerge como término y como categoría, se trata de una afección que llama primitiva, es decir, que como tal no depende de causas exteriores y que no depende de una enfermedad anterior. Cuando este término es retomado por Kalbaum, es situado en un marco de referencia kantiano, en el que se distingue las afecciones que involucran los afectos, las afecciones que involucran la voluntad y las afecciones que afectan al entendimiento y al juicio. La paranoia, en esta tripartición, es una afección que afecta el entendimiento y el juicio. Después de Kalbaum, se comenzaron a multiplicar las indicaciones sobre las formas secundarias de la paranoia; se incluyó bajo el nombre de paranoia aguda lo que en la clínica francesa se designa como *bouffée délirante*. Fue necesario esperar a Kraepelin para que de esta historia salga una definición muy estricta y acotada de la paranoia, de alguna manera primitiva, altamente sistematizada y por la que se rechaza hacia la demencia precoz a la demencia paranoide, de la que Schreber sigue siendo el mayor ejemplo. ¿De dónde viene el término de esquizofrenia? Este no tiene una historia tan larga.

El término de esquizofrenia es estrictamente de Bleuler, y data de 1911, es decir, es posterior al psicoanálisis. Con paranoia tenemos un concepto puramente psiquiátrico, un concepto anterior al psicoanálisis, aunque ha sufrido el impacto del psicoanálisis sobre la clínica. Es pues necesario ver que tenemos a menudo dificultad para ubicarnos en estas reparticiones, ya que la clínica francesa siempre tuvo su especificidad, no se dedicó a la gran síntesis, y distinguió siempre los delirios crónicos de la demencia precoz. Es decir, se tomó como una entidad los delirios crónicos y se los distinguió según su estructura paranoide, parafrénica o paranoica, lo que evidentemente desplaza un poco estos lineamientos. No voy a entrar en el detalle de esta historia. Pero, si vamos a tratar el tema, se debería recomponer esa cartografía lo más posible. La demencia precoz, tomemos esa vertiente, es la entidad, el reagrupamiento de entidades clínicas —reagrupamiento operado por Kraepelin— que Bleuler va a bautizar esquizofrenia. Incluso su obra de 1911, que todavía es un clásico, se llama “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias”⁵; se trata, efectivamente de una palabra en el lugar de otra.

Tomemos el concepto de demencia precoz. Es un concepto que aparece exactamente en la cuarta edición del tratado de Kraepelin, en 1893, y que ocupa el lugar de un capítulo que en las ediciones precedentes se llamaba “Procesos de degradación psíquica”; en el que Kraepelin ubicaba primeramente la demencia precoz, en segundo lugar, la catatonía y en tercer lugar las demencias paranoides. A partir de la cuarta edición, demencia precoz deviene el térmi-

no que engloba todo esto y que aparece por lo tanto como una gran síntesis. El concepto, por ende aparece en 1893, como uno de los capítulos de "Procesos de degradación" y es solamente en 1896 que se sustituye incluso al término de "Procesos de degradación psíquica". Se lo vuelve a encontrar, tres años más tarde, en 1898, en la sexta edición, que lo define exactamente como una afección autónoma que implica un debilitamiento intelectual global, progresivo, e irreversible. Esta es la definición, la gran síntesis de Kraepelin, en (1899) de la demencia precoz: es decir, 12 años antes de que Bleuler sustituyese ese término, y es necesario decir la concepción misma, no el reagrupamiento, sino la concepción de la enfermedad por el término de esquizofrenia: "una afección autónoma que implica un debilitamiento intelectual global, progresivo e irreversible en jóvenes o adultos jóvenes". Esta es una definición que vale la pena poner en paralelo con la definición de paranoia de Kraepelin que ustedes encuentran al principio del seminario de Lacan. En esa síntesis de 1899, en el capítulo "Demencia precoz" se encuentran tres categorías esenciales: la hebefrenia, la catatonía, y la demencia paranoide. No consulté todas esas ediciones, y confío en las indicaciones que encontré en un volumen sobre Kraepelin que indica el crecimiento extraordinario del capítulo "Demencia precoz" que, en la quinta edición tiene 31 páginas; que más que se duplican en la sexta, que vuelve a duplicarse en la séptima; y que alcanza las 300 páginas en la octava edición. Es decir, en el espacio de 10-15 años, este concepto, al menos materialmente, se decupla en el tratado mismo de Kraepelin. Este pone el acento en lo que será la unidad de la demencia precoz: la pérdida de la unidad interior y la destrucción de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Pero, evidentemente, cuando llega a la octava edición, ya ha sufrido la influencia de Bleuler y en parte copia a Bleuler.

Pues bien, ¿en qué se transforma entonces el concepto de demencia precoz? En el de esquizofrenia. Puede decirse que el concepto de esquizofrenia, en la guerra conceptual, ha triunfado completamente sobre la demencia precoz. Quiero decir que el concepto de esquizofrenia es popular y el de demencia precoz fue claramente superado por ese concepto bleuleriano. Ahora bien, es necesario decir que el concepto bleuleriano de esquizofrenia, cuya invención se inscribe entre la séptima y octava edición de Kraepelin, es una producción del discurso analítico. Una producción en el sentido de un retoño, de un brote del discurso analítico. Es el resultado del trabajo de los conceptos analíticos sobre el material kraepeliniano, debido a los esfuerzos de Bleuler. Es una reformulación bajo la influencia del psicoanálisis. Esta historia, digamos, se cerró alrededor de un año que es completamente capital en la historia de la psiquiatría y

en la historia del psicoanálisis, el año 1911, en el que a la vez aparecen el libro de Bleuler sobre la esquizofrenia, el libro de Jung sobre la libido y el texto de Freud sobre Schreber. Puede decirse que es en esa fecha que se produce la inflexión, que hoy todavía nos ocupa, en ese debate paranoia y esquizofrenia. Entonces, esa esquizofrenia bleuleriana se caracteriza por la disociación de las funciones, en lo concerniente a la inteligencia, al comportamiento y a los afectos. Es esto lo que otorga efectivamente su fundamento al término de esquizofrenia, ya que ella implica una escisión de la mente. Notemos de entrada que Bleuler hace de ella un síndrome, ya que habla del grupo de las esquizofrenias. Un síndrome caracterizado por un déficit que da un proceso de disociación, al cual Bleuler continúa atribuyendo un origen orgánico. Freud, en su escrito de 1914 sobre la historia del movimiento analítico, no dejará de indicar que Bleuler le atribuye siempre un origen orgánico, aun cuando lo que opera en la esquizofrenia son los mecanismos freudianos, lo que Bleuler llama mecanismos freudianos. Pero son mecanismos que sólo conciernen la presentación de los fenómenos, ya que la causalidad de la esquizofrenia sigue siendo, en el sentido de Bleuler, de origen orgánico.

El resultado de esta reformulación no es simplemente una palabra por otra. Precisamente, por haber hecho caer a la esquizofrenia en el registro de las enfermedades de la personalidad. Es suficiente para convencerse de ello ver la presentación que Bleuler da de este concepto; distingue en su primer capítulo tres síntomas primarios, primordiales de la esquizofrenia: el trastorno en la asociación de ideas; el autismo y lo que llama la "ambivalencia". En definitiva es el primer rasgo el que ocupa el centro, la mayor parte de esta presentación, y por ende, la definición de la esquizofrenia encuentra una definición intelectual: trastorno de la asociación de ideas. Esta esquizofrenia bleuleriana, si se impuso en la psiquiatría, fue por el rodeo, por seguir el vector del discurso analítico. Los analistas son los que han generalizado "esquizofrenia", y creo que, no por azar, finalmente el concepto se impuso realmente después de la segunda guerra mundial, luego de la dispersión de los analistas de Europa central en el mundo y especialmente en los Estados Unidos. Por el contrario, como saben, no fue adoptada así en Francia. Precisamente, alguien que fue el jefe de Lacan, Claude, conservaba a la vez la idea de demencia precoz y la idea de esquizofrenia. Mientras que una de las categorías debía dominar a la otra, ustedes tienen una suerte de sincretismo de Claude, que conserva las dos, que conserva las esquizofrenias bajo el nombre de grupo de esquizoidías. Ustedes tienen artículos del joven Lacan psiquiatra que están todavía situados en este nuevo enclave francés de Claude, de donde Lacan salió luego gracias al psico-

análisis. Hoy se podría reconstituir la historia de ese concepto, las múltiples acepciones que fue tomando, pero prefiero avanzar más bien en lo que concierne al psicoanálisis en la esquizofrenia. Por lo tanto, a continuación querría dar algunos puntos de referencia a propósito de ese caldero en el que se fraguó el concepto de esquizofrenia; un punto que se puede titular: Freud, Jung y Bleuler.

Freud, Jung y Bleuler

La fecha esencial de esta historia es 1911. Para reconstruirla disponemos de un texto esencial que es la correspondencia de Freud y de Jung, y especialmente en su tomo I⁶. Es útil completarlo con el estudio de la correspondencia de Freud y Abraham⁷, que es menos amplia sobre el tema, pero donde evidentemente Freud se permite decir sobre Bleuler cosas que se reserva cuando se dirige a Jung. Este era el asistente de Bleuler en la clínica suiza de Burghölzi, donde Freud encontró, es necesario decirlo, más allá del medio judío, sus primeros adeptos. Y los encontró con tal entusiasmo, que vio durante un tiempo en Jung a quien iba a poder presidir la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Años después de esa fecha de 1911 se produjo finalmente la escisión que todavía dura entre freudianos y junguianos, y sobre la cual Freud expuso su pensamiento en 1914. Todo este movimiento, este punto de inflexión en la historia del psicoanálisis está perfectamente correlacionado con el tema que ahora nos ocupa.

Efectivamente, con sorpresa Freud encuentra que hay psiquiatras, verdaderos psiquiatras, que tienen una clínica importante y que son respetados, que dan crédito a sus ideas sobre el inconsciente. Primero hay un artículo de Bleuler que se llama "Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis", aparecido en 1906-1907. Más aún el libro de Jung que se llama "Acerca de la psicogénesis de la demencia precoz", fechado en 1907; cuyo envío marca el inicio de la correspondencia de Freud y de Jung. Es entonces a partir de esa obra que verdaderamente se sella lo que va a ser una alianza: la entrada de Jung en el discurso psicoanalítico, y como es sabido, su salida que será después estrepitosa. La primera carta de Jung anuncia a Freud el envío de ese trabajo, que intenta aplicar las ideas freudianas a la demencia precoz, a la que ya se comienza, en el entorno de Bleuler, a llamar esquizofrenia. Aquí tenemos, a falta de referencias lacanianas, un filón de referencias freudianas sobre el tema de la demencia precoz o esquizofrenia. Veamos qué dice la primera carta que tenemos

de Jung a Freud: "Espero enviarle pronto un pequeño libro en el cual estudio, desde su punto de vista, la *dementia praecox* y su psicología. Allí he publicado igualmente el primer caso con el cual atraje la atención de Bleuler sobre la existencia de sus principios, lo que chocaba todavía con una viva resistencia de su parte. Pero como usted sabe, Bleuler está actualmente absolutamente convertido". Cuando se conoce el desarrollo de las cosas, esto es sabroso, ya que Freud no dejará de saber que es con enormes resistencias que Bleuler va a aclimatar las ideas de Freud a su práctica clínica, e incluso; si puede decirse como lo hace Lacan en su seminario, que Freud no cesó de rendir homenaje a la escuela de Zurich, la de Bleuler, si Freud ha reconocido ciertamente, admirado, incluso impulsado los trabajos de la Escuela de Zurich y puesto a la teoría analítica en relación con lo que se edificaba alrededor de Bleuler, sin embargo, permaneció bastante alejado de ella. Pienso que en ese momento Lacan no tenía conocimiento de este volumen, pues fue publicado mucho más tarde, pero si se quiere trabajar ese seminario, hoy es necesario completarlo con la lectura de esa correspondencia.

En esa primera carta de Jung, hay igualmente una referencia interesante al llamado Aschaffenburg, que será luego el editor del texto de Bleuler sobre la esquizofrenia, a quien presenta como un adversario de Freud, y que muestra que Bleuler, en el asunto de la esquizofrenia, en definitiva, fue un vanguardista en la resistencia de la psiquiatría al psicoanálisis. Es una resistencia por integración; es una resistencia que ha consistido en aclimatar cierto número de ideas de Freud, erigiendo alrededor de ellas un "no pasarán" que finalmente, históricamente, jugó cierto papel —si puedo expresarme en una lengua extranjera— un cierto papel de *containment*, como se decía en los años 50 en los Estados Unidos. Entonces, Freud cuando le responde a Jung, querría enumerarles todas sus respuestas, ya que es una correspondencia absolutamente apasionante cuando se tienen sus referencias principales y se ve lo que está en juego, —Freud, notémoslo alienta a éste a ocuparse de psicóticos, pero al mismo tiempo hace valer que lo que sigue siendo esencial para él es la diferencia entre paranoia y demencia precoz. Freud dice en los años 1906: "Espero aprender muchas cosas en ese escrito suyo anunciado desde hace mucho tiempo sobre la *dementia praecox*, no tengo aún una posición firme en cuanto a su distinción con la paranoia, ni en cuanto a todas las denominaciones recientes en esos dominios [las denominaciones recientes en esos dominios aluden a la esquizofrenia, que Bleuler está poniendo a punto] y confieso cierta incredulidad en relación a la comunicación de Bleuler según la cual los mecanismos de represión son demostrables en la demencia pero no en la paranoia. Mi experien-

cia, ciertamente, es más escasa en este dominio; trataré pues de creerle al respecto”.

Falta, desgraciadamente, la carta de Freud posterior al envío del libro de Jung, pero es notorio, a partir de la respuesta que le hace Jung, que Freud expresó muchas reservas: “... comprendo perfectamente que pueda estar menos que satisfecho de mi libro, pues en él trato sus investigaciones con bastante pocas consideraciones. Estoy perfectamente consciente de ello; mi principio supremo en el momento de la redacción fue ‘consideración hacia el público científico alemán’ ”. Ya tenemos aquí, en germen, lo que será la gran escisión Freud-Jung, es decir, el deseo de Jung de tomar en consideración, como él dice, al público científico, al público en general, que contrasta efectivamente con el radicalismo de la posición freudiana. La respuesta de Freud, de enero de 1907, puede ser citada: “Mi honorable colega: Le ruego que abandone rápidamente ese error de que su escrito sobre la *dementia praecox* no me ha gustado mucho. El simple hecho de que haya emitido críticas puede probárselo...” —cuando se lee esto atentamente, se percibe que ya las tensiones están presentes—... Entonces, en realidad, Freud intenta convencerlo de que después de todo, —hecho del que nosotros también estamos persuadidos— los grandes maestros de la psiquiatría tienen poca importancia. Efectivamente, Jung quedará dividido entre Freud y los grandes maestros de la psiquiatría, hasta el momento en que, como ustedes saben, sobre la cuestión de la libido sexual, se rendirá.

La tesis de Jung se expresa claramente en una carta posterior. Mientras Freud parece querer establecer una separación muy rigurosa entre ^{paranoia y} esquizofrenia, la tesis de Jung es que hay fluctuaciones entre ambas: “...la ^{paranoia} está construida exactamente como la *dementia praecox*”, dice Jung, “salvo que la fijación se limita a un pequeño número de asociaciones —por lo tanto la ^{paranoia} aparece como una demencia precoz restringida— y que la claridad de las nociones está en general, con algunas excepciones, conservada. Sin embargo, hay en general transiciones fluctuantes hacia lo que se denomina *dementia praecox*”. En los casos que Jung envía a Freud se percibe que la cuestión del diagnóstico es fluctuante y que Jung admite que lo que se presenta como una demencia precoz puede ser una ^{paranoia}, etc...

En ese momento se ubica el primer encuentro con Freud, y tenemos las cartas que siguen a este encuentro, que revelan de entrada —se nota a través de las cartas de Jung— cuál es la lección de Freud. ¿Qué es lo que Freud le transmite como concepto a Jung en este encuentro? Que el erotismo es lo que sería la esencia de la demencia precoz. Quiere explicarle también a Bleuler lo que co-

responde a la libido y a sus desplazamientos en la formación de la demencia precoz y paranoia. Salteo las cartas que muestran desde los primeros momentos cómo el debate sobre la sexualidad de la libido se precisa.

Tenemos una declaración absolutamente esencial de Freud en esta correspondencia, que me parece marca verdaderamente su posición clínica, y diría incluso por extensión la que Lacan va a adoptar, la que explica en definitiva que no se encuentre referencia a la esquizofrenia en su enseñanza. Freud, después del debate del que les ahorro los rodeos, dice esta frase que me parece esencial: "...se trata de explicar la parte paranoica de la demencia". Esta declaración, evidentemente, ya opera esa separación que continuará diferenciando, hasta nuestros días por ejemplo, el enfoque de Lacan y el de Deleuze y Guattari. Se trata de saber cuál es la parte en definitiva que es susceptible de explicación. La que es susceptible de explicación es la que es susceptible de un enfoque empático, pero que, en definitiva, se revela imaginario. Se percibe aquí que no hay quizá imperialismo analítico en la clínica, sino que por el contrario, se trata de extraer del campo completo de las demencias la parte susceptible de explicación, qué es lo que hay de paranoico en la demencia. Esta es una cuestión que no considero resuelta. Por otra parte, hay textos de Freud, que les citaré, que modifican esta declaración. Pero ella me parece de todas maneras la orientación mayor del enfoque psicoanalítico de las psicosis.

Salteo la carta de Freud sobre la paranoia, que es conocida, les menciono una cita de 1908 que es la siguiente: "escribo paranoia, dice Freud, y no *dementia praecox* pues considero a la primera un buen tipo clínico y a la segunda un mal término nosográfico". En otras palabras, ésta es una invitación a romper el paralelismo que establecemos entre paranoia y esquizofrenia, que las hace completamente disimétricas. Para no sobrecargar esta exposición salteo cosas cuyos detalles son apasionantes, para darles simplemente esta pequeña sinopsis que Freud hace en 1908 para Jung. Para unificar el problema propone un concepto esencial: represión por retiro de la libido; para explicar paranoia y esquizofrenia. Esta continúa siendo la posición que encuentran expresada tres años más tarde en su texto sobre Schreber. En primer lugar, si hay éxito en la represión por retiro de la libido en relación al mundo exterior, tenemos autotrotismo. En ese momento, admite que se hable de demencia precoz. En segundo lugar, si hay fracaso de la represión de la libido y si hay restablecimiento de las cargas libidinales, pero después de su transformación es decir, si hay represión, retiro de la libido, transformación de esta libido y reproyección de esta libido, tenemos la situación de la paranoia, con conservación del sentimiento de realidad. Tercera posibilidad, fracaso parcial de la represión por retiro de la

libido, tentativa de compensación, combate con salida en un autoerotismo parcial: forma intermedia, *dementia praecox* paranoide, o sea el diagnóstico Schreber. Creo que en el conjunto de este volumen, ésta es la parte que mejor resume el punto al que Freud llega en los años 1908.

Después, lo que lo absorberá en esta cuestión es el estudio del caso Schreber, que Jung ya cita en su libro de 1907, sobre la *dementia praecox*, y que será también una de las referencias de Bleuler en 1911. Freud no es el único, tampoco fue el primero, en haber abrevado en el texto de Schreber, pero lo hace con un brillo muy singular y, cuando estudia el texto en 1910, habla del maravilloso Schreber. Lo interesante es que aceptando el diagnóstico de demencia paranoide, en el fondo, califica esencialmente su trabajo de trabajo sobre la paranoia. Cuando habla de su trabajo sobre Schreber, dice "mi trabajo sobre la paranoia". En definitiva, considera que trabaja esencialmente sobre la parte paranoica de la demencia paranoide. Se promete, al publicar el texto sobre Schreber, se lo escribe a Jung, "dar el golpe más audaz contra la psiquiatría después de su volumen de 1907, después de su *dementia praecox*".

Verdaderamente, es en 1911 cuando se ve que Jung no puede aceptar que el cuestionamiento, incluso que la supresión de la función de la realidad en la *dementia praecox*, que esa supresión del sentimiento de lo real, se deba a la represión de la libido como sexual. Es entonces realmente en torno a la cuestión de la esquizofrenia, de la demencia precoz o de la esquizofrenia, que se hará esa separación esencial sobre la naturaleza de la libido que quedará como frontera, puede decirse, del discurso psicoanalítico propiamente dicho. Si quieren poner en perspectiva esta historia, pueden leer el pequeño escrito muy divertido de Freud que se llama "La historia del movimiento psicoanalítico"⁸ que apareció en 1914, donde Freud se apresura a librar al público el estudio de sus conflictos con Adler y con Jung. Habla, por otra parte muy específicamente, de sus relaciones al principio confiadas y admirativas, pero también de su escisión de la Escuela de Zurich. Les insisto en que completen esto con la lectura de algunas cartas de la correspondencia con Abraham, en las que verán a Freud de entrada hacer un retrato de Bleuler para nada divertido, y considerar que actúa totalmente en base a reacciones caracterológicas, habiendo pocas posibilidades verdaderamente de recorrer mucho camino juntos. Abraham advierte también de entrada a Freud de no confiar en Jung y después, como saben, Freud rinde homenaje al Bleuler de 1906-1907 por haber mostrado que casos puramente psiquiátricos pueden ser esclarecidos por el psicoanálisis en los sueños y en las neurosis. Por otra parte, lo muestra Jung en su texto, incluso en

su test de asociaciones. Vale la pena seguir ese trabajo propiamente experimental, inyección de conceptos freudianos en el campo psiquiátrico.

Rinde pues homenaje a Bleuler y a Jung por este hecho, pero al mismo tiempo dice: en el fondo, lo que me interesó siempre, no es simplemente la interpretación de los síntomas. Freud lo dice con todas las letras. Es un hecho que me parece absolutamente capital ya que lo que está en causa, para Freud, precisamente, es la causalidad, no simplemente la interpretación. Debo decir que esto me sigue pareciendo esencial en lo que hace a la lectura de Lacan hoy. Un Lacan demasiado reducido a la metáfora y la metonimia como lo que da cuenta de la formación y de la interpretación de síntomas. Lo que le interesa precisamente a Freud, es no simplemente la interpretación de los síntomas, es el mecanismo psíquico del trastorno, entre comillas "la causalidad psíquica", y, por sobre todo, la adecuación de ese mecanismo con el descubierto en la histeria. Desde este punto de vista indica que no había todavía diferenciado los dos mecanismos en juego, objetivo que fue el trabajo de su Schreber en 1911. Esta notación de 1914 justifica que Lacan retome ese segundo mecanismo diferente en las psicosis en comparación con la histeria, que Lacan sacó de otros textos de Freud y que llamó forclusión. Finalmente lo que interesaba a Freud en 1906-7 era esto, como él mismo lo indica: "no había, todavía, diferenciado en ese momento los dos mecanismos". Lo que muestra hasta qué punto Lacan cuando reconstituye el mecanismo llamado de la forclusión como específico de las psicosis, está justamente en la línea de lo que Freud hacía en 1914. Indica en forma reprobatoria, que Bleuler, a pesar de hablar de mecanismos freudianos en las psicosis, continuaba atribuyéndoles un origen orgánico; y que Jung mismo estaba presto a sostener el origen tóxico de las psicosis. Lo que lo condujo después, por una parte, a desexualizar la libido y, finalmente, a sobrevalorarla, que eso es lo que implica su libro de 1911 sobre la libido, cuya crítica, muy precisa, encuentran al pasar, en el texto de Lacan "Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis".

Tenemos un texto fundamental de Freud. Cosa de la que uno se percata sobre todo, una vez que se tiene esta árida cartografía. Es un texto que enuncia su clínica de la paranoia y de la esquizofrenia, en la tercera parte de su escrito sobre Schreber, y creo que cada uno de esos términos, aún hoy, es para nosotros precioso y nos permite saber en qué sentido volver a utilizar las indicaciones, que dije parsimoniosas, de Lacan sobre el tema. "El término de esquizofrenia, dice, creado por Bleuler para designar el mismo conjunto de entidades mórbidas que la demencia precoz de Kraepelin, se presta a la misma crítica que este conjunto. El término esquizofrenia no nos parece bueno más que si

olvidamos su sentido literal. Pero interesa bastante poco en el fondo que llamemos de una o de otra manera los cuadros clínicos. Me parece más esencial conservar la paranoia como entidad clínica independiente a pesar de que su cuadro clínico se complica tan a menudo de rasgos esquizofrénicos. Pues, desde el punto de vista de la teoría de la libido, se la puede aquí separar de la demencia precoz por otra localización de la formación predisponente y por otro mecanismo de retorno de lo reprimido. Explicaré esto a continuación. Creo que el nombre más apropiado para la demencia precoz sería el de parafrenia, término de un sentido un poco indeterminado y que expresa la relación existente entre esa afección y la paranoia, cuya designación no debe cambiar". Nos propone entonces una clínica comparativa totalmente precisa de la paranoia y de la esquizofrenia. Primero, se puede verdaderamente poner paranoia de un lado, demencia precoz-esquizofrenia por el otro. Mecanismo esencial de la paranoia, dice, la proyección y, en cambio, en la demencia precoz, presencia esencialmente de alucinaciones como mecanismo histérico, es decir, interpretables. Cuando Freud en esta época dice "histérico", quiere decir verdaderamente "es interpretable". Las diferencias luego por la evolución terminal de cada una de ellas: la paranoia concluye con una reconstrucción del mundo, y es eso lo que encontramos en Schreber; mientras que en la demencia precoz, en el fondo, la "represión" entre comillas se extiende sin límites. Al respecto, introduce un punto de regresión diferente de la libido para cada una de ellas; lo que sustenta este estudio es su presentación de "Tres ensayos sobre la sexualidad", de donde va a salir, acerca de las psicosis toda la rama Abraham-Melanie Klein y compañía. Karl Abraham concebirá, pondrá en primer plano, a partir de "Tres ensayos" más "Duelo y melancolía", la idea freudiana de una fijación de la libido a ciertos estadios del desarrollo, que permite una clínica diferencial según el punto de fijación primero de esa libido. Entonces dice: "...en la paranoia, la fijación a la cual el paciente vuelve por regresión, es el estadio del narcisismo, y en la demencia precoz es necesario utilizar un estadio anterior a éste, que es el del autoerotismo —y agrega— infantil". Saben que en esta dirección se puede llegar hasta el narcisismo primario, a la invención de ese concepto, que es uno de los raros conceptos freudianos que Lacan borrará pura y simplemente de su concepción. Es decir, diferenciación entre paranoia y demencia precoz según dos puntos de fijación de la libido, uno primero, el narcisismo, y el segundo anterior, el autoerotismo. Se podría decir, entonces, que lo que resume el legado freudiano sobre la cuestión, es esta página, estas dos páginas a las que los remit⁹, culmina en un cuadro diferencial muy preciso, pero que tiene dos consecuencias desde el punto de vista clínico y que permite dar cuenta de esos he-

chos clínicos. Primero, dice Freud, un enfermo puede comenzar por presentar síntomas paranoicos y, sin embargo, evolucionar hasta la demencia precoz, primera posibilidad: una evolución de la paranoia a la esquizofrenia. Segunda posibilidad: los fenómenos paranoicos y esquizofrénicos pueden combinarse en todas las proporciones posibles —por lo tanto una combinación más que una evolución— de manera que un cuadro clínico como el ofrecido por Schreber resulta de dicha combinación, cuadro clínico que merece el nombre de demencia paranoica. Esto es lo que me parece ser nuestro punto de partida freudiano mínimo.

Debería hacerse mucho más que esto antes de mencionar a Lacan; se debería primero consagrar tiempo al estudio preciso de la descripción por Bleuler de la esquizofrenia en sus relaciones con la de Kraepelin. No voy a hacer eso, no voy a hacer tampoco una lectura y una crítica de la obra de Jung sobre la libido, a pesar de que no es tiempo perdido ver a dónde puede llegar el psicoanálisis si se olvida los límites de su campo. Diría que es la atención consagrada a la parte paranoica de la demencia, lo que ha dejado efectivamente abierto el campo a todas las elucubraciones, incluyendo la elucubración de Deleuze y Guattari. Debería también seguirse la filiación Abraham-Melanie Klein. En efecto, se ve en un punto muy preciso de la correspondencia Freud-Abraham, a éste último hacer la hipótesis de lo que se llama la melancolía originaria de todo sujeto, y escribirle a Freud: acabo de tener la dicha de que una joven analista, la Sra. Melanie Klein, acaba de verificar la existencia de esa melancolía originaria en un niño. Es, verdaderamente, el punto de partida de la carrera fulgurante de Melanie Klein y de un abordaje de las psicosis que todavía tiene real importancia hoy: que voy a dejar de lado, y que gira alrededor de dos textos esenciales de Freud: los "Tres ensayos" y "Duelo y melancolía".

Tampoco estudiaré, lo que valdría la pena hacer, el texto de Federn. Saben que Paul Federn, demasiado olvidado hoy en día, formó parte del círculo vienés de Freud, se especializó en el estudio de las psicosis, y especialmente de la esquizofrenia. Hizo de ella su especialidad y en sus escritos, que publicó con reticencia, porque justamente en un punto esencial estaba en desacuerdo con Freud, lo que inhibió su producción —especialmente en su libro "La psicología del yo y las psicosis"—, se pueden recoger algunas frases —él estaba en control informal con Freud— de este último sobre las psicosis, que siempre son preciosas, y que permiten atisbar la atmósfera de la época alrededor de las psicosis, es decir, a partir de las tesis freudianas de la retracción de los psicoanalistas en relación a la psicosis. Federn era, en realidad, el más dispuesto a enfrentarlas, y sus escritos más importantes, de hecho, fueron realizados durante y

después de la guerra, en los Estados Unidos. Su punto esencial de desacuerdo con Freud es que mientras éste consideraba que la libido refluía sobre el yo en la paranoia, la tesis de Federn, por el contrario, es que el yo en la esquizofrenia y las psicosis se empobrecía de libido. Es la tesis exactamente inversa. Lo que por otra parte da periódicamente lugar a tentativas de reacomodamiento entre las dos tesis. Omito a Federn, pero aconsejo su lectura porque es alguien que trató de pensar de manera precisa las psicosis —y precisamente la esquizofrenia— en términos de déficit del yo. Se ve qué es lo que lo condujo por esta vía: tratar de dar cuenta de lo que se llama disociación en términos de déficit, y por tanto de un déficit que atañe únicamente a la función de síntesis de la personalidad. Tienen aquí una lógica de toda reflexión posible, diría, sobre la esquizofrenia, incluso en general sobre las psicosis, es que en definitiva uno se ve llevado a hablar del compromiso, mayor o menor, de una función de síntesis, o inclusive del armazón del sujeto. Las consideraciones de Federn son importantes porque nos obligan a orientarnos en Lacan a partir de estos conceptos.

La función del sujeto en las psicosis

Podemos poner como exergo, esta formulación, que, en el sentido de Lacan, no podemos estudiar las psicosis y menos aún la esquizofrenia —y ciertamente tampoco cuando se trata de Schreber— sin introducir allí la función del sujeto. Cualquiera fuesen las consideraciones que podamos hacer sobre la supresión del sujeto, su desaparición, incluso su muerte —término que Lacan emplea en su escrito sobre las psicosis, cuyo sentido no es evidente, no es unívoco en todo caso— a partir de la introducción de la función del sujeto en la consideración de las psicosis, cuando no consideramos que existe en ella el a-sujeto, que hay ausencia de sujeto sino que mantenemos firmemente que hay lenguaje y que hay sujeto como efecto de lenguaje, lo que debemos sostener en todos los casos, poco importa que el sujeto hable o no. El lenguaje en el sentido de Lacan no tiene nada que ver, no está condicionado por el hecho de que el sujeto hable o no. El lenguaje en el sentido de Lacan está afuera de todas maneras. Esé lenguaje, —este es el valor de la cita inicial— es un órgano que preexiste al sujeto. Por lo tanto, la consideración de saber si el sujeto habla o no es totalmente de otro orden. Introducir la función del sujeto en nuestra consideración del campo de las psicosis, incluyendo la esquizofrenia, quiere decir —es una equivalencia— en el sentido de Lacan que no se puede tratar la cuestión en términos de déficit o de disociación. Es exactamente lo que dice

Lacan; que introducir el sujeto, es no permitirse tratar la cuestión de las psicosis y de la esquizofrenia en términos de déficit y de disociación.

Frente a esta declaración y cuando al mismo tiempo se tienen sus escritos, uno está obligado a preguntarse qué es lo que en su estudio de la psicosis, incluso en sus alusiones a la esquizofrenia, en definitiva, ocupa el lugar de síntesis del Yo. No exactamente el mismo lugar, sino que ocupa la posición de armazón del sujeto. La cuestión de la forclusión depende de esto. Cuando leen el seminario sobre las psicosis se dan cuenta de que Lacan se cree capaz de definir el armazón significante mínimo para que un sentimiento de la realidad, entre comillas normal, se constituya para el sujeto. Es el ejemplo del taburete con patas. ¿Qué pasa si le falta una de sus patas? Aquí Lacan no habla en términos de déficit ni de disociación, sino en términos de falta de significante. Por ende, las consideraciones que en la tradición analítica y psiquiátrica se hacían en términos de déficit y de disociación, se desplazan en Lacan en términos de falta de significante, y referidas no al Yo sino al armazón significativo del sujeto. La forclusión significa eso; que se trata de un sujeto como efecto del significante, pero especialmente del significante que falta.

¿Qué referencias tenemos al respecto? Tenemos la referencia del Edipo como estructura significante mínima que padece, experimenta, demuestra, en caso de psicosis, la forclusión de un significante, este es el punto en que estamos en el texto de Lacan. Ahora bien, es necesario, si queremos reactualizar esta tesis, definir cuál es el término que necesariamente se encuentra privilegiado. El término en el que se produce necesariamente el déficit en la concepción de Lacan, no es el Yo como función interna de síntesis, pues saben que Lacan hace del Yo una función imaginaria. Pero lo que aparece como la referencia para ubicar la esquizofrenia es especialmente lo que Lacan llama el discurso. El discurso en el sentido de los Cuatro Discursos, es decir cuatro armazones mínimos del sujeto, que son necesarios para evitarle primero lo que Lacan ha llamado la debilidad, que es una categoría clínica de Lacan. He tratado de mostrarlo en un pequeño artículo sobre su presentación de enfermos¹⁰; ya que en relación a su presentación de enfermos me han preguntado si Lacan empleaba el término de esquizofrenia y puedo decir que jamás. En cambio, el término de debilidad estaba en el primer plano de su diagnóstico. Entonces el discurso es la referencia para considerar, desde el punto de vista lacaniano al llamado esquizofrénico. En ese sentido doy todo su valor al hecho de que la única vez que Lacan habla del llamado esquizofrénico en su texto, que es verdaderamente su último gran escrito, l'Étourdit (El atolondradicho), ubica el llamado esquizofrénico en relación al discurso como lazo social. El sujeto como

esquizo, podemos considerar que en la teoría de Lacan lo tenemos al principio como sujeto del significante, sujeto tachado. Evidentemente estamos habituados a descifrarlo como el sujeto histérico por excelencia. Pero ubiquémoslo como el sujeto esquizo. Se entiende rápidamente que es sólo por su captura en un discurso, más allá de su lugar como efecto del significante, que ese sujeto, si se puede decir, se normaliza. En este sentido se justifica decir que no se habla de déficit; porque la esquicia está desde el inicio. De buen grado Lacan habla del sujeto tachado como de la esquicia del sujeto. El término mismo que Bleuler empleaba en su concepción de la esquizofrenia, la *Spaltung*, término freudiano por otra parte, Lacan lo emplea para calificar a su sujeto. En realidad, así como Lacan en un tiempo habló de la histeria primitiva del sujeto o de la paranoia primitiva del sujeto, podríamos desde cierto ángulo admitir una esquizofrenia primitiva del sujeto. En todo caso, es una hipótesis que no podemos excluir del contexto, del texto de Lacan. Estamos obligados pues a volver a incluir al psicótico y al esquizofrénico en el lenguaje, ellos no están fuera del lenguaje. Pero les asignamos, a partir de la teoría de Lacan, un lugar, que es el de estar fuera del discurso.

Puede decirse que lo que Deleuze y Guattari han intentado pensar como el cuerpo sin órganos, fue situado por Lacan como un cuerpo sin discurso. Entonces ¿en relación a qué discurso vamos a considerar la psicosis y la esquizofrenia? Diría que no hay más que uno que se propone como punto de referencia, es el que Lacan llama el *discurso del Amo* o del *inconsciente*; es el mismo. Incluso es a través de una modificación del discurso del Amo como tenemos una posibilidad de ubicar finalmente la esquizofrenia. Les hago notar que es el mismo método seguido por Lacan en su escrito sobre las psicosis. Partí allí de un esquema que esencialmente tiene cuatro términos, de un cuadrado en todo caso, que representa entre comillas la estructura normal, incluso la de la neurosis, y obtiene la demencia paranoica de Schreber por transformación de ese primer esquema. Entonces, como hipótesis, podemos ubicarnos sobre la estructura cuatripartita del discurso del Amo para intentar seguir las modificaciones inducidas por la posición esquizofrénica.

¿Qué podemos decir en este caso? Podemos decir que lo que aparece desde el principio comprometido es la representación del sujeto por el significante. Lo que se agotan en describir mediante la empatía de la esquizofrenia es de hecho una dispersión de los significantes que representan al sujeto, que podemos atribuir al tipo de opacidad del significante binario. Por que no se trata de represión, la represión que permite que el otro significante funcione como referente de la representación del sujeto, sino de forclusión, de la cual podemos

plantear como hipótesis que se define por impedir la representación del sujeto, en todo caso la representación monolítica del sujeto o la representación privilegiada del sujeto. Especialmente en el caso de la esquizofrenia veremos emerger lo que Lacan llama el enjambre de significantes; pero esta vez irremediablemente disperso. Pienso que esta dispersión de identidades que, por ejemplo, un Klossowsky ha analizado en el caso de Nietzsche, puede ubicarse cómodamente en el esquema del discurso del amo, como una pluralización del significante amo, una pluralización que equivale efectivamente a su desaparición. Podríamos tratar de formular los fenómenos esquizofrénicos como dispersión y desaparición del significante amo. Evidentemente, esto tendría consecuencias sobre los otros dos términos del asunto: la a minúscula y el $\$$. Justamente éstos son los términos que son evidentes en el delirio de Schreber. Son evidentes como una dominación del goce en el lugar del Otro sobre el sujeto. Esto, siempre como hipótesis, nos ayudará a comprender por qué Lacan puede decir, limitándose a magnificar una proposición de Freud, que sin el Edipo —es decir, sin el armazón significativo, que Lacan llama Edipo pero que es también el discurso y especialmente el discurso del Amo— el psicoanálisis puede considerarse igual al delirio de Schreber. Esta es una frase de Lacan en su Proposición de Octubre de 1967¹¹. Esto quiere decir que de manera manifiesta y esta vez real, la relación de Schreber con el Otro reproduce en lo real la relación del analista con el analizante. Efectivamente el delirio de Schreber implica que el goce sea ubicado en el campo del Otro de manera totalmente explícita. Esto es realizar la fórmula que supone la transferencia.

Cuerpo esquizofrénico y lenguaje

Antes de volver a este punto, diré que ya tenemos los elementos para intentar situar las dificultades del esquizofrénico con su cuerpo. Si tenemos una chance de dar consistencia a una teoría "lacaniana" de la esquizofrenia, es decir de ese campo vecino a la paranoia, que puede cruzarse con él, es a partir precisamente del estatuto del cuerpo y del organismo en relación al discurso. Debemos funcionar con los términos de discurso, cuerpo y organismo. El estatuto del cuerpo en la enseñanza de Lacan es que efectivamente no es un idealismo; el sujeto se sostiene en el viviente, aún cuando es el efecto del significante. Entre el viviente y el sujeto hay un desacuerdo que se debe a que el viviente tiene una función sexual determinada —desde el punto de vista del viviente hay una diferenciación de sexos— mientras que para el sujeto, esto es lo que Lacan quiere

decir cuando habla de la Cosa freudiana, el goce es esencialmente asexuado; lo que también llama el objeto *a* minúscula, el objeto *a*-sexuado. Siempre en su enseñanza es en un segundo movimiento como podemos intentar dar cuenta de que el goce fuese sexual. En la enseñanza de Lacan, en el psicoanálisis, el goce no es evidentemente sexual; el goce fundamental, el que puede alcanzarse como goce del cuerpo, es esencialmente autoerótico. En este contexto se sitúa la promoción del objeto *a* minúscula en Lacan. Lo que se conoce en psicoanálisis es el goce de *a*. Este es retomado, como dice Lacan, coordinado con el falo. Lo mismo ocurre en Freud. Un mecanismo complejo relaciona el goce del objeto *a* minúscula como asexuado con el goce sexual, el goce fálico y el goce del Otro. En este sentido, la diferencia se ve en que en definitiva Lacan nunca ubicó el falo más que como un semblante, incluso antes de haber inventado el término. Tomen su escrito sobre las psicosis, habla de él como de un significativo imaginario —lo que sorprende al lector que está habituado, a quien se le metió en la cabeza, que es simbólico, entonces entiende que ya no comprende nada— pero ese término es el que Lacan utilizará más tarde bajo las especies del semblante.

Lo que se consideró antes, a partir de Freud, como narcisismo primario, mediante el cual se quiso diferenciar la esquizofrenia propiamente dicha, puede tener un lugar en Lacan, pero a nivel del goce puro y aislado del objeto *a* minúscula, nivel en que el goce no está coordinado al semblante fálico. También, dado el caso, puede animarse con lo que Lacan llama en su escrito sobre Schreber el goce transexualista en el que habría que encontrar, detrás de lo que parece ser el goce de su imagen especular, el objeto *a* que lo sostiene. En este punto podríamos tratar primero de reformular la diferencia entre la esquizofrenia y la paranoia planteando que el goce propiamente dicho cuestionado por los psicoanalistas bajo el nombre de narcisismo primario o de autoerotismo infantil —a partir de Freud— apunta al goce como tal del objeto *a* minúscula aislado; mientras que en la paranoia, este goce permanece situado en el campo del Otro. No es en términos de déficit que nos expresamos aquí, hacerlo supondría que nos referimos a un yo, como dice Lacan, a un organismo, incluso a una especie que tendría que adaptarse en tanto que supuesta en la existencia.

El cuerpo esquizofrénico, ese sobre el cual se escribieron páginas poéticas, líricas, ejercicio al cual Lacan jamás se libró, exige primero considerar que de todas maneras, para todo sujeto, es el lenguaje dice Lacan lo que le otorga su cuerpo. Es necesario distinguir el cuerpo que creemos conocer bien, el cuerpo en el sentido común, que no deviene su cuerpo para un sujeto más que a partir de lo que Lacan llama “su cuerpo simbólico” que es el orden simbólico, pero al

cual precisamente la misma palabra le da el sentido de agrupamiento y de articulación. Para el sujeto es el cuerpo de lo simbólico lo que hace de un organismo un cuerpo, un cuerpo de sujeto, que se incorpora al organismo. Encontrarán esto en Radiofonía¹², cuyas consideraciones parafraseo. Sólo después lo simbólico aparece como un incorporeal. El cuerpo puede aparecer esencialmente como un sistema. Su estatuto, su unificación, parece depender de la articulación significativa y no ser un dato. Esto es lo que permitirá comprender cómo en tanto suplencia de esta articulación simbólica, lingüística, el esquizofrénico se consagra, se mecaniza.

Conocen el lirismo que se ha desarrollado alrededor de la conexión con la máquina del esquizofrénico, basta leer textos de esquizofrénicos. Pero Lacan no está lejos de otorgar el estatuto de presidente Schreber y de "bi-presidente" Schreber a Deleuze y Guattari, está dispuesto a elevarlos a la dignidad de delirio filosófico. Lo que se trata de comprender es qué lugar ocupa esa conexión maquinística. Comprendemos su necesidad si captamos que ocupa el lugar —exactamente el lugar— del cuerpo simbólico, que es un cuerpo simbólico suplente. Esto ya es muy manifiesto, diría, desde la imagen que Kraepelin pone en su tratado, se ve en él un aparato de influencia que es ese sostén simbólico. Por eso es legítimo decir que el esquizofrénico se conecta con el cuerpo. Cuando ese cuerpo es tomado en lo simbólico, cuando incorpora lo simbólico, esa captura tiene un efecto sobre su goce, en el sentido de Lacan. De la incorporación de lo simbólico en el cuerpo la histérica testimonia a su manera —y allí están, justamente, las zonas fronterizas que aparecen entre histeria y locura, entre histeria y psicosis— en el momento en que lo simbólico recorta el cuerpo, el goce se separa de él. El goce del que se trata, tanto en el objeto *a* minúscula como en el falo, en todos los casos, se trata de goces separados del cuerpo, goces a los cuales el sujeto se liga como puede, que se constituyen a partir de caídas. En este sentido, decimos que hay un estatuto esencialmente fuera-del-cuerpo del goce, especialmente sensible en la función fálica. Puede considerarse que lo que Lacan quiere decir en la cita que escuchamos al inicio, es que precisamente lo que nos comentan con lirismo, es que el goce retorna al cuerpo. Por esta razón la esquizofrenia se deja ubicar en relación al discurso como no entrando en él. Un discurso, en el sentido de Lacan, necesita de una impotencia, como él lo dice "definida por la barrera del goce". Precisamente, lo que se nos comenta con lirismo, es exactamente eso, que la barrera del goce fue franqueada. Al respecto, digamos de una manera general, que en la psicosis, verdad y producción no están en disyunción.

Si analizamos textos precisos, digamos de Schreber, o Wolfson, nos perca-

taríamos de que ese cuerpo disperso está conectado sobre otro cuerpo de lo simbólico. Tenemos, creo, en los textos de Lacan todo lo necesario para trabajar. Deleuze y Guattari enfatizaron el cuerpo sin órganos, salvo que precisamente ese énfasis ya estaba con anterioridad en Lacan: una nueva teoría de la libido que Lacan constituye con el objeto *a* minúscula.

Esta teoría de la libido Lacan la expone con el famoso mito del *homme-lette*, de la laminilla del Seminario XI¹³ y que retoma en Posición del Inconsciente¹⁴. La libido es un órgano, un órgano irreal pero no imaginario, es decir que está en el lugar de lo incorporal, que es lo que subsiste del cuerpo de lo simbólico una vez que él ha sido incorporado. Esta concepción de la libido órgano es la que nos permite, por ejemplo, no descalificar sino reformular los análisis de Federn sobre las fronteras del yo. Este no era indiferente a que en las psicosis, aquello que él llamaba las fronteras del yo —esencialmente en la esquizofrenia— habrían sufrido una restricción, un recorte de las ideas; las que en un sujeto normal hubieran sido concebidas como representaciones, para el sujeto en crisis, aparecen en la vertiente de la realidad. Había pues una suerte de retracción de los límites del yo. Conocen todos los comentarios que se hicieron, en el caso de la escuela kleiniana, sobre la identificación proyectiva, sobre la ausencia de límites entre el individuo y el mundo exterior. Esto tiene un lugar totalmente preciso en Lacan. Su concepción de la libido-órgano que implica que “el verdadero límite del ser del organismo va más lejos que el del cuerpo”. Explica que este límite del ser del organismo, que es el campo libidinal desde esta perspectiva, es evidente en la histérica. Pero podríamos agregar que es evidente justamente en esos casos que se han reunido como casos de esquizofrenia, salvo que no es seguro que aquí los límites del ser del organismo lleguen más lejos que los del cuerpo. La pregunta que formula en esa época es: ¿cómo el organismo llega a ser capturado en la dialéctica del sujeto? Es una frase capital, recurrente en momentos muy particulares de la enseñanza de Lacan. La dialéctica del sujeto precede, en este caso, a la relación sexual, y precede al estatuto del organismo, se trata por ende de captación y captura por lo simbólico. Ese cuerpo esquizofrénico aparece como una consecuencia de una dialéctica desviada del sujeto, de una dialéctica precisamente en la que un significante esencial es forcluido. El problema es cómo debe ser esta forclusión para llegar a repercutir sobre el sentimiento del organismo. No es que esto no ocurra en la paranoia, sino que ocurre especialmente en la esquizofrenia. Así como Lacan en “Televisión”¹⁵ opone obsesión e histeria, diciendo que la obsesión testimonia de la cizalla simbólica en el pensamiento, la cual en la histeria se manifiesta en el cuerpo; podríamos construir la misma oposición

entre paranoia y esquizofrenia.

La libido-órgano es la clave de la operación que Lacan llama la separación en "Posición del Inconsciente". Lacan dice que ese órgano irreal, ese órgano llamado libido, es precisamente esa parte del organismo de la cual éste se desliga en el momento en que el sujeto opera su separación. Ese es el lugar que precisamente ocupan los objetos *a* minúscula. Con esto, Lacan trata de dar cuenta qué es la regulación de la libido, incluyendo las transferencias de la libido.

La *separación* en juego no es la separación con el objeto. Lo que Lacan llama separación es, al contrario, la función por la cual el sujeto operando con su propia falta, se procura un estado-civil, es decir, se engendra a sí mismo. En ese texto de Lacan hay un esfuerzo para situar el objeto *a* minúscula a partir de la dialéctica del sujeto. Si no se comprende este punto no se comprende la última frase del texto según la cual la metáfora paterna es el principio de la separación, es decir, el principio de la localización del órgano-libido. Esto nos permite concluir que el fracaso de la metáfora paterna se traduce por el fracaso de la operación de separación. Es precisamente en tanto esa operación de separación restaura la pérdida original del sujeto, es decir restaura su esquizia, que puede concluirse que el fracaso de la separación, por el contrario, deja al sujeto en esquizia. O sea, fuera-de-las-normas. Lacan con la metáfora paterna nos da el principio de una normalización del goce, es decir el principio de la normalización fálica del goce del objeto. Esa emergencia fálica en la metáfora paterna es una normalización del goce asexual por su coordinación con el semblante fálico. Cuando esta metáfora paterna falta, el goce se encuentra a la deriva. La consecuencia es la que los términos de Lacan permiten prever: el sujeto no tiene estado-civil. El esquizofrénico con su dificultad con sus órganos testimonia un estado nativo del sujeto. Relean el principio del *Atolondradicho* donde dice que para todo sujeto el cuerpo es pasible de separarse de sus órganos y que sólo después el sujeto intenta encontrarles función. El sujeto que habla, sólo después, a partir de este dato de los órganos, les inventa una función significativa. Conocemos el órgano que se significantiza en el discurso analítico: *el falo*. Significantizándose se separa de la realidad corporal y eso es lo que quiere decir la castración. No es la castración real del órgano, es la castración del órgano hecho significativo. Entonces, se puede plantear que el paso de los órganos al significativo es lo que, faltando su localización como castración sobre el falo, se generaliza en lo que designamos aproximativamente como esquizofrenia. Se podría hablar de una significación generalizada del cuerpo.

A nivel deductivo esto es bastante concluyente porque, si se admite que la

significantización de un órgano, cuyo ejemplo es la del órgano peniano, conduce a ubicarlo de alguna manera fuera del cuerpo, si planteamos una significantización generalizada de los órganos, efectivamente, podemos decir: todos los órganos están fuera del cuerpo. Esta es la raíz de la ilusión que lleva a Deleuze y Guattari a hablar de un cuerpo sin órganos. En el *Atolondradicho* Lacan también califica el lenguaje de órgano. No entiende el órgano del lenguaje en el sentido en que Chomsky hace del lenguaje un órgano, entiende que es un órgano en tanto que el cuerpo de lo simbólico precede y preexiste al sujeto. La fórmula de Lacan es precisa: el único órgano del sujeto es *el lenguaje*. Es decir, esos órganos fuera-del-cuerpo, hay que arreglárselas con ellos. Aquí viene esta cita: el dicho esquizofrénico debe arreglarse con sus órganos fuera de toda referencia a un discurso establecido. Para terminar les citaré exactamente esta frase de Lacan donde figura el término de esquizofrenia, incluyéndola en su contexto: "...de ese real: que no hay relación sexual, y ello debido al hecho de que un animal tiene estíbitat que es el lenguaje, que elaborarlo es asimismo lo que para su cuerpo hace de órgano; órgano que, por así ex-sistirle, lo determina con su función, y ello antes de que la encuentre. Por eso incluso es reducido a encontrar que su cuerpo no deja de tener otros órganos, y que la función de cada uno se le vuelve problema; con lo que el dicho esquizofrénico se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido".¹⁶

¹ "...las producciones más recientes sobre la temática del cuerpo sin órganos, son un modo de aclarar algo que se llama la esquizofrenia. En ella el lenguaje no logra hincarse en el cuerpo, es decir, que no es que el cuerpo esté sin órganos, hay al menos uno que es el lenguaje, porque si hay algo en lo que nada el esquizofrénico es en ese manejo enloquecido del lenguaje, pero simplemente no logra que se hincase sobre un cuerpo": QUARTO. N° X, Bruselas.

² Jacques Lacan, *Escritos*, Tomo II, Siglo XXI - México, 1975.

³ Jacques Lacan, *El Seminario*, Libro III, *Las psicosis*, Paidós, Barcelona, 1983.

⁴ Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, en *Escansión* N° 1 - Paidós, Bs. As., 1984.

⁵ Eugen Bleuler, *Demencia Precoz, El grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Bs. As., 1960.

⁶ S. Freud y K. Jung, *Correspondencia*.

⁷ S. Freud y K. Abraham, *Correspondencia*, Gedisa, Bs. As.

⁸ Sigmund Freud, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu editores, Bs. As., 1978.

⁹ Sigmund Freud, *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*. Apartado III, Sobre el mecanismo paranoico, págs. 55-73, Obras Completas, Tomo XII, *Op. cit.*

¹⁰ Jacques-Alain Miller, *Enseñanzas de la presentación de enfermos*, Ornicar N°3, Petrel, 1981.

A ser retomado próximamente en un volumen de artículos y conferencias de J.-A. Miller: *Matemas, Recorrido de Lacan II*, que será publicado este año por Ediciones Manantial.

¹¹ Jacques Lacan, *Proposición de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela*, por aparecer en *Escansión* N° 2, Paidós, Bs. As., 1985.

¹² Jacques Lacan, *Radiofonía y Televisión*, Anagrama, Barcelona, 1977.

¹³ Jacques Lacan. El Seminario, Libro XI, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barral, 1974 (Edición agotada, en el curso del presente año saldrá la nueva edición de Paidós).

¹⁴ Jacques Lacan, *Posición del Inconsciente*, en *Escritos*, Tomo II, *Op. cit.*

¹⁵ Jacques Lacan, *Radiofonía y Televisión*, *Op. cit.*

¹⁶ Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, pág. 45, *Op. cit.*