

del médico está capacitado para reconstruir, gracias a los productos de lo inconciente que le son comunicados, este inconciente mismo que ha determinado las asociaciones del sujeto."²³

Las referencias diagnósticas estructurales se ponen de manifiesto en el desarrollo del decir, en la forma de atisbos significativos del deseo que se esbozan en la persona que habla. Estas referencias aparecen entonces como los *indicios* que orientan acerca del funcionamiento de la estructura psíquica misma. De algún modo constituyen los indicadores de señalización impuestos por la dinámica del deseo. Como veremos más adelante, la especificidad de la estructura de un sujeto está predeterminada por la economía de su deseo. Y esta economía está regida por orientaciones, por trayectorias estereotipadas, digamos por ciertos principios de circulación, para seguir con las metáforas viales. Si convenimos en llamar *rasgos estructurales* a esas trayectorias estabilizadas, las referencias diagnósticas estructurales serían signos codificados mediante esos rasgos de la estructura que dan testimonio de la economía del deseo.

Con el fin de precisar un poco más el carácter operatorio del diagnóstico, resulta entonces conveniente no sólo aclarar muy bien el concepto de estructura, sino también la *distinción que existe entre síntomas y rasgos estructurales*.

Síntomas y rasgos estructurales

Ejemplo de su diferenciación en un caso clínico de histeria

1. Entrevistas preliminares

Para poder utilizar en forma adecuada el diagnóstico en el campo de la clínica psicoanalítica, es necesario que permanentemente se efectúe una discriminación rigurosa entre la *identidad del síntoma* y la *identidad de los rasgos estructurales*. Si no ejerce esta continua vigilancia, el clínico se expone a terribles confusiones de diagnóstico que comprometen gravemente el pronóstico terapéutico.

La exposición del caso clínico que haremos a continuación resulta en este sentido sumamente ilustrativa porque también se produjo en su desarrollo una confusión como la que acabamos de mencionar.²⁴

Desde las primeras entrevistas, será puesta en evidencia una estricta línea divisoria entre la especificación de algunos rasgos estructurales y la identidad ostensible del síntoma.

Primera entrevista

La señorita X, una mujer de apenas 30 años, me fue derivada para una consulta por un especialista en medicina interna, luego de haber estado hospitalizada durante un tiempo. Durante la primera entrevista, la información básica que me proporciona en forma abrupta se refiere precisamente a ese período de internación pero sin indicarme las causas que la motivaron. Pero, por más que directamente nada me será dicho, durante esa entrevista todo me será puesto a la vista, a través de una estrategia en la

23. S. Freud: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung, (1912), C. W., VIII, 364/374. S.E., XII, 109/120. Trad. A. Berman: "Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique", en *La Technique psychanalytique, op. cit.*, pág. 66. Versión castellana: "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", en *Técnica psicoanalítica, Obras Completas* vol. II, pág. 328.

24. Los elementos anamnésticos presentados aquí fueron aislados de un contexto psicopatológico complejo. La historia de esta mujer —fallecida accidentalmente después— no será reconstruida más allá de algunas menciones necesarias para la exposición de una ilustración "técnica".

que puede verse la expresión misma de un rasgo estructural, en este caso un rasgo característico de la estructura histérica.

En el transcurso de la entrevista, esta joven se queja de un "malestar" difuso, aunque bastante generalizado, pero no encuentra el modo de asociar las manifestaciones de ese malestar con ninguna situación concreta. Aparentemente nada se salva: ni su vida cotidiana y privada ni los aspectos de su actividad profesional. En pocas palabras, esta mujer deja bien en claro que nada le atrae particularmente, se trate de proyectos o de las relaciones con los demás, parientes o no. Tanto las personas como las cosas le provocan un profundo aburrimiento y rápidamente pierde interés en ellas. En este marco de abatimiento neurasténico, la mujer se desespera porque la mejor parte de su tiempo la ocupa en no hacer nada, salvo abandonarse con muy poco placer a algunas obnubilaciones diurnas.

Sin embargo, entre estas confusas ensoñaciones, vuelve con frecuencia un tema fantasmático en forma compulsiva y obsesiva. En ese argumento imaginario que retorna regularmente, un amigo viene a visitarla de improviso una noche. Esa visita imprevista la deja siempre sin saber qué hacer pero le provoca una agradable sorpresa. Como el amigo no la encuentra muy bien arreglada, lo instala cómodamente y se retira un momento al cuarto de baño para poder presentarse ante él con un aspecto más agradable. El argumento fantasmático prosigue entonces invariablemente de la siguiente manera. Encerrada en el baño, se complace en imaginar, con un júbilo inexplicable, lo que su amigo puede pensar que ella está haciendo allí. Pero lo curioso, aclara, es que el desarrollo del fantasma se interrumpe siempre en ese punto, contra su voluntad y a pesar de los repetidos esfuerzos que hace para lograr que continúe.

Al finalizar esta evocación fantasmática, intervengo y le pregunto: "¿En qué pensaba usted detrás de la puerta de mi consultorio, en la sala de espera? Mi intervención suscita en forma inmediata una reacción absolutamente característica del funcionamiento histérico: *represión directamente asociada a un desplazamiento*. La mujer se queja de que tiene mucho calor, se quita la chaqueta y descubro que en el brazo tiene cicatrices y algunas heridas bastante recientes pintadas con alcohol yodado. En el momento en que deja ver esas heridas, interrumpo la sesión.

Por suscintos que sean, los materiales traídos durante esta primera entrevista, ya dejan entrever algunos indicios muy valiosos para poder efectuar la discriminación entre rasgos estructurales y síntomas.

Desde un primer momento, en esta paciente que se presenta con una base neurasténica, se destaca un elemento esencial que aparece como *referencia diagnóstica estructural* en paralelo con un rasgo de la *estructura histérica*. Después de haberme informado directamente que acababa de salir del hospital, la mujer no me dice nada acerca de eso y se pone a hablar de otra cosa. Es como si todo estuviera significado implícitamente en esa lacónica información aunque en realidad nada se ha nombrado explícitamente. Dicho de otro modo, ella me da a entender algo pero de un modo en que yo mismo tenga que adivinarlo y preguntárselo.

Este tipo de funcionamiento intersubjetivo supone una estrategia del deseo característica de la estructura histérica: *desear algo pero de modo de tener que hacérselo desear al otro*. En cierta forma, entonces, su deseo tiende a hacerse el objeto de mi propia demanda.

El hecho de que el histérico *siempre está en un lugar sin estarlo verdaderamente* —lo que comúnmente llamamos la falsa apariencia de los histéricos— se debe a este rasgo notable de la estructura histérica que podemos observar cuando *el deseo del sujeto está siempre en un lugar pero con la reserva de hacerse representar donde no está porque está delegado en el deseo del otro*.

La diferencia entre un rasgo de estructura y la identidad de un síntoma depende de la determinación de índices de este tipo. Más allá de la plasticidad y de la diversidad de síntomas, el *rasgo de estructura* se presenta como un elemento estable que anuncia una *estrategia del deseo*.

En el mismo sentido, es posible poner de manifiesto ese rasgo característico de la estructura histérica a través del proceso de *represión / desplazamiento* tal como se elabora en la organización del argumento fantasmático y tal como se actualiza luego de mi intervención.

Si el fantasma es *una puesta en escena del deseo*, tenemos que poder identificar un perfil análogo en la estrategia del deseo.

El fantasma presente pone en escena a un hombre. Pero esta elaboración imaginaria no lo convoca de cualquier manera. Siempre este hombre aparece de improviso; no llega sino para movilizar el deseo de esta mujer de un modo imprevisible. Además, el desarrollo del fantasma muestra que este tipo de movilización del deseo queda pendiente de la pregunta: "¿Qué quiere de mí?" Como la puesta en escena nunca sale de la esfera de lo privado, sólo expresa así la modalidad de elección de la economía del deseo propia del sujeto y ésta funciona, una vez más, bajo la forma de una delegación en el deseo del otro. A raíz de que supone que "el otro" del fantasma desea algo en lugar de ella, esta mujer se pone también ella en situación de desear.

La continuación del argumento constituye una respuesta significativa a esta movilización del deseo. Ella desaparece en el cuarto de baño con el pretexto de ponerse más presentable. Aquí encontramos un estereotipo fundamental de la histeria: *la función de máscara*. La máscara le permite siempre al histérico tomar distancia de sí mismo y por ende de su deseo, para poder seguir sin querer saber nada de él. Se desarrolla el encadenamiento lógico del fantasma: a buen resguardo en el cuarto de baño, encuentra satisfacción en conjeturar qué es lo que el otro se imagina que ella hace allí. Aquí captamos una estrategia del deseo idéntica: *interrogar al deseo del otro con el único fin de saber en dónde está el propio*, es decir, el mismo caso de la figura de *alienación del deseo del sujeto a través del deseo del otro*.

La finalización abrupta del argumento fantasmático encuentra igualmente su legítima explicación en la expresión de este rasgo estructural. El

fantasma se interrumpe siempre en ese punto de alienación, con lo cual actualiza la *suspensión del deseo característica de la posición histórica*.

A esta suspensión corresponden, por su parte, algunos estereotipos sintomáticos cuya expresión privilegiada se desliza en fórmulas estandarizadas como: "No deseo nada", "No me interesa nada", "Todo me resulta indiferente" ... etc. No se podría captar mejor la dimensión de la distancia que existe entre el rasgo estructural y el síntoma. El síntoma es un producto de elaboración psíquica, un derivado de la estructura cuya identidad no ofrece ninguna garantía concreta para el diagnóstico. A veces incluso puede aparecer como un indicio perturbador en la identificación de los rasgos estructurales.

Pero volvamos al análisis de esta entrevista en el momento de mi intervención. Esta intervención, que puntúa la evocación del argumento fantasmático, contribuye a que la paciente pueda volver a centrar la cuestión del deseo en el único lugar en que se plantea: en ella misma y no en el deseo del otro.

Si la situación de aparecer detrás de la puerta de mi consultorio metafizaba manifiestamente la estructura de su fantasma favorito, mi intervención no tuvo otro objetivo que el de invertir su sentido. A la inversa de lo que ocurre en el argumento fantasmático, donde ella se pregunta sobre el deseo del otro, a partir de ahora el otro es quien le pregunta a ella en qué pensaba mientras esperaba. Una intervención de este tipo permite centrar nuevamente el lugar de surgimiento del deseo, al desactivar puntualmente su dinámica histórica, en la medida en que sobreviene como una intrusión equivalente a la pregunta: "¿Desde dónde desea usted?" No hace falta más para que la respuesta que recibo confirme con bastante certeza la dinámica histórica. Primero la *represión*: "Hace calor aquí" dice ella y se quita la chaqueta. A continuación el *desplazamiento* sobre el "cuerpo-síntoma" al poner al descubierto los brazos con heridas y cicatrices.

Ante mi intervención metafórica: "¿Desde dónde desea usted?" esta paciente sólo puede responder en el marco de una lógica neurótica ciega, *mostrándome alguna parte de su cuerpo, exhibido como el fragmento-síntoma donde su deseo efectivamente está cautivo*. Por cierto ella desea en su cuerpo, a nivel de los brazos lastimados que expone ante mi vista, con lo cual confirma el camino favorito que sigue el deseo histórico, que elige una parte del cuerpo enfermo.

Por mi parte, para situar la cuestión del deseo en el lugar adonde éste está y no el lugar donde se aliena, renuncio a ver, la invito a cubrirse y doy por finalizada la entrevista.

Segunda entrevista

Al comenzar la segunda entrevista, me dice algo realmente insólito: "No le voy a dar la mano, porque estoy en tratamiento y no quisiera contagiarlo".

Más allá de que esta advertencia pudiera entenderse como una dene-

gación extrema, su interés principal radica en que con ella la paciente apunta sobre todo a iniciar una estrategia de intriga que sirve para metaforizar, una vez más, la actualización del cuerpo-síntoma.

Entonces, cuando mi atención puede estar dirigida hacia un fragmento privilegiado del cuerpo (la mano), precisamente de alguna manera se levanta el velo en otro lugar del cuerpo totalmente diferente. Gracias a un vestido bastante corto y a una posición apropiada de las piernas, la mujer al sentarse me deja ver la parte superior de las piernas, donde se ven cicatrices de mutilaciones idénticas a las de los brazos... que hoy están totalmente cubiertos.

Este escenario reitera la expresión del mismo rasgo estructural que captamos antes: llamar la atención del otro para ponerlo en situación de que desee preguntarle lo que ella misma desea hacerle saber.

Intervengo entonces, una vez más, de un modo totalmente diferente y le pregunto si conoce el siguiente cuento judío:

"Dos judíos se encuentran en un vagón de un ferrocarril de Galitzia. "¿Adónde vas?" pregunta uno de ellos. "A Cracovia" responde el otro. "¿Ves lo mentiroso que eres? —salta indignado el primero—. Si dices que vas a Cracovia, es para hacerme creer que vas a Lemberg. Pero ahora sé que de verdad vas a Cracovia. Entonces, ¿para qué mientes?"²⁵

La inesperada introducción de este relato en la charla produce una reacción perfectamente característica. En forma inmediata, la joven deja de mostrarme las piernas, exhibición que para ella era inocente y asocia inmediatamente con un fragmento de discurso durante el cual me entero de que, en presencia de otra persona, a menudo experimenta la sensación de ser trivial, insípida, de no tener nunca nada interesante para decir. Este discurso improvisado me brinda la ocasión de señalarle que seguramente ésa es la razón que la lleva a hacer hablar al cuerpo en su lugar.

Finalmente obtengo un relato sustancial sobre ese cuerpo mutilado, mucho más allá de lo que ella me mostró de él. Me entero de que, además de los brazos y las piernas, también el vientre y los senos han sido objeto de idénticas mutilaciones. Igualmente me informa sobre su estadía en el hospital donde recientemente ha recibido un tratamiento por una infección generalizada relacionada con sus repetidas automutilaciones. Por otra parte, es la sexta internación de ese tipo. En realidad, desde que cumplió los 17 años, no ha dejado de mutilarse *sin comprender las razones* de este impulso morboso que aparece siempre en forma irrefrenable y con un escenario estereotipado.

El síntoma de automutilación apareció por primera vez a continuación de un episodio que le resultó totalmente incomprensible y sin nin-

25. S. Freud: "Der Witz und seine Beziehung zum Unbewussten" (1095). *G.W.*, VII, 31/125. *S.E.*, VIII. Trad. M. Bonaparte/M. Nathan: *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*, Paris, Gallimard, 1930, págs. 188-189. Versión castellana: *El chiste y su relación con lo inconsciente*, *Obras completas*, vol. I, pág. 869.

gún vínculo lógico perceptible con ella. Cuando tenía 17 años, durante una clase en el liceo se sintió repentinamente muy angustiada. Prácticamente perdió el habla en ese momento, no pudo evitar orinarse encima e inmediatamente después perdió el conocimiento. El malestar duró unos pocos minutos y, al parecer, todo volvió a la normalidad. Al regresar a su casa, horas más tarde, se precipitó en el cuarto de baño, se desvistió completamente y se cortajeó el seno derecho con una hojita de afeitar. Como estaba en un estado de despersonalización, no experimentó dolor alguno. En cambio, cuando la sangre empezó a correr, sintió una sensación de bienestar poco común que se prolongó hasta que paró esta minihemorragia. Completamente agotada, tomó un baño, se acostó de inmediato y durmió durante muchas horas.

Desde entonces el síntoma se repite con un escenario siempre idéntico, algunos días muchas veces, pero en diferentes partes del cuerpo.

Además de las internaciones a causa de cuadros infecciosos graves, esta paciente me refiere igualmente que ha pasado períodos en "casas de reposo". Más tarde me confiará que las "casas de reposo" eran en realidad clínicas psiquiátricas donde había estado internada en diferentes ocasiones con un diagnóstico de esquizofrenia.

Si han sido necesarias dos entrevistas para que este síntoma se encarne en un relato en el que se articulan el surgimiento y la repetición del mismo, se requerirá aproximadamente un año de tratamiento para que desaparezca y se ponga así de manifiesto su significación sobredeterminada por una sorprendente dinámica histórica. Pocos meses más bastarán para poner en claro la "elección" de su organización privilegiada con la modalidad de la automutilación.

2. Informe del tratamiento

La referencia al minucioso trabajo analítico efectuado por esta paciente durante su tratamiento no presentaría ningún interés, si no fuera porque permite poner de manifiesto la sinergia de los procesos que intervienen electivamente en la construcción del síntoma de un modo notable. Precisamente esta dinámica intrapsíquica — aunque sólo sea bajo la forma en que se presenta en un informe — permite ilustrar el modo más aproximado en este caso, la disparidad entre la consistencia del síntoma y el predominio de los rasgos estructurales. Este ejemplo resulta tanto más ilustrativo por cuanto no es frecuente observar en los tratamientos cómo llega el paciente con tanta claridad y rigor a extraer todas las líneas anamnésticas que efectivamente han dado lugar a la elaboración del síntoma.

En el contexto de este ejemplo clínico, evidentemente me referiré sólo a aquellos elementos que, a posteriori, resultaron ser decisivos en el proceso de elaboración del síntoma de automutilación. Entre estos diferentes materiales tenemos o bien construcciones fantasmáticas, o bien recuerdos, algunos reprimidos, que reaparecieron en la dinámica del tratamiento.

El primero de esos elementos decisivos es un recuerdo completamente olvidado que reapareció muy rápidamente desde el comienzo de la cura. Se trata de una escena muy insólita de la cual esta mujer fue espectadora accidentalmente cuando tenía 15 años.

La escena ocurre en momentos en que la joven sigue un curso de esquí con un grupo de adolescentes de su misma edad. Una noche, sale de su habitación y se dirige a la recepción del hotel para efectuar una llamada telefónica. Allí no encuentra a nadie pero escucha risas y murmullos que provienen del interior de la oficina. No puede evitar observar por el ojo de la cerradura y así presencia accidentalmente un juego singular organizado entre una instructora y varios instructores de esquí. La instructora, vestida con su equipo de esquí, tiene los ojos vendados. Los instructores dan vueltas a su alrededor y de a uno por vez le arrojan crema chantilly sobre el cuerpo con un pequeño proyectil que se pasan de mano en mano. La joven se vuelve muy rápidamente a su habitación, preocupada de que pudieran sorprenderla en ese acto indiscreto de observación.

Curiosamente, la adolescente retendrá de toda esta escena un solo detalle perturbador: el uniforme rojo muy ceñido de la instructora por donde chorrea la crema chantilly. Por lo menos en apariencia, la connotación eminentemente sexual del juego se le escapa completamente.

Aquí volvemos a encontrar uno de los rasgos característicos de la estructura histórica que ya hemos señalado: el proceso conjunto de *represión y desplazamiento*. Allí donde manifiestamente esta adolescente es movilizadora por la metáfora sexual del juego, ella reprime de entrada la connotación sexual en beneficio de una *fijación en un rasgo* que más tarde resultará ser un rasgo *identificadorio*. No podríamos encontrar mejor ejemplo que éste del proceso identificadorio que Freud describe con el nombre de *identificación con el rasgo único*²⁶ o *identificación con el rasgo unario* para tomar el nombre que le da Lacan. Digamos que esta identificación con un rasgo único es un proceso de identificación privilegiado en el caso de la historia.

La reaparición de este recuerdo durante el tratamiento precipitará la asociación de muchas otras evocaciones determinantes en relación con esa temporada de esquí. Volverán a presentarse también tres acontecimientos en apariencia "inocentes" y sin relación lógica entre sí.

La paciente rememora, por una parte, el desusado placer que experimentó durante ese período, en tomar numerosas duchas durante las cuales se demoraba prolongadamente en hacer correr el agua por su cuerpo.

Por otra parte, también recuerda la inexplicable simpatía que despertó en ella esa instructora durante todo el curso de esquí. Por supuesto se trata de un *fenómeno de identificación inconsciente* que se manifiesta como un evidente rasgo estructural.

26. S. Freud; *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (1921). *G.W.*, XIII, 13/61. *S.E.*, XVIII, 65/143. Trad. Jankelevitch/Hesnard: "Psychologie des foules et analyse du moi", en *Essais de psychanalyse*; cf. cap. "Identification", París, Payot, 1970, págs. 85/175. Versión castellana: "Psicología de las masas y análisis del yo", *Obras Completas*, vol. 1, pág. 1127.

La evocación del tercer recuerdo, que surgirá más adelante, se distingue de los dos anteriores por su connotación directamente sexual. Una mañana, al despertarse, se da cuenta con sorpresa de que la compañera con la que comparte la habitación se está acariciando los senos frente al espejo con evidente placer. Un tanto desconcertada por la audacia de su amiga, finge seguir durmiendo hasta que la otra concluye.

Solamente en el espacio del tratamiento y con la dinámica de la transferencia, esos diversos elementos, olvidados como acontecimientos insignificantes, pueden volver a adquirir la función precisa que les corresponde por su participación activa en el proceso sintomático.

Posteriormente reaparecerá otro recuerdo decisivo en el transcurso de una sesión. La escena se sitúa en la casa de ella, una noche. Mientras mira un programa de televisión, la acomete un acceso de risa tan irrefrenable que según recuerda le provoca un episodio de incontinencia urinaria. Lo curioso es que sólo algunas sesiones más tarde podrá darle un contenido a esta evocación, cuando recuerda la secuencia televisada. Se trataba de un prestidigitador que imitaba el ritual eucarístico de la misa. El "cómic" echaba vino de un botellón en un cáliz, se lo tomaba, fingía atragantarse y, con un formidable eructo, se arrancaba un termómetro de la boca.

Pocos meses después, entre dos sesiones, reaparecerá otro recuerdo importante. Ella tenía alrededor de 16 años. Mientras se ponía el traje de baño en un vestuario junto a la piscina, recordó que del otro lado de la puerta había creído oír la voz de un hombre que le decía: "Si quieres hacer el amor, ven a la conserjería". Cuando abrió la puerta a los pocos segundos, no vio a nadie. La situación era tan sorprendente que por un instante supuso que la voz había sido una alucinación. Más tarde, al salir de la piscina, se tranquilizó mucho al comprobar que en la conserjería había una mujer rubia. Muchas veces más, después de ese episodio, cada vez que volvía a la piscina, se imaginaba la misma escena. Pero la alegría placentera que le producía este fantasma, se veía empañada siempre por un dejo de decepción en la medida en que no se cumplía su realización.

Aproximadamente al cabo de un año de tratamiento, la evocación de un nuevo recuerdo orientará de modo decisivo el trabajo analítico. Fue como si la serie de acontecimientos a los que se remitía ese recuerdo hubiera *cristalizado*, en una lógica significativa inconsciente, el conjunto de materiales ya sobredeterminados de los recuerdos anteriores.

Este recuerdo remitía a una escena de la que ella fue protagonista y que ocurrió poco tiempo antes de que surgiera el síntoma de automutilación. Sin haberlo olvidado, lo recordaba como un acontecimiento reconstruido. Se necesitaron varias sesiones para que lograra reformularlo con cierta exactitud.

En un primer momento, recordó el acontecimiento del modo siguiente: la escena se desarrolla en una fiesta en casa de una de sus amigas que tiene alrededor de 20 años. En un momento dado, después de haber bailado, ella se retira al cuarto de baño para retocarse el maquillaje y el peinado. La puerta está cerrada pero percibe un clima de disputa en la habitación

cerrada donde un hombre y una mujer al parecer sostienen un intercambio de palabras en tono bastante airado. Sin embargo, le parece reconocer la voz de su amiga. Conmovida por este hecho inesperado, se queda desconcertada, sin oír nada y sin poder moverse del lugar a causa de que comienza a experimentar espasmos abdominales. Al cabo de unos segundos, desaparece el malestar y se aleja de allí.

En un segundo momento, la evocación de este recuerdo se enriquece con algunos detalles complementarios. No sólo la mujer que había oído estaría llorando o gimiendo, sino que además el hombre que la acompañaba la urgía enérgicamente a que se callara: *No tan fuerte*, le decía, o *Es demasiado fuerte*. Estas palabras que pudo captar son las que al parecer le provocaron el malestar y los espasmos abdominales. Pero por más que fugazmente pensó que esa pareja debía de estar haciendo el amor, tanto más se convenció enseguida de que sólo se trataba de una pelea. En cuanto a los espasmos abdominales, a posteriori se dio cuenta de que probablemente allí había tenido su primer orgasmo, cosa que hasta ese momento jamás había experimentado.

Esta instancia del tratamiento fue decisiva. Por medio de minuciosas investigaciones asociativas, pudimos poner de manifiesto cómo *el inconsciente había trabajado selectivamente* algunos significantes en una combinatoria de *sustituciones metafóricas y metonímicas* sucesivas hasta llegar a producir la cristalización patológica del síntoma de automutilación.

* * *

En el ejemplo presente, esta actividad oscura del inconsciente es la que mejor ilustra, como veremos luego, la diferencia entre un *rasgo de estructura* y un *síntoma*.

Si bien el síntoma, en su "estar allí" ("être-là") es, por naturaleza, puramente *contingente*, existe siempre una cierta *necesidad* en la elaboración inconsciente que trabaja para producirlo. Decir que la naturaleza del síntoma es relativamente ciega equivale a reconocer que no existe necesidad lógica entre su identidad y la expresión del deseo que se encuentra alienado en ese síntoma. Pero, por el contrario, las estrategias que sin saberlo utiliza el sujeto en la construcción sintomática nunca son ciegas, sino que obedecen a una estructura. Más precisamente, los rasgos de la estructura pueden ser identificados a partir de ese trabajo estratégico.

Sabemos que el síntoma es sobre todo una forma de *cumplimiento del deseo*. Entonces, ¿cómo la especificidad de la estructura utiliza ciertos materiales significantes para lograr la realización de un deseo inconsciente?

En este caso clínico, el cumplimiento del deseo había dado lugar al surgimiento de dos *formaciones del inconsciente* muy notables: un fantasma obsesivamente recurrente y un síntoma de automutilación.

Más allá de esas formaciones del inconsciente, es posible delimitar, a partir del material significativo, los diversos *rasgos de estructura* que permitieron la movilización de algunas estrategias características en este caso de histeria.

Los dos primeros materiales significantes que al parecer han intervenido selectivamente en la construcción del síntoma son los siguientes: el *uniforme de esquí rojo muy ceñido* y la *crema chantilly* que unos hombres arrojaban sobre el cuerpo de una mujer. La escena en la que aparecen esos dos elementos ha sido vivida directamente como una *metáfora del placer sexual*, por lo cual se reprimió en el mismo instante esa connotación sexual. Lo que subsistirá es el carácter lúdico e incongruente del acontecimiento: hombres que se complacen en importunar a una mujer vestida con un equipo de esquí en una cocina.

En este proceso reconocemos una característica del funcionamiento de la estructura histérica: la *neutralización del afecto sexual por medio de la represión y el desplazamiento*. La mayor parte de las veces este desplazamiento se produce porque se minimiza humorísticamente la importancia del hecho. Pero además, encontramos aquí otro componente de la problemática histérica: el *proceso de inversión de los afectos sexuales*. Cuanto más tiende el sujeto histérico a minimizar humorísticamente las connotaciones de una situación auténticamente sexual, tanto más violentamente puede llegar a erotizar una situación que a primera vista no es sexual. Esta alternativa, casi inevitable en la economía de esta estructura, se explica sobre todo por el modo de inscripción específico del histérico en lo que se refiere a la función fálica. En consecuencia, podemos reconocer en este proceso, más allá de todo síntoma, la notoria identificación de un rasgo estructural. Aquí el acontecimiento ocurrido en la cocina resulta totalmente deserotizado, pero la carga de efecto erótica subsiste inconscientemente vinculada a ciertos elementos significantes. El uniforme de esquí muy ceñido se constituye así en el significante de la revelación del cuerpo desnudo puesto en escena ante los hombres y ofrecido a ese apoyo metafórico del esperma representado por la crema chantilly.

La connotación sexual inconsciente de la escena queda ligada a estos elementos significantes y de este modo puede continuar movilizandole la excitación sexual *reprimida* del sujeto.

Por lo tanto, no resulta sorprendente comprobar que, poco después, el sujeto descubre que goza de un placer que le era desconocido hasta ese momento, cuando deja correr el agua prolongadamente por su cuerpo al ducharse. Aquí tenemos el segundo aspecto del rasgo histérico antes mencionado: el proceso de *desplazamiento*. De todos modos, conviene hacer una aclaración sobre este desplazamiento para poder captar en él ese componente típicamente histérico.

Este desplazamiento es el que permite que en adelante el sujeto goce al hacer correr algo por su cuerpo desnudo, lo cual supone que se ha operado una *identificación inconsciente*, en este caso con la instructora que, al parecer, encontraba un gran placer en ese juego con los hombres. En el caso que estamos tratando, el desplazamiento se apoya en un rasgo identificatorio en el marco de una *identificación de rasgo único*. Por esta razón y sólo por ella, el proceso de represión / desplazamiento revela indiscutiblemente un rasgo de la estructura. En otras estructuras, el mecanismo de

represión / desplazamiento no está necesariamente dialectizado por un proceso de identificación. Como consecuencia de esto, entonces, la instructora le resulta inmediatamente *simpática* sin que ella pueda explicárselo: la instructora inconscientemente es ella misma que goza sexualmente.

En este nivel ya captamos cómo es que ciertos significantes seleccionados se asocian entre sí y constituyen una cadena que inaugura, sin que el sujeto lo sepa, una significación original. La asociación de "vestimenta / cuerpo desnudo" y de "crema chantilly / esperma" contribuye a que el deslizamiento por el cuerpo se transforme en un producto de condensación significativa del coito con un hombre.

El significante "cuarto de baño / toilette" igualmente tendrá una intervención preponderante en esta asociación significativa. Se transforma en *el significante del lugar donde esta mujer de ahora en adelante puede gozar metafóricamente con un hombre al tomar una ducha*.

En una de las otras escenas mencionadas antes, también podemos hacer del mismo modo el reconocimiento de significantes. Cuando ella descubre a su compañera de habitación acariciándose los senos, se constituye una nueva inscripción inconsciente. Cuando una mujer goza sola suponiendo que la otra está dormida, el significante *seno* contribuye a ampliar la cadena de significantes anteriores. El seno se inscribe no solamente como significante de un goce posible, sino además de un goce que una mujer puede proporcionarse sin un hombre. Por lo demás, se asocia también a la connotación concreta de ese goce que consiste en *gozar sin ser visto*. Podemos suponer, por lo tanto, que a partir de este acontecimiento, se ha operado una selección significativa que inscribe, para esta mujer, *el límite de la intimidad del goce*.

El sueño interviene aquí como una pantalla que disimula el placer de una frente a la mirada de la otra. Retrospectivamente, *ese significante encubridor* puede también tener resonancias con el contenido de escenas anteriores. Está presente tanto en la puerta de la oficina detrás de la cual la instructora goza en compañía de los hombres, como en la puerta del cuarto de baño detrás de la cual se refugia la paciente misma para tratar de *lograr metafóricamente el mismo objetivo*.

En la escena siguiente —la secuencia televisada— se agregan algunos otros significantes que llegarán a asociarse inconscientemente de un modo decisivo. La *secuencia televisada se desarrolla en tres momentos*: 1) se bebe el vino de la misa; 2) el prestidigitador se atraganta; 3) eructa un termómetro. En este acto que realiza el comediante, lo primero que se selecciona es el *significante "rojo"* (el color del vino). A éste se lo asocia por condensación *el significante del pene en erección* metaforizado por el termómetro que sale de la boca.

La constitución de la cadena de significantes inconscientes se completa entonces del modo siguiente: si el significante de la erección queda asociado en adelante al significante "rojo", metonímicamente se corresponde con el significante del cuerpo de la mujer que goza vestida con el uniforme rojo. Gozar con un hombre, entonces, inconscientemente queda metafori-

zado por el significante "rojo" que a su vez se asocia a algo que se desliza por el cuerpo. En cuanto al ataque de risa irrefrenable, sería la metáfora significante del deseo y de la llegada del orgasmo que encuentra su punto culminante en esta otra metáfora significante de la incontinenencia urinaria. Una vez más identificamos en este mecanismo la acción del proceso de represión, desplazamiento que habíamos mencionado.

En la escena de la piscina se producen también otra cantidad de condensaciones significantes del mismo tipo. El hecho se desarrolla en un *vestuario*, es decir, en un lugar cerrado donde ella se encuentra a buen resguardo del hombre que le propone gozar. Nuevamente se moviliza el *significante encubridor* alrededor del goce sexual, con la salvedad de que de aquí en adelante ya queda explícitamente ligado al de *hacer el amor con un hombre*. Estos tres significantes quedarán selectivamente asociados entre sí por el afecto que puntúa el final de la escena. ¿Por qué esta paciente se siente tan aliviada cuando ve que hay una mujer en la portería, al salir de la piscina? Puede encontrar un motivo de tranquilidad porque, durante un breve instante, *se identifica inconscientemente* con esa mujer de la conserjería, rubia como ella. En este sentido, es como si ella ya tuviera allí el hombre que la había invitado a hacer el amor.

Otra vez tenemos aquí ese *proceso de identificación con el rasgo único* — aquí el color del cabello — en el que se apoya la metaforización sexual inconsciente.

Examinemos ahora el último recuerdo que parece haber catalizado el conjunto de los significantes inconscientes dando lugar así a la precipitación del síntoma. En esta secuencia — la escena de amor de la amiga en el cuarto de baño — el significante *no tan fuerte o es demasiado fuerte* ha catalizado el material significante en una metaforización última del acto sexual con un hombre. Otro elemento ha intervenido asimismo de manera determinante. Puesto que ella permanecía como testigo auditivo de algo que no veía, esta situación la había dejado *sin oír nada*. Este "sin oír nada" aparecerá a posteriori como el testimonio de su *identificación inconsciente* con la otra mujer que presuntamente estaba gozando. Totalmente identificada con su amiga en ese momento, ella desea que si estuviera en una situación parecida, no pudieran oírla desde afuera. Bajo la influencia de ese *significante encubridor* se efectúa así un desplazamiento entre los dos términos de una *oscilación* significante: el "sin oír nada" se transforma en su contrario, en "sin ser oída", que se corresponde metonímicamente con el "sin ser vista" de las secuencias anteriores. En el transcurso de esta escena, otras series significantes son convocadas también por identidad o proximidad metonímica. Además del significante *cuarto de baño / toilette*, encontramos asimismo la *referencia significante a la voz de un hombre detrás de una puerta*. Por lo demás, a causa de que ese significante ya estaba inconscientemente asociado al acto sexual, es que éste es el primer pensamiento que se le ocurre — por fugaz que sea — aunque tenga que rechazarlo en un segundo momento y reemplazarlo por un fantasma de pelea.

Hay que destacar también un indicio muy notable en el desarrollo de

esta escena: por primera vez surge el *significante del dolor y el sufrimiento*. La selección de ese significante resultará esencial en la estructuración del síntoma. El acto sexual con un hombre, aunque sea reprimido, queda igualmente asociado al contexto de una situación fantasmática no sólo *violenta* sino también *dolorosa*. El final de esta secuencia da un testimonio incuestionable de esta asociación inconsciente entre el placer sexual y el sufrimiento físico. En efecto, el primer orgasmo que experimenta no adquiere otra identidad aceptable ante sus ojos que a través de la metáfora de los espasmos abdominales en el marco de un dolor corporal.

Así va quedando progresivamente delimitado un conjunto de significantes que, a su vez, convocan la selección de otros significantes por el juego de relaciones metafóricas y/o metonímicas. De todos modos, si bien esta cadena se constituye con una pluralidad de significantes *heterogéneos*, su combinación recíproca, en cambio, se efectúa siempre según procesos *homogéneos*. Por esa razón, tales procesos pueden identificarse como rasgos notorios de la estructura histérica.

Por incoherente que pueda ser, esta cadena de significantes reprimidos lo mismo metaforiza un modo de cumplimiento del deseo.

Falta todavía que esos elementos significantes reprimidos experimenten una última modificación antes de que puedan irrumpir en la conciencia del sujeto de un modo tal que la realización del deseo quede allí expuesta en un perfil absolutamente irreconocible. En otros términos, esta organización significante tiene que adoptar una nueva forma de expresión sintética que será, en el presente caso, una formación del inconsciente cristalizada en la estructuración de un *síntoma de automutilación*.

Para llegar a esto, el material inconsciente experimentará una última elaboración gracias a un acontecimiento desencadenante. Este hecho interviene más o menos como un *catalizador* que favorece la reacción química de muchos cuerpos presentes pero sin agregar nada, a la composición del nuevo cuerpo químico surgido de la reacción. En el caso presente, la composición del nuevo cuerpo químico es la aparición del *síntoma* y el *catalizador*, el acontecimiento siguiente.

Se necesitará algún tiempo para que esta mujer logre recordar ese episodio escolar que hará "caer" definitivamente su síntoma. En una clase de fisicoquímica, un profesor comenta el desarrollo de un experimento que lleva a cabo ante los alumnos. La paciente se acuerda de un tubo de ensayo lleno de una sustancia química de color rojo que el experimentador vuelca con cuidado dentro de un cristalizador en el que hierve un precipitado. Aunque el desarrollo del experimento está puntuado con comentarios técnicos adecuados, el profesor se complace en repetir varias veces, con evidente sadismo, que si se vuelca la sustancia química *demasiado fuerte*, todo puede explotar.

La paciente vivió esta experiencia como una verdadera metáfora sexual que reactivó todos los significantes sexuales anteriores reprimidos. En efecto, se trata de un auténtico acto sexual inconsciente sostenido en su totalidad por una puntuación significante característica: el *rojo* del líquido

que está en el tubo de ensayo; el tubo de ensayo mismo, que metafóricamente representa la *pe-ne en erección*; el cristizador, fantaseado inconscientemente como el *aparato genital femenino*; el burbujeo del precipitado que simboliza la *llegada del orgasmo*; por último, el significante *demasiado fuerte*, asociado a *todo puede explotar*, que reitera la explosión de los espasmos abdominales orgánicos.

El progresivo intrincamiento de todos estos significantes se manifiesta por un aumento insidioso de la angustia a medida que se desarrolla el experimento, como metáfora del aumento del placer. Por último, el significante *demasiado fuerte* desencadena la micción involuntaria, es decir, el orgasmo inconsciente y luego la pérdida del conocimiento que sobreviene a continuación.

Queda por aclarar un último elemento enigmático para que quede explicada en última instancia la cristalización del síntoma, es decir, el elemento catalizador que hace advenir la metáfora inconsciente de un acto sexual con la forma consciente de la automutilación. Se trata de un elemento significativo que ordenará la cadena de todos los otros llevándola por el camino de esta violencia narcisista del cuerpo.

El descubrimiento de este último elemento exigirá un trabajo de investigación adicional para que el deseo, cautivo en la mutilación, pueda poner de manifiesto su significación, que exorcizará el síntoma. Este elemento ha sido tomado entre los objetos que aparecían sobre la mesada de trabajos prácticos en la que se realizaba el experimento. Muy cerca del cristizador había un estuche de disección abierta. Entre otros instrumentos, se encontraban allí un *escalpelo* y una *hojita de afeitar*.

Este hecho pone de manifiesto otra vez, de un modo notable, el efecto de represión y desplazamiento metonímico de significantes, propio de la estructura histórica. Mientras esta mujer se encuentra en plena escena de amor inconsciente, un último significante hereda el afecto erótico reprimido que se desplaza a un instrumento de incisión. El amor, y el goce sexual que lo acompaña, en adelante se transformarán en *incisivos*, en todo el sentido de la palabra, puesto que este significante principal habrá polarizado la organización de todos los otros bajo el aspecto sintomático del protocolo de automutilación. En adelante, basta con que un elemento de esta combinatoria significativa inconsciente se asocie bruscamente con un significante de la realidad, para que se desencadene el ritual del síntoma.

La primera aparición del síntoma se manifestó por la mutilación de un seno. Como el seno estaba inscrito como uno de los significantes del goce sexual, su incisión con la hojita de afeitar metafóricamente representa el comienzo del coito. La sangre que corre y se desliza por el cuerpo traduce, por su parte, la resonancia erótica asociada al uniforme rojo de la instructora. Por otra parte, el ritual de la mutilación siempre está precedido por el acto de *desvestirse* completamente, lo cual no deja de evocar los significantes captados en las escenas de la ducha y la piscina. Las secuencias de mutilaciones que se desarrollan siempre en *toilettes* o un *cuarto de baño* restituyen la perma-

nencia electiva de este significante presente en muchos de los recuerdos evocados. El aislamiento dentro de esos lugares recuerda igualmente la inscripción del *significante encubridor* que separa el goce del cuerpo de la mirada o de la presencia del otro.

Un último detalle del protocolo sintomático lleva directamente la huella de los últimos significantes constitutivos de la cadena inconsciente. El síntoma sólo termina después de la coagulación total de la sangre, en la medida en que la declinación del orgasmo siempre induce esa necesidad irrefrenable de dormir que ella siente después de cada sesión de mutilación. Se trata de una nueva puesta en escena homogénea (en el sentido del síntoma) del significante de la pérdida de conocimiento asociada a la micción involuntaria e incontrolada.

* * *

No es sorprendente encontrar una serie significativa del mismo orden en el *fantasma recurrente* mencionado en la primera entrevista. El hombre que aparece de improviso para visitarla constituye una figura genérica del hombre de la piscina que la interpela inopinadamente tras la puerta del vestuario. De la misma manera en que ella no a visto a ese hombre en la realidad, también el nombre del fantasma es anónimo, ya que jamás puede describirlo. La retirada al cuarto de baño es, también, la restitución de un significante común a algunas de las escenas mencionadas. Otro detalle importante del fantasma remite igualmente al recuerdo de la escena de amor de la amiga en un baño al que ella se dirigía precisamente para peinarse y retocarse el maquillaje. En cierto sentido, el argumento del fantasma expresa una intención análoga: ponerse presentable para su visitante que llega de improviso. Por lo demás, en el ensueño identificamos una serie significativa inconsciente que pone en escena, en forma invertida, algunas situaciones en las que ella misma se encontró. "¿Qué hace con su amiga el hombre que está detrás de la puerta del baño? ¿El amor? ¿Se trata de una pelea?" Este interrogante se corresponde en espejo con el fantasma, cuando ella se pregunta lo que su visitante, detrás de la puerta, se imagina que ella hace allí. Por último, el fantasma ratifica el carácter siempre potencialmente disimulado del goce a resguardo de la mirada o de la presencia del otro, en conformidad con las escenas de las que se acuerda en el análisis.

* * *

Sobre la base de este documento clínico, podemos concluir que un diagnóstico no se apoya jamás, sin correr riesgos, en el solo hecho de la identificación de un síntoma. Este ejemplo, fragmentario como es, permite sin embargo captar la diferencia radical que existe entre el síntoma y los rasgos estructurales.

Un síntoma es siempre el producto de una elaboración psíquica sobre-determinada, como lo descubrió Freud inicialmente a partir de sus *Estudios sobre la histeria*. La sobredeterminación de las formaciones del inconscien-

te, por su parte, está ligada a la actividad del proceso primario. Este ejemplo clínico muestra hasta qué punto los mecanismos de *condensación metafórica* y de *desplazamiento metonímico*²⁷ de los significantes participan activamente en la estructuración del síntoma.

En este sentido, el síntoma en tanto tal no es más que una *metáfora*, es decir una *sustitución significativa*,²⁸ ya que su sobredeterminación se debe esencialmente a que el sustrato significativo manifiesto reemplaza al significativo latente del deseo que allí se encuentra cautivo.

En estas condiciones, la naturaleza del síntoma adquiere un valor significativo aleatorio e imprevisible. Si bien el síntoma se estructura por capas significantes sucesivas, en esta estratificación la selección de significantes no obedece a ningún principio de elección fijo. En otros términos, los componentes significantes constitutivos del síntoma resultan directamente tributarios de las fantasías del inconsciente que operan su selección bajo la acción conjunta de los procesos metafóricos y metonímicos.

Por el contrario, frente a la relativa indeterminación de la elección de los significantes constitutivos de las formaciones del inconsciente, existe una *determinación inevitable*. Se trata de una determinación en la *administración* del material significativo que se lleva a cabo, la mayor parte de las veces, sin que el sujeto lo sepa. Este manejo característico de la economía y del perfil de la estructura es específico de un cierto modo de gestión del deseo. Por lo tanto, en la perspectiva de una *evolución diagnóstica*, siempre hay que basarse en la identificación de esta administración que en sí misma pone en juego *rasgos específicos y estables*.

El problema del diagnóstico plantea entonces indirectamente la cuestión de la *constancia de los rasgos estructurales*. Y, si esta constancia existe, nos deja suponer, a su vez, una *cierta estabilidad* en la organización de la estructura psíquica.

27. La explicitación teórica de estas nociones la desarrollo en mi obra: *Introducción a la lecture de Lacan*, tomo I, París, Denoël, 1985. Versión castellana: *Introducción a la lectura de Lacan*, Buenos Aires, Gedisa, 1987, 2ª ed.

28. *Ibid.*

La noción de estructura en psicopatología

La noción de estructura, tal como interviene en el campo psicoanalítico y con más generalidad en el campo psicopatológico, *sobrepasa con mucho* el registro de las consideraciones semiológicas y nosográficas.

La utilización abusiva del término "estructura" en el universo de las especulaciones contemporáneas, ya no permite, a veces, circunscribir el rigor y los límites de su campo de aplicación. Formalmente, nada está mejor definido que una estructura. Epistemológicamente, una estructura es, ante todo, un *modelo abstracto*, a saber: a) un *conjunto* de elementos; b) las *leyes de composición internas* aplicadas a estos elementos. Esta formulación no es, quizás, muy explícita en sí. Ofrece por lo menos la ventaja de definir, en el nivel más general, todas las categorías de estructuras, las cuales se distinguen entonces unas de otras según que la diferencia se refiera a la naturaleza de los elementos o a la elección de las leyes que les son aplicadas.

La aplicación de la estructura a un campo de investigación presenta un interés esencialmente heurístico. Se trata de un instrumento práctico estratégicamente favorable al descubrimiento, puesto que permite percibir ciertas relaciones, en apariencia disimuladas, entre los elementos de un dominio dado. El modelo estructural no adquiere, en efecto, su fecundidad sino más allá de un cierto modo de relación con los objetos; más allá del registro de aproximación habitual de las descripciones, de las diferenciaciones y de las clasificaciones de los objetos y de sus propiedades específicas. Si el carácter operatorio del modelo estructural supone siempre que esos tipos de aproximaciones hayan sido elaborados, generalmente impone que se los ponga entre paréntesis, e incluso que se renuncie a ellos. Una *concepción estructural* puede hacer percibir estas relaciones disimuladas entre los objetos o entre sus elementos solamente con esta condición. Tales relaciones pueden surgir sólo si existe una cierta coherencia al nivel de los objetos considerados —sea que les corresponda una misma designación,