

Trastornos del lenguaje

Algunos antecedentes en la psiquiatría clásica de la concepción del síntoma en Lacan

Gabriel Lombardi

Sigmund Freud nunca se mostró muy interesado ni en el discurso ni en la clínica de la psiquiatría. El corte epistemológico que le permitió aislar el síntoma histérico y fundar un nuevo discurso, el del psicoanálisis, fue realizado con el rigor del neurólogo, y no desde el saber del alienista¹. Calificó de “pobre capítulo” al aporte de la psiquiatría respecto de la neurosis obsesiva. En cuanto a las psicosis, aunque el psicoanálisis fuese para Freud tan impotente como la psiquiatría en su tratamiento, aun así consideró que gracias al psicoanálisis la idea delirante dejó de ser algo disparatado o incomprensible: “ahora posee pleno sentido, tiene sus motivos, pertenece a la trama de una vivencia rica en afectos² ...”.

La posición de Lacan respecto de la psiquiatría fue diferente. Especialmente en sus elaboraciones sobre el síntoma psicótico encontró un apoyo explícito en algunos clásicos que, desde fines del siglo XIX, mostraron gran cuidado en el estudio de los trastornos del lenguaje. A diferencia de Freud, esos referentes psiquiátricos de Lacan no estudiaron el lenguaje del psicótico desde el punto de vista de la significación. No se propusieron interpretar los síntomas, no pretendieron darles sentido. Prescindieron de toda hipótesis etiológica o se apoyaron en una hipótesis causal errónea pero inocua – que tenía la ventaja de no perturbar la investigación clínica, de no estorbarla con explicaciones psicogenéticas -.

Siguiendo las ideas de Tamburini sobre las afasias, dos de esos referentes, Seglas y de Clérambault, llegaron a postular una inverosímil irritación cortical para explicar lo que les resultaba inexplicable. Si aun así Lacan pudo tomarlos como referencia, fue porque a pesar de sus hipótesis etiológicas equivocadas, no descuidaron el texto de los enunciados de sus pacientes, de donde hicieron surgir una clínica rica en matices y en distinciones sutiles - ayudados por una época en que aun no había psicofármacos para acallar rápidamente el síntoma -.

El respeto de Lacan por esa clínica lo llevó a escribir: “Hay tipos de síntoma, hay una clínica, sólo que ella es anterior al discurso analítico. Que el psicoanálisis aporte una luz, es seguro pero no cierto³.” No parecía alguien afectado por la angustia de las influencias, bien descripta por Harold Bloom⁴. Era un ávido lector, y tomaba sus referencias donde las encontraba, inmediatamente; a veces las conservaba en sus elaboraciones, incluso en los mismos términos en que habían sido formuladas. No siempre mencionaba la fuente de sus hallazgos, aunque en conjunto parece difícil imaginar una enseñanza donde consten tantos autores citados y comentados - a veces con una sencilla pincelada que sin embargo indica un aspecto esencial, que ilumina la estructura de toda una obra -.

¹ Cf. Bercherie, P. (1983). *Genèse des concepts freudiens*. Navarin. Paris. 1983. Pp. 241-6.

² Freud, S. (1916). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, nº 16: “Psicoanálisis y psiquiatría”. En *Obras completas*, vol. XVI. Amorrortu. Buenos Aires. 1976.

³ Lacan, J. (1973). “Introduction à l'édition allemande d'un premier volume de *Écrits*. en *Scilicet* (Seuil, Paris, 1975), vol. 5. P. 15.

⁴ Bloom, H. (1973). *The Anxiety of Influence*. Oxford Univ. Press.

Vamos a considerar brevemente tres referencias clave tomadas de la psiquiatría en las que Lacan apoyó una elaboración a la vez penetrante y superficial del síntoma, a la vez freudiano e ininterpretable; elaboración cuyas reversiones paradójicas la adecuaron al empalme del lenguaje en lo real de la estructura subjetiva, el inconsciente - que es “menos profundo que inaccesible a la profundización consciente⁵” -.

La “pequeña revolución” de Seglas

En 1892 Jules Seglas publica en París un libro titulado *Los trastornos del lenguaje en los alienados*. Allí observa que las alucinaciones verbales, generalmente consideradas auditivas, por lo tanto perceptivas, no necesariamente lo son. En las psicosis son frecuentes las “*alucinaciones psíquicas*” ya descritas por Baillarger: hechos de pensamiento puro, carentes de todo aspecto sonoro - altura, intensidad, timbre -, voces secretas, que no parecen pasar por el oído, voces que un paciente puede describir en estos términos: “no escucho, siento hablar⁶.” Tales “alucinaciones” se distinguen bien de las sensoriales, más fáciles de detectar por el clínico, aunque posiblemente no más frecuentes.

Además existen alucinaciones, agrega Seglas, en que el enfermo realiza él mismo la vocalización con su aparato fonatorio. ¿Es ese caso comparable a otros en que el paciente tiene la impresión de que produce lenguaje en el epigastrio, en el pecho, sobre la lengua o en la cabeza? A pesar de las sutiles descripciones y de los testimonios minuciosos que recoge, no resulta tan claro. Por dos razones: una es que el fenómeno de lenguaje no suele ser tan precisamente situado en el cuerpo por el enfermo, y la otra es que éste advierte la actividad verbal, pero desconoce su grado de participación en la producción del síntoma. En ocasiones considera que la enunciación es suya, pero en general la siente ajena aunque se realice en su propia laringe, y muchas veces no puede o no quiere expedirse sobre ese punto. Ocasionalmente admite una ambigüedad, una contradicción, una inconstancia en su posición al respecto.

Las descripciones de Seglas de la alucinación verbal motriz sacuden la definición clásica de la alucinación como percepción sin objeto, y sobre todo permiten interrogar la participación del sujeto en el síntoma. Advertir que la alucinación auditiva no tiene su fuente en el exterior, constituyó una pequeña revolución, comenta Lacan⁷. Aunque ya inspirado por Freud en su concepción del inconsciente estructurado como lenguaje, es a partir de esta pequeña revolución seglasiana que Lacan construye su austera concepción del síntoma en la psicosis.

En efecto, comienza el primer capítulo de su texto más importante sobre la psicosis criticando la idea de que la alucinación verbal es la percepción de un objeto equivocado; sostiene en cambio que la alucinación verbal motriz permite ver que en ella lo equívoco es el sujeto mismo⁸; en efecto, ¿adónde ubicar en ella al sujeto, en quien escucha la emisión vocal o en quien la profiere? ¿En ambos a la vez, división del sujeto entonces? ¿Y cómo situar la atribución subjetiva cuando hay varias voces que hablan, sea que se ubiquen adentro o afuera del cuerpo?

⁵ Lacan, J. (1958). “El psicoanálisis y su enseñanza”. *Écrits* (Seuil, París, 1966), p. 437.

⁶ Seglas, J. (1892). *Les troubles du langage chez les aliénés*. Rueff. París. Pp. 125–46.

⁷ Lacan, J. (1955). Seminario *Les psychoses* (Seuil, París, 1981), p. 33.

⁸ Lacan, Jacques (1958). “D’une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose”. *Écrits* (Seuil, París, 1966), *cap. I*.

La alucinación pone en cuestión la relación del sujeto con su propia palabra, y evidencia algo que en general no se tiene presente, y que sin embargo es esencial al fenómeno de la palabra: que cuando el sujeto habla, al mismo tiempo se escucha, aun si no pone atención en eso. En la palabra humana, el emisor es siempre al mismo tiempo receptor⁹.

Desde luego, Lacan no atribuye el síntoma alucinatorio a una irritación cortical, ni tampoco se queda en la exploración de Seglas, sutil, detallada, pero carente de toda elucidación del mecanismo y de la causa del fenómeno. Explica en cambio que las observaciones de Seglas pueden articularse bien en una concepción de la estructura subjetiva como determinada por la presencia del significante. “El punto crucial es que al ser el *sensorium* indiferente en la producción de una cadena significante (...) ésta se impone por sí misma al sujeto en su dimensión de voz¹⁰.” La atribución subjetiva que dicha cadena induce es en muchos casos evidentemente equívoca, razón por la cual el clínico, en la entrevista, ha de admitir las diferentes “posiciones propiamente subjetivas del enfermo (así se entiende el plural que encontramos en el texto de Lacan)¹¹.”

Su experiencia de presentación de enfermo le permite destacar un ejemplo en que la paciente no sólo “escucha” un insulto - *ichancha! {"trueie!"}* - como un examen apresurado podría hacer creer. Aprecia sobre todo el siguiente detalle, mínimo, y no tan fácil de hacer confesar a la paciente: que justo antes, al pasar, ella misma había emitido una frase, no menos alucinatoria por haber sido pronunciada endofásicamente, “vengo de lo del fiambrero” *{"je viens de chez le charcutier"}*. Está claro que no hay entonces una posición subjetiva única en esa paciente.

La descripción de Seglas abre la alucinación verbal en un abanico que abarca:

- alucinaciones psíquicas inaudibles, comparables a ese discurso interior que “normalmente” transcurre en silencio en cada uno de nosotros,
- alucinaciones con vocalizaciones apenas esbozadas, musitadas de modo que un observador puede advertir leves movimientos de los labios,
- alucinaciones verbomotrices de tipos diversos, en las que el sujeto oscila o se divide entre la escucha y la actividad fonatoria: impulsiones verbales sonoras que a veces el sujeto no puede impedir emitir contra su voluntad, y que otras veces emite con una sensación nítida de complacencia.

Tal abanico, que puede abrirse aun más, permite a Lacan articular el síntoma en el pivote de su teoría de la psicosis, que dice que el significante del síntoma se encuentra en lo real, es decir fuera de su contexto usual, fuera de la cadena del significante. El encadenamiento significante silencia la voz, la vuelve inaudible, hace que podamos hablar sin escucharnos, que “prestemos atención” a otra cosa, a la significación que desliza entre los significantes. Entonces el símbolo se ausenta, para hacer oír la significación. Por el contrario, “para que la irrupción del símbolo en lo real sea indudable, es suficiente que se presente bajo la forma de una cadena rota”, escribe Lacan¹². Las alucinaciones son trastornos del lenguaje.

Ahora bien, entre los trastornos del lenguaje que permiten al significante entrar en lo real, no sólo está la ruptura propiamente psicótica de la cadena del significante, también existen los desgarramientos de los lazos de discurso. La “pequeña revolución” que comento es la condición de una concepción del síntoma

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Op.cit.*, p. 533.

¹¹ *Op.cit.*, p. 534.

¹² *Op.cit.*, p. 535.

en Lacan que no habrá de limitarse a las psicosis. Como Freud, Lacan no cesa de buscar en sí mismo lo que resulta evidente en el síntoma psicótico. No teme sentirse preocupado por lo que enseña el loco. En su clase sobre el significante en lo real, del 8 de febrero de 1956, desliza un ejemplo tomado de su propia subjetividad: la formulación verbal “*la paz del atardecer*”, que se le impone al cabo de un día agitado, que lo sorprende cuando menos esperaba escucharla, que aparece súbitamente, llegándole como desde afuera al mismo tiempo que es formulada endofásicamente por él mismo. “Llegamos al límite en que el discurso, comenta, si desemboca sobre algo más allá de la significación, es sobre el significante en lo real.” En este mismo capítulo deberían incluirse sus elaboraciones sobre el discurso interior del hombre normal, y en particular el “discurso delirante de la libertad” que el neurótico sostiene secretamente, un discurso al que considera “tan ineficaz como profundamente alienado en cuanto a su objetivo¹³.”

El paso siguiente de Lacan consiste en situar cuál es el punto preciso de articulación de la ambigüedad del fenómeno de lenguaje detectado por Seglas, ambigüedad que afecta al sujeto, que lo divide por el hecho mismo de que el oír y el hablar son como el derecho y el revés. Lacan ubica ese punto en el nivel en que el significante conlleva la significación que su propia designación promete, y no el nivel sensorial del fenómeno. Escuchar las palabras, acordar su oír {*gestimmen*, decía Heidegger}, es estar ya allí más o menos obediente. “Obedecer {*ob-audire*} no es otra cosa que tomar la delantera en la audición¹⁴.”

El lenguaje no es algo que se encuentre alguna vez como completamente manifiesto en su estructura. No podemos advertir al mismo tiempo los diferentes niveles en que incide. “Normalmente” no escuchamos el significante, sino la significación o el sentido que él engendra. Lo que devuelve el significante al campo del fenómeno, y evidencia el trastorno que constituye, el trastorno del lenguaje inherente al humano, es el desgarramiento de los lazos entre los significantes, evidente cuando implica una ruptura del lazo social, de los lazos de discurso. Es entonces cuando el significante por sí solo deviene fenómeno de lenguaje y se evidencia: como trastorno. “Síntoma” es la designación que recibe esa perturbación en la concepción radical en que Lacan profundiza más y más su enseñanza.

Tal trastorno forma parte de la “normalidad” del humano. Para explicar la estructura de esa “normalidad”, y de su nitidez particular en algunas formas de psicosis, Lacan se apoya en de Clérambault.

De Clérambault, el maestro

Lacan se formó en psiquiatría en el entorno de varios clínicos de talento, pero su gratitud se concentró finalmente en uno de ellos. En el sucinto currículum que incluye en sus *Écrits*, “De nuestros antecedentes”, consideró a Gaëtan Gatian de Clérambault su único maestro en psiquiatría. ¿Qué valoró en su enseñanza? Sin duda “la maravillosa riqueza que caracteriza a su estilo¹⁵”, sus descripciones originales y detalladas de las psicosis tóxicas, su peculiar disociación y reagrupamiento de las psicosis pasionales. Pero sobre todo Lacan apreció las elaboraciones sobre el automatismo mental, una entidad clínica nueva donde de Clérambault reúne los numerosísimos fenómenos “anideicos” que se manifiestan

¹³ Cf. por ejemplo en el Seminario *Les psychoses* arriba citado, pp. 148-53.

¹⁴ Lacan, J. Seminario *Les psychoses*, p. 155.

¹⁵ *Op.cit.*, p. 285.

en la evolución de las psicosis alucinatorias - muchas veces de un modo serpiginoso, en el umbral de lo discernible por el propio paciente -. Anideico quiere decir, interpreta Lacan: no conforme a una secuencia de ideas. Se trata de elementos incomprensibles, sin sentido, síntomas que pueden oponerse al delirio en tanto éste proporciona una significación al fenómeno psicótico.

Esos elementos anideicos suelen encontrarse combinados en un *síndrome de pasividad o pequeño automatismo mental* que en la descripción de de Clérambault no incluye todavía alucinaciones sonoras, ni temáticas, ni individualizadas, y sí en cambio fenómenos tan sutiles como los siguientes¹⁶:

- emancipación del pensamiento bajo la forma de alucinaciones abstractas, correspondientes a las alucinaciones psíquicas de Baillarger y Seglas. El fenómeno es bien conocido, comenta de Clérambault, su interés aquí reside en que se encuentra con frecuencia en la base del automatismo mental;

- desaparición súbita de pensamientos;

- desovillado mudo de los recuerdos;

- detenciones del pensamiento, vacíos del pensamiento, perplejidad, espera de pensamientos que no llegan;

- falsos reconocimientos, extrañeza, similitudes;

- pasaje de un pensamiento invisible (combinación de un reconocimiento anticipado y un olvido).

La lista continúa. En ella vemos, puestos a la luz del día, procedimientos significantes semejantes a los descriptos por Freud para las formaciones del inconsciente, aunque con la diferencia esencial de que en el automatismo mental el significante no está igualmente afectado por la represión, ni su mecanismo significativo está velado por los efectos de significación. Cada uno de esos elementos significantes está desconectado del resto, la ruptura de la cadena significativa es manifiesta, es prevalente. A diferencia de lo que pasa con los elementos olvidados o aislados en la neurosis, aquí el contexto no es reintegrable por interpretación.

Por eso mismo, aun en el silencio sensorial del automatismo mental, “el significante se impone en su dimensión de voz”. Pero además, en muchos casos de psicosis alucinatorias, con el tiempo el significante se sonoriza y toma la forma de voces audibles, que devienen verbales (significantes articulados en formas lingüísticas reconocibles), individualizadas (se acomodan a un número y un nombre), objetivas (toman la forma de objetos percibidos), temáticas (con significación) y a veces también motrices (interviene el aparato fonatorio del enfermo). En algunos casos, a partir del síndrome basal se desarrolla el *triple automatismo*, mental, sensitivo y motor, al cual se pueden añadir emociones y voliciones impuestas, y otros componentes sensoriales no auditivos. En muchos casos, como una superestructura, se añade poco a poco un delirio explicativo.

En su análisis del caso *Aimée*, Lacan considera seguir el método de “exhaución clínica” de de Clérambault, y haber aprendido de él el gusto por la “fidelidad a la envoltura formal del síntoma¹⁷”, a la que califica de “la verdadera huella clínica” que permite seguir el síntoma independientemente de su contenido semántico. Siguiendo el método de su maestro, Lacan despliega el síntoma en tanto envoltura formal, en la superficie chata de la sustancia gozante. En este punto su enseñanza no “progresa”, permanece clérambaultiana, no hay nada que desocultar ni suponer detrás de esa envoltura formal: ni significado, ni goce oculto que

¹⁶ De Clérambault, G. (1924). “Les psychoses hallucinatoires chroniques”. *Œuvre psychiatrique* (PUF, Paris, 1942), vol. II, pp. 495-512.

¹⁷ Lacan, J. (1958). “De nos antécédents”. *Écrits* (Seuil, Paris, 1966), p. 66.

vendría a suplantar al significado. No hay otro goce en el síntoma que el del envoltorio vacío¹⁸. Es lo que le permite decir en 1970, en una charla informal de la que quedaron registros, que entre el modo en que procedió con ella cuarenta años antes y lo que enseña en 1970, no ve en absoluto ninguna diferencia¹⁹.

El conjunto de la enseñanza de Lacan sigue la huella clérambaultiana, ella le permite desprender los mecanismos freudianos de los efectos de verdad y de significación que tornan el psicoanálisis inadecuado para el tratamiento del psicótico: para llevarlos a la radicalidad que exige la escucha y la atención propiamente analítica del sujeto de la psicosis. Eso exige una concepción del lenguaje para la que la clínica de su maestro en psiquiatría lo prepara. De ello testimonia Lacan muchas veces, por ejemplo cuando dice: “Si el lenguaje habla por sí solo, ahora o nunca tenemos que utilizar el término (aristotélico) de *automatismo*, y esto da al término que usaba Clérambault su resonancia auténtica, su aspecto satisfactorio para nosotros²⁰.”

Una vez más, sería un error pensar que el lenguaje habla por sí solo únicamente en las psicosis. Su concepción del síntoma en la que integra la huella clérambaultiana permite a Lacan iluminar también el síntoma en otros tipos clínicos; para hacerlo integra el otro polo aristotélico de las causas por accidente, la fortuna, que tratará desde las perspectivas sucesivas de la repetición de lo real, del acto, y de la separación.

Una indicación de Westerterp

La tercera referencia de la psiquiatría que mencionaré es la de un psiquiatra poco conocido, cuyas palabras ejercieron sin embargo una influencia evidente y duradera sobre Lacan. Me refiero a Westerterp, de Amsterdam, que en 1923 redactó una tesis que Lacan citará varias veces en su propio trabajo de tesis, posterior en diez años. El texto de Westerterp, titulado *Proceso y desarrollo en diversos tipos de paranoia*, se inscribe en la estela dejada por Karl Jaspers, otro autor con gran ascendiente sobre Lacan (lo cual se adivina ya en el número de veces que éste lo critica en sus *Écrits*). Como Jaspers²¹, Westerterp considera conveniente distinguir entre las paranoias que representan el desarrollo “normal” de una personalidad, y aquellas otras que son procesos que no pueden ser reconstruidos en relaciones de comprensión²² - lo cual no quiere decir que no puedan ser explicados, aclara -.

¿Qué toma Lacan de Westerterp? No las distinciones nosográficas, sino una cuestión de método que siempre estará presente en sus presentaciones de enfermo. “Westerterp insiste sobre la necesidad de un interrogatorio riguroso y dirigido. Si se deja en efecto al enfermo exponer a su gusto el sistema del delirio, tanto peor, si se le sugiere la sistematización, se deja escapar la verdadera evolución clínica. El interrogatorio deberá consagrarse sobre todo a precisar las experiencias iniciales que han determinado el delirio. Se observará siempre que tales experiencias han presentado al comienzo un carácter enigmático. El enfermo advierte que *algo en*

¹⁸ Desarrollé este punto en detalle en el artículo “Fidelidad y creación: la lógica de una vida”. *Diversidad del síntoma* (EOL, Buenos Aires, 1996).

¹⁹ Lacan, J. (1970). *Exposé chez Daumezon*. ¿Inédito?

²⁰ Lacan, J. Seminario *Les psychoses*, p. 346.

²¹ Jaspers, K. (1913). *Psicopatología general*. FCE. México. 1993.

²² Westerterp, M. (1923). “Prozess und Entwicklung bei verschiedenen Paraoiatypen”. *Zeitschr. ges. Neurol. und Psychiatr.*, vol. 91. Pp. 259-379.

los acontecimientos le concierne, sin que él comprenda qué es. No hay que tomar por primitiva la explicación secundaria y tardía que da el enfermo de su persecución...²³.”

Lacan comenta luego de qué modo minucioso Westerterp pone en evidencia las trampas que tiende al observador la tendencia a querer comprender todo, y de qué modo la penetración psicológica “demasiado hábil” de los investigadores resulta contraproducente. En la opinión de Lacan, Westerterp ubica muy bien las falencias de esas explicaciones psicogenéticas “demasiado satisfactorias”, de hechos que sería mejor dejar en su estatuto enigmático, y no restarles importancia mediante una falsa comprensión.

En términos muy cercanos, veinte años después, Lacan fundamentará la razón por la que realiza su presentación de enfermo: no es para constatar que el loco cree en la realidad de su alucinación, sino para hacer valer que, contrariamente al “normal”, el loco tiene una certeza, y que esa certeza consiste en que eso de lo que se trata, *le concierne*.

Que la certeza del loco es radical, que no es dialéctica ni relativa sino absoluta, que es independiente de la realidad social, etc., todo eso había sido ya establecido por *Lasègue y Falret* en un célebre texto sobre la *Folie à deux*²⁴. Pero que lo específico de la certeza delirante esté en el punto en que el fenómeno concierne al sujeto, y más precisamente aun, “que se sabe sobre él” (*jemand sheint zu wissen von ihm*), eso es algo que Lacan toma de la escuela jaspersiana, y que reproduce en los términos precisos de Westerterp.

Años después Lacan retoma esos mismos términos en su seminario sobre *Los problemas cruciales del psicoanálisis*, para explicar que la diferencia entre un signo médico y un síntoma analizable, es la que “define el campo psiquiátrico y le da su estatuto ontológico: que siempre está en el síntoma la indicación de que es cuestión de *saber*”. Y un poco más adelante: “la paranoia no consiste solamente en signos que recibe el paranoico, sino en el signo de que en alguna parte *se sabe* lo que quieren decir esos signos que él no conoce”.

Al destacar la influencia de Westerterp, no desconocemos lo que Lacan explica en esa clase, que el psicoanálisis cambia la clínica, en la medida en que cambia la posición del clínico: “Un examen clínico, una presentación de enfermo, no puede ser en absoluto lo mismo en el tiempo del psicoanálisis y en el tiempo que lo precede.” ¿Por qué no? Porque en el tiempo del psicoanálisis ya se puede saber (*scire licet*) que se trata del “saber”, y que el saber, si fuera accesible, sólo podría articularse en términos de significantes. Y que mientras tanto, mientras el signo informa que es cuestión de saber, pero no se sabe, al clínico le toca asumir la carga de una mitad del síntoma, su mitad de saber.

Dicho de otro modo, la teoría del sujeto supuesto saber se aplica también al síntoma en la psicosis. Es decir que Lacan extrae las consecuencias freudianas que se desprenden de la observación de Westerterp. El síntoma en la neurosis, en la

²³ Lacan, J. (1932). *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Seuil. Paris. 1989, p.147. Cf. también p. 208. Lacan traduce como “le concierne, sin que él comprenda qué es” lo que Westerterp escribe en estos términos: “(jemand)... etwas von ihm zu wissen scheint, *ohne daß er begreift, was es ist*” (subrayado por Westerterp, *Ob. cit. p. 319*). Una traducción más literal daría: “alguien parece saber sobre él, sin que él sepa qué es (lo que ese otro sabe)”. Es decir que Lacan introduce ese “le concierne” en lugar del “sabe sobre él” de Westerterp. En su clase del 5 de mayo de 1965, correspondiente a su seminario sobre *Les problèmes cruciaux pour la psychanalyse* volverá sin embargo a una traducción más literal de la expresión de Westerterp.

²⁴ Lasègue, Ch. y Falret, J. (1877). “La folie à deux ou folie communiquée”. *Ann. Méd-Psych.*, vol. XVIII, pp. 321-55.

perversión y también en la psicosis incluye de maneras diferenciadas ese rasgo que fue aislado en la paranoia con delirio de persecución, y admite entonces esta definición general que da Lacan en la clase del 5 de mayo del 65: “el síntoma debe ser definido como algo que se designa como un sujeto que *sabe* que eso le concierne, pero que *no sabe* qué es”.

Para Lacan, el “sabe” de la primera parte de la definición, que es el *se sabe* de Westerterp, va siempre acompañado por un “no sabe”, la marca del inconsciente freudiano, que se declina diversamente según las estructuras clínicas. En la neurosis toma la forma de la represión, y entonces el sujeto no llega a saber, - olvida o duda -. En la perversión “se sabe pero no se puede hacer saber” – el saber permanece supuesto en el registro del secreto, y participa de la ambigüedad de la creencia -. En la psicosis no se trata de creencia, es indiscutible, el saber se materializa en certeza, en un “*jemand*” real, que sabe, y que guarda por lo tanto la clave de la articulación significante que el enfermo ignora²⁵.

Cambia entonces el estatuto de la presentación de enfermo, porque en la época del psicoanálisis puede saberse que “no hay presentación de enfermo sino diálogo, diálogo de dos personas²⁶”, y que la segunda “persona” interviene no como sujeto, sino como soporte de S₂, articulación de significante, ese *corpus*, ese cuerpo sin el cual no habría síntoma analíticamente constituido.

Por supuesto que esa segunda persona, aunque fuese analista, no está allí para estar a la altura del saber supuesto. La ventaja de aceptar esa carga es la de aliviar al enfermo, remitiendo entonces la cuestión del lado del analista: ¿es en él, en tanto clínico, o en tanto analista, que está el saber? Desplazamiento del que Lacan comenta, a modo de introducción de su crítica minuciosa e implacable del sujeto supuesto saber: “Nuestro conocimiento de psicoanalista no podría culminar en una suerte de fatalismo del saber, por el cual la respuesta estaría ya en nosotros por el hecho de que de nosotros se espera la respuesta²⁷.”

No es poco lo que está en juego. A partir de admitir sobre sus espaldas la carga interrogativa del saber, y de criticar al mismo tiempo el fatalismo del saber, se abre para el psicoanalista la posibilidad de admitir al psicótico en un tratamiento que merezca ser llamado psicoanalítico; dicho de otro modo, surge la posibilidad de un encuentro, el encuentro del que se trata en el llamado del deseo, que es algo distinto de un fatalismo del saber. Para el clínico, surge la posibilidad de una “fenomenología de lo real”, que se anuncia como el campo de lo imposible²⁸.

En tales términos concluye esa clase impresionante del seminario sobre los *Problemas cruciales del psicoanálisis*, la misma en que propone un programa de investigación nunca hasta ahora retomado seriamente, y que plantea precisamente a partir del nudo Westerterp del síntoma: “De la indicación definida en el síntoma mismo en referencia al saber, he allí de dónde me gustaría ver surgir una revisión *propriadamente nosológica*; me gustaría verla partir de la puesta en valor de esa instancia (del saber) en el elemento del síntoma, o sea hacer valer su diversidad, que yo manifesté como tripartición a simple título de introducción, de alistamiento en esta materia²⁹.”

Señalemos para concluir que todo lo que Lacan dice sobre la psicosis primero (su “cuestión preliminar”), y luego sobre el síntoma en otros tipos clínicos,

²⁵ Lacan, J. (1965). Seminario *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*. Inédito. Clase del 5 de mayo de 1965.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Ibid.*

²⁸ *Ibid.*

²⁹ *Ibid.*

parte de su crítica de la comprensión jaspersiana que formaba una parte esencial de la formación y de la posición del psiquiatra – y también del psicoanalista – de la época. Eso es muy explícito en algunas de sus intervenciones, especialmente la que hace en noviembre de 1967 en Sainte-Anne, en el período en que su revisión crítica del sujeto supuesto saber es más explícita y vehemente- es el año de su seminario sobre *el acto analítico* -³⁰.

Allí afirma que si el psicoanálisis enseña algo, es a advertir que cuando se cree comprender muy bien, justamente no se comprende nada. El psicoanálisis nos lo enseña mostrándonos que ni siquiera somos transparentes para nosotros mismos. El analista haría mejor entonces en ubicarse a partir del elemento no comprensible, del no-sentido decisivo sobre el cual se funda la existencia de los hechos en tanto hechos subjetivos³¹. Y el síntoma, bien situado, bien diagnosticado, lo ofrece desde su presentación misma. El síntoma es la punta audible de la estructura, que en tanto real se excluye de lo comprensible.

Las referencias que hemos revisado introducen tres puntos cruciales para la clínica psicoanalítica: la equivocidad del sujeto en el síntoma, el significante que en tanto tal no significa nada, y la indicación de saber incluida en el síntoma. A partir de ellos Lacan puede plantear, e incluso exigir, un cambio de posición para el clínico. Y también cambiar la clínica misma en su definición: “es lo real en tanto que imposible de soportar³².” Lo cual ya no tiene nada que ver con la posición del psiquiatra.

Siguiendo su costumbre, para criticar la posición del psiquiatra, Lacan se apoya en la lucidez del psiquiatra. La definición de clínica como *impossible à supporter* implica la crítica de la posición del psiquiatra en tanto éste, aun en sus lúcidas descripciones clínicas, se pone a resguardo de la experiencia subjetiva fundamental del análisis, que consiste en la certeza de estar concernido, íntimamente afectado, por el signo – certeza que no es privativa de la psicosis, sino esencial al sujeto -. El psiquiatra se defiende de ese estar concernido, y de estar concernido como sujeto por la presencia angustiante del loco³³. Por eso Lacan, como Freud, sostuvo que a la posición del analista sólo se accede desde el propio análisis, es decir, desde esa experiencia en que el sujeto, con su síntoma, interroga lo que “se sabe” de él como efecto del lenguaje.

Buenos Aires, septiembre de 2000.

³⁰ Lacan, J. “Petit discours aux psychiatres”. Conferencia dictada en el Hospital Sainte-Anne el 10 de noviembre de 1967. No la hemos encontrado editada.

³¹ *Ibid.*

³² Lacan, J. “Ouverture de la Section Clinique”. *Ornicar?*, vol. 9, p. 11.

³³ Lacan, J. “Petit discours ...”.