

La “llamada esquizofrenia” y lo innombrable*

So-called schizophrenia” and the unnamable

Por Joceline Fátima Zanchettin¹ y Simone Zanon Moschen²

RESUMEN

El análisis de la relación que se establece entre la “llamada esquizofrenia” y lo innombrable extrapola los límites del presente artículo. Sin embargo, trataremos de ubicar una serie de elementos en los cuales lo innombrable se deja entrever. Un breve paso por la historia pone en evidencia el equívoco que hace del término “esquizofrenia” un punto de constante tensión. Del análisis de la obra freudiana se desprenden distintas perspectivas con respecto a la dirección de la cura ante el “dicho esquizofrénico”. Por un lado, el privilegio concedido al “factor paranoide”, es decir, “explicar la parte paranoica de la demencia precoz”. Por otro, una posible perspectiva forjada por las investigaciones en las cuales se basa el presente artículo, que busca revitalizar las palabras de Freud desde su “intuición clínica”. El desarrollo con respecto al narcisismo y lo inconciente conducen a Freud a leer en la alucinación, en la sobreinvestidura de la representación palabra y en el lenguaje de órgano, intentos de restitución, de curación, de la “llamada esquizofrenia”. Entendemos que para dar lugar a lo particular y singular del “dicho esquizofrénico” hace falta correrse del lugar de déficit de la psicosis con relación a la neurosis y de la “llamada esquizofrenia” con relación a la paranoia.

Palabras clave: Esquizofrenia - Dirección de la cura - Cuerpo

ABSTRACT

Analysis of the relation established between “so-called schizophrenia” and the unnamable extrapolates the boundaries of the present article. However, we will try to locate a series of elements in which the unnamable can be glimpsed at. A brief historical review brings to light the misunderstanding which turns the term “schizophrenia” into a point of constant tension. From the analysis of Freud’s works, different perspectives can be drawn regarding the direction of treatment in the face of “schizophrenic speech”. On the one hand, the privilege granted to the “paranoid factor”, i.e. to “explaining the paranoid element in premature dementia”. On the other hand, a possible perspective, which --shaped by the research studies this article is based on, seeks to revitalize Freud’s words from their “clinical intuition”. Development of the concepts of narcissism and the unconscious leads Freud to read in hallucination, hypercathexis of word representation and organ language, attempts at restitution, at healing, of “so-called schizophrenia”. We understand that, in order to make way for the peculiar and unique in “schizophrenic speech”, we must move away from a position of deficit of psychosis respect of neurosis and of “so-called schizophrenia” respect of paranoia.

Keywords: Schizophrenia - Direction of treatment - Body

*El presente artículo se desprende de la investigación titulada La finalidad y la conclusión del tratamiento en la clínica psicoanalítica de la esquizofrenia, llevada a cabo por la presente autora como Becaria de Postdoctorado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto de Investigaciones en Psicología de la Universidad de Buenos Aires (Director: Dr. Gabriel Lombardi; Codirector: Prof. David Laznik). Dicha investigación se sostiene en los desarrollos propuestos en la Tesis de Doctorado en Psicología titulada La invención de nuevos dispositivos: el “montaje del marco de la escena” en una clínica de la esquizofrenia, llevada a cabo por la presente autora en el Instituto de Investigaciones en Psicología de la Universidad Nacional de La Plata: marzo de 2015 (Director de tesis: Dr. Rolando Karoth, Codirectora de tesis y Directora de Beca de Doctorado del CONICET: Dra. Liliana Schwartz, Codirectora de Beca de Doctorado del CONICET: Dra. Simone Moschen).

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Lic. en Psicología. Especialista en Atención Clínica: “enfoque en psicoanálisis” por la CAP/UFRGS-BR, Doctora en Psicología por la UNLP/CONICET-AR, Docente de la Facultad de Psicología de la UBA, Rotante Extranjera del CSM N°3-AR, Extensionista de la CAP/UFRGS-BR, fue Becaria de Doctorado UNLP/CONICET-AR (2010-2015) y es Becaria de Postdoctorado UBA/CONICET-AR (2015-2017). E-Mail joczanch@hotmail.com

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Profesora Asociada del Instituto de Psicología en los Programas de Postgrado en Psicoanálisis: Clínica y Cultura y Postgrado en Educación. Investigadora del CNPq. Psicoanalista.

I. ¿Qué nombra la "esquizofrenia"?

El término "esquizofrenia" es estrictamente de Paul Eugen Bleuler (1857-1939), data de 1911, y surge de una particular articulación con el psicoanálisis freudiano. Bleuler publica el clásico *Demencia precoz y el grupo de las Esquizofrenias* (1911), proponiendo un nuevo reagrupamiento a las entidades clínicas nucleadas por Emil Kraepelin (1856-1926) alrededor del término "demencia precoz". Para Kraepelin, la "demencia precoz" se caracteriza por "una serie de estados, cuya característica común es una destrucción peculiar de las conexiones internas de la personalidad psíquica" (Kraepelin, 1909-13:03). Distingue dos grupos de desórdenes: I) el debilitamiento de las actividades emocionales que constituyen los resortes de la voluntad, es decir, el embotamiento emocional; y II) la pérdida de la unidad interna de las actividades del intelecto, de la emoción y de la voluntad. De allí se originan los síntomas fundamentales y primarios, mientras que las alucinaciones, las ideas delirantes, las estereotipias catatónicas, los estados de depresión o excitación e impulsiones diversas, son considerados síntomas accesorios y, por lo tanto, secundarios al análisis clínico.

El empleo, por parte de Kraepelin, de la psicología en la descripción de las facultades perturbadas en la "demencia precoz", introduce en el campo de la psiquiatría una psicopatología descriptiva. Mucho más precisa que la simple semiología, la psicopatología descriptiva permite ahondar en la especificidad de cada fenómeno clínico. Con la caída del modelo de la entidad clínico-evolutiva surge un nuevo abordaje de las enfermedades mentales, que conjuga la perspectiva asociacionista y dinámica (funcional) con una particular lectura y aplicación del psicoanálisis freudiano: se trata del psicodinamismo o corriente psicodinámica.

La obra de Paul Eugen Bleuler (1857-1939) intenta dar cuenta del fracaso del modelo de la entidad clínico-evolutiva en la delimitación de las enfermedades mentales al estilo de las establecidas por la medicina a partir del paralelismo psicofísico. El autor advierte sobre el caos nosológico e intenta aclarar los criterios de diagnóstico, rescatando la noción de "demencia precoz" como un genuino concepto de enfermedad. Se trataría de una categoría comprensiva de la mayor parte de las psicosis funcionales puesto que el autor discute las categorías nosológicas una por una y encuentra signos de "demencia precoz" en todas ellas. Incluso, llega al punto de discutir la diferenciación propuesta por el propio Kraepelin entre la psicosis maníaco-depresiva y la paranoia. Así lo plantea: "nuestros métodos de investigación actuales muestran que en la paranoia el mecanismo de la construcción de las ideas delirantes es el mismo de la esquizofrenia; de modo que es posible que la paranoia sea una esquizofrenia totalmente crónica, tan moderada que solo puede llegar a producir ideas delirantes" (Bleuler, 1911:294).

El autor subdivide la esquizofrenia en cuatro subgrupos: 1) paranoide, se inicia con ideas autorreferenciales que crecen hasta convertirse en delirios; 2) catatónico, se inicia con un cuadro de excitación "habitual en la esqui-

zofrenia", mezclado con síntomas catatónicos; 3) hebefrénico, presenta síntomas delirantes o catatónicos, pero sobresale el deterioro de la inteligencia; y 4) esquizofrenias simples, se presenta como psicopatías, degeneraciones, insania mental, alcoholismo, etc. Tras plantear la amplitud del concepto de esquizofrenia, Bleuler busca precisar lo más propio de esta entidad clínica, es decir, los "síntomas primarios".

En la sección titulada *La teoría*, Bleuler señala la importancia de ubicar los síntomas que son difíciles de detectar y que estarían asociados al origen de la enfermedad. Para dar cuenta del sentido y la razón de ser de los síntomas "psíquicamente determinados", que configurarían una perturbación de las funciones psíquicas, el autor pone en primero plano los niveles descriptivos y dinámicos de la psicopatología. El criterio descriptivo se sostiene en parámetros asociacionistas, mientras que el dinámico encuentra en la obra de Freud un particular sostén. La gran mayoría de las manifestaciones patológicas de la enfermedad tendrá en la dinámica psicológica su origen, quedando en segundo plano la forma de la enfermedad, es decir, el denominado "proceso", que remite a factores etiológicos heterogéneos al psiquismo.

De acuerdo con su análisis, los síntomas fundamentales de la esquizofrenia serían: 1) trastornos de la asociación (despropósitos, bizarrarías, obstrucciones, estereotipias); 2) trastornos de la afectividad (indiferencia, modulación anormal, labilidad afectiva, actualidad de emociones antiguas, displicencia); 3) ambivalencia afectiva (amor-odio), volitiva (querer y no querer hacer algo), intelectual (pensar y decir algo, bien como su inversa); y 4) autismo (predilección por la fantasía en oposición a la realidad). El autor resalta que lo característico de la esquizofrenia, en relación con los cuadros orgánicos, es que no hay alteración primaria de la percepción, orientación, memoria, sensaciones, conciencia y motilidad. Estas funciones simples estarían intactas, siendo su presentación perturbada efecto de las alteraciones de los procesos afectivos y de asociación.

A partir de sus observaciones clínicas, Bleuler convierte el trastorno de asociación (la *Spaltung* o división) en síntoma primario fundamental. Este trastorno pasa a estar en la base de la distribución de los síntomas en una perspectiva clínica, produciendo una descomposición de las correlaciones (paralelismo psicofísico) que organizaban la clínica de las enfermedades mentales del período previo. La necesidad de profundizar la investigación sobre la *Spaltung* o división conducirá a Bleuler a la teoría freudiana de las representaciones, más específicamente, a la noción de dinámica psíquica, tal como se pone de manifiesto en el proceso del sueño. El autor entiende que el psiquismo es un compuesto de representaciones cuyas relaciones están determinadas por vías de asociación. Para Bleuler, las funciones superiores del intelecto (el pensamiento y el juicio) se ejercen a través de vías asociativas firmemente establecidas por la experiencia (origen empirista). En el sueño, la existencia de "sendas asociativas desusadas" muestra que ya no se siguen las "vías lógicas indicadas por la experiencia". Es en este punto

donde la esquizofrenia –según Bleuler– se acercaría al estado onírico.

Sin embargo, hay que aclarar que si bien Bleuler se apoya en el desarrollo freudiano con respecto a la dinámica psíquica extraída de los sueños, hace una lectura muy particular del tema, diferenciándose, en su origen, de lo realmente propuesto por Freud. Según Freud, en *La interpretación de los sueños* (1900), no existen “encadenamientos caprichosos de la asociación”. Aquello que cobra esa apariencia en las enfermedades mentales es obra de la censura que, al intercalar omisiones, hace del curso de las asociaciones una cadena difícil de seguir; es decir, incomprensible. Por lo cual, mientras Freud busca en los sueños (y posteriormente en el delirio, en la alucinación, en la investidura de la representación palabra y en el lenguaje de órgano) la lógica que define el estatuto mismo de lo inconsciente; Bleuler considera a las asociaciones de los esquizofrénicos carentes de sentido y valor. Freud, en *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico* (1914), aclara que Bleuler se vale de los mecanismos psíquicos para dar cuenta de la presentación de los fenómenos de la esquizofrenia, no de su causa, ya que esta sigue siendo orgánica.

Otro eje de la teorización propuesta por Bleuler (1911) es la antigua dicotomía entre razón y pasión¹. Al plantear que “si las asociaciones no siguen ya los caminos acostumbrados, adquieren valor lógico eslabones accidentales” (Bleuler, 1911: 21-24), el autor sostiene que los procesos intelectuales pierden su eficacia en el campo del pensamiento en la medida en que éste pasa a ser dominado por las emociones. Estas dirigen las asociaciones, en el sentido de los impulsos referidos a gratificarse con el placer y evitar el dolor. El autor postula, de este modo, una superposición entre el principio de placer y de realidad, ambos propuestos por Freud. Tal configuración actuaría en la supresión de todo lo que se opone a la afectividad, por ende, el pensamiento se ve imposibilitado de contradecir una idea cargada afectivamente. Según Bleuler, las ideas afectivamente cargadas asumen la estructura de un complejo. Esto implica que estas ideas se independicen y pasen a disputar, con los pensamientos normales, el acceso a la conciencia. La independencia de los complejos entre sí indica, para el autor, una escisión de la personalidad. “Parece así que el paciente estuviera escindido en tantas personas o personalidades diferentes como complejos tiene” (Bleuler, 1911: 15).

Entonces, la esquizofrenia, para el autor, evidencia esencialmente una escisión de la mente, que se caracteriza por la disociación de las funciones, en lo concerniente a la inteligencia, al comportamiento y a los afectos. Cabe recordar que los desarrollos bleulerianos sobre la esquizofrenia producen un cambio sustancial en el campo de la psiquiatría: la categoría es redefinida en la medida en que accede al campo de las enfermedades de la personalidad. El trastorno en la asociación de ideas es central, asociándose al autismo y a lo que se llama “ambivalencia”. Debido a la centralidad del trastorno en la asociación de ideas, la esquizofrenia pasa a tener una definición intelectual.

En cuanto a la terapéutica posible en la esquizofrenia,

Bleuler (1911) empieza descartando los más variados tratamientos físicos². En este sentido, plantea que: “En la actualidad, el único tipo de terapéutica que se puede considerar seriamente para la esquizofrenia, en su conjunto, es el método psíquico” (Bleuler, 1911: 490). Sobre la terapéutica, aclara que “es preferible tratar a estos pacientes bajo sus circunstancias usuales y dentro de su medio ambiente natural. No se debe admitir al paciente en el hospital solo porque sufre de esquizofrenia, sino cuando hay una indicación definida de hospitalización” (Bleuler, 1911:489). Esta indicación se refiere, por ejemplo, a la imposibilidad del enfermo de permanecer en el ambiente psicosocial cuando este no cumple con las condiciones necesarias para su cuidado. El tratamiento, llevado a cabo en el hospital, “puede ser valioso desde un punto de vista educativo³, y puede aliviar los estados agudos de agitación, debidos a influencias psíquicas” (Bleuler, 1911: 489).

Entonces, el concepto bleuleriano de esquizofrenia, cuya invención se inscribe entre la séptima y octava edición del *Tratado de Psiquiatría* de Kraepelin, surge de una particular articulación con el discurso psicoanalítico freudiano. En 1911, año en cual Bleuler propone el término “esquizofrenia”, coinciden hechos históricos importantes tanto en el campo de la psiquiatría como en el del psicoanálisis. Tres importantes publicaciones se dan a conocer: *Demencia precoz y el grupo de las esquizofrenias* de Bleuler, *Puntuaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Demencia paranoides) descrito autobiográficamente* de Sigmund Freud (1856-1939) y *Transformaciones y símbolos de la libido* de Carl Gustav Jung (1875-1961). Asistente de Bleuler en la clínica suiza de Burghölzli, Jung fue uno de los primeros adeptos de Freud. Entre 1906 y 1907, Bleuler publica un artículo titulado *Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis*; y Jung, en 1907, publica el libro *Acerca de la psicogénesis de la demencia precoz*, cuyo envío a Freud marca el inicio de la tensa y apasionante correspondencia entre Freud y Jung.

En síntesis, mientras Freud apunta a establecer una diferencia entre la paranoia y la esquizofrenia, Jung sostiene la tesis de que hay fluctuación entre ambas. Freud plantea, desde el modelo de la “represión por retiro de la libido”, que en la demencia la represión habría sido exitosa, por lo cual la libido se retira totalmente del mundo exterior, instalando una suerte de autoerotismo; mientras que en la paranoia hay represión, retiro de la libido, transformación y proyección de esta libido, con conservación del sentimiento de realidad. Por último, Freud propone un tercer caso, justamente el que dará cuenta del caso Schreber: se trata de un fracaso parcial de la represión por retiro de la libido, lo que habilita una tentativa de compensación, combate que culmina en un autoerotismo parcial. Se trata de una suerte de forma intermediaria, que se acerca a lo planteado por Kraepelin con respecto a la *dementia paranoides*. Freud también expresa, en sus correspondencias con Jung, el deseo de aclararle a Bleuler lo que corresponde a la libido y a sus desplazamientos en la formación de la demencia precoz y de la paranoia. El autor plantea también el carácter esencialmente sexual de la libido que, al ser rechazado

por Jung, provocará el quiebre de esta apasionante y fervorosa relación.

La referencia al “caso Schreber” empieza a aparecer en las correspondencias entre Freud y Jung en abril de 1910. Dispuesto a desarrollar las elaboraciones sobre el narcisismo, Freud sostiene el análisis del “caso Schreber” desde la paranoia. Hay que tener en cuenta que cuando Freud publica su texto sobre el “caso Schreber”, la paranoia había desaparecido casi por completo de las categorías de la clínica mental. De hecho Freud sostiene la vertiente de la paranoia para un caso clínico que, siguiendo la nosografía de Kraepelin y Bleuler, debería ser considerada una demencia de tipo paranoide o bien una esquizofrenia paranoide. En este sentido, entendemos que el análisis freudiano del “caso Schreber” desde la paranoia, busca forjar diferencias que legitimen un discurso que dista de la nosografía psiquiátrica vigente en aquella época. La vertiente paranoica del “caso Schreber” no es sin la fuerte apuesta freudiana en el delirio como restitución de una realidad perdida, al estilo de Griesinger. Se trata de legitimar el discurso del “loco” desde una causalidad psíquica, desprendiéndose de la perspectiva orgánica deficitaria de la cual surge tanto la “demencia precoz” como la “esquizofrenia”. De este campo de inagotables debates se destaca la tensión entre Freud y Bleuler con respecto a la “esquizofrenia”.

En *Puntualizaciones psicoanalíticas... (1911)*, Freud plantea:

“Dados los estrechos vínculos de la paranoia con la *dementia praecox*, uno no puede dejar de preguntarse por el eventual influjo que la concepción expuesta para la primera ejercerá sobre la vigente para la segunda. Estimo bien justificado el paso que dio Kraepelin al fusionar en una nueva entidad clínica, junto con la catatonía y otras formas, mucho de lo que antes se llamara «paranoia», aunque fue un desacierto escoger para esa unidad el nombre «*dementia praecox*». También a la designación de «esquizofrenia», propuesta por Bleuler para ese mismo grupo de formas, cabría objetarle que sólo parece utilizable si uno no recuerda su significación literal (mente escindida); además, prejuzga demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría y que, por añadidura, no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial. Pero, en general, no es muy importante cómo se nombra a los cuadros clínicos. Más sustantivo me parece conservar la paranoia como un tipo clínico independiente, aunque su cuadro haría a menudo se complique con rasgos esquizofrénicos; en efecto, desde el punto de vista de la teoría de la libido, se la puede separar de la *dementia praecox* por una diversa localización de la fijación predisponente y un mecanismo distinto de retorno [de lo reprimido] (formación de síntoma), no obstante tener en común el carácter básico de la represión propiamente dicha, a saber, el desasimiento libidinal con regresión al yo. Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la *dementia praecox* con el nombre de “parafrenia”, que, en sí mismo de contenido indeterminado, expresa sus vínculos con la paranoia (que conservaría

su denominación) y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella. Y no importa que el nombre ya se haya propuesto antes para otra cosa, pues estas otras acepciones no han cobrado vigencia”. (Freud, 1911: 69-70)

Entonces, para Freud, el término “esquizofrenia” no representa la entidad clínica nombrada, tampoco lo esencial de esta. “*Esquizo-frenia*”, es decir, “mente escindida”, se articula a un trastorno de asociación, división o *Spaltung*, producto de una enfermedad cerebral que modifica las funciones psíquicas. Carentes de sentido y valor, las asociaciones de los esquizofrénicos apenas certifican el estrago psíquico de una causa de origen orgánica. Por lo cual, desde el marco conceptual bleuleriano, el término “esquizofrenia” se aleja sustancialmente de lo que Freud considera fundamental y que se refiere a la definición de una causalidad psíquica. Además de eso, Freud subraya que Bleuler emplea en dicha denominación un carácter postulado en la teoría psicoanalítica que por añadidura no le es exclusivo. Dicho carácter se articula a los desarrollos con respecto a la “escisión de la conciencia”⁴, producto de la defensa ante un caso de inconciabilidad en el campo de las representaciones. Del conflicto psíquico, del cual se desprende el lugar y función estructurante de la represión, como también los distintos “modos de retorno”, decanta un “sujeto dividido” con respecto al saber. El “saber no sabido”, que los síntomas dan a conocer, hacen del inconsciente un supuesto lógico necesario a la constitución psíquica del sujeto. El sujeto como *esquizo*, es decir, dividido, encontrará amplio desarrollo en la obra lacaniana.

Si el término “esquizofrenia” no representa la entidad clínica nombrada, tampoco lo esencial de esta, Freud propone reemplazarlo por “parafrenia”. Con respecto a la “parafrenia”, su elección se debe, según el autor, a la indeterminación de contenido, al vínculo con la paranoia y a la alusión que hace a la hebefrenia. Ya sabemos que dicha propuesta no ha prosperado, ni siquiera en la propia obra freudiana. De hecho, observamos que, por un lado, Freud no deja de referirse al término “esquizofrenia” y, por otro, que el término “parafrenia” perderá especificidad a lo largo de su obra, llegando incluso a nombrar, en determinados momentos, a la generalidad del campo de las psicosis⁵. Lacan tampoco utilizará el término “parafrenia”, preferirá el de “esquizofrenia” con la siguiente aclaración: el “dicho esquizofrénico” (Lacan, 1972:498). En la presente investigación operaremos con lo propuesto por Lacan, pues entendemos que dicha expresión guarda una precisión teórica y clínica.

II. ¿Qué “dirección de la cura” decanta del desarrollo freudiano con respecto a las psicosis?

Por más que el término “parafrenia” no se haya consagrado en el campo del psicoanálisis freudiano y lacaniano, nos parece importante interrogar qué busca Freud al proponer un término de contenido indeterminado, que se vincule con la paranoia y que recuerde a la hebefrenia,

para designar lo que hasta entonces se conocía como "esquizofrenia" o "demencia precoz". Teniendo en cuenta que, para Kraepelin, la hebefrenia designaba una forma simple, preservada de perturbaciones de inteligencia, memoria u orientación personal, y que la paranoia, para Freud, apunta a la sistematización del delirio: el término "parafrenia", de contenido indeterminado, parece apuntar a lo que Freud consideraba posible en el campo teórico y clínico de la "demencia precoz": a saber, explicar la "parte paranoica" (Freud-Jung, 1978: 70).

Es en una de las correspondencias de Freud a Jung que encontramos la indicación de que en el caso de la "demencia precoz" se trataría de "explicar la parte paranoica". Dicha indicación, por supuesto, extrapola los alcances de los propios desarrollos freudianos, ya que de estos se deduce que el campo de las psicosis no accede al dispositivo analítico. La intersubjetividad, propia de la conceptualización freudiana de la transferencia, no encuentra en las psicosis "resto" de libido que mantenga vivo el amor de transferencia: condición necesaria para que se instale el dispositivo analítico. Freud de entrada declara que la experiencia analítica "no es posible en la paranoia a causa de la regresión al autoerotismo. El médico no encuentra fe, porque no encuentra amor. El paciente, al igual que el niño, solo cree a quien ama" (Nunberg & Federn, 1979: 81-82).

Entonces, por más que el término "parafrenia" no se haya impuesto, la búsqueda por "explicar la parte paranoica" de la "demencia" sin duda ha conmovido el desarrollo del campo teórico y clínico de la "llamada esquizofrenia" en el psicoanálisis freudiano y lacaniano. La gran mayoría de los desarrollos con respecto a las psicosis se refiere a la paranoia o al "carácter paranoide" de la "llamada esquizofrenia". Única herramienta ante el desorden y caos que acomete al "dicho esquizofrénico", el "carácter paranoide" se ha impuesto, determinando la dirección de la cura. Para Silvestre, en *Un psicótico en análisis*, "todo psicótico sólo accede al psicoanálisis a condición de devenir paranoico. Es la vía necesaria para que el analista pueda coordinar con el Otro del sujeto psicótico por el desvío, la transición de una metáfora delirante" (1985:136).

Es desde esta perspectiva que Soler, en *Marlene*, plantea que el "fuera de discurso", característico del esquizofrénico, "se manifiesta en el fenómeno a nivel de las identificaciones, como defecto, perturbación, de la representación significante del sujeto. Correlativamente, veremos cómo el delirio es una tentativa de cura" (1985:139). La autora plantea que: 1) Marlene se aferra a las voces, "pero no tiene la complejidad ordenada de las voces de Schreber [...] Para Marlene todo ocurre como si el tiempo de la atribución subjetiva de las voces, su imputación a un emisor, faltasen" (1985:140). Así prosigue la autora:

"Para Marlene, la interlocución está ahí, pero no el interlocutor [...] Para Schreber, las voces dicen la voluntad divina [...] Para Marlene, [...] las voces no dicen nada [...] Hay mensaje, pero no contiene un mensaje [...] Schreber,

cuando recibe la conminación divina, que lo consagra a la femineidad, encuentra la significación delirante [...] Para Marlene, al vacío de la enunciación del lado de las voces, responde de su lado el defecto de identidad, y la indeterminación de su ser [...] En el momento en que aborta el esfuerzo para construir un delirio, no llegando a fijar un mensaje susceptible de rellenar esta enunciación del Otro que se presenta, pero que permanece vacía, entonces, *experimenta* su falta de paranoia". (Soler, 1985: 141)

Como podemos observar, el campo lacaniano ha avanzado a partir de las indicaciones freudianas de que en la "demencia precoz" se trataría de "explicar la parte paranoica". La referencia al "caso Schreber" es constante, ya que el fracaso parcial de la represión por retiro de la libido da lugar a una tentativa de compensación: precisamente una construcción delirante sostenida en un fuerte "carácter paranoide". Para Freud, en el "caso Schreber" nos encontramos con un autoerotismo parcial, es decir, una forma intermediaria: *dementia praecox* paranoide. Por lo tanto, la escucha clínica del sujeto en la "llamada esquizofrenia" que se desprende del análisis del "caso Schreber" privilegia el "factor paranoide", ya que este guarda las esperanzas de una compensación vía metáfora delirante: lo que supone la referencia a un interlocutor, la construcción de un mensaje y la precipitación de una significación delirante que rellene la enunciación del Otro.

Teniendo en cuenta dicha perspectiva de intervención clínica, cabría interrogar: ¿Todo "dicho esquizofrénico" deviene paranoico? En caso que no siempre ocurra esta suerte de metamorfosis en el marco del dispositivo analítico, ¿qué efectos genera sobre el "dicho esquizofrénico" un tratamiento cuya dirección de la cura apunta a la transición de una metáfora delirante? Y, más allá de estos efectos, ¿cómo operar en los casos donde no se dispone de este "recurso", es decir, donde el delirio no logra tejerse?

Sostenidos en el dato empírico de que en la clínica abundan casos en los cuales no opera el "factor paranoide", en el sentido de una transición de la metáfora delirante. Y anoticiados de que la variedad clínica del campo de la psicosis no es una exclusividad de nuestros tiempos, es decir, ya existía en la época de Freud, trataremos de sostener un cambio de perspectiva. Impulsados por el hecho de que la experiencia clínica siempre excede a la teoría, buscaremos forjar, desde Freud, una nueva perspectiva en el campo teórico y clínico de la "llamada esquizofrenia".

III. Un posible cambio de perspectiva con respecto a la "dirección de la cura"

Es a partir de la "represión por retiro de la libido" que Freud empieza a diferenciar la paranoia de la esquizofrenia. Para el autor, la paranoia concluye en una reconstrucción delirante del mundo, mientras que en la esquizofrenia la "represión" se extiende sin límites, concluyendo en una suerte de autoerotismo⁶. Tales diferencias conducen al autor a proponer, en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), distintas localizaciones de la fijación predispo-

nente: la paranoia responde a una fijación al narcisismo, siendo su mecanismo la proyección o, mejor dicho, lo que excede a la proyección, es decir, "lo cancelado adentro retorna desde afuera"; la esquizofrenia responde a una fijación al autoerotismo, teniendo como mecanismo el "alucinadorio" (Freud, 1911: 71).

Es importante recordar, que la clínica diferencial de la paranoia y de la "llamada esquizofrenia", planteada por Freud en términos de distintos puntos de fijación predisponente, tiene como principal inspiración el desarrollo propuesto por el psicoanalista alemán Karl Abraham (1877-1925). En *Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz* (1908), Abraham, a partir de las formulaciones freudianas expuestas en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), define a la demencia precoz como una enfermedad cuyos síntomas se originan de complejos sexuales reprimidos. Según el autor, en estos sujetos cesa el amor por los objetos, es decir, el sujeto se encontraría en un estado idéntico al propuesto por Freud en la primera etapa de la vida: el autoerotismo. Para Abraham, en la demencia precoz opera una regresión al autoerotismo, siendo sus síntomas un modo de actividad sexual autoerótica. Según el autor, existe una dinámica libidinal específica para cada cuadro clínico. Lo dicho implica que cuando hay una imposibilidad de satisfacción vía objeto "genital", se produce una regresión a "puntos de fijación". Todo este proceso determina que, en el sujeto, la libido se independice del yo y explore nuevos modos de satisfacción sustitutos (síntomas).

Entonces, como decíamos, Freud avanza en la definición de la paranoia y de la "llamada esquizofrenia" desde la teoría de la libido, sin embargo dicho desarrollo no es sin su interés por el fenómeno de la alucinación. De hecho la *Verwerfung*, planteada en términos de "modo de retorno", surge del análisis freudiano de la alucinación. En *Las psiconeurosis de defensa...* (1894), Freud plantea en la psicosis alucinatoria (*amentia de Meynert*) "una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima {*Verwerfung*} la representación insoportable" (p. 59). En lugar de separar la representación del afecto, el yo rechaza ambas cosas, o mejor, "el yo se arranca de la representación insoportable", pero al hacerlo compromete la "realidad objetiva", en la medida que se sustrae de un fragmento de esta. A partir de un caso clínico, Freud subraya el realce de la representación insoportable en la alucinación (no hay pantalla) y la "vividez alucinatoria", es decir, un "sentimiento de realidad" que es más intenso que la realidad misma. Se trata de dos aspectos, solidarios entre sí, que definen que lo radical en la alucinación "no está en si hay o no hay objeto, sino que lo propio del fenómeno alucinadorio es que el «objeto» es «inolvidable», no me puedo desentender de él" (Rodríguez Ponte, 1998:102). La "falta de pantalla" y la "vividez alucinatoria" dan cuenta del "modo de retorno" que funda la *Verwerfung* y que dista del "mecanismo de sustitución", pues lo que retorna como alucinación no es homogéneo al orden de lo que ha sido rechazado, una representación insoportable, es decir, sin soporte.

El análisis freudiano del fenómeno de la alucinación

en la psicosis alucinatoria deja entrever que tenemos un "adentro", del cual irrumpe algo del orden de lo insoportable. Se trata de un sin soporte que es rechazado, es decir, cae sobre él la *Verwerfung*, echando "afuera" lo que no pudo ser reprimido "adentro". Lo insoportable va a parar "afuera", y en su lugar, en el agujero que ha quedado "adentro", viene, desde "afuera", la alucinación. La misma estructura lógica, la encontramos en el análisis de la "alucinación del dedo cortado" del Hombre de los Lobos, planteado por Freud en *De la historia de una neurosis infantil* (1914). Sin embargo, en este caso, el "no querer saber" surge del encuentro con una información indeseada que suscita la "angustia frente a la castración". La "alucinación del dedo cortado" aparece como retorno de la castración rechazada, quedando a la vista el "agujero" de "sí mismo", es decir, la perplejidad que acomete al sujeto. "Cuando dije que la desestimé [a la castración], el significado más inmediato de esta expresión es que *no quiso saber*⁸ nada de ella siguiendo el sentido de la represión {esfuerzo de desalojo}⁸" (Freud, 1914: 78). Por lo cual, en la *Verwerfung*, planteada en términos de "modo de retorno", o se está presente como ausente (en el sentido de una representación) o hay una representación de una ausencia (en el sentido de la castración).

El análisis freudiano del "caso Schreber", en *Puntuaciones psicoanalíticas...* (1911), permitirá nombrar lo que decanta del análisis de la alucinación. Si bien Freud no utiliza en este texto el término *Verwerfung*, al interrogar el alcance del desarrollo con respecto a la proyección en el "caso Schreber" plantea que: "No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada [o suprimida, *Unterdrückt*] es proyectada hacia afuera; más bien inteligimos que lo cancelado [o abolido, *aufgehoben*, aquí tenemos la *Aufhebung*] adentro retorna desde afuera" (Freud, 1911: 66). Con respecto a la cita, es importante aclarar que el uso que Freud le confiere al término *Aufhebung*, en el caso Schreber, es distinto del que propone en el texto *La negación* (1925), también en un sentido estructural. En el caso Schreber, *Aufhebung* se aleja de la noción de "mecanismo", acercándose a lo que sería la definición de un particular "modo de retorno", en dicho caso caracterizado como retorno "desde afuera". Remite, en cierto sentido, a que algo queda como anulado, liquidado, abolido, al mismo tiempo que queda adentro, entonces, como un vacío, un agujero, al cual va a retornar, desde afuera, algo.

En el texto *La negación* (1925), *Aufhebung* es lo que posibilita noticiarse de una representación inconciente, sin que desaparezca la represión. Freud dirá: "Logramos triunfar sobre la negación y establecer la plena aceptación intelectual de lo reprimido, a pesar de lo cual el proceso represivo mismo no queda todavía cancelado" (Freud, 1925:254). En el análisis del "caso Schreber" el término *Aufhebung* delimita una suerte de catástrofe interior, por lo cual no es del orden de una negación, más bien diríamos que ahí se encuentra la ausencia de la función del "no", "porque es esa función la que permite aceptar algo bajo el modo de desconocerlo" (Rodríguez Ponte, 1998: 201). Es en este sentido que Rodríguez Ponte, tras señalar

que no hay un estatuto conceptual de la palabra *Aufhebung* en la obra de Freud, plantea que, en el caso Schreber, lo fundamental "no es el mecanismo, allí designado como *Aufhebung*, sino *el modo de retorno*, en dicho caso caracterizado como retorno «desde afuera»" (Rodríguez Ponte, 1998: 201).

Entonces, en lo que corresponde a las referencias freudianas a la *Verwerfung*, de las cuales se desprende más un "modo de retorno" que un "mecanismo de defensa", observamos una suerte de armado lógico que atraviesa el campo de las psicosis, es decir, que se articula tanto a la alucinación como al delirio, por lo cual es válido tanto a la "llamada esquizofrenia" como a la paranoia.

Aún con respecto a la primera época de la obra de Freud, en la cual se insertan los textos trabajados, cabe subrayar que tanto la paranoia como la "llamada esquizofrenia" se articulan a la "defensa" disparada por un "conflicto psíquico" en un aparato psíquico edificado sobre una pérdida originaria/inaugural. Partiendo de esta base, paranoia y esquizofrenia delimitan distintos modos de "no querer saber". Para darle el debido alcance a dicha expresión, hace falta aclarar que en esta época de la obra de Freud el "saber" se define como una suerte de "anoticiarse de algo", por lo cual el "no querer saber" figura una resistencia que apunta a la estructura de la defensa. Planteado en estos términos, el "no querer saber" da a conocer la posición subjetiva del sujeto, visible en las expresiones que acompañan las formulaciones freudianas: como, por ejemplo, "el sujeto no quiere saber nada de eso", "al yo le resulta intolerable tal cosa y entonces", a la fantasía de deseo femenina "la personalidad Schreber le contrapuso una intensa resistencia", etc.

Es decir, en los textos cuya referencia es las psicosis, Freud no dispone del desarrollo con respecto al juicio de existencia, tal como lo plantea en *La negación* (1925). En dicho escrito el "juicio de existencia" aparece, pero ya no en relación a lo que podría ser una representación inconciliable, o insoportable, o meramente desagradable. Es decir, el "juicio de existencia" surge a partir del momento que hay objetos satisfactorios, no a partir de los insatisfactorios. Así lo plantea: "Ahora ya no se trata de si algo percibido (una cosa del mundo) debe ser acogido o no en el interior del yo, sino de si algo presente como representación dentro del yo puede ser reencontrado también en la percepción (realidad). De nuevo, lo meramente representado, lo subjetivo, es solo interior; lo otro, lo real, está presente también ahí afuera. En este desarrollo se deja de lado el miramiento por el principio de placer" (Freud, 1925: 255).

Por lo cual, como decíamos, en el "caso Schreber" el "como si no existiera" precipita de la defensa: del "no querer saber" ante lo insoportable de una representación o de la castración, lo que se articula a la noción de conflicto psíquico y a la acción eficaz de la defensa, leída en los distintos "modos de retorno". En este sentido, no nos parece algo menor que Freud haya preservado la posición subjetiva del sujeto en las psicosis y que, además de eso, haya tratado de ubicar lo particular de la paranoia y de la esquizofrenia: el delirio en la paranoia y la alucinación,

la investidura de la representación-palabra y el lenguaje de órgano en la esquizofrenia.

Ahora bien, teniendo en cuenta el análisis del "caso Schreber", observaremos que el desarrollo freudiano con respecto al narcisismo y el inconsciente, que tiene un gran peso, no es sin efectos en la obra de Freud, particularmente en lo que corresponde a la "llamada esquizofrenia". En *Puntualizaciones psicoanalíticas...* (1911), Freud aun sigue ubicando la alucinación como un "fase de la lucha de la represión contra un intento de restablecimiento que pretende devolver la libido a sus objetos" (p. 71). Sin embargo, en *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños* (1917 [1915]), plantea que: "La fase alucinatoria de la esquizofrenia no está tan bien estudiada; por regla general, parece ser de naturaleza más compleja, pero en lo esencial respondería a un nuevo *intento de restitución que pretende devolver a las representaciones-objeto su investidura libidinosa* (Freud, 1915: 228-29). Es decir, ya no se trata de la lucha de la represión contra un intento de restablecimiento de la libido a sus objetos, justamente figura lo contrario, "un nuevo intento de restitución que pretende devolver a las representaciones-objeto su investidura libidinosa" (Freud, 1915: 228-29).

Entonces, ¿cómo no dejarse afectar por los cambios que operan en Freud y que afectan su posición de escucha en la esquizofrenia? Si el "mecanismo alucinatorio" define a la esquizofrenia: hacer de la alucinación un "intento" de restitución que pretende devolver a las representaciones-objeto su investidura libidinosa, al envés de definirla como una fase de la lucha de la represión "contra" el intento de restablecimiento de la libido a sus objetos, es sin duda un cambio sustancial y radical con respecto a la posición de escucha de Freud con respecto a la "llamada esquizofrenia". Si a esta referencia le sumamos la observación que hace Freud, en *Introducción del narcisismo* (1914), con respecto al campo de las psicosis: es decir, en el grupo de las parafrenias (psicosis) hay un grupo de manifestaciones que se llama "de la restitución, que deposita la libido en los objetos al modo de una histeria (*dementia praecox*, parafrenia propiamente dicha) o al modo de una neurosis obsesiva (paranoia)" (Freud, 1914:83). Y si, además de eso, le agregamos el desarrollo, planteado por Freud en *Lo inconsciente* (1915), a partir del cual se desprende la afirmación de que "la investidura de la representación palabra no es parte del acto de represión, sino que constituye el primero de los intentos de restablecimiento o de curación que tan llamativamente presiden el cuadro clínico de la esquizofrenia" (Freud, 1915: 200). Es decir, si nos dejamos llevar por la "intuición clínica" de Freud, que supera ampliamente lo formalizado en su teoría, hecho éste que responde a lo que éticamente sostiene, a saber, la experiencia clínica como única brújula del avance del psicoanálisis; es decir, si tomamos este eje, se nos hace imposible seguir limitando lo restitutivo de la "llamada esquizofrenia" al "carácter paranoide", en el sentido de una transición de la metáfora delirante.

Llegado a este punto, lo que se nos plantea es otro problema, de otra índole, que sería: ¿Cómo formalizar la restitución vía alucinación, investidura de la representa-

ción-palabra y lenguaje de órgano en el "llamada esquizofrenia"? Y de acuerdo a esta perspectiva de análisis: ¿Qué estatuto conferirle al "carácter paranoide" en la "llamada esquizofrenia"? En el presente artículo nos limitaremos a enunciar las preguntas, pues entendemos que ellas guardan lo más propio y legítimo de los futuros resultados de la presente investigación.

Dichos interrogantes, que han guiado la investigación llevada a cabo por la presente autora en su tesis doctoral en psicología, recobran actualidad al indagarse la finalidad del tratamiento psicoanalítico del "dicho esquizofrénico", de la cual depende su conclusión o término. El sujeto en la "llamada esquizofrenia" suele ser hablado por otros o, en última instancia, por un Otro indeterminado. La "esquizofrenia" en tanto término muestra que el lenguaje no es sin equívoco y que no hay término que recubra lo innombrable, principalmente cuando éste se hace carne y hueso en el "dicho esquizofrénico". Lacan plantea en la "llamada esquizofrenia" la "sujetivización de *a* como puro real" (Lacan, 1963:113). En este sentido, dicha entidad clínica no es sin el Otro, sin la indeterminación del Otro. La presente lectura revitaliza las palabras de Freud al momento de sostener la elección del término "parafrenia": a saber, su contenido "indeterminado". Ante la indeterminación del Otro, del lado del sujeto, irrumpe la certeza en el cuerpo. Si bien es verdad que el cuerpo es particularmente elemental en el campo de las psicosis en general, entendemos que en el caso de la "llamada esquizofrenia" es el gran protagonista: asume lugar central en la definición misma del sujeto, opera con una autonomía que ninguna otra entidad clínica tiene el privilegio de disponer.

IV. Breves reflexiones finales

Dejarse llevar por la "intuición clínica" de Freud es ahondar en sus escritos sin miedo a quedarnos "huérfanos". En este sentido, nos resulta imposible no dejarse afectar por los cambios que operan en Freud y que conmueven su posición de escucha ante el "dicho esquizofrénico". El desarrollo freudiano del narcisismo y del inconsciente, a nuestro entender, concentra lo más avanzado del autor con respecto a la "llamada esquizofrenia". En este sentido, nos parece importante delimitar lo propio de la restitución en la "llamada esquizofrenia", lo que significa independizarse de la expectativa que decanta del campo de la paranoia. Solo así delimitaremos lo particular de la "llamada esquizofrenia", lo que no es sin la singularidad del "caso a caso" del "dicho esquizofrénico".

Homologar el "carácter paranoide" de la "llamada esquizofrenia" a la paranoia en tanto tal, es decir, buscar en la paranoia lo que no se puede "decir" de la "llamada esquizofrenia" nos parece una maniobra contraproducente, ya que no toda "llamada esquizofrenia" responde a este supuesto. Asimismo, el "recurso paranoide" no es sin la "llamada esquizofrenia", por lo cual de entrada es distinto de lo que opera en la paranoia. Algo parecido sucede, aunque más radicalmente, cuando se busca en la

neurosis lo que no se puede "decir" de la psicosis. Esto inevitablemente sella de deficitario el campo de las psicosis: es decir, "no hay deseo", "no hay sujeto", "no hay fantasma", "no hay transferencia", etc.

En ese sentido, en lo que corresponde al desarrollo del campo teórico y clínico de la "llamada esquizofrenia" se redobra la apuesta, pues no solo hay que correrse del "lugar de déficit" de la psicosis con relación a la neurosis, sino que hace falta correrse del lugar de déficit de la "llamada esquizofrenia" con relación a la paranoia. Entendemos que la obra freudiana, por más que allá priorizado el desarrollo con respecto al carácter restitutivo del delirio, habilita un cambio de perspectiva con respecto a lo que se refiere a la "llamada esquizofrenia". El carácter restitutivo de la alucinación, de la sobreinvestidura de la representación palabra, lo que no es sin el lenguaje de órgano, impulsa el desarrollo de una "dirección de la cura" acorde al sujeto en la "esquizofrenia", sellado por una particular "indeterminación" que hace a lo "innombrable".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abraham, K. (1907). "La experimentación de traumas sexuales como una forma de actividad sexual". En *Obras completas*. Barcelona: RBA Coleccionables, 2004. 1-47.
- Abraham, K. (1908). "Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz". En *Obras completas*. Barcelona: RBA Coleccionables, 2004. 1.48-59.
- Bercherie, P. (1980). *Los fundamentos de la clínica: historia y estructura del saber psiquiátrico*. 1° Ed. 3° Reimp. Buenos Aires: Manantial, 2009.
- Bleuler, E. (1911). *Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires: Lumen, 1993.
- Freud, S. (1894). "Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)". En *Obras Completas*. Vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1905). "Tres ensayos de teoría sexual". En *Obras Completas*. Vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. En *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1915). "Lo inconsciente". En *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917 [1915]). "Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños". En *Obras Completas*. Vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1925). "La negación". En *Obras Completas*. Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Karolyi, R. (1988). "Un pedazo de real". En *Avances en Teoría Psicoanalítica*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- Karolyi, R. (2006). "The writing of Joyce, en The Letter". Dublin: *Lacanian Perspectives on Psicoanálisis*.
- Kraepelin, E. (1920). "Las manifestaciones de la Locura". En *Los síntomas de la locura*. Madrid: Triacastela, 1999.
- Kraepelin, E. *Psychiatrie*, 6ta. Ed. (1899), 8va. Ed. (1909-1913), Barth-Leipzig.
- Kraepelin, E. (1909-1913). *Demencia precoz y paranoia*. 1° Edic. La Plata: De la Campana, 2005.

- Lacan, J. "El atolondradicho". *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Lacan, J. (1953-1973[2006]). *El Seminario 10. La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Lantéri-Laura, G. (2000). *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela.
- McGuire, W. (Ed.) (1974). *Correspondencias Freud/Jung*, (trad. A. Guera), Madrid: Taurus, 1978.
- Napolitano G. (2004). *Nacimiento de la Psicopatología en la historia de la Psiquiatría*. 1° Reimp. La Plata: De la campana.
- Nunberg, H. & Fen, E. (1979). (Compiladores) *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Tomo I: 1906-1908. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Rodríguez Ponte, R. (1998-99). "Psicosis - La cuestión Preliminar y otras cuestiones". Seminario-Taller de la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Publicado en fichas.
- Silvestre, M. "Un psicótico en análisis". En *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial S.R.L., 1985.
- Soler, C. "Marlene". *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial S.R.L., 1985.
- Zanchettin, J. F. (2015). *La invención de nuevos dispositivos: el "montaje del marco de la escena" en una clínica de la esquizofrenia*. Tesis Doctoral en Psicología. Universidad Nacional de La Plata: marzo de 2015. <http://hdl.handle.net/10915/45834>

NOTAS

¹Esquirol presenta, por primera vez, la dicotomía entre las funciones superiores e inferiores del cerebro. Sostiene que las enfermedades mentales son producto de una sobreposición de las funcio-

nes inferiores a las superiores; es decir, hay predominio del automatismo. Años más tarde, Morel rescata la dicotomía de Esquirol al plantear el antagonismo entre razón y pasión.

²Castración, curas dietéticas, transfusiones de sangre, estados febriles artificiales, desintoxicación intestinal, etc.

³Bleuler (1911) se refiere a la educación como un proceso que actúa en el restablecimiento del contacto con la realidad.

⁴Freud, S. "Neuropsicosis de defensa...".

⁵Por ejemplo, en la 26° Conferencia de introducción al psicoanálisis (1916-17), Freud plantea que: "En una ocasión me permití hacer la propuesta de reunir paranoia y demencia praecox bajo la designación común de «parafrenia»" (Freud, 1916-17: 385).

⁶Con relación a este punto, Paul Federn, contemporáneo a Freud, se especializó en el estudio de las psicosis, especialmente la esquizofrenia, proponiendo una tesis exactamente opuesta a Freud. Mientras que, para Freud, la libido refluía sobre el yo, al menos en el caso de la paranoia, para Federn el yo en las psicosis, especialmente en la esquizofrenia, se empobrecía de libido. Observamos aquí una suerte de similitud entre la esquizofrénica planteada por Federn y la melancolía desarrollada por Freud.

⁷Lo subrayado es de la presente autora.

⁸Freud también plantea que: "No es que la nueva intelección no surtiera efecto alguno: todo lo contrario, desplegó un efecto extraordinariamente intenso, convirtiéndose en el motivo para mantener en la represión el proceso onírico íntegro y excluirlo de un posterior proceso consciente [...] Una represión {*Verdrängung*} es algo diverso de una desestimación {*Verwerfung*} (Freud, 1914: 73-74). Esta es una de las citas que toma Lacan para construir el concepto de "forclusión": es decir, la "represión" es algo distinto que la "desestimación".