
Clínica psicoanalítica amb adults

PID_00257061

Alejandro Jorge Gómez-Franco Matta
José Ramón Ubieto Pardo

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores





Alejandro Jorge Gómez-Franco Matta

Psicòleg (Universitat Nacional de Córdoba, Argentina) y psicoanalista. Membre de l'Escola Lacaniana de Psicoanàlisi i de l'Associació Mundial de Psicoanàlisi.



José Ramón Ubieta Pardo

Psicòleg clínic i psicoanalista. Membre de l'Escola Lacaniana de Psicoanàlisi i de l'Associació Mundial de Psicoanàlisi. Consultor de la UOC i dels programes AEU (Alts Estudis Universitaris) de l'Institut de Neurociències i Salut Mental de Barcelona, en col·laboració amb la Universitat de Lleó. Col·laborador del diari *La Vanguardia* i autor de diversos llibres i articles sobre psicoanàlisi.

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Fonaments de la pràctica	7
1.1. Valor del diagnòstic en psicoanàlisi	7
1.2. Posició de l'analista	9
1.2.1. La regla fonamental i els principis	9
1.2.2. La transferència i la contratransferència	11
1.2.3. Temps i inconscient: les sessions curtes	12
2. Clínica estructural	14
2.1. Introducció	14
2.2. Del fenomen a l'estructura	15
2.2.1. La repressió	17
2.2.2. La forclusió	19
2.2.3. La renegació	19
2.3. Estructures clíniques fonamentals	21
2.3.1. La neurosi	21
2.3.2. La psicosi	41
2.3.3. Perversió	55
Exercicis d'autoavaluació	61
Solucionari	64
Bibliografia	65

Introducció

La pràctica clínica amb adults constitueix l'objecte d'aquest quart mòdul i per a això és necessari aclarir alguns dels principis fonamentals de la pràctica analítica. Això és respondre a la pregunta: què fa que una pràctica de la paraula i de la interpretació mereixi dir-se *psicoanàlisi*? Podem donar una primera resposta tot dient que no es tracta d'un conjunt de receptes, d'estàndards a seguir de manera fixa independentment del cas a tractar. Ara bé, que no hi hagi estàndards no implica que no hi hagi principis.

Vegem-ne alguns que assenyala Freud. El primer, la regla fonamental, és l'associació lliure com a tècnica que es fonamenta en la tesi del subjecte com a subjecte del llenguatge. Aquesta regla suposa que l'analitzant ha de dir tot el que se li ocorre, sense pensar-ho, ja que digui el que digui en el desplegament de les seves associacions sorgirà la veritat de la seva realitat psíquica. Com a contrapartida del costat de l'analista, aquest ha de mantenir una exquisida neutralitat respecte a aquestes associacions sense privilegiar-ne una sobre una altra, en una atenció continuada flotant.

Hi ha una altra regla que cal observar que exigeix que l'analista hagi estat anteriorment analitzat, perquè d'aquesta manera no posi en joc el seu fantasma en el tractament analític. Saber quina part d'ell mateix està implicada, no per a suprimir-la sinó per a deixar-la de costat en la cura analítica.

Un altre aspecte bàsic que cal considerar en el procediment analític –i que desenvolupem en el mòdul– és la consideració del diagnòstic com un procés imprescindible per a poder orientar-se en el maneig de la transferència i de la interpretació. Un diagnòstic orientat a partir d'una clínica que distingeix de manera clara (amb els matisos que després veurem) entre les diferents estructures: neurosi, psicosi i perversió.

La particularitat d'aquest diagnòstic, respecte a altres disciplines com la psicologia o la psiquiatria, és que requereix agregar a la valoració clínica l'avaluació de la posició subjectiva. Sense aquesta última no seria possible establir un pronòstic, ja que en psicoanàlisi és el mateix pacient qui s'autoprescriu el símptoma (de què sofreixo?) i el tractament (què vull fer amb això?).

Finalment, els casos relatats mostren amb detall la introducció d'aquests principis a la pràctica clínica psicoanalítica amb adults.

Objectius

Els objectius que els estudiants haureu d'assolir amb aquest mòdul didàctic són els següents:

- 1.** Reconèixer els principis fonamentals des dels quals s'exerceix la clínica psicoanalítica.
- 2.** Conèixer les diferents estructures clíniques que postula la teoria psicoanalítica i els seus diferents mecanismes.
- 3.** Entendre el paper que té la interpretació com a eina d'intervenció en la clínica psicoanalítica.
- 4.** Comprendre la funció i direcció de la teràpia analítica en els casos clínics proposats.
- 5.** Aproximar-vos a la genealogia dels conceptes que conformen la clínica estructural.

1. Fonaments de la pràctica

1.1. Valor del diagnòstic en psicoanàlisi

Quin valor té el diagnòstic en la psicoanàlisi?

Dins d'una clínica estructural –que no només es guia pels fenòmens, sinó que s'orienta per la solidaritat d'aquests fenòmens dins d'una estructura determinada per una posició subjectiva–, el valor que s'assigna al diagnòstic és crucial per a la pràctica. Crucial vol dir aquí que l'avaluació clínica ha de tenir en compte l'encreuament entre la generalitat de l'estructura clínica i la particularitat del cas singular. Aquesta és, potser, la característica fonamental que diferencia la psicoanàlisi de la psiquiatria en l'ús del diagnòstic.

El manteniment de la tres estructures bàsiques de la clínica: neurosi, psicosi i perversió, té el seu fonament en la conceptualització que sorgeix de considerar el subjecte en relació amb la seva posició subjectiva, de cara a la premissa més important de la psicoanàlisi que considera aquesta posició subjectiva el producte de la relació del subjecte amb la castració. Entenem aquí per castració la relació que té el subjecte amb la falta d'objecte, és a dir, la falta d'un objecte que ompli totalment la satisfacció del desig quan aquest aspira a realitzar-lo plenament.

És per això que podem caracteritzar cada estructura en la seva relació amb la castració: per a la neurosi direm que promou la *negació* de la castració, per a la psicosi la modalitat de tracte amb la castració és la *forclusió* i per a la perversió es posarà en joc la *renegació*.

Per a guiar-nos en l'avaluació clínica en funció d'aquestes tres modalitats de relació amb la castració, cal indagar en la neurosi infantil, concretament en el moment en què el subjecte s'enfronta, dins del marc del complex d'Èdip, al primer gran canvi en la seva posició subjectiva, quan descobreix que l'interès, el desig de la mare, no s'adreça exclusivament cap a ell.

A grans trets, podem dir que és en aquest moment quan es juga la constitució de la seva posició subjectiva. Segons com resolgui el seu enfrontament a aquest descobriment quedarà lligat a una estructura o a una altra, la manera com resolgui aquest enfrontament, per a ell una nova circumstància, determinarà també el seu símptoma fonamental, ja que segueix la caracterització freudiana

del símptoma: l'elecció d'una manera de solució al conflicte fonamental de la falta d'objecte (en tant aquest símptoma/solució es constitueix en relació amb el seu saber sobre la castració).

Per a la neurosi (histèria i obsessió) consisteix en la negació d'un saber que ha deixat una marca, encara que aquesta marca per a cada una de les formes neuròtiques s'inscriu de manera diferent. En negar-ho aferma la seva existència. Per a la psicosi, en canvi, es tracta d'un saber que mai no ha arribat a inscriure's com a tal, i per tant impedeix la inscripció simbòlica del pare com a regulador del desig, deixant el subjecte lligat per sempre al dictat de la llei materna. En l'estructura perversa es tracta de fer com si aquest saber no existís, no només negant-lo, com en el cas de la neurosi, sinó fent del seu propi desig la llei. La llei general, promoguda pel complex d'Èdip, no compta per al pervers, actua com si aquesta llei no valgués per a ell. Aquesta posició subjectiva, pròpia de l'estructura perversa, està determinada per la fixació en la fase del desenvolupament infantil coneguda com a *perversa polimorfa*. En aquesta fase, el nen, com que no està constituïda per a ell l'elecció definitiva d'objecte sexual, troba la seva satisfacció en l'esmentada posició.

La posició subjectiva depèn en gran part dels avatars del complex d'Èdip, però no només d'ell. La normativitat que representa per al nen baró l'amenaça de castració que el fa renunciar a l'objecte sexual que representa la mare no sempre es compleix de manera completa. A més hem de tenir en compte que el pas pel complex d'Èdip implica per al baró una circumstància de difícil resolució. Alhora de desenvolupar un afecte negatiu cap al pare, ja que es constitueix com rival que el separa de la mare, desenvolupa també un afecte positiu que el col·loca en una posició que experimenta com a feminització. Per a la nena les circumstàncies són diferents, l'amenaça de castració no troba un referent anatòmic al qual associar-se i és la promesa de rebre del pare el mateix que obté la mare el que fa que se separi del vincle amb aquella. La promesa imaginària de rebre un fill del pare la dirigeix pel camí de la normativitat. Això no significa que l'afecció homosexual a la mare quedi totalment anul·lada, ni que la rivalitat establerta desaparegui de l'horitzó.

Totes les variacions possibles que determinen cada cas particular han de ser tingudes en compte en la clínica per a poder fer una avaluació diagnòstica, ja que la puresa de les estructures no és una cosa amb què compti la psicoanàlisi. És per això que el diagnòstic en psicoanàlisi no pot respondre ni dependre només d'un model teòric que, si bé ha de ser present, no ha de fer oblidar a l'analista que el vertader diagnòstic l'obtindrà a la pràctica mateixa, la qual exclou la utilització de mètodes predictius.

En tant que l'inconscient està estructurat com un llenguatge no és possible que aquesta estructura es manifesti sense que hàgim permès un desplegament dels elements que el posen de manifest: els somnis, els actes fallits, els lapsus, etc.

El diagnòstic estructural, llavors, per a poder realitzar-se, no es fonamentarà només en les manifestacions simptomàtiques pròpies de la nosografia d'una determinada estructura, sinó que haurà de tenir en compte el símptoma fonamental que cada subjecte a construït com a manifestació de la impossibilitat de trobar una solució satisfactòria a la falta d'objecte. Aquesta impossibilitat també dóna lloc a la construcció d'una altra instància psíquica com és el fantasma, on el subjecte troba, sota una forma imaginària, la fórmula íntima que nega aquesta impossibilitat. Síntoma i fantasma són les dues coordenades que possibiliten l'establiment del diagnòstic.

D'altra banda, en relació amb la pràctica clínica, el diagnòstic estructural troba la seva raó quan permet establir una estratègia interpretativa. La interpretació en psicoanàlisi mai no és una interpretació preestablerta, sempre es fa en funció de la veritat que han posat de manifest el símptoma i el fantasma, i aquesta sempre exigeix que sigui creativa. És per això, entre altres coses, que el saber teòric sobre la psicoanàlisi no impedeix la dimensió de sorpresa que assegura l'eficàcia de la interpretació.

1.2. Posició de l'analista

En primer lloc és necessari tenir present l'advertiment freudià de no voler excessivament el bé del pacient, moderar el furor de curar que afecta principalment els analistes novells. Una altra recomanació freudiana és la d'oblidar tot el que se sap de casos anteriors per a poder escoltar sense prejudicis teòrics i no estar excessivament advertit sobre allò que s'escolta. Com veiem aquestes recomanacions apunten a una posició que és totalment diferent de la que podem trobar en una pràctica psiquiàtrica o psicològica. Tampoc no recomana Freud prendre apunts durant les sessions, sinó fer-ho al final del dia encara que aquesta recomanació no té gaires seguidors. Està dirigida a confiar en la pròpia memòria que en fonamentarse en una escolta lliure de prejudicis, no només teòrics sinó també morals, no dificulta el record del que el pacient manifesta.

Posició de l'analista

Quan parlem de posició de l'analista ens referim a qui ha de ser la millor manera d'escoltar el que diu l'analitzant.

1.2.1. La regla fonamental i els principis

Les primeres entrevistes són decisives en l'establiment d'un clima de confiança que permetrà formular a l'analitzant, una vegada decidit l'inici del tractament, la regla fonamental.

Aquesta regla, molt senzilla en el seu enunciat, té un difícil seguiment. Consisteix a demanar al pacient que parli sense fer una selecció del que li ve al capdavant, és a dir, que digui tot allò que pensa. És veritat que molts pacients tenen dificultat per a seguir-la i sempre intenten que l'analista els indiqui el que han de dir. Mantenir el rigor en l'aplicació de la regla fonamental és necessari perquè d'aquesta manera el que l'analitzant diu no estarà dirigit per

l'analista, sinó per la seva pròpia elecció, determinada tant pel que vol dir com pel que vol ocultar. Mai no hem de confiar en la "bona fe" del pacient quan diu que està disposat a dir-ho tot, en principi perquè encara que fos així, és materialment impossible realitzar-ho (per les raons d'estructura que hem esmentat anteriorment). El llenguatge sempre està obert a una nova significació de manera que és impossible dir l'última paraula sobre qualsevol cosa.

Però al que apunta la regla fonamental no és tant a la invitació de dir-ho tot, sinó que es dirigeix a mantenir obert el principi de l'associació lliure, que no vol dir que s'ha de dir qualsevol cosa sinó que hem de confiar en les nostres ocurrencies per més absurdes que ens semblin. És així com es posen de manifest les cadenes associatives inconscients que permetran establir quins són els elements determinants d'aquestes cadenes que coneixem amb el nom de *significants amo*.

Un *significant amo* és aquella paraula de vegades només un fonema, que conté una significació múltiple sempre associada a una referència sexual que el subjecte prefereix mantenir oculta o almenys disfressada sota altres significacions. El que descobreix Freud en les formacions de l'inconscient (sognis, actes fallits, lapsus, etc.) que generalment són interpretades com a equivocacions sense sentit, és que no només posseeixen un sentit sinó que aquest és sexual. Ara bé, el *significant amo*, pres aïlladament no significa res, és en la seva associació amb un altre significat que pot prendre sentit.

Quan el pacient experimenta una aturada en el moviment discursiu, és a dir, es queda en silenci, generalment respon a la presència imminent d'un significat amo que no vol expressar. Freud davant d'aquesta situació, en els inicis de la seva pràctica, utilitzava un recurs que ell mateix molt aviat va deixar d'usar per la instrumentació de la suggestió que comporta. Deia als seus pacients: quan recolzi la meua mà sobre el seu cap li vindrà a la memòria el que està intentant recordar. De vegades aquesta maniobra suggestiva tenia èxit i altres vegades no, però el fonamental era que aconseguia un consentiment a dir per part del pacient. Aquest recurs també tenia l'inconvenient que s'esgotava en el seu primer ús, una vegada advertit el pacient deixava de ser sensible a la suggestió.

Quina és, llavors, la millor manera de mantenir l'adhesió a la regla fonamental? No hi ha una millor manera, hi ha millors maneres que depenen de cada ocasió. La qüestió principal és no respondre a la demanda del pacient. Una de les maneres més freqüents d'evitar la regla fonamental és la demanda, per part del pacient, que se li digui de què ha de parlar. També és freqüent la demanda d'opinió a l'analista sobre com va el tractament o no respectar el mínim enquadrament que exigeix l'orientació psicoanalítica lacaniana, com per exemple, la puntualitat en l'inici de la sessió. Davant aquestes circumstàncies l'analista ha de respondre amb el silenci o amb una interpretació, però no satisfer mai allò que està implícit en la demanda del pacient. Implícit, perquè la demanda explícita mai no és el que en realitat demana.

Exemple

Si, per exemple, el pacient demana que se li digui sobre què ha de parlar el que està demanant implícitament és que se'l rellevi de la responsabilitat d'escollir, ja que l'elecció pot ser de manifest algun tret del desig inconscient.

1.2.2. La transferència i la contratransferència

La transferència és un dels conceptes més importants de la psicoanàlisi. Més important vol dir aquí que és un dels pilars en els quals s'assenta la teoria i la pràctica psicoanalítica.

Freud va adonar-se molt aviat que els pacients sensibles a la suggestió ho eren perquè dipositaven en l'analista una confiança que els feia prendre'l pel que no era, és a dir, que podien prendre'l per un pare, una mare o qualsevol altra figura significativa per al subjecte. Va adonar-se també que aquesta circumstància era favorable al tractament, ja que permetia al pacient reviure les situacions traumàtiques que havien determinat la seva neurosi i a partir d'aquesta revivència aconseguir que aparegués l'element inconscient que romaní ocult, i aconseguir així un esclariment del sentit del símptoma.

Jacques Lacan avança un pas més en la significació de la transferència i percep que aquesta confiança que el pacient diposita en l'analista es deu a la suposició d'un saber que l'analista posseiria, justament el saber del qual el pacient rebutja tenir coneixement. L'analista es converteix així en dipositari i garantia d'un saber que el subjecte sempre atribueix a l'Altre.

Per què escrivim Altre amb majúscula? Per a diferenciar-lo de l'altre escrit amb minúscula que designa el còsmic, l'igual. En relació amb l'Altre existeix per al subjecte una disimetria essencial, ja que aquest Altre es forma alhora que el llenguatge i la paraula. Sempre és a través de l'altre que el subjecte és introduït en el llenguatge. Podem dir llavors que aquest Altre és una reminiscència del llarg temps en què l'ésser humà viu en una dependència absoluta de les atencions de l'altre. Aquest poder que el nen percep en l'altre es manté en l'edat adulta per exigència del principi del plaer en el qual se sosté l'inconscient.

L'inconscient no coneix ni accepta la frustració, tampoc el temps. L'únic principi que regeix l'inconscient és el principi del plaer que postula la satisfacció immediata i completa del desig. Podem dir que l'inconscient no coneix el no. És per aquesta raó que li convé mantenir la creença en un Altre omnipotent que compleix la funció de garantir la satisfacció plena, o el que és el mateix, li permet negar la castració, la inexistència de l'objecte.

L'establiment de la transferència és, per tant, essencial per a possibilitar el tractament psicoanalític, però alhora és un obstacle perquè no deixa de produir certa obnubilació del subjecte davant l'analista que ocupa el lloc de l'Altre.

Això s'oposa a la direcció del tractament que s'orienta justament cap a la destitució de l'Altre. És per aquesta raó que l'analista ha d'estar prou alerta de no confondre el que és, amb el lloc que ocupa durant un temps bastant prolongat

en el transcurs de l'anàlisi. Freud deia que no hi havia diferència entre l'amor de transferència i l'amor que se suscita fora del dispositiu analític. Estimar és, segons un conegut aforisme lacanià, "donar el que no es té a qui no ho és".

Resumint, la transferència és l'amor cap a un subjecte –l'analista– a qui se li suposa un saber –objecte de l'amor. Per a Lacan "la transferència és una relació essencialment lligada al temps i al seu maneig" (*Escritos*).

La contratransferència

Es coneix amb aquesta denominació el que seria el revers de la transferència; si aquesta és el conjunt d'afectes desenvolupats pel pacient cap a la figura de l'analista –que cal distingir sempre de la persona–, la contratransferència designa els afectes experimentats per l'analista cap a la figura del pacient –que també cal distingir de la persona del pacient– i que poden impedir-li ocupar la posició correcta dins del dispositiu analític.

Malgrat que Freud mai no va preveure la possibilitat que la contratransferència fos utilitzada de manera activa en el desenvolupament de l'anàlisi, alguns analistes, com Sandor Ferenczi, preconitzaven la seva utilització dinàmica, és a dir, la comunicació efectiva al pacient dels sentiments de l'analista. Les dificultats que aquesta tècnica suposava va fer desaconsellable usar-la, ja que impedia la posició de pantalla neutra que ha d'ocupar l'analista. El que avui es rescata i destaca de la posició de Ferenczi en relació amb la contratransferència és l'imperatiu de l'anàlisi pròpia de l'analista per a aclarir al màxim la possibilitat d'interferència dels seus conflictes inconscients personals.

Lacan mantindrà una posició pròpia respecte de la contratransferència, radicalment diferent de les postulades pels postfreudians. Per a Lacan no té sentit mantenir la noció de contratransferència, la considera com un efecte legítim de la transferència i sosté que es tracta de com suporta l'analista el lloc que li toca ocupar per efecte de la transferència. L'analista no només encarna l'Altre que ha de ser destituït sinó que, fonamentalment, representa per a l'analitzant l'objecte de la pulsíó, introduint d'aquesta forma la dimensió del real al dispositiu de l'anàlisi.

1.2.3. Temps i inconscient: les sessions curtes

L'adjudicació freudiana d'una intemporalitat per als processos inconscients ha donat lloc a una concepció unidimensional del temps. No és l'única interpretació possible d'aquesta apreciació freudiana que vincula **temps i inconscient** i que té importants repercussions en la pràctica clínica. Si a l'inconscient només hi tenim accés a través de les seves manifestacions –el que coneixem amb el nom de *formacions de l'inconscient*–, el dispositiu psicoanalític ha de privilegiar les modalitats que acullin en tota la seva rellevància aquestes formacions. La presència de l'inconscient sempre és fugaç, instantània, tal com ho posen

Contratransferència

El concepte de contratransferència va ser utilitzat per Freud per primera vegada en una carta a Jung del 7 de juny de 1909, per a designar la influència del discurs del pacient sobre la sensibilitat inconscient de l'analista.

de manifest la captació del sentit d'un acudit, la realització d'un lapsus o la producció onírica. Quan la consciència s'eclipsa i permet apreciar la divisió del subjecte en les formacions de l'inconscient, l'analista ha de tenir les mans lliures per a donar a aquell moment el relleu necessari. Tenir les mans lliures vol dir no estar lligat a les restriccions d'un enquadrament prefixat que congela en la norma el que l'atzar desglança en els entrebancs del discurs conscient.

El temps no només té una dimensió cronològica, és a dir, que se succeeix en una linealitat que permet la seva mesura, sinó que també es desplega en una dimensió lògica. Ja Freud la va advertir, però va ser Lacan qui va desenvolupar el vincle entre lògica i temps, que planteja la relació de la veritat amb el temps. El concepte de *a posterioritat* (*après-coup*, *Nachträglichkeit*) va permetre a Freud explicar el mecanisme de formació dels símptomes histèrics mostrant que el moment de l'esdeveniment no era el pròpiament traumàtic, sinó que era necessària una revivència de l'esdeveniment en un segon temps en el qual ja la maduresa del subjecte li permetia lligar-lo a una significació sexual, és a dir, el trauma sobrevenia a *posteriori* com a conseqüència del sentit que se li adjudicava a l'esdeveniment original.

En el text "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada" de 1945 que integra els *Escritos*, Lacan desplega un sofisma que introdueix la pressa com una dimensió temporal nova que s'agrega a les ja conegudes de la successió i la sincronia.

El sofisma es basa en el dilema imposat a tres persones que han de concloure sobre el color (blanc o negre) d'un cercle que porten a l'esquena i que no poden veure ni informarse mútuament. La conclusió els permetrà sortir del tancament a què estan sotmesos. Els tres conclouen simultàniament dirigint-se a la sortida alhora. No és aquí el lloc adequat per a explicar el desenvolupament de tot el text lacanià, només d'explicar resumidament que aquest sofisma li permet establir tres dimensions del temps lògic: l'instant de veure, el temps per comprendre i el moment de concloure. Els tres presoners només verificaran *a posteriori* la certesa anticipada –a la verificació– que els va fer concloure quin era el color que portaven.

Les sessions curtes

El maneig del temps en la psicoanàlisi d'orientació lacaniana és un dels seus trets diferencials i vertader motiu d'escàndol per a la comunitat analítica.

El temps de les sessions es regeix pel mateix principi que el sofisma dels presoners. Davant de l'aparició d'un element significatiu en el discurs del pacient, l'analista interromp la sessió introduint així un tall en el discurs. Aquest tall té el valor de la pressa, és a dir, introdueix una precipitació que fa, en realitat, de moment de conclusió, que, igual com en el cas dels presoners, es verificarà *a posteriori*. D'aquesta manera es manté vigent el compromís amb la regla fonamental i alhora el tall de la sessió té valor d'interpretació. Sens dubte que no és una interpretació tancada, explicativa, sinó tot el contrari. És una modalitat d'interpretació que posa en joc la funció de la suposició de saber en què se sosté la transferència.

2. Clínica estructural

2.1. Introducció

Parlar avui de clínica estructural implica ja una aposta teóricoconceptual determinada. És una aposta per la diferenciació entre grans dominis de la clínica, és a dir, entre grans grups de trastorns o símptomes, separats per fronteres que no admeten qüestions de grau.

Aquesta diferenciació, que ja estava present entre els grans clínics dels segles XIX i XX, ha estat abolida gradualment pel domini cada vegada més gran dels manuals de diagnòstic –com la sèrie dels DSM (Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals)–, que han promocionat i fins i tot inventat noves etiquetes diagnòstiques com el trastorn obsessivocompulsiu, els estats *borderlines* o els ara "populars" trastorns de la personalitat.

Aquesta classificació, que es pretén asèptica i neutra teòricament, ha transformat de manera negativa la mirada dels clínics sobre les manifestacions del patiment psíquic.

Exemple

Així, per exemple, ha fet desaparèixer un quadre clàssic com és la histèria que es veu obligada a emergir en noves simptomatologies (anorèxia, fibromiàlgia, depressió) que es presenten, sense el rigor de la lògica clàssica, com un conjunt de símptomes desconectats de la subjectivitat.

Freud prendrà partit clarament per la clínica que permet captar la diferència entre les diferents estructures, i per a això dividirà entre neurosi, psicosi i perversió, si bé, com veurem després, aquesta diferència no implica una radicalitat absoluta entre aquestes tres estructures clíniques. La clau de la seva diferència serà al mecanisme que és propi de cada una: *Verdrängung* ('repressió') per a la neurosi, *Verwerfung* ('forclusió') per a la psicosi i *Verleugnung* ('renegació') per a la perversió. Els tres tenen en comú que són tres respostes del subjecte davant el que se'ls fa present com una falta, encara que molt diferents entre si.

La definició que farem de cada una d'aquestes es basa en un examen de conjunt de l'obra de Freud, examen curós que tracta de buscar la seva lògica sistemàtica. Així, algunes nocions, com per exemple, la de *Verwerfung*, que en els textos de Freud no assoleixen estrictament parlant la categoria de conceptes, ens obligaran a una lectura de les aportacions de Jacques Lacan.

En el cas concret de la *Verwerfung*, Lacan la considera una clau important de la teoria freudiana, expressió d'una intuïció precisa que Freud no va poder formalitzar prou, però que obre la porta a una comprensió de les psicosis. Si Freud no va poder convertir aquesta noció en un concepte va ser, en bona part, perquè no estaven al seu abast una sèrie de recursos com els que més tard aportarien la lingüística de Saussure i Jakobson, i l'antropologia estructural, particularment la de Lévi-Strauss.

2.2. Del fenomen a l'estructura

L'entrada en escena de Freud en l'àmbit mèdic va causar escàndol pel que suposava d'atemptat a una sèrie de paradigmes científics basats en la causalitat fisicobiològica. És a dir, si s'observava una patologia mental era perquè en algun lloc hi havia una lesió o disfunció cerebral o d'una altra índole corporal que la justificava. Aquest principi de causalitat és encara vigent en la permanent recerca d'una causa última per a aquests trastorns "irreductibles" com l'esquizofrènia. El desenvolupament tecnològic ha desplaçat la localització del cervell als gens, però la lògica és la mateixa.

També Lacan, alguns anys més tard, va haver d'enfrontar-se a aquest debat. Convidat pel seu amic i col·lega, el psiquiatre Henry Ey va participar en unes jornades psiquiàtriques a Bonneval (1946) sobre la psicogènesi amb una intervenció el títol de la qual és ja una declaració de principis: "Sobre la causalidad psíquica".

Aquesta causalitat psíquica té una base d'observació i anàlisi que Freud descobreix en el símptoma al qual pren com la veritat xifrada d'un subjecte.

Totes aquestes manifestacions de la psicopatologia de la vida quotidiana –i sens dubte els símptomes entesos així– seran la base d'una "confiança en el símptoma" (expressió d'Eric Laurent) segons la qual, i per a la psicoanàlisi, el símptoma està directament relacionat amb la causa de la malaltia, i la causalitat que està en joc pertany al mateix domini que el símptoma. El símptoma és així una formació, dotada d'unes lleis, d'una lògica positivament definible, i com ja va observar Freud fa molts anys, constitueix tant la malaltia com l'intent de la seva curació per part del mateix subjecte de l'inconscient.

Això té una conseqüència immediata: si el símptoma no és un producte de rebuig, sinó una formació elaborada i dotada de regles de constitució, llavors la seva classificació pot respondre a criteris molt més estrictes, d'ordre qualitatiu (al revés del que ocorre quan una funció està "més o menys" deteriorada, la qual cosa suposa implícitament una escala quantitativa en la valoració de les conseqüències del trastorn).

Això no implica que rebutgem de ple possibles distincions de tipus quantitatiu, com les suposades per l'ús d'expressions com "més greu" o "menys greu". La qüestió és que en cap cas aquest tipus de gradacions, el valor de les quals és relatiu, no pot substituir l'establiment de diferències qualitatives.

D'inspiració freudiana (ja que Freud sempre va intentar definir diferències qualitatives entre diferents tipus de trastorns i trobar els mecanismes causals específics de cada grup de símptomes), però encunyada per Lacan, l'expressió *clínica estructural*, significa que grans conjunts de símptomes defineixen estructures clíniques diferenciades i invariables. La hipòtesi estructural permet examinar les formes diverses que poden adoptar els símptomes en diferents moments sense perdre de vista el que és permanent i definitori.

La clínica estructural parteix de tres grans àmbits de trastorns, fenòmens o símptomes que es defineixen com estructures clíniques i que corresponen a les neurosis, les psicosis i les perversions, dominis que contenen, al seu torn, una varietat de diferenciacions internes.

Entre ells mantenen relacions d'exclusió, però no d'exclusió recíproca equivalent. Les oposicions han de ser preses de dues en dues i ser plantejades a diferent nivell.

Exemple

Entre neurosi i psicosi, per exemple, la diferenciació estructural és neta: el neuròtic disposa d'una sèrie de referències simbòliques, lleis prou regulades per a poder orientar-se en un món compartit i que li permeten donar un sentit a la vida i a les relacions amb els altres.

El psicòtic, quan delira, habita aquest deliri propi, únic, i que ha hagut de construir-se per a reconstruir un món erosionat. Es troba amb un món sense llei –les lleis no van poder funcionar o van deixar de fer-ho al bell mig d'una catàstrofe subjectiva– l'ordre del qual no se sosté i té la tasca de reconstruir-lo, d'inventar un ordre nou que torni a donar sentit a la vida i als objectes. El cas "Els cops de la vida" mostra com la pacient, per mitjà de la invenció d'un lloc d'"ajudant-assistent", ha de crear una metàfora que li permet situar-se en la vida i en la seva relació amb els altres.

Les fronteres entre neurosi i perversió són menys taxatives que entre neurosi i psicosi, i no són del mateix tipus.

Les dificultats diagnòstiques apareixen en més d'un sentit, ja que hi ha neuròtics amb trets de perversió i en la sexualitat mateixa hi ha una virtualitat perversa, i també hi ha subjectes perversos els símptomes dels quals són d'aparença neuròtica. Per tant, la millor orientació procedeix del coneixement profund dels mecanismes causals en joc en una i altra estructura.

Exemple

Pensem, per exemple, en les fantasies masoquistes habituals en molts subjectes obsessius. Des del punt de vista fenomènic poden no diferenciar-se gaire de les escenes sado-

Exemple

Un lapsus, per exemple no és un fet menyspreable que es pugui liquidar només com si fos un error neurològic, o el somni mateix no es pot eliminar del material d'anàlisi amb l'excusa d'atribuir-lo a una seqüència de moviments oculars ràpids (REM).

masoquistes d'altres subjectes perversos. Tanmateix, si les situem en relació amb la seva subjectivitat (com ells les fan seves, els efectes en forma de culpabilitat, intencionalitat, pudor, etc.) veiem que les diferències són importants i que el valor que prenen en una estructura i en una altra són diferents.

2.2.1. La repressió

La repressió és el mecanisme causal que Freud va descobrir en els símptomes neuròtics. Aquests no són el resultat de coercions externes sinó dels impulsos sexuals, que són viscuts com una amenaça interna contra la qual els subjectes han de defensar-se. Aquesta classe de trastorns els engloba sota el nom de *psiconeurosi de defensa*.

La percepció del sexual per l'aparell psíquic (constituït per "representacions") és el que Freud va denominar *pulsió*, que es fa present en aquest aparell per mitjà d'un "representant", ja que la pulsió està mancada de representació per ella mateixa.

Segons Freud, l'aparell psíquic es mou pel "principi del plaer", de manera que els impulsos optatius, de desig, que s'originen en les pulsions, busquen vies per a la seva realització, a través de les representacions. Allò que la repressió aconseguix que romangui en l'inconscient acaba expressant-se per mitjà de "formacions de l'inconscient", una de les modalitats principals de les quals és el símptoma.

Exemple

Prenguem l'exemple d'un lapsus on algú declara clausurada una reunió en el moment mateix d'iniciar-la. El desig vinculat a l'acabament d'aquesta escena, reprimat en nom de l'ideal (mandat professional, polític, etc.), reapareix en aquell lapsus de manera involuntària per al subjecte. El mateix succeeix en els somnis en els quals algú, per exemple una dona rebutjada, somia un acte agressiu cap a la seva parella, impensable en la consciència diürna.

Precisament de l'estudi de l'elaboració onírica Freud va deduir les lleis generals de l'inconscient, que va denominar *processos primaris*. Per tant, si els símptomes neuròtics són un cas particular de formació de l'inconscient, són també el producte d'una transacció entre la defensa i la satisfacció pulsional.

En el pensament freudià, la repressió és la defensa fonamental, equivalent a la divisió entre conscient i inconscient, i implicada sempre en la causa de la neurosi. Però la repressió no és sempre reeixida, per la qual cosa es produeix alguna forma de "retorn del reprimat". En les formes específiques de tractar el que retorna, tractament que té lloc a través de mecanismes simptomàtics, és on s'aprecien diferents "modalitats de defensa", que es corresponen amb les subdivisions dins de la categoria clínica de la neurosi.

Segons Freud, la defensa és un procés constituent del jo que defineix una posició del subjecte davant la pulsíó, orientació que, independentment de les modulacions dels símptomes, es manté tota la vida.

En la relació del subjecte neuròtic amb l'inconscient i amb la pulsíó, la repressió és l'índex d'una posició subjectiva: la d'una defensa davant un perill interior, una cosa que forma part del mateix subjecte. Respecte a l'inconscient, aquesta posició subjectiva es pot definir com un "no voler saber-ne res". El neuròtic s'identifica amb el seu jo i pretén ignorar el seu inconscient, allò que el fa subjecte. Però el seu desconeixement, d'altra banda, no és total.

Respecte a la pulsíó, la viu com una amenaça i adopta una posició defensiva, però recuperant alhora el seu potencial de satisfacció a través de les seves fantasies i desigs, encara que dins d'unes coordenades restringides, i a la llarga el sentiment d'amenaça acaba donant lloc a l'angoixa.

Freud distingia entre *repressió primària o primitiva i repressió secundària*. En la primària, el representant de la pulsíó no pot accedir a la consciència i es produeix la partició entre conscient i inconscient. La secundària es produeix quan el representant de la pulsíó es constitueix com un nucli inconscient que atreu cap a ell les representacions que puguin associar-s'hi.

La "realitat sexual de l'inconscient", és a dir, la pulsíó, oposa una resistència estructural a ser simbolitzada. L'inconscient aconsegueix vèncer parcialment aquesta resistència, creant sentit. Però sempre queda una resta impossible de simbolitzar, que escapa al sentit, un os, una cosa sòlida que no acaba de dissoldre's en la paraula.

El neuròtic no pot abastar un equilibri perfecte en la seva relació amb la satisfacció: d'una banda es defensa de la pulsíó, fet que li provoca una renúncia al gaudi; i, d'altra, fa cert ús de la pulsíó que el pot portar a un excés. Té la necessitat de mantenir l'accés al gaudi dins d'uns límits definits, i tem que si els traspassa pugui infringir alguna llei i rebre un càstig.

En l'edat infantil, els representants d'aquesta llei serien els pares i la forma de càstig el temor a perdre els atributs sexuals en el nen, i en la nena, el temor a la pèrdua d'amor. És el que Freud va denominar el *complex de castració*, mitjançant el qual queda lligat el desig a la llei. No és suficient, doncs, amb la regulació de la repressió primària, sinó que és necessària també aquesta llei paterna de la castració per a regular la satisfacció pulsional.

2.2.2. La forclusió

Per a definir el mecanisme causal de la psicosi, Freud va utilitzar el terme *Verwerfung*, 'rebuig', que nega radicalment la castració, ja que no ocorren les condicions per a elaborar-la en el seu vertader registre. La castració, representació imaginària d'una funció simbòlica, la funció reguladora del pare, no està reconeguda simbòlicament i deixa sense efecte el valor defensiu de la repressió.

En la conceptualització del terme freudià de *Verwerfung*, Lacan va més enllà del "rebuig" i introdueix el terme *forclusió del nom del pare* com a causa de la psicosi. La forclusió és la carència d'un element simbòlic (la funció del pare) que té un paper regulador de l'articulació del desig amb la llei, i que és la causa del rebuig de l'inconscient, de la castració.

Segons Lacan, el pare ha de ser un dels significants fonamentals en l'univers simbòlic del nen ("metàfora paterna") i, per a això, la mare ha de reconèixer també el pare, altrament es produiria una carència fonamental en una etapa crucial del nen que comença a rebre el llenguatge i necessita referències per a introduir-se en la dimensió de la llei.

Les conseqüències de la forclusió, segons les diferents formes de la malaltia i d'acord amb les particularitats de cada subjecte, es manifesten en el pla del llenguatge, la paraula i el sentit, en el pla de l'amor i el gaudi, i en vivències corporals. En el cas d'"Els cops de la vida" veurem com la pacient presenta trastorns de l'humor, significacions de tipus persecutori i/o malenconiós i algunes alteracions corporals relacionades amb l'alimentació i amb la sensació de "debilitat".

Les conseqüències de la forclusió no necessàriament són immediates. Hi ha mecanismes (suplències) que impedeixen que el desencadenament es produïxi, però de vegades els seus efectes destructius es produeixen precoçment. Fins i tot en psicosis no desencadenades, la forclusió pot arribar a tenir efectes, discrets però que no passen desadvertits per algú experimentat.

2.2.3. La renegació

La renegació (*Verleugnung*) és la posició bàsica del subjecte pervers davant la castració: no hi creu, com a llei simbòlica, però sosté una creença en una cosa que no deixa de ser una il·lusió. El subjecte pervers renega de la llei de la castració representada pel pare, llei que exigeix una pèrdua del gaudi, per continuar en l'obtenció d'una satisfacció a què no està disposat a renunciar.

Freud busca l'essència de la perversió, no en l'homosexualitat, sinó en dues situacions relacionades: la reacció del nen davant la **diferència dels sexes** i una condició sexual particular, el **fetixisme**.

Segons Freud, el descobriment de la falta de penis en la mare suscita en el nen la preocupació de perdre el seu propi membre sexual. I d'altra banda, en les fantasies sexuals infantils, apareix una equivalència entre el nen i el fal·lus, de manera que el nen, quan és fill, pensa que és una compensació imaginària de la falta de penis en la seva mare. Aquesta posició narcisista que el nen es resisteix a perdre és el que Lacan va denominar "identificació amb el fal·lus imaginari de la mare".

A diferència del neuròtic, al **subjecte pervers** no l'angoixa la seva posició, o bé, la satisfacció que obté resulta eficaç per a superar l'angoixa. Freud dedueix del fetixisme el paradigma de la perversió. La presència de l'objecte fetitxe permet abordar una dona perquè atreu cap a ell l'atenció, com a eficaç defensa contra l'angoixa davant la castració. La producció de l'objecte fetitxe es pot considerar com un procediment metonímic en contra de la metàfora paterna i de la castració. Però si bé el fetitxe és una protecció contra la castració, d'altra banda també la fixa definitivament.

El **subjecte sàdic**, per exemple, que rebutja i alhora magnifica la llei de castració, sap que ser important per a un altre és ser capaç de fer que aquest sofreixi per ell. La seva particularitat sàdica és que extreu el seu plaer de l'angoixa que ell, erigit com a fetitxe dolorós, produeix en el seu *partenaire*.

El **subjecte masoquista** sap situar-se com un objecte que encarna la castració davant un altre que quedaria així lliure d'ella. El seu gaudi sorgeix d'explorar fins on és capaç d'arribar i pot suportar aquest altre la seva posició degradada, d'antifetixe.

Encara que la diferència entre la neurosi i la perversió s'ha de mantenir, existeix entre elles certa comunitat en les seves manifestacions, mentre que ambdues s'allunyen de les característiques de la psicosi.

En alguns subjectes neuròtics, els elements ja de per si afins a la perversió propis de la sexualitat adquireixen una rellevància especial, fet que permet parlar de neurosi amb trets de perversió.

Mentre que en el subjecte d'estructura psíquica perversa hi ha una renegació de la castració perquè no està disposat a renunciar a alguna modalitat de satisfacció, en el subjecte psicòtic hi ha una carència simbòlica –forclusió– que impedeix que el problema de la castració arribi a plantejar-se en la seva vertadera dimensió.

2.3. Estructures clíniques fonamentals

2.3.1. La neurosi

A) Histèria

Una mica d'història

La histèria sempre ha suscitat l'interès per a fer intel·ligibles els seus símptomes. S'han trobat papirs egipcis del 1900 aC que descriuen els símptomes histèrics tal com els podem trobar fins avui dia, fent l'excepció que, com veurem en l'apartat corresponent, aquests símptomes adopten diferents modalitats concordants amb l'època.

És així que podem trobar a **Plató** l'explicació dels símptomes histèrics (convulsions, paràlisi, bola faríngia, agitació, falta d'aire, etc.) com una conseqüència de la *migració de l'úter* de baix cap a dalt, fent-lo equivalent a un ésser viu posseït pel desig d'engendrar. En el cas que aquest desig no es veiés satisfet, el furor que aquesta insatisfacció despertava es desplaçava cap a la resta del cos ocasionant tot tipus de malalties i malestar. Per tant, el remei que es prescrivia era l'embaràs, les relacions sexuals i tot tipus de tasques i treballs que impedisin el somieig i els pensaments mòrbids que la inactivitat incrementava.

Durant l'edat mitjana, i amb la consolidació del cristianisme com a ideologia dominant, canvia l'explicació dels símptomes i els remeis prescrits. Ja no s'entenen els símptomes histèrics com l'exacerbació d'una funció natural sinó que es privilegia la creença que aquests símptomes es produeixen dins del marc de la lluita entre Déu i Satanàs; algunes dones havien sucumbit a la temptació permesa per Déu per a posar a prova la seva fe i romanien posseïdes pel dimoni en una aliança que només l'exorcisme o la foguera podien desfer. La histèria de l'antiguitat passa a dir-se ara *possessió diabòlica* i s'inscriu d'aquesta manera dins d'un conflicte de poder entre el Bé i el Mal. Això transforma la histèria en una qüestió política ja que, encara que només sigui a través de la possessió diabòlica, es torna un instrument que amenaça els poders polític i religiós.

El retorn a les fonts clàssiques que va representar el **Renaixement**, en certa mesura com a contestació a la forta impregnació religiosa de l'edat mitjana i sumat al desenvolupament de l'esperit científic que aquest retorn va permetre, va donar lloc a la consideració de la histèria i els seus símptomes com una *afecció psíquica* que requeria un tractament adequat a la seva etiologia.

A partir del **segle XVIII** comença a perfilar-se una nova orientació, fonamentalment a França i la Gran Bretanya, amb Charcot i Brayd respectivament, que observa el *poder de la hipnosi* sobre els símptomes histèrics i per tant el *poder de la suggestió* en la producció d'aquests símptomes. Encara que per a Charcot la histèria té com a raó causal l'herència (pares sifilítics, per exemple) percep

Histèria

La denominació d'histèria prové del llatí *hysterum*, que és la paraula que s'usava per a designar l'úter. Per tant, durant tota l'antiguitat, i fins i tot molt avançada l'edat moderna, la histèria designava la malaltia que procedia de la "irritació" de l'úter.

clarament que les causes que desencadenen els atacs histèrics són elements significatius per al malalt. Però per sobre de totes les coses, el que desencadenava l'atac, i Charcot era un vertader mestre en això, era la veu de l'hipnotitzador. Charcot, en les seves famoses presentacions de malaltes histèriques, davant els seus alumnes, feia aparèixer i desaparèixer símptomes amb només el poder de la seva veu. La hipnosi produeix un estat dissociat de la consciència en la qual l'hipnotitzat roman adormit i despert alhora, aquest fenomen fa concebre la idea que hi ha pensaments que no es fan presents en l'estat de vigília. Neix així el concepte *d'escissió psíquica*.

Adveniment de la psicoanàlisi: la histèria en Freud

Freud havia assistit als cursos i les presentacions de malalts que Charcot donava a l'Hospital de la Salpêtrière a París; allà havia pres bona nota de l'escissió psíquica que presentaven els histèrics i que Charcot sabia mostrar magistralment. La novetat que aporta Freud és donar tot el seu abast a aquesta escissió psíquica i que alhora li permet elaborar el concepte d'inconscient.

L'inconscient vol dir justament això: que els actes de l'individu estan governats per pensaments dels quals no té coneixement i que concernen a la sexualitat en tant que significació.

El que Freud descobreix en primer lloc és que, entre el símptoma que es percep al cos (paràlisi, per exemple) i allò que ho causa, un trauma psíquic, hi ha una relació simbòlica, és a dir, que aquest vincle està articulat al llenguatge. El símptoma i el trauma estan lligats per la paraula. És per això que Freud recorre en un primer moment a la **hipnosi**. Constata que els símptomes desapareixen quan el pacient, en estat d'hipnosi, aconsegueix recordar allò que havia aconseguit oblidar perquè li resultava dolorós moralment. Aquest record estava referit generalment a una experiència sexual prematura, segons la primera aproximació de Freud a la causa de la histèria. En els records dels pacients, obtinguts sota hipnosi, el pare apareixia sempre com l'agent que havia actuat de forma seductora sobre el nen. Aquest record traumatitzant havia estat reprimat i apareixia com a símptoma de conversió localitzat en el cos. És a dir, el símptoma era un retorn d'allò reprimat sota una forma emmascarada acceptable per a la consciència.

Però el 1897 Freud descobreix que els nens no són uns éssers desproveïts d'activitat sexual sinó que al contrari tenen des de molt aviat una sexualitat tan rica com la dels adults, però que es desplega fonamentalment, d'una banda en les sensacions corporals que produeixen les activitats corporals (alimentació, defecació, micció, la higiene, etc.), i de l'altra, en el pla de la imaginació, ja

que no pot ser portada a l'acte. Això no impedeix que aquesta activitat sexual infantil, quan el nen té ja la capacitat de jutjar, doni origen a forts sentiments de culpa a causa del lligam afectiu que el vincula als pares.

La sexualitat adulta conservarà sempre l'empremta infantil que es va originar en els primers anys de vida.

Freud conclou llavors que la sexualitat no és traumàtica a causa d'una circumstància de seducció exercida per un adult sobre el nen, sinó que aquest *proton pseudos*, aquesta *primera mentida*, com l'anomenarà Freud en el text de 1895 "Proyecto de psicología para neurólogos", amaga una veritat inversa, l'anhel del nen/a de ser l'objecte del desig del pare.

Es configura d'aquesta manera, per al subjecte histèric, una pregunta que s'instal·larà en el centre de la seva interrogació sobre el desig: què és una dona?, ja que la resposta que proporcionen les famoses tres K de l'expressió alemanya *Kinder Küche Kirche* ('nen, cuina, església') no explica de manera exhaustiva el desig de la dona.

Recapitulant, podem dir que el descobriment freudià de l'inconscient permet entendre la histèria com una malaltia psíquica que es caracteritza per sofrir **reminiscències inconscients**, aquestes reminiscències han estat relegades a l'inconscient, i com que la censura conscient no permet l'aparició franca d'aquests records, aquests han d'adoptar la forma d'un símptoma per a poder expressar-se i atorgar així una satisfacció substitutòria al desig inconscient que pugna per a trobar una via de satisfacció: aquesta via és el símptoma.

Hi ha en la casuística freudiana dos grans casos d'histèria que conserven el seu valor paradigmàtic.

a) Un és el cas d'Ana O., un dels primers casos que va posar Freud sobre la pista de la intel·lecció dels símptomes histèrics. Aquest cas en principi va ser tractat per Breuer, amb qui Freud va començar a estudiar els fenòmens histèrics. Freud passa a fer-se càrrec de la pacient davant de les dificultats de Breuer per a enfrontar-se a un símptoma de la pacient que tenia conseqüències socials per a la consideració de la psicoanàlisi. El símptoma en qüestió era un embaràs histèric del qual la pacient feia responsable Breuer.

b) L'altre cas, al qual ens referirem de forma més exhaustiva, és el conegut com a cas Dora, nom que correspon en la realitat, com després va poder saberse, al d'Ida Bauer, jove pertanyent a la burgesia vienesa, filla d'un ric industrial que havia consultat Freud a causa d'una sífilis contreta abans del seu matrimoni. L'èxit del tractament prescrit per Freud havia guanyat la seva confiança i és per això que, quan la seva filla va començar a donar mostres de cert desequilibri psíquic, va recórrer a l'ajuda de Freud. Aquest cas està considerat com la

primera gran cura psicoanalítica duta a terme per Freud. La vivesa de la narració li confereix excepcionals qualitats literàries com ho demostra el fet que és el document clínic més comentat des de la seva publicació, i ha suscitat, així mateix, la creació d'una novel·la i una obra teatral.

Cas Dora

Ida té setze anys quan Freud la rep per primera vegada. Els esdeveniments que porten el pare de Dora a consultar Freud per a la seva filla es desencadenen per la reacció que aquesta té quan el marit de l'amant del seu pare, el Sr. K, intenta un acostament sexual amb ella a la vora del llac de Garda. Dora no s'acontenta de donar-li una bufetada sinó que narra l'incident a la seva mare perquè aquesta ho expliqui al seu pare. Aquest, encara que el Sr. K nega tota veracitat a l'incident i acusa Dora de fantasiosa. El pare, per a salvaguardar la seva relació amb la Sra. K, s'alia amb el Sr. K i accepta la seva versió. La Sra. K, al seu torn, acusa Dora d'estar excessivament interessada en qüestions sexuals i de llegir llibres pornogràfics, en realitat un llibre de sexologia que ella mateixa li havia proporcionat. La mare de Dora, una dona simple, afligida per diverses malalties i a la qual ningú, llevat del fill, té en consideració, no té cap rellevància en el drama. L'esperança del pare de Dora d'aconseguir l'adhesió de Freud es veu frustrada quan aquest pren Dora en tractament sense acceptar l'aliança que implícitament li proposava el pare.

Durant onze setmanes, Freud s'enfronta a la dilucidació dels símptomes de Dora: migranyes, tos convulsiva, afonia, depressió i tendències suïcides, per a posar al descobert la veritat d'aquests símptomes. Al principi Freud havia titulat el cas Dora "Somnis i histèria" –però va optar finalment pel d'"Anàlisi fragmentària d'un cas d'histèria (Dora)"– ja que l'anàlisi dels somnis té un paper crucial en la dilucidació dels símptomes. En aquest cas Freud analitza exhaustivament dos somnis, un en el qual Dora somia amb l'incendi de casa seva, i un altre en el qual es representa la mort del pare. El primer permet a Freud interpretar el coneixement de la vida sexual dels adults que Dora tenia malgrat la seva curta edat i, a més, també posa en evidència les pràctiques masturbatòries de la jove. Aquest somni revela també els sentiments amorosos de Dora cap al Sr. K. El fet d'haverlo bufetejat s'ha d'interpretar com una reacció histèrica, ja que la reacció agressiva de Dora es produeix quan el Sr. K li diu que la seva dona no significa res per a ell. En realitat, la Sra. K representa l'ideal femení perquè és objecte del desig del pare. Aquesta circumstància és la que Freud en un primer moment no té en compte i que després rectifica, però és tard i Dora ja ha abandonat el tractament.

En aquest moment de l'elaboració teòrica freudiana encara no està posada a punt la importància de la transferència i la funció que compleix dins del tractament. L'abandonament del tractament per part de Dora no es deu, com va creure Freud en un primer moment, al fet de no tolerar la comunicació per part de Freud del seu enamorament del Sr. K, sinó que Freud cau del lloc del

saber en el qual Dora l'havia col·locat, a causa de l'equivocació de la seva interpretació. De qui està veritablement enamorada Dora és de la Sra. K, i mostra així un tret essencial de la histèria.

Aquest tret homosexual cal situar-lo correctament, ja que es tracta de la identificació a l'home per a assolir el saber que Dora suposa a l'home, en aquest cas el seu pare, sobre el que és una dona. Segons Lacan:

"Es así como la histérica se experimenta a sí misma en los homenajes dirigidos a otra, y ofrece la mujer en la que adora su propio misterio al hombre cuyo papel pretende sin poder nunca gozar de él. En una búsqueda sin descanso de lo que es ser una mujer (...)."

L. Lacan (*Escritos*, 1966).

Això és el que posa de manifest el segon somni i possibilita avançar una mica més en la intel·ligència dels símptomes histèrics relacionats amb la complexa relació que el seu pare i ella mateixa mantenien amb la parella K. Freud va orientar tot el cas cap al reconeixement del desig reprimat de Dora cap al Sr. K, intentant demostrar així la importància en la histèria de l'amor cap al pare impotent i el seu vincle amb les coordenades edípiques.

Finalment Dora, després d'aquesta breu anàlisi amb Freud, aconsegueix fer reconèixer a la Sra. K la relació amb el seu pare, i al Sr. K, la veracitat de l'escena del llac. Més tard es casa i té un fill però mai no va aconseguir desempallegarse del seu rebuig cap als homes, ni dels símptomes que la van acompanyar tota la vida, tal com ha pogut saber-se per l'anàlisi que va fer amb posterioritat. Quan va descobrir, per mitjà d'aquest segon analista, que era la protagonista d'un dels més cèlebres escrits de la literatura psicoanalítica, els símptomes pels quals havia tornat a consultar (brunzit en les oïdes, migranyes, insomni) es van apaivagar notablement.

Dora, és a dir, Ida Bauer, va morir a Nova York l'any 1945 d'un càncer de còlon.

Cas clínic: "Estimo el meu marit, ell em pot donar el que vull"

Filla d'un matrimoni de professionals –la seva mare advocada i el seu pare arquitecte–, M era la menor de dues germanes. Durant la seva infantesa van tenir cura d'ella els seus avis materns, encara que de qui tenia un especial record i esmentava innumbrables vegades, era el seu avi matern. D'ell repetia algunes paraules que semblava que exercien sobre ella una força especial, com sentències que havia de complir. Entre aquestes n'hi havia una que tenia una especial significació en el seu discurs: "Només t'has de quedar amb qui et mereixi", frase sota la qual es podria llegir: "Ell sí que sabia del meu valor", afirmació que ens remet a una observació de Lacan sobre el fet que l'histèric necessita un amo sobre el qual pugui regnar.

Podem dir que en aquesta recerca de qui la mereixi, M va passar molt temps sense establir cap compromís amb les seves diferents parelles; les seves relacions eren molt breus i majoritàriament les recordava com a amants que, com havia dit alguna vegada en relació amb ells, eren "homes sexualment funcionals", i els situava en el lloc dels d'un sol ús.

M s'ha presentat sempre amb un vestuari que, malgrat no ser vistós en els colors o formes, mostren la seva qualitat i destaquen la marca de botigues d'alta costura. "El meu marit sempre em sorprèn amb els seus regals, jo em puc imaginar alguna cosa, però ell em dóna el que difícilment algú podria superar". Hi ha en M una constant insistència pel que fa al valor de la seva parella, les seves idees, els seus projectes, com un rei Mides que farà brillar el que toqui, i ella es presenta com un ésser incondicional, subordinada envers aquell amo i el seu saber.

Les princeses dels contes

M. havia dit una vegada que "sempre va ser una princesa als ulls dels altres". Això ens permet relacionar-ho aquí amb el que habitualment succeeix en les princeses dels contes infantils, especialment els de Hans Christian Andersen, autor que aquesta havia esmentat en alguna oportunitat. Aquestes (princeses) per mitjà dels seus pares, –el rei– imposen diferents proves de valentia, enginy i fortalesa als seus pretendents, per a determinar així el cavaller que serà digne de prendre la seva mà. En la lògica del desig de la histèria, aquesta s'esforçarà per no donar-li un objecte que sigui possible de satisfer-lo, per a, d'aquesta manera i a partir de tal insatisfacció, mobilitzar (el desig) en la recerca envers un ideal de ser.

Retornant cap als inicis de l'anàlisi de la nostra pacient, direm que el motiu que la va portar a la consulta va ser un estat de profunda angoixa, una tristesa que l'havia envaït i de la qual se sentia sense forces per a superar. Va succeir que després de diversos anys de matrimoni, i després d'haver-se resistit a la idea de tenir un fill, es va veure superada per la insistència del seu marit i "la il·lusió d'aquest" per ser pare d'un fill d'ella, davant de la qual cosa va acceptar deixar de prendre anticonceptius i "buscar el seu fill". Durant aquest temps de recerca, M va mantenir relacions amb un altre home, un home més jove que el seu marit. Aquí és fonamental destacar que el seu marit era 20 anys més gran que M.

Quan aquella recerca va ser per fi trobada, i va saber del seu embaràs, va abandonar la relació amb el seu jove amant. "Quan vaig saber de l'embaràs, el primer que vaig fer va ser parlar amb T (el seu jove amant) i li vaig preguntar si s'havia cuidat en la nostra última relació. Ell em va dir que no ho recordava, que creia que sí, però no n'estava segur, va dir que jo no li havia dit que havia deixat les píndoles. Estava molt molesta per això".

Però al poc temps de confirmada la gestació, hi va haver complicacions en el seu estat de salut i això va derivar en la interrupció i pèrdua de l'embaràs. L'esmentada pèrdua va ser la que va portar a M a l'estat d'angoixa a què fèiem menció com l'inici de la seva anàlisi.

La responsabilitat

En relació amb la pregunta al seu amant l'analista li va fer un assenyalament sobre la paraula "molesta" amb què M. va valorar el seu estat anímic, amb la finalitat de possibilitar la rectificació subjectiva de la pacient. La rectificació de la posició subjectiva és una de les condicions necessàries per a l'inici del tractament psicoanalític. Es refereix a un canvi en la percepció de la causa dels símptomes o a un abandonament de la queixa amb què el pacient fa responsable els altres del seu malestar. No és l'únic índex que ha d'observar l'analista per a considerar iniciat el tractament, però sí que és un dels més importants, ja que implica una responsabilitat sobre el malestar.

Per què s'hauria molestat M? El dubte sobre la paternitat del seu futur fill l'hauria inquietat? Què el seu marit sabés sobre això? La incertesa-certa sobre la potència del seu marit?.

M relata a partir d'això el moment en què coneix el seu amant: "Haviem sortit a sopar amb un grup d'amics i després vam anar a un bar de copes. En cap moment no havia parat atenció en ell, fins que el vaig veure que ballava sensualment amb la meva millor amiga. Després de ballar es van apropar al meu costat, estàvem en un grup gran, parlàvem entre tots i rèiem. Em vaig adonar que em mirava i que la seva cama estava tocant la meva. Jo em vaig posar dempeus, el vaig mirar i vaig caminar cap al lavabo de dones. Sabia que era darrere meu. En aquell moment em vaig sentir molt nerviosa, però no era capaç de pensar en res, ell estava besant-me allà, darrere de la porta. Va ser un instant, crec. Després vam tornar separatament cap al grup i ell va anar a ballar novament amb la meva amiga, sense que el pogués deixar de mirar.

"Si la histèrica es tan gustosamente subyugada por otra mujer investida como modelo, es porque supuestamente esta última puede responder a la pregunta crucial de la histérica: ¿qué es ser una mujer?. En virtud de esta pregunta central, la homosexualidad histérica no consiste en elegir a una mujer como objeto de amor ideal. Por el contrario, en esta promiscuidad homosexual, la histérica busca, ante todo ser como ella, pensar como ella, vivir como ella, hacer el amor como ella, tener los mismos hombres que ella, etc. En otros términos, se trata esencialmente de *vampirizar* a esa otra que supuestamente realizó, a la perfección, su identidad femenina."

J. Dor (2000). *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Dialèctica edípica

Si ens situem en relació amb el pare de M direm que pràcticament evitava parlar d'ell, o ho feia despectivament, el reconeixia com un bon home alhora que un "babau", no comprenia perquè la seva mare havia estat tant temps al costat d'ell. En parlar de la seva infantesa, la seva família, les seves amistats, mai no hi havia paraules sobre el seu pare; considerar-lo ximple significava per a M desacreditar-lo, anul·lar-lo de l'escena familiar.

En la dialèctica edípica, el pare tindrà el seu lloc com a privador (interdictor), i d'aquesta manera per al nen el desig de la mare s'inscriu en la dimensió de tenir: algú té el fal·lus, alhora que aquesta mare tampoc no el té i l'haurà de descobrir allà on es troba, el pare. Però aquest pare haurà de donar proves que això és així, i serà precisament en ocasió d'això que, davant de qualsevol vaguetat, ambivalència o imprecisió per part del pare o la mare en relació amb l'atribució fal·lica –és a dir, del pare com el seu posseïdor–, la lògica de la histèria (la lògica del seu desig) tindrà el seu inici.

La histèria en Lacan

L'aportació lacaniana a la dilucidació de la histèria és correlativa a la seva aportació teòrica pel que fa a allò que incumbeix l'objecte en relació amb el desig. Per a Lacan, al contrari del que es pot entendre en Freud i en els postfreudians, no hi ha un objecte que pugui culminar el desig humà, que és necessari distingir de la necessitat i la demanda. Aquesta insatisfacció del desig és clarament apreciable en la histèria que necessita, tal com ho havia descobert Freud, inventar-se un desig insatisfet. Per què aquesta necessitat histèrica d'inventar-se un desig insatisfet quan el mateix desig, per definició, és insatisfet? Justament per a no concloure en la inexistència de l'objecte que faria desaparèixer la creença necessària per al seu fantasma que hi ha algú, el pare convertit en **Amo**, que sap no només el que una dona vol sinó que, a més, posseeix aquest objecte. És a partir de la seva investigació sobre la histèria que Lacan eleva a la categoria de significant primordial el **fa·lus** com a objecte del desig.

La histèrica sap que el pare està castrat i és per això que necessita convertir-lo en un Amo, com a figura imaginària, que no ho estigui. D'aquesta manera pot identificar-se a ell amb la pretensió d'assolir la resposta sobre el que vol una dona. Quan la histèrica s'enfronta a la relació amb un home busca reconèixer en els signes del desig masculí la possessió d'aquest saber. Les estratègies de seducció que la histèrica empra són la representació de la dona que suposa que l'home desitja. És per aquesta causa que la histèrica fuig moltes vegades de la confrontació que implica la relació sexual, ja que aquesta posa de manifest el fracàs de la satisfacció del desig, no del seu, sinó el de l'home que ha convertit en Amo i que d'aquesta manera revelaria la seva impotència. Aquesta impotència que és estructural, ja que no hi ha objecte que la rellevi, la histèria la transforma en circumstancial: si aquest home no compleix amb el que ella li demana ja en vindrà un altre que sí que respondrà a les exigències del seu fantasma.

Lacan formalitza l'estructura histèrica en un discurs amb validesa universal. Un discurs és una forma de llaç, de vincle, que explica les pautes que regeixen l'organització social en funció del llenguatge i la paraula. El discurs histèric no és l'únic que compleix aquestes condicions, Lacan n'aïlla tres més:

- el discurs universitari,
- el discurs de l'Amo, i
- el discurs de la psicoanàlisi.

Sobre una estructura bàsica, que s'escriu com una fórmula matemàtica i que distingeix quatre llocs, s'allotgen quatre elements que segons el lloc que ocupen determinen els diferents discursos.

Els llocs són els següents:

- l'agent,
- l'altre,
- el saber (o producció),

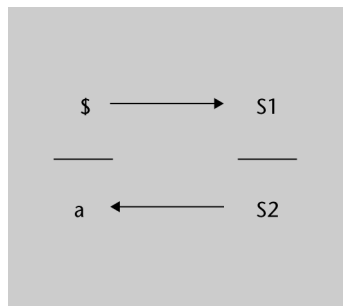
- la veritat.

Els elements que ocupen aquests llocs són:

- \$: el subjecte dividit,
- S1: el significant amo,
- S2: el saber,
- a: el plus-de-gaudir.

En el discurs histèric el lloc de l'agent, és a dir, el lloc que dirigeix l'organització del discurs, està ocupat per \$, el subjecte dividit o, el que és el mateix, el subjecte com a subjecte de l'inconscient que reclama a l'altre una unitat perduda. És per això que el segon lloc està ocupat per S1, el significant amo o el significant que representa l'Amo, a qui es dirigeix la histèria. Però l'Amo no pot respondre amb la veritat perquè no hi ha un objecte que l'expliqui i llavors respon amb un saber que ocupa el tercer lloc i que és insuficient, és a dir, impotent. El quart lloc és ocupat per a l'objecte en tant que real, que respondria a la demanda histèrica. Però d'aquest objecte només en tenim els seus cosemblants, és a dir, els objectes que fan d'objecte vertader al qual no tenim accés a causa de la seva condició d'inexistent. L'objecte, en la seva presència material, sempre és imaginari.

L'escriptura del discurs histèric seria, llavors, la següent:



Podem dir així que el discurs histèric és el retorn d'allò reprimat per l'amo, per això la demanda histèrica té sempre aquesta qualitat d'interpel·lació a l'altre amb la qual li exigeix que doni la talla de la qual fa gal·la. Caricaturant-la es podria dir que la histèrica o histèric diu a l'altre: demostra que ets un home, o un savi, o el que sigui, però demostra que ho ets de veritat.

El que Lacan ha demostrat amb el seu retorn als textos freudians és la importància de l'amor al pare en la constitució de l'estructura histèrica; un amor que, com ja vam dir, porta a convertir-lo en un Amo sense defectes.

Política i religió

Freud, en la seva teorització rescata la figura de diversos pares en la seva categoria d'Amos d'organitzacions polítiques o religioses: l'Urvater o pare de l'horda primitiva, Moisés i Layo (pare d'Èdip), cada un en la seva singularitat, el primer com a fundador, el segon com a profeta i el tercer com a rei expliquen aquesta categoria.

Aquest pare sense defectes que impera durant la primera infantesa del subjecte i que en el tercer temps del complex d'Èdip declina, perquè el pare de la realitat mai no està a la seva alçada, troba refugi en el superjò que, segons Freud, és l'hereu del complex d'Èdip.

El discurs histèric posa en evidència, justament perquè busca la seva negació, la veritat de l'Amo, és a dir que està castrat, i que el seu saber, com a saber universitari, és insuficient per a curullar la falta d'objecte. En aquest moviment la histèria dóna lloc, per mitjà de la seva adhesió a la regla fonamental, a l'aparició d'un nou discurs: el discurs de la psicoanàlisi.

B) Neurosi obsessiva

La neurosi obsessiva en Freud

La neurosi obsessiva és juntament amb la histèria un dels grans quadres nosogràfics de la clínica psicoanalítica. Va ser aïllada per Freud en els anys 1894-1895, des de diversos punts de vista que anirem veient successivament. Des de llavors la seva especificitat s'ha anat consolidant en la clínica psicoanalítica, tot i que es pot considerar que encara no s'han aconseguit aclarir tots els problemes que planteja tant d'ordre pràctic com clínic. Es caracteritza per idees obsessives, compulsió per a dur a terme actes que el subjecte rebutja moralment, la lluita contra aquestes idees i els actes conseqüents, els cerimonials amb què intenta evitar-los i, sobretot, una marcada tendència a rumiar mentalment i a dubtar que inclou tots els ordres de la seva activitat. Aquest dubte massiu és el que condueix a l'individu obsessiu a la inhibició del pensament i de l'acte.

Per a Freud era imprescindible una caracterització precisa de la neurosi obsessiva perquè no fos confosa amb altres síndromes, com la degeneració mental o la psicoastènia de Janet. Freud ho diu clarament:

"He debido comenzar mi trabajo por una innovación nosográfica. Al lado de la histeria, he hallado razones para situar la neurosis obsesiva como afección autónoma e independiente, aunque la mayor parte de autores clasifican las obsesiones entre los síndromes de la degeneración mental o los confunden con la neurastenia."

Per a això Freud va començar el seu estudi de la neurosi obsessiva analitzant les obsessions fonamentalment des de tres punts de vista:

1) Des del punt de vista del mecanisme, és a dir, el desplaçament de l'afecte que sofreix el neuròtic obsessiu cap a situacions, persones o coses que estan més o menys allunyades de la situació original reprimida. Per exemple quan una persona se sorprèn d'experimentar una emoció excessiva davant situacions que no justifiquen aquest afecte.

2) Des del punt de vista pulsional, Freud mostra l'ambivalència de l'obsessiu davant l'objecte d'amor o l'objecte del desig que troba la seva fonamentació en la fixació en la fase anal i la regressió conseqüent.

3) Des del punt de vista tòpic es revela una relació sadomasoquista derivada de la tensió entre el jo i un superjò particularment cruel. Aquesta forma de caracteritzar la neurosi obsessiva permet relacionar molts símptomes obsessius que no són evidents a primera vista, ja que dóna més importància a l'estructura que als símptomes.

En un principi, la innovació de Freud en l'àmbit nosogràfic assimilava, més que diferenciava, neurosi obsessiva d'histèria, ja que ambdues tenen en comú la característica de ser el resultat d'una acció traumàtica en relació amb experiències sexuals viscudes en la infantesa, en què el subjecte s'entossudeix a defensar-se de qualsevol idea o representació que provingui d'elles, ja que les considera irreconciliables amb el jo, considerat aquest com a instància moral.

La defensa, per tant, realitzarà un debilitament de la potència de la representació rebutjada que consistirà a dirigir cap a altres usos l'excitació que aquesta representació comporta. La diferència entre una i altra neurosi consisteix en el fet que per a la histèria el camí elegit porta a allò corporal i per això es parla de símptomes de conversió, i en canvi, per a la neurosi obsessiva la transformació roman en l'àmbit del mental, del pensament. Això no fa que en aquesta última els símptomes siguin més fàcilment intel·ligibles. S'ha comparat la histèria amb l'idioma de la neurosi, i la neurosi obsessiva amb un dialecte d'aquest idioma, i com moltes vegades succeeix és menys difícil conèixer i comprendre una llengua que els seus dialectes.

L'important, llavors, és que el procediment pel qual la representació d'una vivència sexual del passat es desprèn de l'afecte concomitant i s'associa a una altra representació acceptable, és un acte de substitució amb el qual el jo es defensa. Aquesta transformació es tradueix en idees obsessives o en actes compulsius. Per a la primera modalitat, diu Freud, s'ha "aconseguit només reemplaçar la idea irreconciliable per una altra idea inadequada per a associar-se amb l'estat emotiu, que per la seva banda continua sent el mateix. És aquest enllaç fals de l'estat emotiu i la idea associada amb ell el que explica el caràcter absurd de les obsessions". Per a la segona, la idea ha estat substituïda "per actes o impulsos que en l'origen van servir d'alleujament o com a procediments protectors, i que ara es troben en una associació grotesca amb un estat emotiu que no els correspon, però que ha continuat sent el mateix, i està tan justificat com en el seu origen".

Com a conseqüència de l'experiència sexual infantil viscuda amb plaer es genera per al neuròtic obsessiu un sentiment de culpa que deriva en retrets; és així com Freud arribarà a identificar els retrets amb les idees obsessives. Aquestes no serien cap altra cosa que retrets desfigurats pel treball inconscient de substitució. Ara bé, quan aquestes representacions accedeixen a la consciència poden fer-ho de dues maneres:

- el record de l'acte sense estar acompanyat de l'afecte o
- acompanyat per l'afecte de retret.

En el primer cas el subjecte experimenta un sentiment de desconfiança cap a ell mateix; el segon donarà lloc a una sèrie d'afectes obsessius característics: la vergonya (com si l'altre sabés el que ha fet), l'angoixa hipocondríaca (por de contreure malalties derivades de l'acte passat), l'angoixa social (temor a rebre una sanció social), el deliri d'observació (por de revelar involuntàriament el secret que l'avergonyeix), l'angoixa religiosa (temor al càstig diví), i l'angoixa de temptació (desconfiança en les seves forces per a no repetir l'acció).

Aquests símptomes es produeixen per un fracàs de la repressió, generalment a conseqüència de no poder fer desaparèixer l'excitació sexual com el subjecte obsessiu voldria. Aquest retorn del reprimat genera defenses secundàries que tenen un ampli registre i en els casos molt greus poden portar l'individu a situacions veritablement invalidants, que com assenyala Freud adopta:

"medidas de expiación (ceremonial minucioso, observación de los números), medidas de precaución (todo tipo de fobias, supersticiones, manías, amplificación del síntoma primario de la escrupulosidad), miedo de traicionarse (colección de papeles, miedo a la compañía), medidas para aturdirse (dipsomanía)."

Moltes vegades els actes obsessius adopten la forma de cerimonials que pel seu estricte protocol recorden les litúrgies religioses. Segons Freud és una manera de protegir-se contra el sentiment de culpa derivat de les experiències sexuals infantils viscudes amb plaer. L'excés d'escrupolositat en el compliment d'actes quotidians, com per exemple, la higiene personal o l'ordre meticulós de les coses, amaga en realitat, sota una forma transformada, la intenció de fer desaparèixer qualsevol signe que pugui ser interpretat com a propi d'algú capaç de cometre actes "impurs" o reprotxables.

L'incompliment d'algun d'aquests actes o d'alguna part del cerimonial obsessiu, sumeix el subjecte en una gran inquietud, com si anés a ser castigat de manera imminent. Aquest aspecte notable del caràcter obsessiu, com va observar Freud, li va fer equiparar-lo al compliment dels preceptes religiosos, que tenen igualment el sentit d'escapar a una sanció, divina en el cas de les persones creients.

Basar-se en aquesta concordança essencial de les dues conductes, la religiosa i l'obsessiva, permet a Freud "concebre la neurosi obsessiva com el correlat patològic de la formació religiosa, a caracteritzar la neurosi com una religiositat individual i la religió com una neurosi obsessiva universal".

Hi ha tres trets característics de la personalitat obsessiva que Freud va descriure detalladament en el text "Carácter y erotismo anal" de 1908, el mateix any que conclou l'escriptura de "El hombre de las ratas", cas *princeps* de la clínica psicoanalítica de la neurosi obsessiva. Aquests tres trets són els següents:

- l'amor a l'ordre, al qual ja ens hem referit,

- la inclinació a l'estalvi, i
- la tossuderia.

Els tres formen un "complex" en el qual cada un d'aquests trets remet a l'altre. Si bé el primer també ho està, són els altres dos, el caràcter estalviador (que pot arribar a l'avarícia) i la tossuderia (que s'expressa en accessos d'irritabilitat que deriven en ira, exposició a situacions de desafiament i reivindicacions de tipus variat que mostren un exacerbat amor a la justícia) els que posen de manifest una relació estreta amb la pervivència de l'erotisme anal infantil. Les pulsions parcials (oral, anal, genital), que en la infantesa obtenien una satisfacció més o menys directa, a mesura que l'individu va assolint la maduresa sexual en l'adolescència es posen al servei de la genitalitat i totes aquelles que no serveixen a la sexualitat dirigida cap a la reproducció se sublimen en activitats allunyades de la seva finalitat sexual. És així com l'erotisme anal pot ser l'origen de la vocació pictòrica de molts artistes que de nens jugaven amb els excrements. En la neurosi obsessiva la fortalesa de l'exigència de satisfacció que imposa la pulsio en tant que força constant, com la defineix Freud, fa necessari per al subjecte arribar a situacions de compromís que donin sortida a aquesta exigència de satisfacció procedent de l'allò, però alhora aquesta satisfacció ha de concordar amb les exigències morals que provenen del superjò. El jo es troba atrapat entre aquestes dues exigències que moltes vegades impedeixen al subjecte dur a terme la tasques que la vida li exigeix.

La relació de l'obsessiu amb l'objecte de l'amor i del desig està marcada per una forta ambivalència que el fa oscil·lar permanentment entre l'amor i l'odi envers aquests objectes. És a dir, estan en un dubte permanent entre preservar-los o destruir-los. És per això que, entre altres causes, el neuròtic obsessiu necessita mantenir separats els dos objectes: la dona que estima i la dona que desitja rars vegades coincideixen en una mateixa persona.

Per a mantenir aquesta separació que li imposa el conflicte entre l'allò, el jo i el superjò, la neurosi obsessiva utilitza dos mecanismes fonamentals:

- a) L'anul·lació retroactiva, que consisteix a tractar vivències del passat com si no haguessin existit.
- b) L'aïllament. Aquest segon mecanisme opera de tal manera que els esdeveniments viscuts que tenen per al subjecte una especial significació resulten separats de l'afecte que els correspon, d'aquesta manera impedeix que s'estableixin llaços associatius amb altres idees, pensaments o vivències que podrien restituir a l'esdeveniment aïllat el seu sentit original. D'aquesta manera, diu Freud, "el jo obeeix un dels mandats més antics de la neurosi obsessiva: el tabú de contacte". Aquest tabú de contacte que s'estén als pensaments té el seu origen en la prohibició que el neuròtic obsessiu s'imposa sobre la masturbació i tocaments efectius produïts en la infantesa i que van despertar el seu sentiment de culpa amb la consegüent necessitat de càstig per a alliberar-se'n. Aquest tabú de contacte s'aprecia particularment en les sessions en què el pacient atura el

seu discurs i no pot respectar la regla fonamental, mostrant així la seva escassa disposició a acceptar que alguns pensaments entrin en contacte amb altres. El que al principi era un acte, tocar els genitals d'una dona o els propis, es trasllada en el registre simbòlic, al registre del llenguatge.

"L'home de les rates"

El cas freudià que coneixem amb aquest nom té per títol "A propòsito de un caso de neurosis obsesiva". Es tracta de l'anàlisi d'un home de trenta anys, advocat, que arriba a Freud aflagit per gravíssimes inhibicions i actes compulsius, que a edat molt primerenca, al voltant dels quatre o cinc anys, havia tingut una experiència sexual amb la seva mainadera a qui havia tocat els genitals i el ventre. A partir d'allà, es va anar desenvolupant en el nen un desig irreprimible de veure nues les dones que li agradaven. En principi aquest desig no està en contradicció amb el jo del jove investigador sexual, però molt aviat apareix al costat d'aquest desig la idea difusa que si hi accedeix, li passarà una cosa terrible. Finalment aquesta idea va prenent forma més precisa fins a assolir la formulació següent, sens dubte absurda: "Si tinc el desig de veure una dona nua, el meu pare ha de morir".

Això permet a Freud adonar-se dels elements principals que es posen en joc en l'inici d'una neurosi: "Una pulsio eròtica i un moviment de rebel·lió contra ella; un desig (encara no obsessiu) i una aprehensió oposada a ell (que té ja caràcter obsessiu), un afecte penós i una tendència a accions de defensa".

Veiem així que l'obsessiu es troba atrapat entre un desig i el rebuig que aquest mateix desig li inspira per les condicions que el seu compliment li imposa, derivades de la primera apreciació del nen, i que corresponen al complex d'Èdip, quan el pare fa la seva aparició en escena i s'erigeix com a rival respecte a l'amor de la mare.

Ja en la segona sessió fa el relat d'una conversa mantinguda amb un col·lega militar durant un període de servei militar, allò relatat pel seu interlocutor, "el capità cruel", era un suplici oriental que consistia a lligar un presoner i asseure'l nu amarrat a una galleda que contenia rates vives, les rates trobaven que l'única sortida possible del seu captiveri era l'anús del presoner. L'horror i la repugnància que aquesta narració suscitaven en el pacient delataven un gaudi ignorat per ell mateix. En el decurs de la conversa amb el capità se li havia imposat la idea obsessiva que "aquesta cosa horrible", aquesta tortura, era infligida a la seva estimada i al seu pare, que tanmateix havia mort nou anys abans.

En aquesta ideació el pacient no participava de l'aplicació de la tortura que succeïa d'una forma impersonal, alhora que pensava que l'única manera de posar-li fi era pagant un deute que, segons les prescripcions de pagament que el pacient s'imposava, feien impossible dur-lo a terme. Es tractava d'un deute que un altre oficial havia contret amb una empleada de correus: li havia deixat

els diners que havia de pagar per a recollir la tramesa d'unes ulleres. Segons el seu mandat obsessiu devia reemborsar els diners a un altre militar, que en realitat no tenia res a veure amb el deute i que es negava a rebre'l. Com es pot observar fàcilment, l'estratègia obsessiva l'acostava a la impossibilitat de posar fi al suplici dels seus éssers estimats que li requeria pagar.

D'aquesta manera es mostra l'ambivalència de l'obsessiu que es declara absolutament horroritzat davant de la idea moralment inacceptable de sotmetre les persones que més estima a qualsevol tipus d'agressió, salvant-se de la culpa per la pietat que mostra el seu horror, però que al mateix no pot deixar d'imaginar l'aplicació del suplici.

Aquesta ambivalència d'amor i odi, consubstancial a la relació amb el pare, com va fer evident Freud en el seu text "Moisés y la religión monoteísta", forma part de la cultura. Però, llavors, per què fer-la extensiva a la dama dels seus desvetllaments?

La neurosi obsessiva a Lacan

Lacan dedica una classe del seu seminari a parlar de "L'home de les rates" per a aclarir algunes coordenades de l'agressivitat que s'assenta en el narcisisme, encara que, si bé les referències a la neurosi obsessiva es troben a tots els seus seminaris i escrits, és fonamentalment al *Seminario V* dedicat a *Las formaciones del inconsciente*, on trobarem el tractament teòric d'aquesta neurosi d'una manera més ordenada i exhaustiva.

Si Freud va articular les seves reflexions sobre la neurosi obsessiva al voltant de la culpa, Lacan posarà l'accent en les dificultats de l'obsessiu amb el desig. Mostrarà com l'obsessiu s'assegura que el seu desig se sostingui fent-lo impossible, així com la histèria el necessitava insatisfet.

La fase anal és el moment on es constitueix una forma de relació amb l'altre que és l'oblativitat, que també inspira el temor retaliatiu (a causa de la demanda que se li imposa d'evacuar els seus excrements en un lloc i un temps determinats, cosa que coneixem com a *control esfinterià*, el nen respon a aquesta demanda adjudicant als excrements un valor de regal). Obté amor a canvi de desprendre's d'alguna cosa del seu cos que és valorada per l'altre. Però també observa que el que li demana l'altre no és el que ell dóna, ja que l'altre es desfà d'aquest objecte. Però allà es revela també un problema crucial per al neuròtic obsessiu donada la seva posició narcisista, ens referim a la seva posició subjectiva derivada, en part, de la seva fixació en la fase pregenital de la libido. El problema és el dubte electiu entre ser o tenir el fal·lus per a la mare. Aquesta oscil·lació és la que és present en relació amb l'agressivitat que es mostra no només cap al pare, sinó també cap a l'estimada en el cas de l'home de les rates. L'única forma de no respondre a aquesta demanda és la mort, que per a l'obsessiu està sempre present tant la seva, com a la de l'altre.

Cas clínic: neurosi obsessiva

"Guarda l'ordre, perquè l'ordre et guardarà a tu [...]."

Sant Agustí d'Hipona

Recordo que al poc temps d'haver iniciat l'anàlisi del senyor H., el vaig trobar a la parada d'un autobús que es trobava a pocs metres de la porta del despatx. Venia caminant per la vorera i des de lluny el vaig veure al costat d'altres persones a la fila. La sessió amb ell s'iniciava en uns deu minuts i no vaig comprendre gaire bé perquè anava a prendre l'autobús just en aquell moment. Vaig passar davant d'ell, em va saludar cordialment, el vaig saludar també i va romandre allà, vaig seguir el meu camí i vaig entrar al despatx. A l'hora exacta que li corresponia, va tocar el timbre i va entrar.

Després de la salutació comenta: "Ja sé, es preguntarà perquè estava allà, cert? Li explico: jo solc arribar aviat i no vull ser impuntual, així que he d'esperar uns minuts. Si em quedo per allà, sense fer res, puc ser sospitos, no m'agrada que em mirin desconfiant. Si m'assec en un banc d'una plaça semblarà que no tinc res a fer, així que l'únic lloc en el qual puc esperar és on els altres també esperen."

El senyor H és un home d'uns quaranta anys, treballa des de fa anys en una caixa de pensions i viu amb la seva dona i dos fills petits (3 i 4 anys). En el seu treball té un alt càrrec i per això sol viatjar a altres punts del país, on fa alguna xerrada i organitza treballs de grup per a presentar les diferents innovacions sobre inversions que s'implementen des de l'empresa. La seva consulta inicial va ser arran d'una situació que va viure en un dels viatges que fa. En aquella oportunitat, mentre estava presentant una estratègia de treball, es va sentir seduït per una dona del públic, i ell era conscient que també emetia senyals de seducció cap a ella, que la buscava amb la mirada. Va succeir que després de la reunió, quan es va produir la possibilitat d'aproximar-s'hi, va reconèixer amb claredat que aquell joc de seducció podria tenir resultats concrets. En aquell instant el seu cos li va començar a tremolar, o això és el que ell sentia o recorda. Li va dir algunes paraules i va marxar del lloc. Aquella situació l'havia espantat i va considerar necessari comprendre què és el que havia succeït.

Al llarg de l'anàlisi, allò que hauria estat una situació d'espant, es transformaria en una més de la sèrie de situacions en les quals es trobava disposat a fugir, però que, en la paradoxa del símptoma obsessiu, ell mateix havia buscat produir a qualsevol preu, encara davant de la possibilitat, com assenyalava, de "ser descobert per la meva esposa". La seducció envers les dones era una cosa que ell deia no poder evitar, sentia que elles el temptaven, però quan s'havia de produir la trobada sexual, necessitava abandonar l'escena. Això no significava que ho fes, molt al contrari, romania allà però sentia que no era capaç de dominar el seu cos: "No em puc deixar portar per les sensacions agradables que em provoca estar davant d'aquella dona que desitjo en aquell moment, i començo a raonar el que he de fer, com si fos una equació matemàtica, estic

pendent dels temps, la llum, els sons, el lloc, tot ha d'estar en ordre. El temor de no estar a l'altura del que ella espera, i l'esforç que faig perquè succeeixi és tal, que difícilment puc assolir el clímax sexual".

Amor de mare

Si ens remetem a l'origen estructural és possible reconèixer, a diferència de la histèria, que l'obsessiu hauria sentit massa amor de la seva mare, un amor que l'ha objectivat en una investidura fàl·lica de preferència. Aquell fill ha donat a la mare el que en el pare no ha aconseguit trobar. Però no es tracta per això d'un pare forcluit que podria derivar en una psicosi, sinó d'un pare que fa la llei però sobre el qual la mare no rep el que espera (d'un pare real, vegeu el complex d'Èdip en el mòdul I). Aquesta situació que es produeix des del discurs de la mare ofereix als ulls del nen la possibilitat d'una substitució, una oportunitat que el nen sigui objecte de desig. Per això hi haurà en l'obsessiu una nostàlgia de l'ésser, ja que és en aquest moment de l'origen estructural on el que s'ha de produir és el passatge de ser a tenir, dilema en el qual s'ha trobat entre el discurs de la mare i les ambigüitats del paper simbòlic del pare.

La cura que el senyor H feia evident, es reconeixia en la pulcritud que pretenia en les seves maneres, vestimenta i accions, i també també en el malestar que li produïen, que relatava amb freqüència, els qui no eren capaços de ser puntuals, responsables en les seves tasques, eficients en allò que s'esperava d'ells: "Quan he organitzat una reunió i la persona que he citat no es presenta a temps, sento una forta ràbia i enuig, tant que quan és al davant meu, no puc començar la reunió fins passats uns minuts. S'ha d'adonar que no ha complert el que va acordar, ho ha de fer per si mateix, no li ho dic directament. Només quan em demanen disculpes i reconec que són sinceres, el meu humor canvia i puc continuar amb el previst."

El senyor H és el major de quatre germans, amb una diferència de cinc anys amb el germà que el segueix. El seu pare no representa per a ell més que algú "al marge"; el presenta com una persona correcta, traçut amb les mans i amb un cercle d'amistats extens. En realitat totes dues (pare i mare) són persones a qui agrada reunir-se amb amics i organitzar esdeveniments i celebracions, una cosa que el senyor H tractava d'eludir. La seva mare és algú que li produeix cert rebuig actualment "diria no sé com treure-me-la de sobre". Els seus records la presenten com sobreprotectora, potser asfixiant, però no obstant això, sent que li deu el seu afecte.

En una de les sessions em va relatar: "Li contaré, possiblement d'una manera que no és fidel a l'original, un breu conte que em contava la meva àvia i la meva mare quan jo era molt petit, potser quan tindria quatre o cinc anys. Hi havia una vegada un nen que era molt bo i que vivia amb els seus pares; la seva mare el cuidava i estava sempre pendent d'ell. Li preparava el berenar del col·legi amb el que més li agradava, li explicava contes i li cantava perquè pogués dormir. Un dia va veure uns nens jugant a la plaça i va voler jugar amb ells. Ell li ho va explicar a la seva mare i ella li va dir que anés amb compte perquè no tota la gent és bona. Igualment el nen va anar a la plaça l'endemà i va dir als altres nois que volia ser amic d'ells. Aquests li van dir que només ho podria ser amb una condició: havia de passar una prova per a demostrar que volia estar amb ells. Així, ells li van demanar que els portés el cor de la seva

mare. El nen ho va fer, i mentre anava corrents cap a la plaça amb el cor de la seva mare embolicat en un mocador, va caure al terra. Quan estava amb el genoll ensangonat, va escoltar la veu de la seva mare que provenia del cor i li deia: «T'has fet mal, fill meu?»".

Evidentment no es tractava d'un conte qualsevol, tant per la seva temàtica com per haver-ho recordat en una de les sessions en les quals hauria aparegut novament el record d'aquella dona de la qual va fugir espantat. Sobre aquell conte, vaig imaginar que es tractava d'un relat de la tradició oral, una història amb moral que àvia i mare compartien. Tanmateix, en indagar sobre això en diferents textos, vaig trobar que es tracta d'un conte que s'atribueix a Auguste Émile Faguet (assagista francès, 1847-1916), però en la seva versió no es tracta d'un nen i la seva mare, sinó d'un adult i la seva mare, i la qui demana el cor de la mare és l'esposa de l'home. El final d'altra banda, és el mateix: "t'has fet mal, fill meu?".

En la neurosi obsessiva, Freud reconeix, com hem vist en el cas de l'home de les rates, la constant preeminència del sentiment de culpabilitat, un sentiment que apareix manifestat en retrets que, sorgits davant de situacions actuals, el remetent a vivències experimentades en la infantesa en relació amb el plaer sexual. Les representacions d'accions passades que han estat modificades per la repressió s'actualitzen mitjançant afectes obsessius com l'angoixa, l'angoixa hipocondríaca o la vergonya, en els quals el temor, com a substrat d'aquells afectes, és abans que res temor de ser descobert per l'altre. En aquest sentit, el temor és defensa i permet sostenir la ritualització i l'ordre de l'obsessiu, amb la finalitat de ser confiable, no fallar. Així l'obsessiu aconseguirà la neutralització del desig, en aquest intent de cobrir tots els intersticis per on pugui sortir la falta i, per tant, la demanda, si demanda és el que aquell altre desitja.

Això el remet a l'origen de l'estructura sobre dos aspectes: si hi ha desig (recordant que el desig és desig de l'altre) és que no posseeix l'estatut fàl·lic per a la seva mare, i per tant desitja més enllà d'ell, i d'altra banda la llei del pare ha existit i està present, i amb això els retrets amb ell mateix també ho estan.

A partir d'aquestes ressenyes clíniques d'un cas de neurosi obsessiva, hem volgut mostrar les modalitats d'extremada sofisticació que aquesta neurosi construeix per a escapar de les exigències del desig.

C) Fòbia

La fòbia en Freud: el cas Juanito

El que caracteritza la fòbia és un sentiment de pànic que el subjecte experimenta davant animals, objectes o situacions espacials. En alguns casos la por és tan extrema que el subjecte ha d'organitzar estratègies d'evitació que li impedeixen el normal desenvolupament de la seva vida quotidiana.

Coneguda des de fa molt de temps –la seva denominació prové del grec *Phobos*, deïtat a la qual els guerrers retien tribut abans de les batalles–, és amb Freud que la fòbia adquireix un estatut clínic.

Qualsevol persona ha patit algun atac de pànic en un moment o altre de la seva vida, però on més es pot apreciar i és gairebé impossible que no ocorri és en la infantesa. És estrany trobar nens entre els tres i els cinc anys que no presentin alguna por, focalitzada generalment en animals que, fins a cert punt, poden ser considerades normals. La por de la foscor també s'ha de considerar un símptoma fòbic. La persistència del símptoma i la seva intensitat és el que permet valorar-lo com a patològic.

Segons el seu objecte s'han descrit diferents tipus de fòbies: la zoofòbia designa la por dels animals i insectes, la hidrofòbia és el temor a l'aigua, l'agorafòbia és el temor als espais oberts, i la claustrofòbia la por dels espais tancats, la més coneguda és la por de pujar als ascensors.

Freud va abordar per primera vegada el problema de les fòbies a *Las neuropsicosis de defensa* (1894), i les va tractar de manera més àmplia un any més tard, per a tornar-les a esmentar en el seu primer treball sobre la neurosi d'angoixa (1895). No va deixar de demostrar la seva dificultat per a resoldre satisfactòriament la seva interrogació sobre la fòbia i sobre els mecanismes que la determinen i es pot assenyalar que és un tema no tancat en la seva obra.

Amb posterioritat als articles citats, Freud intenta una nova distinció entre les representacions obsessives amb base física, d'una banda, i, d'altra banda, les fòbies, sense base física, que segons dirà "formen part de la neurosi d'angoixa". Agregarà a això una complicació més quan divideix les fòbies en dos grups, d'acord amb la naturalesa del seu objecte i, a més, per la separació d'una altra classe de fòbies "les quals es podrien anomenar *traumàtiques*" i que es vinculen "amb els símptomes de la histèria".

En el seu treball sobre la neurosi d'angoixa la principal distinció no és la que es traça entre representacions obsessives i fòbies, sinó una altra vegada entre les fòbies que pertanyen a la neurosi obsessiva i les que pertanyen a la neurosi d'angoixa: una vegada més, la diferenciació es basava en la presència o absència d'una base física de la malaltia.

Fòbia

El terme *fòbia* ha estat usat per la psiquiatria com a substantiu per a designar una neurosi, el símptoma central de la qual és el terror continu i immotivat del subjecte davant d'un ésser viu, un objecte o una situació que per ells mateixos no representen cap perill real.

Freud interromprà durant quinze anys les seves aportacions al tema que ens ocupa fins a arribar el 1905, any en què en la trobada amb un cas, el qual no tractarà directament, sinó per mitjà del seu pare que és qui dirigeix la cura, oferirà la seva aportació més important a partir de l'historial clínic conegut com el cas Juanito, "Análisis de la fobia de un niño de cinco años". Aquest cas inaugura el treball psicoanalític amb nens i també la pràctica de la supervisió.

Juanito temia ser mossegat per un cavall lligat a un carro, semblava témer fonamentalment la possible caiguda del cavall i l'enrenou o soroll que podria fer en caure. Com vam dir anteriorment, Freud no va conduir directament la cura, sinó indirectament, a través del pare de Juanito, que era el seu alumne. El petit, malgrat el seu enclaustrament a causa de la fòbia, era un nen molt despert i summament lúcid que es mostrava irònic davant les interpretacions que rebia sobre el seu comportament o sobre allò que deia, interpretacions sostingudes en la teoria freudiana sobre el complex d'Èdip i l'angoixa de castració.

La cura s'orienta a partir del seu treball sobre la diferència sexual, l'origen dels nens, qüestions que porten el nen a l'elucidació que el cavall és l'objecte extern que ve a ocupar el lloc de substitut fàl·lic. Això permet a Juanito la resolució de la seva fòbia, i a Freud poder demostrar com la fòbia està lligada a les vicissituds del complex d'Èdip i la conseqüent angoixa de castració que experimenta el nen quan descobreix determinats fets de la vida sexual, fonamentalment la diferència sexual, l'origen dels nens i el seu lloc en la filiació, que obtindran la seva regulació a partir del trànsit pel complex d'Èdip.

Introdueix després una nova entitat clínica que denominarà *histèria d'angoixa*. Respecte al tema de la fòbia, dirà que: "correspon veure en elles meres síndromes que poden pertànyer a diverses neurosis, i no fa falta adjudicar-los el valor d'uns processos patològics particulars"; i va proposar que es donés el nom *d'histèria d'angoixa* a un tipus particular de fòbia, el mecanisme de la qual s'assemblava al de la histèria.

A l'historial clínic de Juanito i en el posterior de l'"Home dels llops" (1918), Freud va donar la seva aportació fonamental sobre la fòbia, encara que és necessari assenyalar que serà a *Inhibición, síntoma y angustia* (1920) on revisarà la seva aportació anterior.

Entre els successors de Freud, la paraula *fòbia* tendeix a representar el concepte *d'histèria d'angoixa*, expressió encunyada originalment per Stekel, i represa per Freud, ja que li permetia ubicar la sexualitat en el centre del símptoma fòbic.

Els successors de Freud es van interessar molt en les fòbies infantils i, en conseqüència, essencialment en els terrors inspirats per animals. Com en l'art i la literatura, són gairebé sempre el principal vector del símptoma fòbic i, per tant, de l'angoixa.

La fòbia en l'ensenyament de Lacan

Jacques Lacan és qui atorga un estatut estructural a la fòbia. Al seu seminari "La relación de objeto" planteja que la fòbia és un significant, és a dir que l'objecte fòbic té una significació particular per al subjecte i li serveix per a protegir l'angoixa fonamental: "Per a tapar una cosa que no es pot resoldre en el nivell de l'angoixa intolerable del subjecte, aquest no té cap altre recurs que inventar-se un tigre de paper".

D'acord amb Lacan és imprescindible distingir l'objecte significant (o significant fòbic) de l'objecte fetitxe: el primer s'inscriu com un símptoma de l'estructura neuròtica (histèria, neurosi obsessiva), mentre que el segon correspon a l'estructura perversa. El fetitxe serveix al pervers per a procurar-se un gaudi dins d'unes coordenades específiques que no admeten cap substitució (el voyeurista, per exemple, només pot gaudir mirant en determinades circumstàncies que no poden variar), mentre que el significant fòbic, per al neuròtic, el protegeix contra la desaparició del desig. En la perversió, el fetitxe és la modalitat de renegació de l'absència de penis en la mare, mentre que per al neuròtic, l'objecte fòbic serveix per a protegir-se de caure en la identificació de l'objecte que falta a la mare mantenint-la com a desitjant. Això és el que significa el cavall per a Juanito. Fa de la fòbia una metàfora paterna que li permet simbolitzar, encara que al preu de la fòbia, el real del gaudi fàl·lic.

A partir de la promoció del símptoma fòbic a la condició d'entitat nosogràfica que té actualment, s'han desenvolupat dues posicions ben diferenciades:

- 1) la que el considera formant part d'una estructura més àmplia, i
- 2) la que el considera en si mateix una estructura independent.

Per a Lacan, no seria potser possible considerar-lo com una estructura neuròtica equivalent a la histèria o la neurosi obsessiva, al seminari XVI, "De otro al otro", ho diu explícitament: "No se puede ver allí una entidad clínica –dice–, sino más bien una *plataforma giratoria*, algo que debe ser dilucidado en sus relaciones con aquello a lo que más comúnmente vira, a saber, los dos grandes órdenes de la neurosis, la histeria y la obsesión, pero también en el punto de juntura que establece con la perversión".

2.3.2. La psicosi

Pensar en la concepció psicoanalítica de la psicosi és pensar, també, la clínica estructural. Al llarg dels seus treballs, i ja des dels seus primers articles, Lacan va esbossant una definició d'*estructura* i de l'estructura de la psicosi, en la qual preval la perspectiva imaginària.

A "Acerca de la causalidad psíquica", text clau de 1946 on Lacan aborda, davant d'un públic de neuròlegs i psiquiatres la psicogènesi de la bogeria, l'estructura apareix referida al desconeixement narcisista que s'enllaça amb l'estructura de la bogeria. Preval, així, una perspectiva imaginària.

Anys més tard, el 1953 i en un altre text també fonamental "Función y campo de la palabra y del lenguaje", per diverses raons –una d'aquestes lligada a la pràctica analítica de la sessió variable– Lacan modifica la seva definició de la bogeria. Diu llavors:

"En la locura, cualquiera que sea su naturaleza, nos es forzoso reconocer, por una parte, la libertad negativa de una palabra que ha renunciado a hacerse reconocer, o sea lo que llamamos *obstáculo a la transferencia*, y, por otra parte, la formación singular de un delirio que –fabulatorio, fantástico o cosmológico, interpretativo, reivindicador o idealista– objetiva al sujeto en un lenguaje sin dialéctica."

La bogeria llisca així de l'imaginari al simbòlic, que es tradueix en la falta de dialèctica del discurs del pacient.

Lacan planteja l'estructura com a significant, cosa que li permet distingir que els elements són equivalents al conjunt de l'estructura, si l'entenem com un conjunt les parts del qual estan estructurades i són susceptibles de simbolitzar totes les relacions definibles per al conjunt.

Finalment, i des de 1958, a "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud", Lacan planteja l'estructura com a significant: l'estructura és estructura del llenguatge, que en la psicosi es caracteritza per la forclusió del significant del nom del pare.

La psicosi és determinada per un dèficit simbòlic primordial en la construcció del subjecte: la forclusió del nom del pare, això és, l'absència d'un mecanisme que permeti metaforitzar el real.

Això dóna lloc a l'aparició d'una discordança en el simbòlic correlativa a una dissolució imaginària. Prenguem l'exemple del cas presentat més endavant: "Els cops de la vida". En aquest cas la invasió de gaudi sense sentit apareix com un moment determinant en la psicosi, com a desencadenant d'aquest procés. Això es veu en la notícia, "aquesta és la teva mare", impossible de subjectivar i que, al costat de la imatge d'una dona boja balancejant-se, es presenta per a la subjecte com un gaudi sense sentit possible.

L'al·lucinació apareix com a resposta: sorgeix com un primer intent del subjecte de trobar un sentit que li ve del real quan li falla la carcassa simbòlica (metàfora paterna), que podria explicar alguna cosa d'aquest fet sense sentit. "Jo sóc el diable" és ja una resposta que indica el matís malenconiós de la indignitat que després es desplegarà en una altra sèrie (petitesa, minusvalidesa, etc.).

S'observa com l'absència simbòlica del pare i la falta del dispositiu simbòlic de la castració condueix la pacient al rebuig de l'inconscient. Aquests "cops" no formen una cadena significant capaç de metaforitzar-se com seria el cas d'una

neurosi: "la vida em colpeja" que diria un neuròtic queixós. Aquí es tracta dels cops com la presència del pare en el real, un significant "amo" (S1) sense remissió possible a un altre significant capaç de donar-li una significació.

Finalment, un deliri com a pedaç, una suplència que estabilitzi aquest ordre del món trastocat. La subjecte es col·loca com a ajudanta-assistentia (tal com ella va ser atesa per aquesta figura de la mare de l'amor que va ser per a ella l'àvia) que necessita un altre al costat, figura que implica també el persecutori, la vigilància moral davant de la qual ella no pot fallar (d'aquí la seva terrible autoexigència). Aquesta figura en la qual apareixen la treballadora social, els metges i el mateix analista pot ser també la de l'altre que està allà quan se'l necessita, però no ha d'oblidar que a la rereguarda s'espera un cop del qual seria l'agent, d'aquí la impossibilitat del cas.

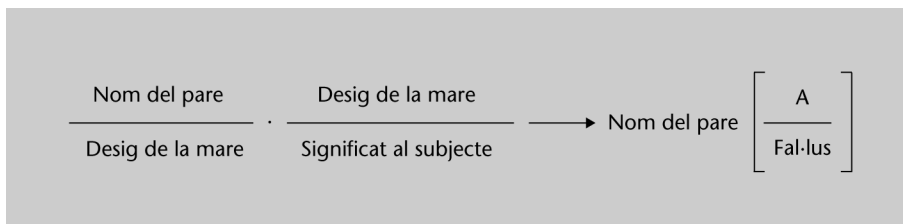
Resumim la seqüència que ens permet entendre la lògica del cas, situar l'estructura com allò a partir de la qual cosa és possible entendre la fenomenologia psicòtica. Hi ha una irrupció del real de manera enigmàtica i sorprenent (fenomen elemental-automatisme) que produeix una ruptura subjectiva (catàstrofe imaginària) a la qual segueix una resposta al·lucinatòria que retorna del real. A partir d'aquí el subjecte tractarà, mitjançant la constitució d'un deliri, de trobar ja una sortida curativa a tall de suplència d'aquesta metàfora paterna forcluida.

La metàfora paterna

Veiem, doncs, com per a Lacan la referència a la funció simbòlica del pare resulta crucial per a entendre la psicogènesi de la bogeria. Lacan no es refereix al personatge del pare sinó a la seva funció i ho fa assenyalant l'operació de substitució, de metaforització que compleix aquesta funció. Aquest nom del pare és un operador simbòlic capaç de produir una significació fàl·lica, això és de proporcionar al subjecte un sentiment de la vida, una cosa que no per resultar-nos òbvia als neuròtics, ho és en la construcció del subjecte. El cas descrit precisament mostra com la vida pot tenir el color de la mort, ser "una vetlla" per a un subjecte que no ha accedit a aquesta significació fàl·lica.

La metàfora paterna consisteix, doncs, en la substitució del desig de la mare pel significant del nom del pare, la qual cosa indica que el nom del pare sosté el desig, ja que introdueix un límit entre la mare i el nen, i produeix la inscripció del fal·lus en l'Altre. La resta de l'operació, ja que no tot és metaforitzable, és l'aparició de l'enigma del desig de l'Altre.

Lacan introdueix la fórmula definitiva de la metàfora paterna a "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (l'havia plantejada per primera vegada al *Seminario V*). Aquesta metàfora produeix la substitució del desig de la mare pel significant del nom del pare. Ho escriu de la següent manera:



L'escriptura *desig de la mare / x* indica que no hi ha una relació directa entre el nen i el pare, sinó que està metaforitzada pel DM. Aquest DM en realitat no és un desig sinó que fa referència a un gaudi sense llei, com es veu bé en el cas clínic ja mencionat, on la mare de la pacient fa partícip a la subjecte de les seves idees delirants sobre la maldat del món sense que res posi límit a aquesta intrusió.

El nen respon a l'enigma del significat del subjecte, per tant, a través de la incidència del pare. Per això diem que el *nom del pare* és un significat, ja que el pare actua per mitjà del seu nom produint al lloc de l'Altre un efecte de significació fàl·lica. La conseqüència que es desprèn de la distinció entre el pare real i la seva funció simbòlica és que *pare* és llavors un significat que es distingeix de la paternitat biològica.

Quan aquest significat és convocat i no apareix –perquè està absent– és quan assistim al desencadenament de la psicosi. Aquesta seqüència reapareixerà en el cas presentat més endavant, en el moment en què la treballadora social li planteja la necessitat de desprendre's del pare. Allà s'evidencia la impossibilitat de separació d'aquesta figura que no és possible pensar per al psicòtic com una funció simbòlica, sinó com una cosa real que es presenta com una voluntat de gaudi. No és possible separar-se d'ell sinó és sota la forma d'una agressió i/o autoagressió. Això explica que la resposta de la subjecte tingui aquesta forma al·lucinatòria de la veu diabòlica que li exigeix passar a l'acte. El pare apareix com a real en lloc de com a significat que podria metaforitzar el gaudi, donar una significació a aquesta situació sense sentit.

La forclusió del nom del pare al lloc de l'Altre, en el simbòlic, i el fracàs de la metàfora paterna tenen, per tant, com a efecte una estructura: la de la psicosi.

Modalitats

La psicoanàlisi d'orientació lacaniana parteix d'una tesi bàsica (ja explicada en l'apartat sobre la clínica estructural) que podríem enunciar així:



El sacrifici d'Isaac (oli sobre tela), Michelangelo Merisi (Caravaggio) 1590-1610. Florència: Galleria degli Uffizi

Més enllà de les varietats nosogràfiques (paranoia, esquizofrènia, mania, malenconia) hi ha una unitat estructural de la psicosi i aquestes variants són provocades per la posició que el subjecte adopta davant el seu Altre que se situarien entre la pura xenopatia i esquarterament de la imatge del cos, o bé la reunificació de la personalitat mitjançant una metàfora delirant.

El cas plantejat estaria situat en l'interval d'aquesta polaritat, ja que si bé no podem ubicar una construcció delirant sòlida, sí que trobem una suplència que permet al subjecte certa reunificació.

Per a resumir la categorització de les modalitats de psicosi, podem distingir de manera breu i amb el risc de caure en una simplificació, tres tipus:

1) Paranoia

Modalitat en què el vincle amb l'altre es manté sòlid, si bé intervingut per una certesa que l'altre és un perseguidor que busca la meua destrucció. El deliri apareix com la modalitat *princeps* de tractament de l'impossible: el paranoic identifica en l'altre una voluntat clara de gaudi de la qual s'ha de protegir, però alhora –i aquesta és la paradoxa– la seva existència depèn d'aquest altre. D'aquí la dificultat en la relació transfe-rencial, ja que qualsevol temptativa de persuasió no fa sinó confirmar al paranoic la seva certesa que l'altre li vol fer mal.

Lacan estudia la interpretació delirant a partir del fenomen de la "significació personal": el psicòtic simbolitza el que succeeix en termes de significació.

La constitució de la interpretació delirant es produeix en dos temps: un primer moment en què apareix el fenomen elemental, neutre, amb ruptura de la trama subjectiva i inquietud; i un segon moment en què apareix una frase, autoreferencial, resposta al·lucinatòria que retorna des d'allò que és real.

Quan el psicòtic s'ubica en el deliri, com a "garantia de l'ordre del món", posa un límit al gaudi invasor i elucubra un saber que li permet crear la seva pròpia llei com a suplència de la falta de la llei paterna.

2) Psicosi maniacodepressiva

Mania i malenconia són entitats perfectament delimitades per la psiquiatria clàssica i represes per la psicoanàlisi. Històricament, la psicosi maniacodepressiva es considera com un model de malaltia endògena. Freud va utilitzar particularment les descripcions de Krafft-Ebing i Kraepelin.

El cas presentat el podríem incloure com un exemple d'aquesta modalitat, en el qual predomina el vessant malenconiós. El principal indicador és la manera com tracta la seva falta-de-ser. Sabem que en la neurosi hi ha un justificant de recepció de la percepció d'aquesta falta, la seva posterior repressió i el seu retorn sota la forma simptomàtica. La culpa apareix, doncs, reprimida. És a partir d'aquí que el subjecte histèric es pot identificar amb l'objecte perdut com a mecanisme de constitució del símptoma i totes aquestes formacions apareixeran lligades a aquesta castració acceptada i reprimida: el dolor d'existir, el sacrifici anorèctic com a forma de reactivació del desig, la seva vacil·lació sobre el ser, etc.

En la psicosi, en canvi, i més concretament en els quadres malenconiosos, hi ha un rebuig constitutiu del saber. Aquesta frase "aquesta boja és la meva mare" queda com un significant 1 que no remet a res. Queda holofrasejat i en el lloc de la repressió apareix la identificació amb l'objecte com a mecanisme de retir del món. La impossibilitat de constituir un símptoma fa que en el real torni la culpa (al·lucinació) i el sacrifici (anorèxia com a suïcidi) i el dolor d'existir en estat pur. No hi ha vacil·lació de l'ésser, sinó la certesa de ser una desferra, deixada caure. Ella mateixa ho assenyala bé quan comenta la seva certesa d'haver estat abandonada en el tancament adolescent, per exemple.

Finalment l'absència d'un deliri sistematitzat, aquesta falta d'imputació clara de voluntat de gaudi a l'Altre és el que fa d'aquest cas una malenconia i no una paranoia. En lloc del deliri persecutori apareix la culpa delirant. En lloc de colpejar l'altre sorgeix el sacrifici suïcida, i en absència d'una certesa d'abús apareix una certesa de desferra.

El tret clínic més important de la malenconia, i que el distingeix de la resta d'estats depressius, és la culpabilitat i el sentiment profund d'indignitat. És una certesa delirant d'autoacusació que no concerneix a la imatge especular, sinó que es troba tota en el terreny del simbòlic.

Per a un diagnòstic precoç de la malenconia no només cal situar els moments depressius més importants, sinó també els fenòmens depressius aïllats, no inscrits en la història del subjecte ni relacionats amb els seus símptomes. Aquests moments depressius de "rebuig de l'inconscient" tenen el mateix valor diagnòstic que els "fenòmens elementals" en les altres modalitats de psicosi

A "Duelo y melancolía", el concepte freudià de mania se centra en la noció de pèrdua de l'objecte; el jo domina aquesta pèrdua. Malgrat que la mania és una entitat ubicada en psiquiatria dins de les alteracions de l'humor, la psicoanàlisi no considera que l'eufòria sigui la seva característica més important, ja que sovint no hi és present. El símptoma principal que caracteritza la mania és la fuga d'idees, que per la seva intensitat pot donar com a resultat una excitació mortal.

3) Esquizofrènia

Més que parlar de l'esquizofrènia convé dir les esquizofrènies. Així, cas per cas, es podrà ubicar en el pacient el que l'ordena, les raons que troba, irrupcions i discontinuïtats, i finalment les sostraccions de gaudi que hagi aconseguit. Però l'esquizofrènic sempre –en diferents combinacions– ens demostrarà que hi ha un punt on no hi ha defensa per mitjà del simbòlic, davant el qual no té llei: el real.

La forclusió mostra en l'esquizofrènia la pluralització del significat amo.

En el símptoma esquizofrènic hi ha un predomini de la relació de paraula sobre la relació de cosa. L'esquizofrènic assenyala que la combinació de significants no implica l'efecte de significat: recorre al llenguatge d'òrgan. Retira l'investiment pulsional de les representacions de cosa, però manté l'investiment de les representacions de paraula (en un intent de cura). Per això per a Freud, el que és peculiar de l'esquizofrènia és l'absència de traducció de les coses a les paraules.

Si la significantització d'un òrgan, el penis per exemple, condueix a situar-lo fora del cos, una significantització generalitzada dels òrgans permet dir que tots els òrgans són fora del cos. Quan el simbòlic retalla el cos, el gaudi se'n separa: una part de gaudi queda perduda per sempre, i una altra queda localitzada tant en l'*objecte a* com en el fal·lus, que constitueixen així gaudis separats del cos.

Aquesta posició "fora del cos" del gaudi resulta fonamental respecte a la funció fàl·lica i permet entendre que en l'esquizofrènia no es tracta d'un cos sense òrgans, sinó d'un cos sense discurs.

La noció clàssica situa l'esquizofrènia com la psicosi típica de l'adolescència. El desencadenament es vincula al pas definitiu a la norma. L'eixam de significants amo en l'esquizofrènic, la pluralització a què ens referíem abans, equivalen a la seva desaparició i a la dispersió de les identitats, la qual cosa fa el púber inconsistent per a respondre en el social: tot el simbòlic es torna real.

En l'esquizofrènia –a diferència de la paranoia– és característic el fenomen d'una identitat precària.

Cas clínic: "Els cops de la vida"

El cas que us proposem per a il·lustrar l'apartat de la psicosi és atès en un servei d'atenció psicològica d'una institució pública de serveis socials. Aquest context institucional possibilita que bona part dels casos siguin atesos per diversos professionals, a la manera d'una xarxa assistencial: treballadors socials, educadors, treballadors familiars (assistència domiciliària), psiquiatre i psicòleg, etc.

Aquesta modalitat va ser implementada en l'atenció d'aquest cas, i presenta matisos particulars dels quals anirem donant alguna informació en la presentació, com a reflexió sobre la intervenció del psicoanalista en la institució. Es tracta, doncs, d'un cas que podríem considerar com a exemple de psicoanàlisi aplicada.

Presentació

S és una dona de trenta anys que acudeix a aquest servei d'assistència social amb la petició d'ajuda per a resoldre els seus problemes familiars (viu amb el pare i la mare): falta d'autonomia de la mare a causa d'un trastorn mental (diagnosticada d'esquizofrènia) i conductes violentes i despòtiques del pare (manca d'higiene personal, autoritarisme en la relació amb ella i amb la mare, alcoholisme), que a més les obliga sovint a mantenir tancats els finestrons de les finestres per a evitar la mirada dels veïns.

La treballadora social, després d'unes primeres entrevistes, li proposa una consulta amb l'analista a causa de les seves queixes i malestars, amb canvis d'humor que li provoquen freqüents decaïments i li impedeixen mantenir una regularitat en el vincle amb el servei i en el compliment del pla de treball acordat.

S es presenta en la primera entrevista i manifesta algunes reticències ja que no li agrada prendre medicació. Si ve ara, que està millor, és perquè "tem el cop més fort". Afegeix a continuació que ha tingut dos fracassos, al·ludint el seu pare i el seu exmarit, tots dos alcohòlics, i que s'ha volgut suïcidar un munt de vegades.

Té també una primera interpretació de la seva vida: la cosa es va complicar quan la seva àvia (paterna), que tenia cura d'ella va morir quan ella tenia onze anys. Poc després va rebre un fort cop del pare que li va produir una hemiplegia facial que encara perdura i que dóna al seu rostre un aspecte sinistre amb el pòmul enfonsat i el costat dret de la cara com mort per la falta d'irrigació sanguínia.

Per conduir aquesta primera entrevista, manifesta el desig d'anar-se'n d'aquesta casa, ja que "és una vetlla i la vida és fora".

En les següents entrevistes relata el que ha estat la seva història i els cops que la vida li ha donat. Quan va néixer va quedar a cura de l'àvia paterna per impossibilitat de la mare (psicosi delirant) fins als quatre anys, moment en què

l'àvia la deixa amb els pares per anar a ocupar-se de l'avi malalt. Fins llavors S desconeixia, segons diu, la seva relació amb la mare, figura que només associava a la seva àvia. Aquesta li presenta "de cop" la mare, que estava asseguda balancejant-se, sense parlar, amb aquesta frase: "aquesta boja és la teva mare". S no podia creure-ho.

Des dels quatre fins als onze anys va viure i va dormir amb la mare que no parava de parlar-li dels seus temors i de les idees malignes que percebia al món. S era testimoni permanent del deliri matern que situava a l'exterior de la casa perills, idees persecutòries i de les quals havia de protegir-se havia de protegir-se.

Als deu anys registra un episodi que considera clau: es trobava amb la germana –deu anys més gran– contemplant un llibre amb il·lustracions sexuals, sota de la taula. El seu pare les va descobrir i li va donar un cop a la cara, arran del qual va començar progressivament a perdre la vitalitat del costat esquerre i això va deformar-li el rostre.

Però el vertader cop es produeix un any després, amb la mort de l'àvia a partir del qual va presentar un rebuig radical de l'alimentació, que obliga a ingressarla en un servei psiquiàtric on és diagnosticada d'"anorèxia mental" i és derivada a una comunitat terapèutica on roman en règim de tancament i fortament medicada fins als divuit anys. Durant aquest temps no té cap contacte amb els seus familiars, per prescripció mèdica. Segons va saber després, la germana i els pares van assistir a alguna sessió de teràpia familiar sense permetre'ls visitar-la.

Amb la majoria d'edat surt del centre i viurà amb una amiga, expacient d'aquesta comunitat. Al poc temps, després d'un intent d'autolesió, passa un mes ingressada en un hospital psiquiàtric.

Quan en surt coneix un home amb el qual viu en parella durant deu anys, relació que es trenca arran d'una discussió en la qual aquest la pega i ella el denuncia, i se'n torna a viure amb els pares decidida que "això (l'agressió) no tornaria a passar".

La sèrie dels cops

Aquest fet marca així el retorn al punt de partida, després del seu itinerari extrafamiliar i permet captar el lloc central que ocupa aquest significant –cop– que sorgeix sol, fora de la seva articulació a la cadena significant. Això és, com un significant sense sentit, que no remet, no s'associa, a d'altres, i a més correlacionat amb el plaer de l'Altre, aquesta significació que la pacient atribueix al pare d'una intencionalitat agressiva vers ella.

Davant d'això el subjecte farà una sèrie amb els cops de la vida: el descobriment de cop, a quatre anys, que "aquella boja era la meva mare", el cop brutal que el seu pare li dona als deu anys, el cop que suposa per a ella la mort de l'àvia i finalment el cop que rep de la seva parella i que redobla el del pare.

En aquesta sèrie trobem, pel mecanisme de forclusió, el retorn, en el real, de la cosa que apareix així nua per al subjecte.

Un fet esdevingut durant el tractament ens permet ordenar els elements del cas. Reapareix, diu, una sensació vella: una veu que li demana –com si fos un diable–, que no mengi, que maleeixi el pare, que el mati i que s'autodestruïxi. És una veu que sorgeix en els buits d'activitat i que apareix després d'una entrevista amb la treballadora social en què la pacient parla de treure's de sobre el pare.

És una veu vella que va començar abans del cop, des que va conèixer la mare "era com un diable". La descriu com una veu ronca i maligna, "com si jo estigués posseïda pel diable". Diu que ara estava com morta i que ha renascut aquests dies que "investigava sobre mi mateixa". En el seu inici aquesta veu es contrarestava amb una altra veu, atribuïda a l'avi que la incitava a viure.

Podem fer, doncs, la hipòtesi d'un primer moment de "desencadenament" als quatre anys, on ella ubica l'aparició, per primera vegada, d'aquesta veu i d'un segon moment clau, un punt de divisió, marcat per la mort de l'àvia, figura protectora que va permetre viure aquesta dona durant els seus primers anys de vida. La seva desaparició obté com a resposta del subjecte una identificació malenconiosa que té en la seva negativa a menjar una manifestació d'aquest plaer mortífer. Hi ha aquí un rebuig de la simbolització i una identificació amb l'odi tornat cap a ella mateixa.

En el primer temps, als quatre anys, davant del cop d'aquesta trobada, hi ha una elecció subjectiva, que verifiquem després, en clau malenconiosa: ella assumeix la culpa, en lloc –com mostra la resposta paranoica– d'imputar-la a l'Altre. En aquesta primera aparició de la veu, quan comença a viure amb la mare, S passa a encarnar el maligne, el *kakón* immund.

En un segon moment, la mort de l'àvia, la retracció de la libido respecte al món exterior és total. L'objecte, en perdre's, revela que no es tractava d'un simple lligam libidinal, sinó d'alguna cosa que apuntava al propi cor del seu ésser: "Alguna cosa dins meu se'n va anar", dirà. No hi ha, doncs, indicis d'una possible vacil·lació sobre el seu ésser, sinó més aviat una certesa: "Aquell mateix dia vaig deixar de menjar, volia treure'm del mig".

Veiem, en aquest cas, com l'anorèxia mental com a fenomen apareix en la psicosi amb un component de mortificació que posa en entredit l'homeòstasi vital del subjecte, diferenciant-se així de l'anorèxia en la neurosi on pot considerarse com una estratègia de reactivació del desig.

Es verifica, doncs, en el cas la fórmula freudiana: "l'ombra de l'objecte ha caigut sobre el jo", si bé les conseqüències per a aquest subjecte s'estenen més enllà de la simple pèrdua d'objecte i apunten a la seva conservació: és la mort del subjecte el que apareix en primer pla.

Dissociació: sense mediació

La relació amb aquest Altre matern, intrusiu i delirant no va trobar cap mediació. Després del primer abandonament de l'àvia (quatre anys), la presència d'un pare que encarna també una figura del gaudi (violent), que no mostra interès per ella, i que deixa en ella una marca, el cop etzibat als deu anys, el dèficit de la impossible construcció simbòlica de l'Altre que es presenta com algú sense falta possible. L'absència de la metàfora paterna fa que aquesta hostilitat retorni en el real, sense possibilitats de repressió i sense defensa alguna, en estat pur.

La veu benigna de l'avi, incitant-la a viure, no arriba per a construir una metàfora, i mostra així "el forat corresponent al lloc de la significació fàl·lica" i el seu correlat en el "desordre provocat en la juntura més íntima del sentiment de la vida en el subjecte". Com ella assenyala "la casa és una vetlla i la vida és a fora", un binari aquest sense dialèctica possible

La seva germana apareix marcada també pel signe de l'abandonament cap a S, deixant-la caure en l'episodi del cop, on defuig la seva responsabilitat, en el seu primer internament "vaig creure que s'havia desfet de mi", i posteriorment en la seva tornada a casa. La germana, que viu en una altra ciutat, està també en tractament psicològic des de fa temps.

Aquest període d'internament es caracteritza, doncs, per una forta desvitalització, un signe d'aquest dolor d'existir en estat pur només temperat per una forta medicació i per les condicions de tancament, en les quals no hi ha visites de la família.

El primer temps (quatre anys), instant de mirar, sense significació, apareix ja aquí, després dels diferents episodis relatats, amb una significació clara d'abandonament "vaig creure que s'havien desfet de mi"; deixada caure, poc després de sortir de la comunitat terapèutica té una temptativa de suïcidi que requereix un ingrés psiquiàtric.

Del diable a l'ajudanta-assistent

El seu treball a partir d'aquí i fins ara serà el de construir-se, amb moltes dificultats, una família on tenir un lloc com a assistent. La seva primera elecció de parella ja posa de manifest aquest tret, ja que tria un home alcohòlic –que requereix atencions constants–, de tendències homosexuals i amb què tan sols manté dues relacions sexuals. Li produïa angoixa que la toquessin.

Aquesta relació de parella dura prop de deu anys i no hi va haver, segons la pacient relata, cap episodi que requereís intervenció psiquiàtrica, ni tampoc va estar en tractament psicològic.

Ella es defineix, d'acord amb aquest sentiment precari de la vida a què al·ludíem abans, com un iceberg, freda, com una cosa congelada que ningú no pot trencar. No pot estimar ningú, i menys els homes. Sense haver estat el fal·lus, absent per complet i que podria articular els dos pols de la negativitat del llenguatge i la positivació del gaudi, com fer un lloc per a l'amor que no sigui aquesta figura gelada de l'amor mort?

En el seu lligam social, escàs i precari, ella aspira a ser l'ajudanta de la seva monitora d'inserció social, i tenir cura de l'ordre del grup, renunciant a qualsevol altra satisfacció per a ocupar aquest lloc, de vegades ingrat, d'ajudanta-assistent. Aquesta mateixa funció li permet un vincle amb la treballadora familiar que s'ocupa de la seva mare i que ella ajuda en algunes tasques. També en relació amb l'única amiga que té, una mica més petita que ella i que acompanya en algunes sortides nocturnes, ella se situa com una assistenta que la vigila.

En aquest sentit és notable la seqüència que segueix a l'aparició de la veu, en el decurs de les entrevistes. L'emergència d'aquesta veu cedeix davant d'un ingrés d'urgències del pare, a causa d'un "atac" que li impedeix respirar. Diagnosticat d'hipotiroïdisme és tornat al domicili on requereix cures permanents. S'hi presta, amb l'ànim de fer d'infermera, assegurar la cura dels pares i ocupar-se que "mengin bé".

Podem pensar que aquesta funció de les cures, ordenada a partir de l'element significant ideal "ajudanta-assistent", i que de vegades implica una funció de sacrifici, serveix a aquest subjecte a tall d'estabilització perquè contribueix a l'alleujament de la culpa per encarnar aquest diable maligne, i li permet establir un vincle amb l'altre.

Estabilització, doncs, precària ja que quan desapareix l'objecte de les cures apareix empitjorada la fenomenologia mortificant: insomni, anorèxia, fatiga excessiva. La pèrdua, actualment, de la seva activitat formativa externa té una incidència directa en el seu estat d'ànim. Apareix la simptomatologia ja referida que S ordena a partir del significant anèmia descrit per ella com a debilitat de la sang i que connecta amb la falta d'irrigació sanguínia al seu rostre.

La resposta mèdica a aquesta debilitat, a la qual ella imputa el perquè del seu abatiment, reduplica la que va rebre (injeccions) en el moment de la catàstrofe subjectiva dels onze anys (mort de l'àvia).

La resposta malenconiosa

La solució trobada per la pacient, solució impossible, ens serveix de guia per a formular la hipòtesi sobre la qual hem construït el cas: la resposta malenconiosa. El seu esforç per a situar-se en aquesta posició d'assistent, ajudant d'aquella àvia que també va tenir cura d'ella i de l'avi, la sosté en una activitat frenètica que frena els impulsos suïcides.

Tenim, d'entrada, de manera molt precoç als quatre anys un rebuig de l'operació de simbolització, l'objecte queda així rebutjat i el subjecte s'identifica amb l'odi envers la cosa. Aquest objecte *vacúol* (desferra) que hauria d'aparèixer, com a resta exterior de l'operació del llenguatge apareix en l'interior mateix del subjecte: aquest objecte indigne, objecte buit, fora-de-sexe, rebutjat com a objecte de la libido i rebel també a qualsevol identificació narcisista. D'aquí que el seu desig no pugui sostenir-se en aquest objecte (iceberg) no assimilable al jo.

El segon moment del cas, la mort de l'àvia, confirma aquesta resposta malenconiosa on la voluntat de gaudi no s'imputa a l'altre sinó que s'assumeix com a destí immund i indigne del subjecte. La dissolució del jo, dissolució progressiva en la malenconia, empeny S en aquest moment de catàstrofe subjectiva a retrobar l'objecte en l'acte suïcida.

No hi ha, doncs, un deliri construït que organitzi la resposta del subjecte davant un gaudi persecutori de l'Altre. Hi ha índexs d'un deliri d'indignitat presents en aquesta autoacusació de ser "un diable maligne", i nombroses referències a un deliri de petitesa que tematitzen la problemàtica del (no) tenir com a preludi d'una temàtica de l'honor (indignitat), menys explícita en el cas.

La seva resposta, no obstant això, apunta a l'honor: desitja tenir una conducta social perfecta i es mostra exigent: ·si jo fallo, falla tot·, per a referir-se a les seves obligacions com a ajudanta-assistentia dels pares.

Dinàmica de la transferència

Des de la seva presentació en la primera entrevista, a la qual acudeix amb reticències, ja que diu trobar-se millor encara que continua tement que li arribi "el gran cop", S posa de manifest que acudeix al servei perquè aquest actui com a defensa davant el pare, que la protegeixi d'aquest gaudi excessiu, que sorgeix com a repetició i la desestabilitza.

Alhora, ja en aquesta primera entrevista, enumera la sèrie (pare, marit) a la qual l'analista s'agrega com un altre agent possible d'aquest "gran cop" que ella tem.

La dinàmica de la transferència es revela, doncs, difícil ja que en el punt de partida trobem el rebuig de l'inconscient i el que això implica com a dèficit de subjectivació i elaboració. L'analista és cridat al lloc d'aquest buit de la forclusió a què Lacan al·ludeix en la "qüestió preliminar". S li demana allà que faci d'oracle i legisli.

Com sortir-se'n, doncs, d'aquesta posició inicial compromesa? Com assenyalem al principi, aquest cas està essent atès per diversos professionals, una treballadora social, una assistent domiciliària, un psiquiatre que atén la mare, i l'analista.

Reflexió

Aquest cas permet una reflexió que us convidem a fer sobre l'actuació de l'analista en un cas de psicosi. La fenomenologia del cas, la seva història –dramàtica sens dubte–, les seves condicions de precarietat social (aïllament), les seves dificultats personals agreujades per la deformació del rostre. Tot això convida sens dubte els professionals a actuar per a tractar de modificar aquests elements. A prendre una posició que podríem qualificar com a proactiva. Es planteja, per exemple, en la discussió de l'equip del cas l'oportunitat de proposar a la pacient una nova operació de cirurgia plàstica encaminada a reparar aquesta deformitat amb l'esperança que així millori la seva sociabilitat. Aquesta proposta és defensada també per la germana que així se la transmet a la pacient.

Quina posició prendre davant això? De quins elements podem partir per a donar suport o no a aquesta proposta? Com calibrar els seus efectes en la subjectivitat d'aquesta pacient? És sens dubte una qüestió que afecta el nucli mateix de la relació transferencial entre l'analista i un subjecte, en aquest cas psicòtic.

Durant aquest temps, quinze mesos des de l'inici, la intervenció de l'analista s'ha orientat en una doble direcció. D'una banda, animar S en el seu treball de reconstrucció familiar, a partir d'aquest significant, ajudanta-assistent, que ella porta, i d'altra banda, promovent un treball en xarxa amb aquests altres professionals que alhora que introdueix elements de límit en la família delirant en què ella viu, li proporciona també la possibilitat, mitjançant accés a recursos socials (prelaborals) de certs vincles que encara que fràgils col·laboren en el sosteniment de cert sentiment de la vida.

Així, en aquest temps hem vist com en els intervals entre moments de gran angoixa per al subjecte, retorna la mortificació del silenci i l'expressió en aquest cos "congelat" que ningú no pot trencar. Certesa que no admet verificació ni cap prova.

Mostra d'aquesta fragilitat –i del requeriment de la presència d'un referent, a qui s'agafa per a la seva construcció d'ajudant– és un episodi ocorregut fa uns quants mesos. L'aparició, en el pare, d'un inici de demència senil, amb

un quadre d'hiperfàgia i excitació sexual, que incloïa conductes d'exhibició i masturbació, reactiu a la medicació, posen, de nou, el real del gaudi com allò impossible de suportar per a S.

La intervenció activa de l'analista i de la resta de professionals, va permetre – mitjançant una interconsulta amb el metge del pare– introduir un límit a les pretensions de plaer de l'Altre que suscitaven una reacció de gran angoixa en S.

Aquest treball institucional –que inclou un assessorament regular a la treballadora social i familiar sobre els límits de la intervenció– ha permès una redistribució de les transferències i així les funcions normatives han quedant vinculades a la treballadora social. Això, creiem, ha facilitat la no-identificació de l'analista amb aquesta funció oracular i ha permès que aquest quedi més aviat situat en una altra sèrie, la de l'avi que la incitava a viure. L'analista es presenta aquí com l'Altre present i de confiança que pot sostenir el subjecte davant aquest ideal.

2.3.3. Perversió

Aquest apartat ofereix una anàlisi preliminar del terme *perversió* com a avant-sala de la conceptualització teòrica que planteja la psicoanàlisi. És important delimitar l'origen del terme *perversió* i les mutacions que han tingut lloc al llarg del temps. Diferents contextos sociopolítics, culturals i disciplinaris han provocat una revisió i reconsideració del constructe fins al que actualment se sosté dins de la clínica psicoanalítica.

La Real Academia Española al·ludeix a l'acció i les conseqüències o els resultats de *pervertir*. Aquest verb, al seu torn, es refereix a **alterar el bon gust o els costums que són considerats sans o normals, a partir de desviacions i conductes que són estranyes**. En aquesta definició, cal destacar el terme *estranyes*, que fa referència a fenòmens (conductes) que escapen de la «normalitat», entesa des d'una punt de vista purament estadístic (la norma o la mitjana).

D'altra banda, aquest terme apareix per primera vegada en la psiquiatria clínic clàssica, del llatí *pervertēre* ('bolcar', 'invertir' o 'donar volta'), pres també per la psicopatologia i pels pioners de la sexologia, per designar un comportament o un conjunt de pràctiques sexuals que no s'ajustaven a allò «socialment establert» com a sexualitat «normal» en l'època. Manifestacions molt diverses de la sexualitat humana van ser englobades per la psiquiatria del segle XIX en aquest concepte; entre d'altres: el fetitxisme, la pedofília, l'exhibicionisme, el sadomasoquisme, el *voyeurisme* i moltes altres «perversions», algunes de les quals han estat agrupades per la psiquiatria actual en el concepte de parafília. D'altres, en canvi, com l'homosexualitat, han deixat de ser considerades com a trastorn o malaltia.

Des d'aquesta conceptualització, que refereix a «norma» (estadística) o a allò «socialment establert» (moral), es desprèn justament la confusió en l'ús del terme. ¿És una patologia perquè la majoria de la població no gratifica els seus instints sexuals d'una determinada manera, o perquè aquestes conductes no són socialment ni moralment acceptables?

Seguint aquest raonament, es podria dir que el cas Dora, emblemàtic cas d'histèria en l'obra de Freud, avui es podria prendre com un cas de corrupció d'una menor. Freud ressenya que Dora presentava totes les característiques d'una *petite hystérie* amb els símptomes somàtics i psíquics més vulgars: dispnea, tos nerviosa, afonia, migranyes, depressió d'ànim, excitabilitat histèrica i un pretès *taedium vitae*.

Durant les sessions, Dora explica a Freud la relació que mantenia la seva família, especialment el pare, amb el senyor K., i es queixa molt del senyor K., que algunes vegades s'havia apropiat a la noia d'una manera que ella considerava inadequada.

Per exemple, una vegada, d'acord amb el relat de Dora, el senyor K. la va estrènyer entre els braços i li va fer un petó a la boca. Si bé Freud conclou que aquesta situació era apropiada per a provocar una sensació clara d'excitació sexual, Dora va sentir en aquell moment una repugnància violenta i es va allunyar ràpidament del senyor K.

La teoria de Freud sobre la perversió

Específicament, dins de la psicoanàlisi, el concepte teòric de perversió al·ludeix a una «desviació» pel que fa a l'acte sexual «normal», definit com a coït dirigit a obtenir l'orgasme per penetració genital, amb una persona del sexe oposat. Es diu que hi ha perversió quan l'orgasme s'obté amb altres objectes sexuals (homosexualitat, zoofília, per exemple) o per mitjà d'altres zones corporals (coït anal, oral), o quan l'orgasme se subordina imperiosament a certes condicions extrínseques (fetitxisme, transvestisme, sadomasoquisme, etc.) que per si soles poden proporcionar el plaer sexual. El terme s'utilitza per a designar «desviacions» de l'instint. En altres paraules, es designa com a perversió el conjunt de comportaments psicosexuals que acompanya aquestes atípies en l'obtenció del plaer sexual.

Des d'aquesta conceptualització, es podria pensar que hi ha, tenint en compte la pluralitat d'instints i modalitats, «perversions» del sentit moral (delinqüència), dels instints socials (proxenitisme), o de l'instint de nutrició (bulímia). No obstant això, en psicoanàlisi només es parla de perversió en relació amb la sexualitat. J. Laplanche i B. Pontalis (1971) diran, amb relació a la teoria de S. Freud, que quan presenta les «pulsions d'autoconservació» (com la gana) es refereix als trastorns de l'alimentació i no utilitza el terme *perversió*.

Respecte a la teoria de la perversió, Freud parteix de l'estudi de les perversions i, més concretament, de la classificació de Krafft-Ebing de les «aberracions sexuals»; és a dir, de les «desviacions» respecte a aquesta suposada pulsio i gratificació «normal». Aquestes desviacions són dividides d'aquesta manera:

- Desviacions respecte a l'«objecte sexual».
- Desviacions respecte a la «finalitat sexual».

Respecte a les primeres, es podria pensar que hi ha perversió en els casos en què l'elecció de l'«objecte sexual» no està en una relació de poder simètrica respecte al subjecte; per exemple, en els casos de pedofília o, des del punt de vista actual, en el cas Dora d'inducció a la sexualitat per part del pare i el senyor K. No seria el cas d'un «objecte sexual» del mateix sexe, com en l'homosexualitat, en què adults en simetria de poder consenten o acorden un vincle amorós o sexual.

Respecte a les segones, hi ha les «transgressions anatòmiques» i la «fixació en les finalitats sexuals preliminars». Les transgressions anatòmiques consisteixen a prendre com a objecte de gaudi sexual tot el cos del *partenaire* en lloc dels genitals, en la utilització de la boca o l'anus com a zona erògena que entra en contacte amb els genitals del *partenaire*, o en la substitució del *partenaire* per un objecte inanimat o fetitxe.

L'origen de la perversió en la teoria psicoanalítica, com a modalitat de gratificació pulsional, se situa en l'etapa del desenvolupament psicosexual pregenital. En altres paraules, quan Freud defineix al nen com un «pervers polimorf» al·ludeix al fet que gratifica les «pulsions parcials», que caracteritzen la sexualitat infantil, sense cap altra finalitat que no sigui la seva satisfacció «autoeròtica». Aquesta modalitat és considerada pregenital perquè al·ludeix a funcionaments «preedípics». És a dir, les perversions al·ludeixen a una «fixació en les finalitats sexuals preliminars», que designa el fet que conductes preparatòries de l'acte sexual normal es converteixen en la finalitat sexual exclusiva (per exemple: tocament i contemplació, sadisme i masoquisme).

L'estudi de la sexualitat permet a Freud afirmar que hi ha una continuïtat entre la **fantasia** del neuròtic (que no practica conductes perverses i consuma el coit normal) i la **conducta** del pervers, que les practica. La neurosi seria llavors la part negativa de la perversió. Això explicaria, entre d'altres, la tendència i l'atracció pel consum de pornografia en subjectes amb estructures neuròtiques. Per a Freud, hi ha una continuïtat entre les conductes «monstruoses» dels grans perversos i la sexualitat normal. És el vici psicoevolutiu del «nen pervers polimorf» que dona compte del rebuig i la repulsió que la perversió provoca en l'adult «edípic».

Perversió i trets perversos

És important diferenciar entre fantasma pervers i estructura perversa en termes de la teoria lacaniana. El fantasma pervers està present en totes les estructures clíniques: el trobem en les idees delirants dels psicòtics, en els fantasmes (fantasies) reprimits dels neuròtics i en la conducta sexual dels subjectes perversos. L'estructura perversa, en canvi, designa una posició particular pel que fa a la castració, la qual cosa té conseqüències en la relació del subjecte amb el fantasma i el gaudi.

El neuròtic calla pel que fa al seu fantasma perquè, com que ha passat pel complex d'Èdip, se sent culpable i s'avergonyeix del seu gaudi. El pervers, al contrari, assumeix aquesta voluntat de gaudi.

A diferència del neuròtic obsessiu, que es manté a distància del seu gaudi mitjançant la fórmula d'un desig impossible, o de l'histèric, que l'aconsegueix mitjançant un desig insatisfet, el subjecte pervers només pot concebre el seu desig com a voluntat de gaudi. Per aquest motiu, la seva sexualitat implica el deure de fer gaudir a un altre més enllà que aquest vulgui o no, d'ensenyar-li a gaudir o d'obligar-lo a admetre el gaudi que rebutja (imposició sense consentiment producte de les asimetries de poder). Per això, excepte en el fetitxisme o el transvestisme, es pot dir que el gaudi pervers no és solitari, sinó que implica l'angoixa de l'altre.

Cal aclarir, com s'esmentava anteriorment, les particularitats del fetitxisme i el transvestisme, en què el gaudi no implica l'angoixa o el dolor de l'altre. La psicoanàlisi al·ludeix a aquestes modalitats de gratificació sexual com dues solucions perverses davant la renegació de la castració de la mare: si el fetitxe és allò que vetlla la castració de la mare, en el transvestisme el subjecte posa en escena la reunió de la mare amb el fal·lus. L'«objecte» fetitxe (sovint peces íntimes femenines, sabates, etc.) és triat a partir de l'última impressió (petjada mnèmica) rebuda abans de la percepció de l'absència del penis en la dona. Té la funció d'un vel que permet imaginar el fal·lus. Aquest vel -o vestit- fa existir, alhora, l'absència i la presència del fal·lus, és a dir, la castració i la renegació de la castració, tal com es troba en la perversió.

En el cas del *voyeur*, el gaudi es converteix en mirada, com la mirada sobre el cos d'una dona, que fa i imposa que aquesta dona s'enfronti al gaudi de ser mirada, acció que l'altre (dona) suposadament rebutja. La seva contrapartida és l'exhibicionisme. El desig del subjecte apunta al que es fa o provoca en l'altre, el cominat, la víctima respecte al que es veu obligat o imposat a mirar. El *sàdic* és identificat inconscientment amb la víctima i gaudeix com a masoquista, raó per la qual, Lacan dirà, «el sadisme és una denegació del masoquisme». El *masoquista* «es fa» esclau d'un altre que encarna una voluntat de gaudi sense límits, però això és així només en aparença, ja que aquest Altre és, en realitat, un titella del subjecte.

Podem dir que, en tots els casos de perversió, la divisió subjectiva és suportada per l'altre, i en aquesta operació de fer carregar a l'altre l'angoixa de la falta rau la clau del mecanisme pervers.

Exercicis d'autoavaluació

1. En la clínica estructural, què prenem com a guia més fiable per al diagnòstic?
 - a) El símptoma.
 - b) L'estat d'ànim.
 - c) La resposta al fàrmac.
 - d) Una funció que es degrada.

2. Quins d'aquests duos són correctes, des del punt de vista de l'estructura i el seu mecanisme?
 - a) Neurosi-repressió.
 - b) Psicosi-forclusió.
 - c) Perversió-defensa.
 - d) Perversió-renegació.

3. Per a Freud, la repressió secundària...
 - a) és el resultat de la pressió social i cultural.
 - b) és un tipus fonamental de defensa sempre reeixida.
 - c) és un tipus fonamental de defensa no sempre reeixida.
 - d) no és un tipus de defensa.

4. El terme freudià de *Verwerfung* implica rebuig...
 - a) de la repressió.
 - b) de la castració.
 - c) de la sexualitat.
 - d) del pare.

5. En psicoanàlisi, *forclusió* indica...
 - a) que s'al·lucina la castració com un fet real.
 - b) que el pare no ha reconegut el nen com a fill.
 - c) que no s'ha inscrit la funció del pare en el simbòlic.
 - d) una modalitat de la defensa.

6. Quin és el mecanisme que empra la neurosi per a desconèixer la castració?
 - a) La conversió.
 - b) L'angoixa.
 - c) La renegació.
 - d) La negació.

7. A més del símptoma, quina és l'altra coordenada subjectiva que és necessari tenir en compte per a fer un diagnòstic estructural?
 - a) L'edat en la qual van aparèixer els primers símptomes.
 - b) Els somnis.
 - c) El fantasma.
 - d) La personalitat.

8. Què entén la psicoanàlisi d'orientació lacaniana per *significant amo*?
 - a) El sentit que el pacient adjudica als seus símptomes.
 - b) La paraula que regeix la construcció del discurs inconscient.
 - c) Els retrets que es dirigeix a ell mateix el neuròtic obsessiu.
 - d) La figura del pare com a terrible.

9. A més de la dimensió cronològica, quina és l'altra dimensió temporal que determina l'ús del temps en les sessions en la psicoanàlisi d'orientació lacaniana?
 - a) La dimensió lògica.
 - b) La dimensió espacial.
 - c) La dimensió estructural.
 - d) La dimensió històrica.

10. Quin lloc ocupa en el discurs histèric el subjecte dividit (\$) ?
 - a) El lloc de l'agent.
 - b) El lloc de la veritat.
 - c) El lloc del saber.
 - d) El lloc de l'altre.

11. Què és el que caracteritza la relació de l'obsessiu amb l'objecte de l'amor i l'objecte del desig?
 - a) La ignorància.
 - b) La indiferència.
 - c) L'ambivalència.
 - d) La sospita.

12. Què indica l'expressió lacaniana *plataforma giratòria* per a referir-se a la fòbia?

- a) Que és una estructura clínica independent de les altres.
b) Que la fòbia, en els casos molt greus, gira cap a la psicosi.
c) Que pren posició dins de les altres estructures.
d) Que l'aparició del símptoma gira sempre cap al trauma.
13. Què es forclou en la psicosi
a) El desig de la mare.
b) El nom del pare
c) El significat del subjecte.
d) La relació amb l'altre.
14. En la paranoia el mecanisme *princeps* és...
a) l'al·luciació
b) el sentiment d'indignitat.
c) el deliri sistematitzat
d) la fragmentació corporal.
15. Quina fórmula és correcta en la malenconia?
a) El jo domina la pèrdua d'objecte.
b) El jo no s'emancipa de l'objecte.
c) L'ombra de l'objecte cau sobre el jò.
d) L'ombra de l'objecte cau sobre el superjò.
16. En la mania, Lacan posa en relació el rebuig de l'inconscient amb...
a) El sentiment de triomf
b) la fuga d'idees.
c) l'alliberament
d) l'insomni.
17. El llenguatge esquizofrènic...
a) és l'absència de la traducció de les coses a paraules, per a Freud.
b) té la perspectiva que "la paraula no és la mort de la cosa", és la cosa.
c) té les idees delirants sistematitzades com a tret característic.
d) Les respostes a i b són correctes.
18. L'esquizofrènia és un quadre típic de...
a) la primera infantesa.
b) de l'adolescència.
c) de la maduresa.
d) l'edat avançada.
19. Per quina raó afirmem que en la psicoanàlisi la clínica torna a vincular-se a l'ètica?
a) Perquè el símptoma és causat per un procés degeneratiu.
b) Perquè la causa dels símptomes és l'ambient.
c) Perquè el subjecte controla els seus processos mentals.
d) Perquè en l'origen dels símptomes Freud va descobrir una elecció inconscient del subjecte davant de determinats continguts psíquics i no un procés orgànic.
20. Què és el que caracteritza la pulsio en relació amb l'objecte?
a) Que té un objecte predeterminat naturalment.
b) Que no té objecte i, per tant, una gran varietat d'objectes poden ocupar aquest lloc buit.
c) Que no té relació amb cap objecte.
d) Que és causada per l'objecte.
21. Quin paper compleixen en les relacions heterosexuals adultes les pulsions perverses?
a) El paper d'un "plaer preliminar", és a dir, preparatori de l'acte sexual genital.
b) L'objectiu final de la relació.
c) No compleixen cap paper.
d) Aporten un plaer paral·lel i independent del plaer genital.
22. En què consisteix el mecanisme del fetitxisme segons Freud?
a) Consisteix en la "repressió" de la castració de la mare.
b) Consisteix en la "forclusió" de la castració de la mare.
c) Consisteix en el "repudi" o "renegació" de la castració de la mare.
d) Consisteix en la identificació amb el pare pres com a ideal
23. Quina és la particularitat de la posició masoquista?
a) Que "imposa" a l'altre el paper d'amo, però en realitat és ell qui maneja els fils de l'escena en la qual troba el seu plaer.
b) La d'un rebuig del sadisme inconscient.
c) Una posició d'indeterminació respecte al gaudi.

d) La inhibició de l'acte.

24. Quina és la diferència entre fantasma pervers i estructura perversa?

- a)** Que el fantasma pervers es troba en totes les estructures clíniques: neurosi, psicosi, perversió. En canvi, l'estructura perversa designa una posició particular del subjecte respecte a la castració.
- b)** No hi ha cap diferència.
- c)** Que el fantasma pervers és propi de l'estructura neuròtica.
- d)** Que el fantasma pervers és característic de l'estructura psicòtica.

Solucionari

Solucionari

1. a; 2. a, b, d; 3. c; 4. b; 5. c; 6. d; 7. c. 8. b; 9. a; 10. a; 11. c; 12. c; 13. b; 14. c; 15. c; 16. b; 17. c; 18. b; 19. d; 20. b; 21. a; 22. c; 23. a; 24. a;

Bibliografia

Bibliografia bàsica

- Freud, S. (1973). Fetichismo. A *Obras completas* (Vol. VIII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Las pulsiones y sus destinos. A *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Lecciones introductorias al psicoanálisis. A *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Lo inconsciente. A *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Pegan a un niño. A *Obras completas* (Vol. VII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Tres ensayos para una teoría sexual. A *Obras completas* (Vol. IV). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1984). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. A *Escritos 2*. México, DF: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984). El Seminario, libro III. *Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1984). Kant con Sade. A *Escritos 2*. México, DF: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984). La significación del falo. A *Escritos 2*. México, DF: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1999). El Seminario, libro V. *Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. et al. (1985). *Psicosis y psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (1991). *Lógicas de la vida amorosa*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (1999). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós.

Bibliografia complementària

- André, S. (1995). *La impostura perversa*. Buenos Aires: Paidós ("Campo Freudiano").
- Bercherie, P. (1988). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós.
- Diversos autores (1998). *La conversación de Archachon. Los inclasificables de la clínica*. Barcelona: ICFB-Paidós.
- Freud, S. (1973). El problema económico del masoquismo. A *Obras completas* (Vol. VII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Escisión del "Yo" en el proceso de defensa. A *Obras completas* (Vol. IX). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Historia de una neurosis infantil. A *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). La organización genital infantil. A *Obras completas* (Vol. VII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). La represión. A *Obras completas* (Vol. VI). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. A *Obras completas* (vol. VII). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1988). El Seminario, libro VII. A *La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1994). El Seminario, libro IV. A *La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1995). El Seminario, libro XI. A *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1984). La instancia de la letra en el inconsciente. A *Escritos*. México, DF: Siglo XXI.

Laurent, E. (1989). *Estabilizaciones en las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.