



Capítulo 7

La función del diagnóstico y las estructuras clínicas

Antipsiquiatría y psicoanálisis

Hace más de dos siglos, entre el bullicio de los grandes asilos, la fineza de la mirada psiquiátrica permitió al saber médico construir sus primeros cuadros nosográficos de referencia. Desde entonces las clasificaciones psicopatológicas han variado conforme cambia la época. Para algunos, dichos cambios han de interpretarse como el progreso de una disciplina que hace sus esfuerzos para decodificar el real del cual se ocupa desde entonces, legitimándose en el abuso de una noción de “evidencia científica”. Si la subjetividad fuese abordable científicamente, ¿acaso la nosografía no tendería a estabilizarse en lugar de proliferar hacia el infinito? Más allá de la intromisión del mercado y su oferta calculada, más allá del fármaco como objeto que cataliza la confianza en el discurso de la ciencia, los abordajes de la subjetividad no pueden desentenderse de la imposibilidad estructural que habita en toda clasificación.^[86]

Para otros, en cambio, los cuadros nosográficos son construcciones hipotéticas supeditadas a factores culturales y coyunturas históricas.^[87] Es claro que la nosografía psicoanalítica se apoya inicialmente en la tradición psicopatológica de la psiquiatría clásica. Se trata de una tradición hoy relegada en su conjunto, incluso en una psiquiatría

contemporánea que se desentiende de sus grandes maestros, en adelante desplazados por una modesta sucesión de ítems según la lógica *multiple choice* en los manuales de diagnóstico. Esta aserción no pretende despertar susceptibilidades antipsiquiátricas, sino más bien despejar qué de aquella herencia merece ser rescatada del olvido.

El DSM-V, último retoño de una clínica despojada de sus fundamentos más elementales, supone el cénit de una mirada que se eclipsa tras el fenómeno en detrimento de su dinamismo estructural. Por ejemplo, en el llamado *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad* (2014, p. 59), la observación se impone a la escucha y, en definitiva, el observador al clínico. Podrán encontrarse frases como la siguiente: “La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o retorciéndose en el asiento (no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así). [...] Tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde” (p. 60). Como se aprecia, se trata del instante de una mirada que no se pregunta cuáles son las razones para permanecer sentados, ni los motivos para no estarlo. Sencillamente, una conclusión sin más argumento que una norma arbitraria y la sanción de su desviación, reduciendo al sujeto a la expresión de una motilidad que se cree exacerbada.

Si todo discurso encierra una promesa, si todo discurso se orienta por un ideal imposible hacia el cual tiende a pesar de todo, la utopía del DSM es la mecanización de un diagnóstico automático, emancipado de la subjetividad del clínico.^[88] En efecto, ¿cuántos debates doctrinales puede propiciar el signo clínico “retorcerse en el asiento” o “sentarse en su borde”? Además, según un extracto en el detalle de los criterios diagnósticos, insiste la idea de un sujeto que entorpece el desarrollo de las actividades cotidianas, con un énfasis especial en el ámbito laboral:



- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).

Como se advierte, en su reverso, para no ser clasificado con un *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, se espera el consentimiento automático a la tarea propuesta, sea cual sea aquella que se tenga por delante. Se trata a fin de cuentas de que cada uno cumpla y asuma su papel —su rol como engranaje en el mecanismo social— y no más. En su *Seminario* sobre la ética Lacan se sirve de una constante histórica para elucidar la orientación del discurso capitalista. Tras invadir una gran ciudad los conquistadores buscan imponer su visión, aunque cuidando de no subvertir el buen orden productivo establecido. En un pasaje allí se lee:

¿Qué proclama Alejandro llegando a Persépolis al igual que Hitler llegando a París? Poco importa el preámbulo —*He venido a liberarlos de esto o de aquello*.



Lo esencial es lo siguiente —Continúen trabajando. Que el trabajo no se detenga. Lo que quiere decir —Que quede bien claro que en caso alguno es una ocasión para manifestar el más mínimo deseo. La moral del poder, del servicio de los bienes, es —En cuanto a los deseos, pueden ustedes esperar sentados. Que esperen (1959-60, pp. 374-375).

En ocasiones las consideraciones anteriores sirven de argumento a un progresismo impostado que busca desentenderse de las vicisitudes del diagnóstico, bajo el pretexto de una posición humanista que así pretende enmendar los excesos manicomiales de un pasado demasiado reciente. Precisamente, las pasiones antipsiquiátricas —como toda pasión, más próximas a la confrontación que a abrir los oídos— se alimentan del horror que suscita aquello que se ha tolerado por demasiado tiempo. Solo que su contrario, el rechazo sistemático al diagnóstico, no es signo de una superación del problema, sino la otra cara de la misma moneda, es su retorno sintomático.^[89] ¿Acaso todo diagnóstico tiene como fin “etiquetar” a un sujeto —para utilizar un término afín— sellando así un destino que se impone en adelante como necesario e inexorable? Bajo esta lógica solo basta que emerja un significante que nombre al sujeto en el campo del Otro para desencadenar en él una identificación masiva y espontánea a dicho significante. ¿No es esa posición tutelar la que, en nombre de las buenas intenciones, despoja al sujeto de la infinita riqueza de sus respuestas e invenciones?

De ningún modo pueden negarse los usos abusivos del diagnóstico en el campo de la salud mental, solo que aquí buscamos precisar cuál es su estatuto en el interior de la praxis psicoanalítica. En pocas palabras, hay usos del diagnóstico según el discurso del cual se trate. El primer movimiento necesario es quitar consistencia al diagnóstico en tanto decodificación de lo real. En una conferencia J.-A. Miller indica lo siguiente: “Sabemos que nuestras clasificaciones tienen algo relativo, artificial, artificioso, que son solamente

semblante, esto es, no se fundamentan ni en la naturaleza, ni en la estructura, ni en lo real” (2010c, p. 120). Es aquí donde las aspiraciones científicas en el campo de la salud mental encuentran su límite.

En una conversación en el ámbito universitario a propósito del aforismo lacaniano del *Seminario 23*, “lo real es sin ley” (1975-76, p. 135) —es decir, que excluye el sentido de un orden preconcebido—, ante una diferencia sobre el estatuto epistemológico de la nosografía y en la búsqueda de acordar siquiera un mínimo punto en común, preguntamos a nuestro interlocutor: ¿pero Ud. cree que la esquizofrenia nació con el mundo? A lo cual respondió enérgicamente que sí.^[90] Si así fuese, entonces como Adán en los tiempos inmemoriales del Edén, solo bastaría con elegir una palabra para nombrar tal o cual criatura de la creación en una relación unívoca y estable entre significante y significado.^[91]

Ahora bien, que la nosografía no se fundamente en la naturaleza ni en lo real y que se le adjudique estatuto de semblante, eso no le impide cumplir una función específica en las entrevistas preliminares y no solamente. Aun advertidos de los límites infranqueables que descompletan nuestras categorías y las relativizan, ¿por qué clasificamos entonces?, ¿por qué incluimos a los seres que hablan en tres estructuras: psicosis, neurosis o perversión? Quizá se encuentre consenso en afirmar que nuestro interés no descansa en un afán clasificatorio en sí mismo, por el contrario, la posición del analista en la dirección de la cura es una u otra según la hipótesis diagnóstica.^[92] A fin de cuentas la teoría es una ficción necesaria para poder operar en la dirección de la cura, por ello es que el psicoanálisis califica como una praxis:

¿Qué es una praxis? Me parece dudoso que este término pueda ser considerado impropio en lo que al psicoanálisis respecta. Es el término más amplio para designar una acción concertada por el hombre, sea cual fuere, que le da la posibilidad de tratar lo real mediante lo simbólico (Lacan, J. 1963-64, p. 14).

Durante el lapso de las entrevistas preliminares, según acuerdan los autores, es necesario precisar una hipótesis diagnóstica o estructura clínica dependiendo de la nosografía de referencia. Sobre los motivos, bien se ha argumentado que el modo en que se dirige la cura en las neurosis puede conmover las compensaciones y suplencias que un sujeto psicótico ha conquistado durante su vida. Si se olvida esta diferencia, puede precipitarse un desencadenamiento de la psicosis, advertencia que Lacan introdujo tempranamente ante el furor interpretativo de la corriente kleiniana: “Sucede que tomamos pre-psicóticos en análisis, y sabemos cuál es el resultado: el resultado son psicóticos” (1955-56, p. 360). Por consiguiente, el diagnóstico durante las entrevistas preliminares —lapso temporal que no se reduce a una hipótesis diagnóstica, pero la incluye forzosamente— se sostiene en el discernimiento de fenómenos elementales sutiles en contraposición a las psicosis desencadenadas.

Según las teorizaciones lacanianas en los años '50 la piedra angular del diagnóstico diferencial es la presencia o ausencia del significante del Nombre-del-Padre y su correlato fenoménico en lo simbólico (P_o) y en lo imaginario (Φ_o). El concepto de forclusión (*Verwerfung*), vinculado a las psicosis a partir del *Seminario 3*, permitió dar consistencia teórica a la noción de estructura clínica.

Por último, respecto de los usos del diagnóstico, a diferencia de las burocracias sanitarias que reducen la clínica a un conjunto de protocolos y estadísticas, en el discurso analítico la hipótesis diagnóstica solo es admisible bajo transferencia y en función de una demanda que se dirige al analista. El diagnóstico de estructura decide entonces la dirección de la cura y no posee allí otra función.

Estructura clínica y fenómeno elemental^[93]

Estructura clínica es un sintagma que se deduce de la enseñanza de Jacques Lacan.

Constituye un aporte valioso a la clínica psicoanalítica a partir de la herencia de la psiquiatría clásica y la posterior operación de relectura de la obra freudiana.^[94] En esencia, el campo nosográfico se ha consolidado en tres estructuras: neurosis, psicosis y perversión. Se trata de posiciones subjetivas respecto de la castración o la inconsistencia lógica del Otro.^[95] En un sentido amplio se identifica el mecanismo de la represión (*Verdrängung*) con las neurosis, la forclusión (*Verwerfung*) del Nombre-del-Padre con las psicosis y la desmentida o renegación (*Verleugnung*) con la estructura perversa.

Las estructuras clínicas se conciben como un modo de funcionamiento subjetivo organizado, coherente y estable, y por ende superador del clásico binomio normalidad-patología. Como en toda generalización, un sujeto puede ser incluido en una categoría al precio de un forzamiento que va en detrimento de una singularidad que no puede agotarse en la tipificación diagnóstica. Está la estructura y luego la forma única e irrepetible en la cual cada sujeto la habita.

A diferencia de los psicoanalistas postfreudianos y la psiquiatría contemporánea — donde la psicosis se concibe como una potencialidad virtual para cada sujeto— la distinción de estructura clínica implica que, por ejemplo, un sujeto neurótico no deviene psicótico o viceversa. Dicho en otras palabras, no hay pasaje de una estructura clínica a otra, no se recubren entre sí. En la conceptualización de Lacan el éxito de la metáfora paterna, donde el significante del Nombre-del-Padre sustituye el significante del Deseo de la Madre e induce así la significación fálica, define el campo de las neurosis, en cambio, su fracaso es condición *sine qua non* de la estructura psicótica. La metáfora paterna es el resultado de la relectura del complejo de Edipo freudiano bajo la clave del significante lacaniano.

Como se indicó, la estructura clínica se consolida tras las primeras operaciones de constitución subjetiva, en especial a partir de la posición que un sujeto adopte respecto

de la castración —represión, forclusión o renegación— en sus diferentes acepciones conceptuales (barradura del Otro, pérdida de goce en la entrada inaugural al lenguaje, entre otras).^[96] Asistimos aquí al problema de la “elección de neurosis” tal como lo formuló Freud en su tiempo^[97] y que Lacan abordó en forma sucinta como una “insondable decisión del ser” (1946, p. 175) y más tarde como una “elección forzada” (1963-64) cuando se detiene en la operación de alienación y separación. En su tercer *Seminario* Lacan explica: “No nos lanzamos a la distinción de las neurosis y las psicosis buscando simples satisfacciones de nosógrafo. Esta distinción es de sobra evidente, comparándolas una con otra aparecerán relaciones, simetrías, oposiciones que nos permitirán erigir para la psicosis una estructura aceptable” (1955-56, p. 208).

En lo que atañe al psicoanálisis postfreudiano, en contraposición a la noción de estructura clínica lacaniana, se postula que en un individuo conviven al mismo tiempo mecanismos defensivos neuróticos, perversos y psicóticos. La teoría de Melanie Klein sobre los “núcleos psicóticos de la personalidad” es el antecedente dominante en esta perspectiva. Por ejemplo, en 1930 la autora escribe: “Más frecuentes incluso que las verdaderas psicosis son, en los niños, los rasgos psicóticos que, en circunstancias desfavorables, pueden desencadenar enfermedades posteriores”. Así, en ausencia de la noción de estructura clínica, la psicosis se define como una contingencia posible si acaso más tarde obran “circunstancias desfavorables”. Incluso, tras una coyuntura de desencadenamiento, Maurits Katan supone que “ello no significa que se ha vuelto psicótica a partir de ese momento toda la personalidad” (1989, p. 162). Aun en la fase clínica de la psicosis los autores consideran que es posible evocar la “parte neurótica” de la personalidad. Décadas más tarde, ya en estas latitudes, León Grinberg escribe: “esa interpretación iba dirigida más a la parte neurótica de la personalidad de la paciente que a su sector psicótico. Es

decir que, si bien funcionan juntas, es importante ir hacia la parte que está predominando en el aquí y ahora” (1975, p. 56).

El diagnóstico diferencial desaparece en beneficio de una concepción sin “compartimientos estancos o divisiones tajantes, sino en un interjuego dinámico y dialéctico permanente” (Paz, R. y otros, 1977, p. 35).

En este contexto la denominación *borderline*, estados límites o fronterizos se agrega a la nosografía. Propuesto en primer lugar por el psicoanalista Adolph Stern (1879-1958) en 1938, los individuos así agrupados habitan de forma estable el borde que separa los dos grandes grupos de la nosografía.^[99] Para muchos autores la noción de *borderline* supone un claro retroceso en el esfuerzo de formalización del diagnóstico diferencial, en tanto agrupa un conjunto de fenómenos y signos heterogéneos sin reparar en su dinamismo de base o su modo de funcionamiento en la economía subjetiva.

No se trata solo de un reduccionismo conceptual, sino de un problema clínico. Por ejemplo, un autor representativo de esta corriente opina: “Así podemos ver que en el sujeto con rasgos histéricos en la estructura de la personalidad previa a la descompensación psicótica, donde se pueden rastrear ciertos trastornos de tipo conversivo” (Paz, R. y otros, 1977, p. 43). Según Freud los síntomas conversivos en la histeria (neurosis) suponen la transposición de un conflicto psíquico inconsciente a síntomas de tipo somáticos, donde se destaca la significación simbólica del síntoma en cuestión. En este contexto la interpretación del analista se consagra al desciframiento del síntoma según el despliegue y posterior reducción de las cadenas significantes. Si bien la interpretación es un recurso propio de la dirección de la cura en las neurosis, es al mismo tiempo contraindicada en las psicosis por su potencial efecto destabilizador de la estructura.^[99]

Desde la perspectiva lacaniana, según un aforismo del *Seminario 3*, es la forclusión del significante del Nombre-del-Padre la condición de la estructura psicótica: “No se vuelve



loco quien quiere [...] para ser loco, es necesaria alguna predisposición, sino alguna condición" (1955-56, p. 27).^[100] A diferencia de la posición kleiniana —donde se admiten "rasgos psicóticos" en una neurosis— si pueden precisarse fenómenos elementales durante la infancia, entonces se considera la presencia de una estructura o funcionamiento psicótico que más tarde podrá o no desencadenarse. Tanto para Clérambault (1995, p. 97) como también para el mismo Lacan (1953-54, pp. 97, 166 & 1955-56, p. 124) el surgimiento de fenómenos elementales no equivale al desencadenamiento de la psicosis. Es uno de los principios conceptuales de las psicosis no desencadenadas u ordinarias, a saber, fenómenos específicos de la estructura psicótica que permanecen enquistados sin carácter de franqueamiento.

Los aportes conceptuales de Lacan, en especial la teoría del significante y la importancia del lenguaje en la constitución de la subjetividad, han permitido no reducir la psicosis a su desencadenamiento. En tanto la psiquiatría, la psicología y gran parte del psicoanálisis contemporáneo conciben a las psicosis como una enfermedad, entonces es imposible que pueda discernirse allí un modo de funcionamiento psicótico en el tiempo anterior a la crisis o descompensación. En general las investigaciones en dichos campos se limitan al estudio de signos prodrómicos, próximos al desencadenamiento. Existe así una relación de exclusión entre enfermedad y modo de funcionamiento subjetivo. El valor clínico de la noción de estructura psicótica es que permitió abrir un campo de investigación sobre los mecanismos de compensación y suplencia, evidentemente necesarios a los fines de un tratamiento posible de las psicosis. Más significativo aún por cuanto el fracaso de dichos mecanismos de compensación puede precipitar el desencadenamiento de la psicosis, su descompensación.

En las investigaciones contemporáneas sobre las psicosis ordinarias (no desencadenadas), cuando un caso clínico presenta dificultades diagnósticas es tipificado inicialmente

como “inclasificable” o “caso raro”.^[10] Sin embargo, no se trata de una categoría diagnóstica al modo *borderline*, sino de una suspensión temporal del diagnóstico de estructura hasta contar con índices que permitan orientar la hipótesis diagnóstica.

He aquí entonces el problema de los llamados fenómenos elementales de las psicosis. La semiología de las psicosis desencadenadas o extraordinarias, la psicosis clínica, ha sido descrita por numerosos autores desde hace siglos. Por el contrario, las psicosis no desencadenadas permanecieron invisibles —aún hoy particularmente en el dominio de la psiquiatría— hasta la irrupción de Jacques Lacan en el movimiento psicoanalítico. En efecto, no existe reparo alguno en afirmar que cualquier indagación sobre el estatuto de las psicosis en su dimensión diacrónica, es decir, por fuera de la sincronía del desencadenamiento —el llamado “proceso mórbido agudo”, para usar una terminología que nos es impropia— solo es posible a partir de sus contribuciones teóricas. Una consecuencia necesaria de la perspectiva lacaniana es la ampliación del conjunto de fenómenos elementales de las psicosis, en tanto ya no se circunscriben a su fase clínica. En la publicación de la convención de *Antibes* (1998) se lee:

El aumento reconocido por todos los practicantes de los casos inclasificables según la lógica clásica —y que comenzamos a estudiar en *Arcachon* bajo el título «Casos raros»— nos lleva a considerar un gran número de casos en los que el desencadenamiento es muy discreto, incluso hasta no identificable, y los fenómenos elementales (neologismos, alucinaciones, etc.) están completamente ausentes (Miller, J.-A. y otros, 2003, p. 47).

La “lógica clásica” se refiere a los aportes de la tradición psiquiátrica según consta en los grandes tratados del siglo pasado. En un sentido amplio se destacan los siguientes fenómenos elementales: delirios, alucinaciones, trastornos del pensamiento y del len-

guaje, alteraciones en la psicomotricidad y la sensopercepción. Cuando se alude a casos de psicosis donde los fenómenos elementales “están completamente ausentes”, dicha ausencia se restringe a los “fenómenos clásicos” —si se permite la expresión—, aquellos vinculados al desencadenamiento o a su inminencia. En las psicosis no desencadenadas los índices de la forclusión del Nombre-del-Padre, tanto en el registro simbólico como en el imaginario, presentan un carácter discreto, por ende, se abre allí la pregunta por aquellos otros fenómenos aún no precisados pero que podrán ser añadidos en tanto comparten una misma lógica y dinámica estructural.^[102]

Ahora bien, ¿qué se entiende específicamente por fenómeno elemental en el campo de las psicosis? En el transcurso de la década de 1920 Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) formalizó el síndrome de *Automatismo Mental*, entendido como “el Fenómeno Primordial, que basándose en él pueden edificarse los más variados delirios” (Clérambault, G. 1995, p. 96). Solía repetir a su auditorio el siguiente principio: “Se puede decir que en el momento en que el delirio aparece, ya la psicosis es antigua. El delirio no es sino la superestructura” (p. 97). En otras palabras, “El delirio propiamente dicho no es más que la reacción obligada de un intelecto razonante, a menudo intacto, a los fenómenos surgidos de su subconsciente, es decir, el Automatismo Mental” (p. 91). Se trata de un núcleo inicial de fenómenos automáticos, sutiles y de carácter xenopático, es decir, una intrusión enigmática en el campo de la consciencia, que irrumpen en la vida de un sujeto, ante los cuales este reacciona con sentimientos de extrañeza, inquietud o perplejidad.

Clérambault les asigna tres características esenciales: neutro, anideico y no sensorial. En el primer caso, los fenómenos de carácter parasitario se presentan bajo un estado de afectividad neutro, es decir, en ausencia de sentimientos pasionales, agresivos u hostiles. A su vez, son anideicos, no temáticos, no encadenados a una sucesión o secuencia articulada de pensamientos e ideas. Son fenómenos sin sentido, incomprensibles, sin con-

tenido semántico, vaciados de significación. Sobre estos dos rasgos una paciente relata a propósito del fenómeno elemental denominado *Juegos verbales parcelarios*: “También me pasan por la cabeza series de palabras, trozos de frases que no tienen ningún sentido. Eso, diría, sin que yo piense en nada [...] No entiendo el sentido de eso más de lo que se entiende tres palabras intercambiadas entre dos transeúntes” (1995, p. 138). En nuestra lengua materna es frecuente la expresión “me pasa por la cabeza” tal o cual pensamiento. En general un sujeto se asume como agente de dicho acto del pensamiento. Sin embargo, aquí se trata de las voces alucinatorias, *le* pasan desde el exterior —de allí el carácter parasitario, xenopático e intrusivo— frases vacías o fragmentadas, juegos silábicos y de palabras, deformaciones por homofonía, entre otros.

En tercer lugar, no sensorial, quiere decir que la percepción del fenómeno no depende de los órganos sensoriales —por ejemplo, el oído—, es una intrusión en el pensamiento. A propósito del fenómeno elemental llamado *Comentario de los actos*, a saber, una voz exterior que relata y comenta las acciones que el sujeto realiza en lo cotidiano, otra paciente explica en el servicio de Clérambault: “No habla en los oídos, eso viene de lejos” (p. 121). Más adelante: “Las voces no tienen un timbre articulado, todo ocurre aquí adentro (se señala la frente)” (p. 124).

En la etapa inicial los fenómenos así agrupados no tienen una significación hostil: “Las palabras no me vienen; es divertido; no puedo hablar” (p. 125) dice una entrevistada que aún no es “perseguida”. Después agrega: “Me hacen leer entre líneas las tonterías de unos y otros. Siempre necesitan saber algo de mí, es por eso que me interrumpen. No puedo trabajar, no puedo ocuparme, ni siquiera puedo distraerme; eso me fastidia (risa). ¡Y todavía me río!” (p. 129).

Clérambault insiste en el carácter anideico o atemático de los fenómenos elementales en su afán de separar claramente el período de automatismo mental del delirio mismo, concebido este último como un producto tardío del “intelecto razonante”, una ideación

secundaria como reacción esperable de la personalidad ante los fenómenos enigmáticos que experimenta. En pocas palabras, el núcleo inicial parasitario —cuyo correlato subjetivo es la perplejidad— y un segundo momento donde el sujeto construye un sentido explicativo, el delirio propiamente dicho.

Entre los fenómenos elementales que describe el autor se destacan: el pensamiento precedido, eco y robo del pensamiento, enunciación de actos, impulsiones verbales, detención o interrupciones del pensamiento, perplejidad, sustitución de pensamientos, olvidos y falsos recuerdos, emancipación de los abstractos, devaneo mudo de los recuerdos, idiorrea, juegos verbales parcelarios, automatismo afectivo, emotivo y volitivo, automatismo visual, las intuiciones (adivinación), falsos reconocimientos, semejanzas, extrañeza de personas y cosas, entre muchos otros (1995, pp. 131-132).

A diferencia de la *prepsicosis* —que se inscribe en la misma temporalidad del desencadenamiento de la psicosis (cf. Katan, M. 1989, p. 151 & Lacan, J. 1955-56, pp. 274, 289)— el Automatismo Mental es una fase temporal de duración variable, que no necesariamente evoluciona hacia la sistematización de un delirio específico, es decir, el desencadenamiento. Al respecto Clérambault afirma: “El automatismo mental es un proceso primitivo, susceptible de subsistir durante un lapso prolongado, o indefinidamente, en un estado puro. Él solo, no es suficiente para engendrar la Idea de Persecución” (1995, p. 97). El pasaje citado resulta fundamental como antecedente lógico de las psicosis no desencadenadas en el campo de la psiquiatría, en tanto admite la presencia de fenómenos elementales por tiempo indefinido y en estado puro, es decir, fenómenos enquistados, desconectados entre sí, vaciados de sentido, que no convergen hacia una sistematización delirante, el desencadenamiento de la psicosis o la psicosis clínica.

En sus primeros trabajos en psiquiatría Lacan suele frecuentar la noción de fenómeno elemental tal como fue conceptualizada por Clérambault y otros autores que lo antece-



dieron. En *Estructura de las psicosis paranoias* (1931) refiere que su método consiste en la búsqueda de fenómenos típicos del Automatismo Mental como el eco de los actos, del pensamiento y de la lectura, entre otros (cf. p. 11). Un año más tarde, en su tesis doctoral *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* (1932), escribe: “Para penetrar en el mecanismo de la psicosis, analizaremos en primer lugar cierto número de fenómenos llamados primitivos o elementales [...] se designan síntomas en los cuales, según la teoría, se expresan primitivamente los factores determinantes de la psicosis” (p. 188). En ese entonces reúne los siguientes fenómenos elementales en el grupo de las psicosis paranoicas: ilusiones de la percepción y de la memoria, sentimientos de transformación del mundo exterior, fenómenos borrosos de despersonalización, pseudo-alucinaciones e incluso alucinaciones episódicas (p. 246). En su análisis del caso *Aimée*, atendiendo a la singularidad del material clínico, restringe su número: estados oniroides, trastornos de incompletud de la percepción, interpretaciones propiamente dichas e ilusiones de la memoria (p. 197).

Ya en *El Seminario, libro 3, Las psicosis* (1955-56) las diferencias con Clérambault se profundizan. Mientras que al comienzo diferían en la etiología del automatismo mental —Lacan recordaba a Clérambault como un “feroz defensor de una concepción organicista extrema” (1955-56, p. 14)—, una vez que la teoría del significante se despliega en todo su potencial el antiguo discípulo incluirá el delirio mismo como fenómeno elemental. Llega a contradecir así un aspecto nodal de la teoría del automatismo mental que distinguía con énfasis los fenómenos primarios del trabajo interpretativo secundario. Si para Clérambault, respecto de los fenómenos primitivos, “Nada en ellos permite presagiar el tinte del delirio futuro” (1995, p. 112), para Lacan existe una “impresionante identidad estructural entre los fenómenos elementales del delirio y su organización general” (1932, p. 270).

En adelante Lacan vincula los fenómenos elementales a la estructura significante: “Es mucho más fecundo concebirlo en términos de estructura interna del lenguaje” (1955-56, p. 359). Postula así una comunidad estructural entre el delirio y el fenómeno elemental, el primero no sería una deducción idéica del segundo. Tal relación de identidad entre uno y otro se aprecia entre el pensamiento que irrumpe en Schreber al comienzo de la llamada segunda enfermedad, “tenía que ser grato ser una mujer sometida al coito” (Schreber, D. P. 2008, p. 87), y el momento posterior donde el delirio se cristaliza: “la solución de ser la mujer que falta a los hombres” (Lacan, J. 1958, p. 541). No obstante, en la literatura especializada de referencia y en los casos clínicos analizados, no siempre se constata aquella relación que propone Lacan, lo cual limita su generalización o al menos invita a un examen más profundo.

La noción de fenómeno elemental ha sufrido una serie de modificaciones, su uso se amplió sensiblemente si se toma como referencia aquellos que fueron aislados originalmente por Clérambault y Lacan durante la primera mitad del siglo XX. Hoy designan de modo general aquellos síntomas que han de considerarse específicos o patognomónicos de las psicosis.^[103]

En su libro *Introducción al método psicoanalítico* (2008) Miller define los fenómenos elementales en los siguientes términos:

Los fenómenos elementales son fenómenos de psicosis que pueden existir antes del delirio, antes del desencadenamiento de la psicosis. A veces no existen actualmente en el paciente, sin embargo pueden haber tenido lugar en su pasado, y aparecen solo una vez en su recuerdo. Pero cuando el analista puede asegurarse de eso, constituye lo que voy a llamar una “firma clínica”. Cuando el analista sospecha que hay una prepsicosis, una estructura psicótica, es ne-



cesario buscar esos fenómenos elementales de manera metódica y segura (pp. 23-24).

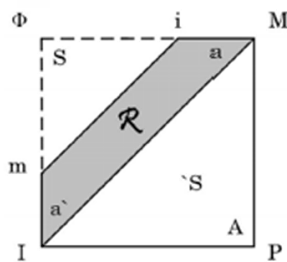
A su vez los divide en tres categorías: 1) Fenómenos de automatismo mental. Se refiere a aquellos descriptos por Clérambault. 2) Fenómenos que conciernen al cuerpo. Cuando el sujeto experimenta la descomposición, despedazamiento, separación o sensación de extrañeza en la relación con el propio cuerpo. 3) Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad. Describe experiencias inefables, inexpresables, experiencias de certeza sobre la significación de hostilidad del semejante, fenómenos de significación personal (intuición delirante o significación de significación).

En tanto la forclusión del Nombre-del-Padre se deduce —al igual que la falta de la significación fálica— por sus efectos, la búsqueda de fenómenos elementales en el discurso del sujeto es lo que permite discernir las coordenadas de la estructura psicótica no desencadenada en las entrevistas preliminares. Las investigaciones contemporáneas —en especial aquellas que se sirven del modelo topológico o nodal— han ampliado la intelección de los fenómenos elementales tal como se deduce de la siguiente afirmación: “Llamar fenómeno elemental a un dejar caer el cuerpo testimonia de una extensión del concepto: ya no es solamente ligado a la clínica de la ‘cadena rota’, sino que tiende más ampliamente a designar manifestaciones clínicas de algo que cojea en el nudo RSI” (Maleval, J.-C., 2003, p. 7). Si bien el concepto de fenómeno elemental se ha ampliado lo suficiente como para inscribirse en un más allá de Lacan, lo importante es su operatividad, es decir, su capacidad para orientar en la clínica y no sus cartas de filiación.

Por su parte, Roberto Mazzuca concluye su estudio sobre los fenómenos elementales señalando la importancia de profundizar las investigaciones sobre la temática, hecho que podría “conducir a reconocer fenómenos no necesariamente descriptos previamente” (2012, p. 109). Así, no podría desalentarse el intento de ampliar el conjunto de

fenómenos elementales de las psicosis. Tanto la teoría del significante —su dinamismo de retorno en lo real—, como la clínica nodal de los años '70 (*sinthome*) se prestan bien para ello.

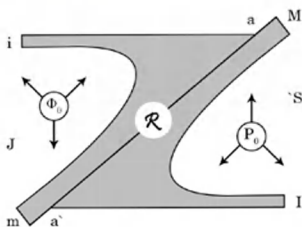
El *Esquema R* (1958, p. 529) que propone Lacan es un plano proyectivo que complejiza la relación entre los tres registros, donde Imaginario, Simbólico y Real se ensamblan y sostienen la experiencia de la realidad del sujeto. Representa las líneas que circunscriben el campo de la realidad según la disposición del ternario simbólico y el ternario imaginario. El triángulo simbólico consta de los vértices I (ideal del yo), M (significante del objeto primordial) y P (la posición en el Otro del Nombre-del-Padre). Del mismo modo el triángulo imaginario: Φ (falo) y m e i (los dos términos imaginarios de la relación narcisista). Se trata de un esquema pensado para el campo de las neurosis, la relación simétrica entre P y Φ es el efecto del éxito de la metáfora paterna. En otras palabras, si el significante del Nombre-del-Padre sustituye al significante del Deseo de la Madre, se induce la significación fálica, es decir, el falo (Φ) como el modo neurótico de significar el deseo del Otro. La relación entre P y Φ repercute en el sostén del campo de la realidad delimitado por el cuadrángulo M, i , m , I.



Esquema R.



En segundo lugar, el *Esquema I* (1958, p. 546) pretende responder la siguiente pregunta: “¿Podemos ubicar los puntos geométricos del esquema R en un esquema de la estructura del sujeto al término del proceso psicótico?”. Lacan se refiere aquí, incluso con la expresión “estado terminal de la psicosis”, a las distorsiones que se producen tras el desencadenamiento de la psicosis y su posterior estabilización en el caso Schreber. En el esquema se representan los agujeros que se forman en lo imaginario (Φ_0) y en lo simbólico (P_0)—ambas notaciones se leen “subíndice cero” o simplemente “cero”— una vez que se produce la entrada en la psicosis clínica. Se aprecia el deslizamiento de las rectas directrices y las curvas hipérbolas que en adelante se proyectan hacia el infinito. Allí donde se encontraba el Nombre-del-Padre (P) y la significación fálica (Φ), según la disposición topológica del *Esquema R*, ahora existen dos agujeros (*gouffre*), a saber, P_0 y Φ_0 , según consta en el *Esquema I*.^[104]



Esquema I.

Lacan explica que ante el llamado vano al Nombre-del-Padre en lo simbólico “puede responder en el Otro un puro y simple agujero [alude a P_0], el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación

fálica" (1958, p. 534), es decir, Φ_0 . Se establece así una progresión temporal: 1) Llamado al significante forcluido del Nombre-del-Padre, 2) formación de P_0 , 3) formación de Φ_0 .

La correspondencia entre las escrituras $P_0 - \Phi_0$ del *Esquema I* ocupan un lugar destacado en las investigaciones actuales sobre la psicosis no desencadenada. En ellas se advierte un desplazamiento desde su denominación original en el año 1958, los *agujeros* $P_0 - \Phi_0$, hacia los llamados *fenómenos* $P_0 - \Phi_0$ que orientan el diagnóstico diferencial. Si bien, por ejemplo, Geneviève Morel y Herbert Wachsberger recuerdan que en el esquema de Lacan ambas escrituras designan "los abismos que pueden surcarse, en lo imaginario y lo simbólico respectivamente, por esta forclusión y esta falta" (2003, p. 65), en general refieren P_0 a la forclusión del Nombre-del-Padre y sus efectos en lo simbólico, y Φ_0 a la falta de significación fálica y sus consecuencias en lo imaginario.

Los autores definen los fenómenos P_0 en los siguientes términos: "Los fenómenos que designamos con P_0 son las alucinaciones y los trastornos de lenguaje [...] van del eco del pensamiento a la lengua fundamental, pasando por las diversas formas de automatismo mental" (Morel, G. & Wachsberger, H. 2003, p. 65). Se trata entonces de aquellos fenómenos clásicos ya estudiados y delimitados desde hace mucho tiempo. Por otro lado, los fenómenos de tipo Φ_0 pueden definirse en los siguientes términos:

Estos detalles que no se relacionan con las perturbaciones del lenguaje, sino con los efectos mínimos de algo que cojea en el anudamiento RSI; por ejemplo, en determinado sujeto una pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante leve, o bien una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo; o bien, en otro, el ejercicio desenfrenado de la pulsión, desconectada de toda captura en la dialéctica de discurso (Deffieux, J.-P. 1999, p. 202).

Respecto de las líneas más recientes de investigación sobre las psicosis no desencadenadas, si bien los autores consideran las precisiones que introdujo Lacan sobre los

trastornos del lenguaje (P_o), en su ausencia privilegian el diagnóstico diferencial en función de la irrupción de fenómenos de tipo Φ_o . Aún en los casos clínicos en donde los autores solo refieren el encuentro con Φ_o , afirman que “podría deducirse P_o a partir de la suposición teórica, que es la consecuencia lógica y necesaria de la ausencia de significación fálica” (Castanet, H. & De Georges, P. 2009, p. 21).

Por su parte, Inés Domínguez Díaz resume y ordena los elementos de la ecuación: “Despeja de esta forma la ilusión de que podríamos encontrar casos donde una cosa se diera sin la otra. La forclusión del Nombre-del-Padre implica siempre Φ_o , pues son dos maneras de nombrar lo mismo. Lo que sucede es que algunas veces es mucho más evidente una manifestación que otra” (2008). Así, $P_o - \Phi_o$ son dos polos ligados íntimamente, dos dimensiones en las que se manifiestan los fenómenos inherentes a la forclusión del Nombre-del-Padre. En pocas palabras, la forclusión del Nombre-del-Padre produce dos clases de fenómenos ($P_o - \Phi_o$), la relación causal entre ambos términos aún se sostiene, pero sus efectos se suponen independientes entre sí. Por ende, en el registro clínico, no se presupone un orden específico de aparición.

Los autores incluidos en los programas de investigación suponen en la psicosis ordinaria una prevalencia de fenómenos Φ_o . Se trata de una hipótesis que es necesario incluir como un efecto de la enseñanza de Lacan o como un conjunto de contribuciones posteriores. Así, por ejemplo, se explica la denominada primera enfermedad del magistrado

Schreber —el “ataque de hipocondría grave” en el año 1884— como una manifestación sintomática de Φ_o , mientras que será preciso esperar hasta el franco desencadenamiento de la psicosis en 1893 para advertir aquellos otros fenómenos ligados a P_o , el delirio, las alucinaciones y los fenómenos de lenguaje.

Desde la psiquiatría clásica en adelante la noción de fenómeno elemental ha orientado las disquisiciones sobre el diagnóstico diferencial, tanto en su acepción clásica, fundamentalmente ligada a los efectos en lo simbólico de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre (P_o), como también a partir de las contribuciones contemporáneas sobre los fenómenos de tipo Φ_o , asociados a la falta de significación fálica y sus efectos en el registro imaginario.

El discernimiento de la estructura psicótica no desencadenada, es decir, un modo de relación con el lenguaje o funcionamiento subjetivo singular, y en virtud de los fenómenos discretos que la caracterizan en oposición a su fase clínica (desencadenamiento), deviene así un problema específico de la práctica clínica. Mientras la hipótesis diagnóstica permanezca en suspenso el tiempo necesario, la prudencia del analista en sus intervenciones no será excesiva, en tanto ella no es igual a la inhibición de su acto ni se excluye de la ética del discurso analítico, incluso todo lo contrario.