

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Psicoanálisis en las fronteras: apuntes sobre la enfermedad en Schreber.

Llach Mariasch, León.

Cita:

Llach Mariasch, León (2022). *Psicoanálisis en las fronteras: apuntes sobre la enfermedad en Schreber*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/473>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/bDR>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

PSICOANÁLISIS EN LAS FRONTERAS: APUNTES SOBRE LA ENFERMEDAD EN SCHREBER

Llach Mariasch, León

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En este trabajo se estudian los trabajos de Freud y de Lacan sobre el “caso Schreber”, haciendo foco sobre algunas nociones que se elaboran alrededor de la cuestión de la enfermedad. Se sitúan ambos enfoques en sus continuidades y discontinuidades. Se localiza a Freud entre un paradigma kraepeliniano y uno estructural, y a Lacan cerca del paradigma estructural, asimismo cuestionando algunos de sus conceptos, como la etiología orgánica o la noción psicoanalítica de conflicto. Puede tomarse a la idea de una extrañeza familiar como una de las que hace emerger tales continuidades y discontinuidades, apareciendo en Freud con el modelo del sueño y en Lacan con la locura como negativo fundamental a partir de su planteo en términos de una existencia trágica por la relación con el significante. La búsqueda de un mecanismo psíquico en la relación entre represión, fantasía y fijación libidinal también se plantea en contrapunto con el enfoque lacaniano de los ordenamientos discursivos, no definiendo estos por sí mismos la presencia o ausencia de enfermedad pero sí operando como registro para su abordaje. Así, el psicoanálisis aparece trabajando en las fronteras entre paradigmas como entre normalidad y familiaridad o entre salud y enfermedad.

Palabras clave

Psicoanálisis - Enfermedad - Normalidad - Paradigmas

ABSTRACT

PSYCHOANALYSIS ON THE BOUNDARIES:
NOTES ON DISEASE IN SCHREBER

In this paper, the works of Freud and Lacan on the “Schreber case” are studied, focusing on some notions that are elaborated around the issue of disease. Both approaches are situated in their continuities and discontinuities. Freud is located between a Kraepelinian and a structural paradigm, while Lacan is close to the structural paradigm, also questioning some of its concepts, such as organic etiology or the psychoanalytic notion of conflict. The idea of a familiar strangeness can be taken as one of those that makes such continuities and discontinuities emerge, appearing in Freud with the model of the dream and in Lacan with madness as a fundamental negativity from its approach in terms of a tragic existence due to the relationship with the signifier. The search for a psychic mechanism in the relationship between repression, fantasy and libidinal fixation is also

raised in counterpoint to the Lacanian approach to discursive ordering, this not defining by itself the presence or absence of disease but operating as a registration for its approach. Thus, psychoanalysis appears to work on the borders between paradigms such as between normality and familiarity or between health and disease.

Keywords

Psychoanalysis - Disease - Normality - Paradigms

Introducción

Este trabajo propone un análisis breve de algunas conceptualizaciones de enfermedad que se construyen alrededor del “caso Schreber”, estudiando cómo estas emergen en el texto del propio Schreber (1903) —sus *Memorias...*— pero principalmente en lecturas psicoanalíticas del mismo, por parte de Freud (1910) y, en segundo término, de Lacan (1955-56). Entre estas dos elaboraciones, se precisa localizar algunas continuidades y discontinuidades. En lo específico, se busca estudiar la configuración del cuadro clínico en la relación entre represión y fantasía, articulado este último concepto a otros como sueño y deseo, que se lee más fuertemente en términos de Freud, y entre normalidad y extrañeza, recuperando las reformulaciones lacanianas sobre los efectos de su relación con el significante, a partir de la importancia de la conceptualización de los mecanismos (Freud) y ordenamientos discursivos (Lacan). Interesa interrogar la trayectoria desde un dispositivo psiquiátrico como aquel en el que se sitúa Schreber hacia una lectura psicoanalítica, y las coincidencias y divergencias en los modos de abordaje de un caso en los cruces entre paradigmas psiquiátricos y psicoanalíticos, orientando a abrir interrogantes por la deriva del diagnóstico, la enfermedad, lo patológico.

Lenguaje y método

Puede partirse de esta lectura destacando que, en sus *Memorias*, Schreber se presenta a sí mismo como enfermo y distingue sus experiencias según se vinculen o no a sus dos enfermedades. De estas, la primera fue registrada por el lenguaje médico oficial como “hipocondríaca” y sin presentar fenómenos del “ámbito suprasensible”, a lo que Freud agrega que “se mantuvo en los límites de la neurosis” (1910, p. 13).

Durante una mañana, entre las dos enfermedades, ocurre la escena de la que se construye la siguiente intersección. Según

Lacan, en estado preconscious (1955-56, p. 93), aunque en la frontera entre sueño y vigilia, Schreber tiene una “sensación” vinculada a la “idea” (Schreber, 1903, p. 49), para Freud “representación” (1910, p. 14) de que “a pesar de todo, sería algo muy bello el hecho de ser una mujer en el momento en que es penetrada por el hombre”, según la traducción de las *Memorias* (1903, p. 49). En lo coyuntural, esto coincide con la elección de Schreber para presidir el Tribunal Superior y con su dificultad para tener hijos. Por otra parte, Freud (1910, pp. 15-16) parece seguir al psiquiatra de Schreber, Weber, en ubicar una duplicidad: por un lado, la personalidad sociable y, por otro, las ideas delirantes. En línea con esta multiplicidad de facetas, Freud piensa, por momentos, la objetividad del discurso de Schreber, que aparece como legible en varias claves: interroga la relación entre el relato y los hechos “reales”, así como plantea la posibilidad de discusión conceptual con las tesis teológicas de Schreber.

Para arrimar al abordaje etiológico, se destaca en Freud la idea de la sexualidad como raíz de las enfermedades nerviosas (*ibid.*, p. 29). Según el historial, si en un principio Schreber actuaba como asceta, con la alteración patológica se volvió cultivador de la voluptuosidad femenina, ordenada por Dios. Schreber es capaz de “representar visualmente” (*ibid.*, p. 31) que tiene tetas y genitales femeninos. Así emerge el foco sobre la fantasía de feminización, que, además, es cercana en el tiempo a sueños de retorno de la enfermedad. En la lógica con la que plantea sus inferencias, Freud parece encontrarse entre lo que Lanteri-Laura (cit. por Godoy, 2013) ordena como segundo y tercer paradigma psiquiátrico, o entre estos y un cuarto paradigma, lacaniano, que agrega Godoy: así como Freud mantiene el uso de términos y esquemas de la psiquiatría moderna, se diferencia y la cuestiona, por ejemplo en la explicación de lo afectivo por la racionalización, o en su contraposición con el “psiquiatra práctico”, de cuyo enfoque operativo y direccional sobre el delirio distingue la inquietud psicoanalítica por la comprensibilidad de la trayectoria de mociones que producen “formaciones de pensamiento tan extravagantes” (1910, p. 18).

¿Con qué método trabajar tal extravagancia? La interpretación psicoanalítica, en estos términos, opera dirigiéndose a la reconstrucción de lo no dicho —y esto se podría extender, por ejemplo, al interés de Freud por los pasajes suprimidos en las *Memorias*. La apuesta por la reconstrucción justifica una propuesta que emerge del estudio freudiano: la “traducción” como trabajo del psicoanálisis sobre “exteriorizaciones” expresadas de modo “alejado de lo normal” (*ibid.*, pp. 34-35). Freud enseguida reúne eso extraño, en forma de delirio, con algo “más familiar” como el sueño (*ibid.*, p. 37) y eso tuerce los polos normal-extraño, volviendo a este último cotidiano o común. Al mismo tiempo, la traducción a un lenguaje familiar no significa una traducción “a los términos especializados de la medicina”, que “nada agrega a su contenido” (*ibid.*, p. 41). Atendiendo la influencia kraepeliniana en Freud y la influencia de este en el paradigma estructural, acaso cabría asociar la regla de Ey, “lo

normal contiene a lo patológico potencial” (Godoy, 2013, p. 7), con la noción de sueño como extrañeza familiar.

De hecho, sobre este abordaje puede resaltarse la observación freudiana de que la paranoia “fragmenta”, “disuelve”, “descompone” (1910, 46-47). Su particularidad es la “forma de manifestarse los síntomas” (1910, p. 55). Por eso no debe enfocarse su estudio en los complejos sino en su “mecanismo” de formación de síntomas o en el de la represión y la defensa de la fantasía vía el delirio de persecución.

Lacan pone la distinción entre lengua normal y extraña en términos de lo admitido en un campo de discursos que configura creencias, incluida la ciencia (1955-56, pp. 95-97). A pesar de eso, asocia las gramáticas psicóticas con operaciones típicas de discursos admitidos en el campo del Otro, como puede ser la metafísica. Con este registro conceptual, el enfoque discursivo puede postular una singularidad formal estructural en las psicosis por la “desestructuración”. Los discursos psicóticos, entonces, pueden compartir lengua (por ejemplo, el español) con otros, pero variar respecto del “ordenamiento común del discurso” (*ibid.*, p. 53), en su economía de relaciones internas y automatismos. Ahí, Lacan parece compartir con Spencer y Jackson la noción de paranoia como desestructuración (Godoy, 2013, p. 5), aunque quizá no el evolucionismo de estos autores. Por otra parte, puede mencionarse una indicación de Lacan que sitúa al “drama de la locura” en la relación hombre-significante (1957-58, pp. 555-6). Una reciprocidad de las relaciones locura-significante, significante-hombre y locura-hombre permite comprender a la locura como límite de la libertad (*ibid.*), limitando y definiendo al ser humano. El lenguaje constituiría una existencia trágica, relación que haría al sufrimiento del animal humano. Por eso “el psicoanálisis debería ser la ciencia del lenguaje habitado por el sujeto”, capturado y torturado por aquel (1955-56, p. 349). La tragedia del significante también perturba la sexualidad humana, a través de lo que Freud construye como la represión y constitución del inconsciente, el complejo de Edipo y castración, y sus consecuencias. Por otra parte, según Godoy (2013, p. 10), puede considerarse un “gesto inaugural” del tercer paradigma psiquiátrico la incorporación del autismo como “síntoma fundamental” en la esquizofrenia, aunque la escuela suiza relega el aspecto sexual que Freud ve en el autismo como modo de satisfacción autoerótico, retirado de los objetos. En cuanto a los mecanismos, el paradigma de las estructuras atribuye una función reguladora al psiquismo; la patología se comprende como disolución de lo superior y liberación de lo inferior, en desorganizaciones, desequilibrios, regresiones. Sin embargo, los aspectos mecanicistas de esta conceptualización son discutidos por Lacan, que busca la estructura en los “fenómenos” (e. g. Lacan, 1955-56, p. 145) y se aleja del rastreo de génesis orgánicas; o, incluso admitiendo una génesis orgánica, para su registro “es necesario que haya un punto privilegiado donde esa localización puede hacerse, donde el sujeto anota la discordancia eventual” (*ibid.*, p. 56). Y, para Lacan, abordar ese sujeto implica “formular

la pregunta en el registro mismo en que el fenómeno aparece, vale decir en el de la palabra” (*ibid.*, p. 57). Si se sigue la explicación de Godoy (2013, p. 2) sobre Lanteri-Laura, que recupera la idea de “arrastre residual” de nociones de paradigmas anteriores y de una “dialéctica de paradigmas” por la que reemergen problemas anteriormente latentes, ¿cabría pensar que la discusión al organicismo también fuera orientable a arrastres que afectarían, en parte, a la perspectiva freudiana?

Fantasmas, representaciones

Volviendo al caso, Freud hace foco sobre las “exteriorizaciones” que Schreber produce de su razonamiento paranoico, estableciendo el psicoanalista una genealogía del delirio que va desde un transexualismo mundano (vinculado a miedos de abuso sexual), pasando por un delirio intermedio (los psiquiatras como almícidas) hasta uno sólidamente divino (redención de la humanidad). Según Freud, la primera fantasía feminizante es “independiente” (1910, p. 20) del desarrollo posterior del delirio. De hecho, la “emasculación” se actúa en la intimidad de Schreber, vistiéndose como mujer, usando collares, etc., mientras el edificio mesiánico es público: las *Memorias*, siguiendo a Freud, se presentan como esfuerzo de reconocimiento de la misión. Sin embargo, Freud posteriormente considera que la redención resignifica *nachträglich* a la feminización, que queda explicada en función de la procreación divina de una estirpe. Entonces, dos ideas centrales: feminización y misión divina, unidas por un “vínculo genético” (*ibid.*, p. 33) y en la feminización ante Dios. Combinando interpretación y asociación, Freud delimita una época en la que coinciden el sueño de retorno de la primera enfermedad —lo que presenta un escenario interesante en el que el sueño, extrañeza familiar, anticipa la segunda enfermedad, extrañeza más radical, quedando abierta la cuestión de si el sueño ya puede considerarse parte de la enfermedad o no— y la “representación”/“fantasía” (Freud) o “fantasma” (Lacan) de “qué hermoso sería...”. Así, se hipotetiza que se trata o bien de un recuerdo de la posición femenina ocupada ante el médico que trató la primera enfermedad, o bien de lo inverso, un deseo de volver a él que se expresó actualmente con la posición sexual femenina y por el desplazamiento representativo del personaje médico hacia la situación de enfermedad. Ahora, si se atienden la hipótesis de la coincidencia epocal y la reacción indignada de Schreber hacia la fantasía, no parece ilógico aceptar la tesis de mínima de Freud, que, paradójicamente, lleva a la idea compleja del ascenso de la “libido homosexual” (*ibid.*, p. 41): esta puede no dirigirse “originariamente” a la representación de Flechsig, quizás encubriendo otra (y, en un sentido conceptual preciso del aparato psíquico, esto siempre ocurre, así como podemos pensar con Lacan que atrás de un significante hay otro). Una alternativa es que Schreber también pueda haberse enamorado efectivamente de Flechsig, lo que permitiría plantear la situación en términos de transferencia. Pero el punto es: ¿cómo el ascenso libidinal ocasiona la enfermedad?

Las “fases de la represión” pueden resultar útiles para entender esto. Se trata de la fijación a un modo erótico (homosexual, narcisista), la represión propiamente dicha de una idea vinculada a esa fijación (la asociación de los sueños y Flechsig) y el retorno de lo reprimido (síntomas). Así, el delirio, explica Freud, generalmente considerado “lo patológico”, más bien intenta reconstruir un mundo sentido como sepultado desde la represión, que desprende los lazos libidinales de personas y cosas. Entonces: la reacción defensiva proyecta la enfermedad (*ibid.*, p. 65) o, más bien, “lo cancelado adentro retorna desde afuera” (*ibid.*, p. 66): la extrañeza se registra ya no en un plano abstracto sino en uno experiencial, subjetivo, y Schreber deviene reconstructor.

En cuanto a la atracción con Flechsig, cierta violencia surgiría de que el personaje del médico le recordara a Schreber a sus propios padre o hermano, reprimidos primariamente (*ibid.*, p. 44), y los rasgos asociados (medicina, sumisión/rebelión, muerte) definirían la serie padre-hermano-Flechsig-Dios-Sol, explicada, con el complejo paterno, por la reacción ante la amenaza de castración. Aunque Freud deja abierta la complejización del análisis por falta de información, la fantasía coincidiría con una frustración en vida real: se esboza que para Schreber la feminización es una alternativa viable en el proyecto de paternidad dificultado. Fuera exactamente así o no, resultan coincidentes temáticamente su tristeza manifiesta ante la imposibilidad de tener hijos con su esposa y el proyecto mesiánico de redención de la humanidad teniendo hijos con Dios. Además, esa fantasía se lee en Freud como reparando algo en la sucesión familiar ante la pérdida del padre y el hermano.

En la historia subjetiva, la posibilidad de amor homosexual estaría abierta por la “fijación” o “demora” en la fase narcisista (ubicada entre una autoerótica y una de elección de objeto ajeno), que promueve el amor a lo semejante. Freud, aunque afirma no reprochar la libido ni la represión a Schreber, marca que esas fijaciones pueden predisponer patológicamente a formaciones de grandeza, persecución, etc., con el yo en el centro. A su vez, la defensa, de origen no tan clarificado, contra esas mociones produce “perjuicios sociales”, “relegamientos” (*ibid.*, p. 55), desligues libidinales del mundo que llevan a sentimientos que el propio Schreber vivió como “depresión”.

Conflicto, locura, mecanismo

Diacrónicamente, Freud plantea primero la fantasía feminizante, seguida de la reacción paranoica en defensa contra la fantasía y, en tercer lugar, ya intolerable la paranoia, un delirio que bendice la feminización: “el yo es resarcido por la manía de grandeza y a su vez la fantasía de deseo femenina se ha abierto paso, ha sido aceptada” (*ibid.*, p. 45). De este modo, el delirio se comprende como creación de posibilidades de coexistencia entre sentidos vividos en conflicto psíquico.

Lacan subraya con Freud esa dimensión, en términos de conflicto moral, pensando un desequilibrio que puede o no desencadenar una sucesión de crisis. Sin embargo, matiza el sentido

del sueño o fantasma. El de Schreber primero se expresa de modo admisible para el yo; la secuencia de crisis por conflicto adviene después. Además, en la noción de conflicto, Lacan ve una ambivalencia y cuestiona que se presente la relación libido-defensa de modo que “o bien ayuda a mantener determinado equilibrio, o bien provoca la enfermedad” (*ibid.*, p. 48). Por otro lado, considera que Freud “faltó a sus propias normas” al “hacer depender el tema homosexual de la idea de grandeza” (1957-58, p. 549): la feminización, afirma, está determinada por la identificación al significante de la falta en el Otro, incorporando con esto una identificación a “la mujer que falta a los hombres” (*ibid.*, 547). Centrado en lo discursivo, Lacan refuerza la interrogación al registro de la palabra, descartando vías que el autor atribuye a la psiquiatría, al organicismo y a corrientes que priorizan el refuerzo yoico. El trabajo psicoanalítico sobre la psicosis, en la clave de Lacan, apunta a la formalización de las relaciones singulares, en ese tipo discursivo, entre sujeto, alteridad, la tríada indisoluble de registros real, simbólico, imaginario, y sus efectos en el habla. Así, propone conceptualizar el estilo singular de cada estructura discursiva, si aventurando categorías como sano, enfermo, normalidad, patología, no evitándolas, pero conmoviendo algunas fronteras y no reduciendo neurosis o psicosis a una u otra.

¿Qué pasa con la expresión “locura”? Lacan da el ejemplo de la locura en creerse un yo o en asumir la identidad de un rey (cf. Lacan, 1954-55, p. 353-370). La locura aparece como negatividad límite pero también como estructurante de ciertas figuras normativas, que siguen siendo producto del significante y la existencia trágica del hombre en relación con aquel. Ahora bien, que en creerse rey haya locura implica que la hay en admitir, mediante identificaciones, funciones normales sociales. Por lo tanto, locura no equivaldría a enfermedad (un rey puede no necesariamente ser definido como enfermo y a la vez ser definido como un sujeto social que cumple más o menos correctamente su función). En este punto, podría recuperarse de Pablo Muñoz (2008) la distinción entre una noción de locura normal, común a todos y lógicamente previa al anudamiento singular de cada uno, de otra noción de locura como desencadenamiento, sea psicótico o neurótico. Una enfermedad de lenguaje (o *páthos* del *lógos*), que es común, y una enfermedad específica en tanto desencadenamiento de lo que anuda esa primera dislocación, como una versión excesiva de sus efectos, pero una versión siempre agazapada, a la espera. En este segundo caso, la enfermedad podría ubicarse en la saturación de un punto crítico de la dislocación, produciendo síntomas (Freud) o fenómenos elementales (Lacan). Asumiendo conceptualizaciones vinculadas a la lingüística estructural, sin una correspondencia directa entre signos y realidad, el criterio para la definición de salud o enfermedad no pasaría tanto por el estado de esa correspondencia ni por la cuestión del control de las acciones como por el problema de la significación (cf. Lacan, 1946). Postulando una relación siempre ya dislocada con la existencia (como en la sexualidad, la

memoria, la verdad) a partir del significante y el inconsciente, Lacan no considera a la defensa patológica en sí sino “[por] que, en torno a la famosa regresión afectiva, se produce la regresión tópica” (1955-56., p. 223), mezclando mecanismos y niveles. Como esta regresión es figurada en tanto respuesta a la amenaza de castración, se explica que el delirio cúlmine de Schreber, de redención, dé cuenta de un narcisismo (ser amado nada menos que por Dios) que protegería al sujeto incluso perdiendo su masculinidad (*ibid.*, p. 444). Algo homólogo ocurre con la emergencia de fantasmas, incluido el de Dios, según Lacan pre-edípico (*ibid.*, p. 448). El narcisismo posibilitador de cierta posición amorosa, del lado fantasmático, en Freud descrito como una predisposición producto de la fijación pulsional, en Lacan aparece como “antecedentes imaginarios” (*ibid.*, p. 143). Pero las formaciones imaginarias, en los fantasmas como en las relaciones del yo que se conforman en el delirio, no alcanzan a dar cuenta del cuadro general. De hecho, el empuje homosexual aparece como “síntoma” más que como “determinante” de esta psicosis (Lacan, 1957-58, p. 526). Es necesaria la teorización en el significante; a eso viene la propuesta de la forclusión.

Habiendo analizado las tres lógicas freudianas de proyección de la percepción interna “yo amo”, reprimida y exteriorizada con deformación (pasando a: “yo lo odio, él me persigue”; “yo la amo, ella me ama”; o “yo no los/las amo, ella/él lo/las ama”), Lacan, por su parte, ve necesario buscar la estructura en el discurso del sujeto que denote un mecanismo distinto de la represión (*Verdrängung*). Se indaga en formas como la certeza con la que se presentan algunas significaciones —de un modo “totalmente extraño” (1955-56, p. 125), exterior pero que “conciernen” (*ibid.*, p. 110)—, no encadenables, que no se pueden “vincular a nada” (*ibid.*, p. 124), detención, que se patentiza en la psicosis, de significantes que remiten al hecho de la significación: neologismos, manifiestos como certeza plena o como estribillo. Es ahí donde ocurre la señal de agujero propia de una forclusión (*Verwerfung*) primordial: un significante no inscrito en lo simbólico, para Lacan identificable en Schreber al significante ser-padre, “rechazado”, “expulsado” (*ibid.*, p. 217), aparece irrumpiendo en lo real. Si en este caso se llega a padecimientos, amenazas, se hace no suficiente pero necesaria su comprensión ligada al desencadenante de una situación que concierne a la paternidad y al ser, que se vuelve dramática en la alusión crítica al agujero (distinto, por ejemplo, de un encuentro con una mediación del significante fundante de la falta y del discurso encadenable). La situación se estructura de modo que el lugar del Otro es ocupado por el Ideal del Yo y produce aliena al sujeto respecto del significante, entrando en un juego vasto de dobles imaginarios, identificaciones especulares.

Conclusiones

En lo expuesto, se rastrearon algunos desplazamientos en los conceptos de enfermedad y patología en los trabajos de Freud y Lacan sobre Schreber. Se identificaron algunos puntos de con-

vergencias y divergencias entre estos abordajes y de estos respecto de paradigmas psiquiátricos.

El trabajo de Freud puede situarse en la frontera entre el paradigma de las enfermedades mentales y el de las estructuras psicopatológicas, distinguiéndose de este al postular la centralidad de lo sexual. Contra el primer paradigma, se resalta su abandono de la atribución de lo patológico a fenómenos como el delirio (para Freud, un intento de curación por reconstrucción). Lo encuentra, en cambio, alrededor del conflicto, aunque con ciertos problemas en la construcción de la relación entre fijación y defensa, problematicidad situable justamente en lo fronterizo de su posición entre paradigmas. Abre, además, la posibilidad de ubicar la causa de la enfermedad en la reacción del yo contra la emergencia libidinal, ligada a prejuicios respecto de lo social. Por otra parte, Lacan puede ubicarse como vinculado más fuertemente al paradigma de las estructuras, no sin cuestionar sus planos mecanicista y organicista. Si hay un sufrimiento trágico fundado en la dislocación de la existencia por el significante, la enfermedad urge ser pensada en clave discursiva, cerca de lo que Freud propone como interpretación y traducción, y por eso se trata de interrogarla en su ordenamiento estructural singular con respecto a la alteridad y al discurso común, en Schreber (diferente en otros cuadros) vinculado a la forclusión y desencañada en una situación dramática de encuentro con un abismo asignificante. Atendiendo lo expuesto, puede entenderse que, si bien la lógica de la forclusión no es excluyente para considerar la presencia de la enfermedad, sí el ordenamiento discursivo resulta, en el enfoque psicoanalítico acá trabajado, una grilla que permite conceptualizar la singularidad de su formación y sus mecanismos. Junto a esto, la relación con el significante entendida desde el psicoanálisis puede implicar comprender la enfermedad en su negatividad constitutiva y dialéctica, trabajando a su vez sobre los momentos de extremación de tal negatividad. De estas bases puede partirse para eventualmente investigar la cuestión con profundidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1910) Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. *Obras completas*, XII, Buenos Aires, Amorrortu, 2007.
- Godoy, C. La psicopatología: de la psiquiatría al psicoanálisis. Recuperado en 19/02/2022 de <https://es.scribd.com/document/466616349/GODOY-La-psicopatologia-de-la-psiquiatria-al-psicoanalisis>
- Lacan, J. (1946) Acerca de la causalidad psíquica. En *Escritos*, I, México, Siglo XXI, 1995.
- Lacan, J. (1954-55) *El seminario, 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1955-56) *El seminario 3: las psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 2020.
- Lacan, J. (1959-60) *El seminario, 7: La ética del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 2020.
- Lacan, J. (1957-58) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis, *Escritos*, II, Buenos Aires, Siglo XXI, 2003.
- Muñoz, P. El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan. *Anuario de investigaciones*, 15, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, enero/diciembre 2008.
- Schreber, D.P. (1903) *Memorias de un neurópata*, Buenos Aires, Centro Editor Argentino, 2010.