



ABORDAJE TEÓRICO Y CLÍNICO DE LA PSICOSIS MANIACODEPRESIVA DESDE UNA PERSPECTIVA ANALÍTICA FREUDIANA Y LACANIANA

CAROL FERNÁNDEZ JAIMES

RESUMEN

Se llevó a cabo durante un tiempo de 11 meses un trabajo clínico con pacientes psicóticos que se encuentran institucionalizados. De dicho trabajo, surge el siguiente interrogante: ¿Qué es o cómo se estructura la psicosis maniaco depresiva?, en vista de las oscilaciones entre un estado maníaco y melancólico que se vislumbraba en estos pacientes. Partiendo de esta cuestión, se realiza una revisión y estudio de textos de Freud y Lacan, en donde se hallaron registros que dan cuenta de los elementos que entran en juego en esta forma de psicosis. Se analizaron también los datos obtenidos en el trabajo clínico que se llevó con los pacientes tanto del Programa Ecoterapia, como con otros pacientes que no se encuentran institucionalizados y que fueron diagnosticados por la clínica psiquiátrica como Trastorno afectivo bipolar. Se colige que la cuestión de la maniaco depresión se estructura como una psicosis en tanto que la forclusión de un

significante primordial es el mecanismo de defensa propio de esta estructura a diferencia de la represión en la neurosis. Así mismo se entiende como la manía y la melancolía más allá de ser consideradas entidades patológicas deben ser vistas como formas de defensa compensatorias de la economía psíquica.

Palabras clave: manía, melancolía, psicosis, defensa, forclusión, objeto a, significativo.

THEORETICAL AND CLINICAL APPROACH MANIC DEPRESSION FROM AN ANALYTICAL PERSPECTIVE FROM FREUD AND LACAN

SUMMARY

It was made a clinical work during about eleven months with psychotic patients who were institutionalized. In this work, the following question arises: What is or how to structure manic depression? In view of the fluctuations between manic



and melancholy that loomed in these patients. On this issue, we review and study of texts of Freud and Lacan, where they found records that show the elements that come into play in this form of psychosis. We also analyzed the records obtained in the clinical work with patients was much Ecoterapia Program, as with other patients who are not institutionalized and were diagnosed by the psychiatric clinic as bipolar affective disorder. It follows that the question of

the structure as manic depression psychosis while the foreclosure of a significant primary defense mechanism is typical of this structure as opposed to repression in neurosis. It also means as mania and melancholia beyond being considered pathological conditions should be seen as forms of defense compensatory psychic economy.

Key words: maniac, melancholic, psychosis, defense, forclusión, object a, to significant.

Introducción

Se realizó un trabajo clínico desde la perspectiva analítica lacaniana en Instituciones como el Hospital Nazareth en su Programa Ecoterapia en el año 2009, Programa ubicado en la localidad de Sumapaz, zona rural de la Ciudad de Bogotá, y actualmente en la Fundación Aedificare en la Ciudad de Bogotá. En el trabajo clínico desarrollado, se han abordado casos de sujetos diagnosticados por la nosología psiquiátrica como trastorno afectivo bipolar. Son los casos que en el argot analítico conocemos como psicosis maniacodepresiva, en donde no reconocemos un trastorno, sino estructuras psíquicas que tienen una forma particular de expresión a través de su síntoma. En el abordaje de dichos casos surgía la siguiente cuestión ¿Qué es en realidad una psicosis maniaco depresiva? ¿Cuáles son los elementos que en esta estructura entran en juego y llevan a determinar una singular forma de expresión sintomática que se palpa en las oscilaciones entre la melancolía y la manía?



La situación que siempre rondó este interrogante, era que de los casos abordados, específicamente en el Hospital Nazareth en su Programa Ecoterapia, se encontraban estos casos de maniaco-depresión, los que a su vez fueron abordados a partir de la escucha y elementos propios de la clínica analítica, generando el lugar en el cual los pacientes eran escuchados. Sin embargo, pasado un tiempo, sin justificación alguna, estos pacientes caían en un estado de melancolía que podía durar más de una semana, tiempo en el cual el paciente permanecía totalmente aislado, no ingería alimentos, recibía sus medicamentos de manera automática, no salía del cuarto, se evidenciaba un completo retrotramiento de la libido.

No obstante lo anterior, siempre estaba la presencia del clínico, en el lugar del significante y de un momento a otro, el paciente salía de su estado melancólico para ingresar a un estado de exaltación maníaca en donde volvían las necesidades como el sueño, la alimentación, la necesidad de estar activo todo el tiempo pero, a nivel de significante, se apreciaba una salida fugaz de estos que no lograban hacer punto de capitón.

Empero, apreciar como con la escucha analítica se generaban avances en cuanto al establecimiento del lazo social, siempre rondaba el mismo interrogante, ¿Qué es en realidad la psicosis maniaco depresiva, si los cambios en el estado afectivo se deben a un rechazo a la castración, a la forclusión de un significante primordial o hay algo más en juego?

Por tanto, surge la necesidad de revisar los avances teóricos frente al tema y tratar de encontrar elementos que apunten a la comprensión de esta estructura clínica que muestra claras diferencias en lo atinente a las otras dos formas de psicosis: en la paranoia surge el delirio como defensa frente al rechazo del Nombre del Padre; en la esquizofrenia, es el



real el que se manifiesta, el sujeto ha creado su lenguaje o mundo propio con el cual se defiende del Nombre del Padre cuando este se aviene; pero en la maniaco depresión, ¿qué es lo que surge?, ¿es una defensa frente a qué?, o ¿por qué esa defensa se traduce en dos estados completamente opuestos?.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio documental en donde se trabajaron los textos de Freud y Lacan que abordan la cuestión de la manía y la melancolía. Una vez revisados los textos se procede al análisis y comprensión de los mismos a la luz de los registros obtenidos en las entrevistas preliminares y sesiones de escucha llevadas a cabo.

Se tuvieron en cuenta los registros de campo obtenidos en el trabajo realizado durante el año 2009 con los pacientes del Programa Ecoterapia, que tenían como diagnóstico específico psicosis maniaco depresiva, sin embargo, también se trabajó en sesiones de 20 a 30 minutos dos veces por semana con 3 pacientes que no se encuentran institucionalizados, y que presentan igual impresión diagnóstica. De cada uno de los encuentros clínicos llevados a cabo con cada uno de las personas abordadas se llevaron registros de campo en donde fueron consignadas las emergencias discursivas por parte de los pacientes, así como elementos, observaciones y apreciaciones propias de la clínica analítica.

Los interrogantes encontrados tanto en la revisión de los respectivos textos, así como también en cada una de las intervenciones llevadas a cabo fueron puestos en mesa de debate en los espacios establecidos por el semillero de investigación Psicosis y Psicoanálisis, o en discusiones con los investigadores de la línea.



Hacia una elucidación de la psicosis maniaco depresiva

Trabajando el texto *Duelo y Melancolía* de Freud se puede deducir que una cosa bien distinta es el duelo y otra la melancolía. El duelo no puede ser considerado patológico en tanto que frente a la pérdida de un objeto, el sujeto entra en un estado en el cual debe paulatinamente retirar la libido que investía al objeto perdido, pero, “una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido” (Freud 1917, 243).

Empero, la melancolía, es una cuestión netamente diferente, dado que al parecer, la pérdida del objeto no se resuelve. Según Freud, al realizar un trabajo que podría llamarse, comparativo entre el duelo y la melancolía, puntualiza un elemento esencial que se hace presente en ésta y que en aquella, el duelo, está ausente:

El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico {*Ichgefühl*}, un enorme empobrecimiento del yo.

En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo. (Loc. Cit., 243)

Dicho empobrecimiento del yo, podría remitirnos a la concepción de retraimiento de la libido hacia el yo; la concepción originaria de Freud de las neurosis narcisistas, en las cuales, la psicosis haría parte de ellas.

No obstante con Lacan, vamos a entender la cuestión de retrotraimiento de la libido hacia el yo en términos de la incapacidad del psicótico de poder proyectar la libido hacia otros objetos, o lograr catectizarlos. Siguiendo a Freud en el texto mencionado se puede vislumbrar la introducción por parte del autor de un elemento fundamental en la melancolía y es la identificación del yo con el objeto y que explica de la siguiente manera:



La investidura del objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular, como un objeto, como el objeto abandonado (L. C., 246).

Sin embargo a lo que Freud nos introduce no es simplemente a la identificación del yo con el objeto sino que en esa identificación hay algo que se entreteje en el fondo de este proceso identificativo y que tendría que remitirnos necesariamente no solo al narcisismo sino a la identificación especular o a la imagen especular y que podría guardar estrecha relación con la cuestión de la melancolía.

Retomando a Lacan en el seminario 10. ¿Qué nos dice, respecto de la identificación especular? Aparte de indicar que todo el proceso de la identificación permite la emergencia o construcción de un yo, en la medida en que el sujeto frente al Otro logra identificarse en tanto la aprobación del Otro, nos está indicando el efecto que en este proceso identificatorio tiene el investimento libidinal, “El investimento de la imagen especular es un tiempo fundamental de la relación imaginaria. Es fundamental en la medida en que tiene un límite. No todo el investimento libidinal pasa por la imagen especular. Hay un resto.” (Lacan 1962-1963, 49).

Cuando Lacan se refiere al resto, se refiere ni más ni menos que al objeto a, pero es necesario recalcar que en la imagen especular hay un investimento libidinal, no total, dada la presencia de A. Sin embargo, ese investimento de la imagen especular, denominémoslo parcial, es suficiente para establecer la relación imaginaria y la



constitución del yo, y el remanente, ese a, es lo que pierde el sujeto frente al A, pero no sabe que lo pierde, precisamente por el carácter de $i(a)$, en tanto especular, no se ve la pérdida, todo lo cual a posteriori, va a enmarcar la angustia de castración. Pero, ¿qué sucede si no hay investimento de la imagen especular?, ¿qué sucede si no hay un reconocimiento del Otro, o quizás por parte del Otro? No habría resto, o quizás el resto lo es todo y nada al mismo tiempo, el sujeto ni siquiera tendría una imagen especular, o imagen virtual, sino que estaría de frente con ese resto. Lo único frente a lo cual se identificaría no es más que ese objeto a, que en sí mismo no sería ya perdido sino que haría una presentificación vacía, en tanto que está ahí toda la carga libidinal pero, no autenticada por el Otro, es decir, ni siquiera habría cabida a la imagen especular y si esta se encuentra ausente, entonces ¿qué imagen vería el sujeto?, ¿Una imagen real?

Se colegiría que no puede surgir una imagen virtual, en tanto esta se desprende de la $i(a)$, imagen especular y es esta imagen la que el sujeto tiene frente a sí mismo cuando se ha dado el debido proceso de investimento libidinal, pero en ausencia de tal investimento, se entendería que se tendría frente nada más que una imagen real pero no libidinalizada. De hecho Lacan, va a enunciar como en esa dinámica de investimento libidinal en donde hay un remanente surge la falta en tanto “que se realiza aquí, en $i(a)$, lo que llamo la imagen real, imagen del cuerpo que funciona en lo material del sujeto como propiamente imaginaria, o sea libidinalizada, el falo aparece en menos, como un blanco.” (Lacan 1962-1963, 50).

En este orden de ideas, si el sujeto tiene frente así, una imagen real, pero no autenticada por el Otro, el cuerpo no operaría ni siquiera en lo imaginario, todo lo cual, a claras luces, repercutiría en el paso hacia lo simbólico, quedando el sujeto atrapado en una relación



imaginaria y “en la medida en que la relación permanece en el plano imaginario, dual y desmesurado, no tiene la significación de exclusión recíproca que conlleva el enfrentamiento especular, sino la otra función, la de captura imaginaria” (Lacan 1955-1956, 292).

En estos términos, si la cuestión se reduce meramente al plano imaginario con la imposibilidad de pasar al plano simbólico, y en donde la significación de exclusión recíproca no tendría entrada, se podría comprender como tanto la manía como la melancolía, no podrían ser vistas como un reverso y un anverso, sino como dos estados psíquicos sin posibilidad de exclusión. A lo que voy, es que si bien es cierto, hay pérdida del objeto en la melancolía, o identificación con el mismo, que desencadenaría la ausencia total de pulsión, el enfrentamiento total del sujeto con la muerte, por otro lado, la manía, no vendría a ser un opuesto tal y como se piensa, por el contrario, la salida fugaz de significantes, no anclados al goce y sin posibilidad de hacer punto de capitón y que muestra también la incapacidad de anclar la libido a un objeto, muestra así mismo esa ausencia de pulsión, esa presentificación de lo vacío como tal, de una estructura compleja incapaz de catectizar un objeto y de por supuesto tener una red de significantes que remiten a multiplicidad de significaciones que no se verían cortadas por la ausencia de un significante primordial y que entramaría el plano de las relaciones subjetivas.

Podría pensarse que tanto manía como melancolía son dos caras de una misma moneda; la maniaco depresión que muestra en sí una estructura psíquica en la cual aunado al rechazo de un significante primordial hace presencia la identificación del S con el objeto a, y cuyas dos expresiones manía y melancolía, se constituirían en modos de defensa que compensarían la economía psíquica del sujeto.



Con todo lo anterior, si volvemos a Freud, y a la elaboración que hace de la melancolía en las cartas a Fliess, encontramos como Freud podría remitirnos a la cuestión del objeto a: “cabe imaginar que si el grupo sexual psíquico sufre una pérdida muy considerable en la magnitud de su excitación, ello lleve a una especie de invaginación en lo psíquico que ejercerá un efecto de succión sobre las magnitudes de excitación vecinas” (Freud 1895, 114).

Esto nuevamente nos remite a la cuestión de objeto a. Frente a la pérdida del objeto, no cualquiera, sino el objeto a causa de deseo, a nivel psíquico la libido queda introyectada, atrapada en el S, sin posibilidad de ser revertida hacia otros objetos. En este punto es necesario aclarar si la cuestión es de pérdida del objeto o identificación con el objeto a. De hecho, en tanto me identifico con el objeto, este en si mismo estaría perdido, no quedaría excluido sino adherido, o devorado por el sujeto.

La forclusión de un significante primordial como sustrato de la psicosis maniacodepresiva

En el mito de Apolo que trabaja Lacan se aprecia lo que se desprendería en tanto el Sujeto se identifica con el objeto. En palabras textuales nos dice:

Apolo no está castrado ni antes, ni después. Después le sucede otra cosa. Nos dicen que es Dafné quien se transforma en árbol. Es ahí donde nos ocultan algo. Nos lo ocultan – es muy sorprendente- porque no nos lo ocultan. El laurel, tras la transformación, no es Dafné, es Apolo. Lo propio del Dios es que, una vez satisfecho, se transforma en el objeto de su deseo, aun si para ello tiene que petrificarse (Lacan 1962-1963, 331).



¿Qué es lo que se petrifica? El sujeto, quedando suspendido, muerto, e identificado con el objeto a que es vacío. Lo que se vislumbra con este mito es que quizás ni siquiera se alcance a establecer o realizar en el sujeto una imagen real, sino que queda atrapado en la imagen narcisista, que encierra el solipsismo del objeto a, y frente a lo cual no quedaría nada más, sino el ser mismo, en su expresión máxima de la muerte misma, en tanto exclusión del Otro y en tanto la imposibilidad de reconocimiento del Otro. El sujeto, se rehúsa a perder el objeto y no le queda más salida que la identificación con el mismo; a esto, añádase que “la pérdida del objeto es ilusoria, es imaginaria, y es la puerta de entrada a lo simbólico” (Rodríguez 2009, 81), lo que a claras luces, nos despeja de entrada el interrogante de si la maniaco depresión es una psicosis, en tanto que, la pérdida del objeto en el plano imaginario, alude indiscutiblemente a la castración y ésta se encuentra ligada con la aceptación de un significante primordial. En tanto se rehúsa a la pérdida del objeto, se rechaza la castración, la cuestión de la maniaco depresión es del rechazo de un significante primordial que es ni más ni menos que el objeto a. En tanto que es objeto a, causa de deseo, poseería en sí mismo el carácter de significante, de hecho, el sujeto nunca se encuentra con su objeto de deseo, porque siempre están entrando a operar los significantes, pero, si este objeto a fuese visto como un significante que en tanto moviliza el deseo va a remitir a multiplicidad de significaciones y que en tanto el sujeto se identifica con éste, se podría pensar en la imposibilidad del sujeto de hacer punto de capitón.

Añádase a lo anterior, lo siguiente: “El deseo falta porque se ha hundido el ideal” (Lacan 1962-1963, 361). Lacan quién retoma la obra de Shakespeare, Hamlet, precisa como el



hundimiento del ideal en Hamlet genera la pérdida del deseo que lo ha llevado a separarse incluso de su objeto amado. Es necesario que retome apartes de la obra:

¡Que no lo piense! Fragilidad, tienes nombres de mujer. Al mes apenas antes que gastase los zapatos con los que acompañó el cadáver de mi padre como Niobe, toda llanto, ella, ella (¡Dios mío una bestia sin uso de razón le habría llorado más!) se casa con mi tío, hermano de mi padre y a él tan semejante como yo a Hércules (Shakespeare 1603, 39)

¿Qué se pierde?, dos cosas fundamentales, de una parte el objeto, el padre de Hamlet, una pérdida real, sin embargo, hay algo más, se cae el ideal del Yo, la madre, quién reencarna ese ideal del yo, ya que se aprecia la posición tal en que la ha puesto el padre de Hamlet, se cae, en tanto dicho ideal subvierte incluso al ideal del Yo más extremo, al Superyó, el ideal de madre se cae en tanto no hace operar el duelo por la pérdida de su esposo. Lo anterior, podría llevarnos a precisar en qué momento surgen los desencadenamientos del psicótico maniaco depresivo. Surge no solo cuando se aviene el significativo rechazado, sino que aunado a ello, o también, en cuanto el ideal del Yo se cae ante el sujeto.

Duelo y melancolía como síntomas opuestos y puntualizaciones sobre la manía

Retomando a Lacan, podría enunciar que se puede palpar la fuerte diferencia entre el duelo y la melancolía que se halla sustentada en la relación de $i(a)$ con el "a" en el duelo, relación que no se da en la melancolía, puesto que se desprendería la noción de que la $i(a)$, no opera, es la imagen narcisista la que está presente sin identificación especular y todo lo que ello trae consigo y totalmente alienada, subyugada al objeto a, con el cual se



identificaría y de ahí que no quede el sujeto más suspendido en la totalidad vacía del objeto:

Aquello que distingue lo que corresponde al ciclo manía- melancolía de todo lo que corresponde al ciclo ideal de la referencia al duelo y al deseo, sólo podemos captarlo acentuando la diferencia de función entre, por una parte, la relación de a con i(a) en el duelo, y por otra parte, en el otro ciclo, la referencia radical al a, más arraigante para el sujeto que cualquier otra relación, pero también profundamente ignorada, alienada, en la relación narcisista. (Lacan 1962-1963, 363)

Respecto de la manía, Lacan (1962-1963), va a acentuar que la presencia de esta estaría dada por el hecho de que el objeto a, esta alienado al sujeto, todo lo cual lleva consigo al desencadenamiento de significantes entregados a la metonimia, con la incapacidad total de hacer punto de capitón, de ahí, que es el goce el imperativo, sin embargo, la cuestión de fondo es ¿Cómo es que un estado sucede al otro?

Para abordar no solo la cuestión de la manía, sino también como es que un estado sucede al otro, me remitiré al concepto de economía psíquica, en donde el inconsciente opera de tal manera que los síntomas resultan ser defensas frente a una falta o una pérdida; de ser así, tanto la manía como la melancolía, las apreciaría en el termino de defensas y que operan de tal forma que favorecerían la economía psíquica. El estado melancólico tiene su reverso en la manía, ¿por qué no pensar que tanto un estado como el otro resultaría ser la defensa frente al absolutismo más extremo de cada una de estas dos expresiones?

Volviendo a Freud, respecto de la manía, va a enunciar lo siguiente:



En la manía el yo tiene que haber vencido a la pérdida del objeto (o al duelo por la pérdida, o quizás al objeto mismo), y entonces queda disponible todo el monto de contrainvestidura que el sufrimiento dolido de la melancolía había atraído sobre sí desde el yo y había ligado. Cuando parte, voraz, a la búsqueda de nuevas investiduras de objeto, el maníaco nos demuestra también inequívocamente su emancipación del objeto que le hacía penar. (Freud 1917, 252)

Lo anterior puede conducirnos a la concepción de economía psíquica, en donde la manía podría ser vista como el sustituto de la melancolía, no simplemente como el reverso de ésta, sino como una forma de defensa frente a la misma, frente al absoluto vacío en que se encuentra el sujeto, en tanto que identificado con el objeto a., - dado el carácter mismo del objeto que es vacío y que al ser interiorizado por el sujeto implicaría que éste perciba dicho vacío como un abismo-, luego entonces, la única salida es el desencadenamiento por vía de la manía, en donde precisamente el sujeto se liberaría del objeto y de toda la carga libidinal que se halla suspendida en el yo sin ser proyectada; en este momento saldría, se proyectaría ¿Con qué objeto?, sin objeto alguno, aquí estaría lo que podría denominarse el carácter psicótico del ciclo melancolía- manía, ya que esa investidura libidinal que saldría en la manía no sería lo fuertemente fijada como para anclarse no a uno sino a varios objetos y permitir el desencadenamiento de significantes que se anclen al goce y permitan el efecto metafórico, pero lo que vemos es el efecto contrario, el metonímico; el imperativo de gozar seguiría siendo un imperativo y la imposibilidad de hacer punto de capitón, seguiría ahí, como una constante, “la manía queda definida como una cadena significativa funcionando en lo real sin la moderación de un regulador simbólico que haga punto de capitón” (Mazzuca 2001, 108).



***De la maniaco depresión como una psicosis en tanto la forclusión de un
significante primordial***

Se ha mencionado como la noción de identificación con el objeto a, entraña lo que tiene que ver con la maniaco depresión, sin embargo el carácter psicótico de la misma, no se explica únicamente por la injerencia del objeto a. De fondo, es de entender que lo que está en juego en la psicosis es su modo de defensa que no es la represión sino la forclusión. Lacan (1955-1956), introduce la cuestión de la forclusión como un elemento primordial que definiría la psicosis, en tanto que es a partir del rechazo de un significante primordial, lo que impediría que se generen cadenas de significantes que no solo remitan a un sentido, sino de cadenas que permiten el desenvolvimiento de la subjetividad marcado en el plano de lo simbólico. “A cada minuto nuestra experiencia nos hace sentir que hay significantes de base sin los cuales el orden de las significaciones humanas no podría establecerse” (Lacan 1955-1956, 285).

Si retomamos casos de pacientes diagnosticados por psiquiatría como trastorno afectivo bipolar, y que para el psicoanálisis no son trastornos sino una estructura psíquica y que, dentro de las estructuras psíquicas contamos con la psicosis maniaco depresiva, podríamos palpar claramente la cuestión de la forclusión como elemento fundamental que determinaría una psicosis; pero al mismo tiempo se podría apreciar la identificación con el objeto a como elemento que se conjugaría con la forclusión y que se constituirían en fundamentos de base de la psicosis maniaco depresiva.



Estudio de datos encontrados en pacientes diagnosticados con algún tipo de psicosis

Datos encontrados en la paciente G.

Para la paciente G, paciente institucionalizada en el programa Ecoterapia, con quien se sostuvo un proceso de escucha por un tiempo de 11 meses en sesiones de dos veces por semana, se apreciaban las constantes oscilaciones de un estado maníaco a un estado melancólico. El estado melancólico hacía presencia en cuanto G., veía compañeras sosteniendo algún tipo de vínculo con otros compañeros o sabía de la presencia de relaciones sexuales entre sus compañeros. Para G., tener conocimiento de que estas relaciones se daban en la institución, era algo pecaminoso y deshonesto y por tanto las personas debían ser expulsadas del programa. A esto, artícuense la injerencia del ideal del Yo, para G., sus crisis se acrecentaban en tanto que el ideal del Yo (la madre, la institución), no hacía nada por prohibir o castigar a las parejas que sostenían relaciones sexuales o en tanto no sancionaba el hecho de que una mujer pudiera sostener relaciones con diferentes hombres, todo lo cual llevaba a un cuestionamiento del mismo, que terminaba con la caída de dicho ideal y consecuentemente a la entrada en los cuadros maniaco depresivos.

G., sostenía: “La mujer no debe entregarse a un hombre, el sexo es pecado” (Registro de campo). Al indagar por el sexo, no da respuestas, se trabajó en torno a los padres y G., se limitaba a relatar los oficios de cada uno, pero la cuestión en torno a lo sexual era evitada. De hecho, su mayor crisis melancólica sucedió cuando un compañero de la Institución empezó a sostener vínculos sexuales con una compañera nueva. En el momento en que G., se percató de ello, duró dos semanas en las cuales no habló con nadie, se encerró en



su cuarto, en contadas ocasiones ingirió alimentos, no podía conciliar el sueño y no se vinculó con absolutamente ningún compañero.

Sin embargo, de manera repentina salió de dicho estado, para entrar en la manía, en la cual se dedicaba a ayudar a los compañeros que no podían comer sus alimentos por sí solos, o se dedicaba todo el día a realizar oficios de aseo en el Programa. Este aspecto podría analizarse o ser visto como la solución o la salida que tiene G., en tanto reaparece un significativo primordial rechazado como el sexo, la suplencia ante el vacío es identificarse con otro yo, escindido, con una ama de casa por ejemplo, su salida maniaca es la de identificarse como la servidumbre, como una madre que no tiene sexo, pero tiene hijos y que le sirve a ellos.

En las sesiones de escucha enunciaba constantemente lo siguiente: “Me siguen dando altibajos en la personalidad; se me queda bloqueado el pensamiento, me pongo en un estado que no sé nada del mundo, no quisiera que Dios se me revelara porque me molesta que la gente pelee”. (Registro de campo).

En sus enunciaciones discursivas, se apreciaban significantes que no podían anclarse a otros y hacer punto de capitón o almohadillado. El significativo sexo o de la relación sexual, era un significativo que generaba toda un rechazo en G., era un Nombre del Padre, un significativo que no podía simbolizar y que generaba unos síntomas propios que la sumían en un estado de melancolía, aunado a ello, en dicho estado, se apreciaba como el deseo no estaba en G., y más que deseo, el objeto de deseo no estaba ahí, estaba ausente o quizás ella misma se identificaba con el objeto a, el objeto vacío, en tanto para G., lo único o la única condición aceptable era la suya propia, pero, paradójicamente su



condición era la de vacío absoluto, la de no querer saber nada del mundo, la de inestabilidad en “su personalidad”.

Su conflictiva se enraizaba a la pérdida del objeto a, de hecho, podríamos decir que se remitía a la castración, en donde pierde quizás un objeto que nunca existió; pero aunado a ello, se rehúsa saber algo de ello, algo que no logro jamás simbolizar.

Nótese la expresión “no quisiera que Dios se me revelara”, que adquiere todo su sentido en cuanto se palpa el rechazo a la castración y la sumisión en un estado melancólico que era sobrepasado por un estado maniaco, en donde a diferencia del primero, en el cual había prácticamente una ausencia en la enunciación del significante, en la manía se suscitaba una desenfrenada enunciación de significantes que giraban en torno siempre a una única cuestión, la prohibición y el horror a lo sexual. Pero de alguna u otra forma, para su economía psíquica, la devaluación psíquica ocasionada por la melancolía era reevaluada por la condición maniaca.

Datos encontrados en la paciente E.

Para otros pacientes, como la paciente E., también de Ecoterapia, las crisis psicóticas se desencadenaban en tanto su pareja afectiva la abandonaba para entablar una nueva relación. En cuanto este hecho sucedía, E., entraba en un estado en el cual no ingería alimentos, el llanto era constante, se escondía del personal médico y compañeros, no dormía y se desvinculaba totalmente de cualquier actividad que desarrollase la Institución. Sin embargo, pasados unos cuantos días, entraba en el estado maníaco que se caracterizaba por la actividad constante y desenfrenada por parte de E., y los significantes que enunciaba giraban en torno a “ayudar a los doctores que les toca muy duro con nosotros” (Registro de campo).



Se palpa claramente cómo no pudo simbolizar la pérdida primaria, la castración y de ahí que esta se avenga constantemente, se repita una y otra vez, sumiendo a E., en ciclos de manía y melancolía. Es necesario recalcar que las crisis de E., también eran acentuadas por el hecho de que el ideal de hombre que tenía se derrumbaba no solo cuando su pareja la dejaba, sino cuando veía como un compañero también efectuaba lo mismo que su pareja. Para E., no quedaba más que la muerte, según ella lo que se debía hacer era dejarla morir, constantemente enunciaba “déjenme morir, yo ya no soy nada, no tengo nada, déjenme aquí, me quiero morir”; a estas enunciaciones se añaden los intentos de suicidio que tuvo la paciente y que fueron controlados por personal médico.

Es claro que para E., no había nada más, era el vacío absoluto, a diferencia de un duelo, en donde para la persona el mundo está vacío, ante la pérdida de su objeto amado, en este caso, de manía- melancolía, la pérdida ni siquiera se dio. E., estaba identificada con a, de ahí que los significantes que enunciaba giraban en torno a la cuestión del vacío y de la muerte, incluso del vacío que era ella misma, y aunado a ello, su situación era acentuada por la caída del ideal del Yo.

Paciente F: Un caso diagnosticado como maniaco depresión y que el trabajo clínico develo una neurosis

La paciente F, contrario a los demás, no se encontraba institucionalizada en Ecoterapia. Dadas las constantes hospitalizaciones a las que ha sido sometida, decide tomar otro tipo de tratamiento y busca llevarlo a cabo en la Fundación Aedificare. La paciente, presenta un diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que se sustenta por las crisis que ha presentado en las cuales se ha evidenciado llanto constante, episodios depresivos y episodios que denotan un componente maníaco. La paciente ha estado medicada con



litio. La cuestión de fondo es que en las entrevistas preliminares y sesiones de escucha que se han llevado a cabo con la paciente desde comienzos de mayo de 2010, no se ha evidenciado bajo ninguna circunstancia episodios cíclicos de manía – melancolía, fallos en el discurso, forclusión de un significante primordial que desemboquen en una conclusión de diagnosticar psicosis maniaco-depresiva, de hecho, la paciente manifiesta su descontento con su diagnóstico y el tratamiento que ha recibido en los hospitales a donde ha ido a parar por decisión de su familia: “He estado hospitalizada tantas veces, la psiquiatra le hacía la consulta a la familia y a mí me aplicaban un sedante y quedé en ese Hospital, lo que importa es mantener al paciente dormido, esa es la mentalidad de un psiquiatra... Llegaba a la clínica consciente y allá inconsciente todo el tiempo, por eso pienso que la psiquiatría en Colombia está muy atrasada, no sé si en todo el mundo, tratan a los pacientes como animales, no ven al ser humano como un ser humano, solo Dios sabe lo que se siente cuando se toman esos medicamentos, a eso le tengo miedo” (Registro de campo).

Para este caso, en las entrevistas preliminares, la paciente hacía referencia a un abuso sexual, se empieza a evidenciar la constante repetitiva a partir de ese hecho. En las entrevistas narra, como no solo ha estado ubicada en la posición de objeto a partir de ese evento, sino que posteriormente, se asume en la misma posición con sus parejas afectivas: esposo y amante, con la madre, con el padre, y finalmente con sus hijos. Para el mes de Julio, la paciente manifiesta que actualmente continúa su tratamiento clínico, en la Fundación Aedificare, según ella, “para estar mejor y porque mis problemas son mis hijos y mi madre”. A partir de esta enunciación, el trabajo clínico toma un viraje, para



instaurar el lugar de la escucha, teniendo en cuenta una identificación que hace la paciente de quizás su problema.

Con esta paciente se ha llevado un trabajo de aproximadamente 4 meses, en donde surgen significantes como el abuso sexual y la madre que la entrega, significantes en torno a los cuales se ha trabajado, pero así mismo, se han intentado abordar otros significantes que han remitido a la paciente no solo a otros aspectos de su vida, sino a encontrar el sentido de muchas de sus vivencias; es así como después de 6 o 7 sesiones de escucha en las cuales la paciente repetía una y otra vez la escena de abuso sexual, empieza a abordar otros significantes, como el masoquismo, la permisividad, el miedo a los hombres, entre otros. En estos cuatro meses de trabajo, la paciente no ha evidenciado ninguna crisis que la lleve a parar en un Hospital de salud mental.

Contrario a mostrar un cuadro de psicosis maniaco depresiva, la paciente empieza a hacer notar su síntoma histérico, empieza a enunciar significantes con los cuales busca poner en falta al clínico que le escucha, “yo estudie algo de psicología, cuando estudie enfermería, usted debe saber como se trata un paciente” (Registro de campo), se evidencia como defensa la represión y no la forclusión de un significante primordial, empieza a enunciar una multiplicidad de dolencias, en sus manos, espalda y pies, según ella: “Doctora, hay veces que no puedo caminar y no puedo hacer nada con las manos por el dolor”, (Registro de campo), sin embargo, manifiesta que se hace necesario por parte de ella estar caminando y haciendo oficios varios en la casa, aún así el dolor este presente, manifiesta que ella le expresa a sus hijos sus dolencias para que puedan ayudarle con los quehaceres de la casa, sin embargo según F: “Me da un pesar con el mayor porque trabaja mucho, el del medio es abusivo, y yo tengo que hacerlo o si no



quién” (Registro de campo), de ahí, que se señalen dos aspectos, uno la posición de objeto a la que se asume frente a su hijo abusivo, repitiendo así el abuso del cual es objeto en su infancia y dos, si ella decide hacer los quehaceres del hogar por sus hijos, ¿entonces porque de manera reiterativa se queja ante ellos?, este último cuestionamiento deja a la paciente pensando y finalmente manifiesta que ella se ha “sacrificado toda su vida” (Registro de campo), evadiendo así el interrogante puesto sobre la mesa.

En realidad, F., más que elementos de orden psicótico maniaco depresivo, da cuenta de muchos elementos del orden de la neurosis, por una parte, la búsqueda de reconocimiento del Otro, la angustia que se suscita cuando sus hijos, esposo o amante no la tienen en cuenta, cuestión de reconocimiento frente a lo cual un psicótico no repararía precisamente por la dificultad de reconocimiento del Otro, ante la imposibilidad de una identificación especular, en tanto se constituyó una forclusión a modo de defensa, que manifiesta un rechazo frente a un significante primordial y la imposibilidad de lazo social. De hecho, la paciente manifiesta “no puedo llorar porque estoy loca, y si me río también estoy loca, y no entienden que hay cosas que lo ponen a uno triste y otras no, y que no necesito la pasta” (Registro de campo), lo cual pone de manifiesto que la paciente no ha sido escuchada, y que más allá de cualquier llanto o alegría se encuentran velados elementos de su vida que una vez puestos en palabras, llevan a la paciente no solo a cuestionarse, sino a preguntarse por su existencia, o simplemente a encontrar que lo que ha hecho en su vida ha sido repetir una y otra vez aquella escena traumática para ella.



Datos encontrados en la paciente O

O., es una paciente no institucionalizada que trabaja en una Entidad Pública en la Ciudad de Bogotá, se ha encontrado institucionalizada en varias ocasiones y actualmente logra hacer algunas labores. O., manifiesta que inician sus episodios depresivos desde que llega a trabajar y a vivir en Bogotá y más específicamente, a raíz de la separación de los padres. “Hace 2 años me internaron en una clínica de reposo, entre en una depresión ese día, yo me corte con un cuchillo” (Registro de campo). Según O., la psiquiatra del hospital le dijo que tenía trastorno afectivo bipolar y por ser psiquiatra “él es el que sabe” (Registro de campo). Según O, los pensamientos suicidas son constantes, desde los 10 años ha pensado en la muerte, según ella, soñaba que “alguien se moría” y en el sueño, ella le decía que se la llevaran. Los pensamientos suicidas surgen cuando sostiene alguna discusión. Menciona O., que es muy inestable, está por momentos contenta y luego depresiva, menciona que las ocasiones en las cuales está contenta son pocas: “tengo una sobrina, ahijada y me alegra el hecho de pensar que puedo estar con ella, pero a la hora, se pasa la alegría, es una felicidad pasajera”, menciona que entonces llega la depresión y piensa en “querer morirme” (Registro de campo).

Podría argüirse que lo que está en juego es el objeto a, no en tanto relación de objeto, sino en tanto me identifico con el objeto a, en tanto quedo atrapada en una relación especular, por ende imaginaria y que no trasciende a lo simbólico, pero aunado a ello podría apreciarse como se desencadena su psicosis maniaco depresiva; En tanto sus padres se divorcian, según ella, “mi familia era la más envidiada, era algo muy bonito, pero con el divorcio, a partir de ahí me volví una mujer tan llorona, muy sensible y callada” (Registro de campo). El ideal de familia perfecta que tenía ha caído; el divorcio se generó



hace más de diez años y es algo que no pudo aceptar ni simbolizar, y ha generado la entrada en cuadros de manía y melancolía. Por otra parte, la relación afectiva que sostiene con su compañera de trabajo, es algo que no puede sostener en tanto que el ideal de pareja que tiene, constantemente cae, dados los persistentes conflictos que con ella sostiene y que ocasionan separaciones esporádicas, es la separación, el desligamiento o el divorcio que genera en ella los constantes desencadenamientos psicóticos.

Análisis de los datos encontrados en el abordaje del paciente C, diagnosticado como episodio psicótico con componente afectivo

Para el sujeto C., de 23 años de edad remitido a un Hospital de una Ciudad de Bogotá por intento de suicidio y quien se encuentra vinculado a una Entidad gubernamental cuyo objetivo es proteger la ciudadanía y el Estado, después de 6 sesiones de trabajo, logra establecerse que el caso diagnosticado como psicosis de tipo afectivo se trata por el contrario, de un caso de neurosis obsesiva; según historia clínica y referencias de la madre del paciente, llega a la Institución de salud mental por intento de suicidio, y la presencia de ideas paranoides . El caso es diagnosticado como episodio psicótico con componente afectivo.

C., no enunciaba significante alguno, permanecía durante las sesiones en silencio, no sostenía vínculos con otras personas. Con la madre, a pesar de que convivían juntos el vínculo era escaso. Después de varias sesiones, se opta por trabajar en torno al significante de las heridas autoinflingidas visibles en sus brazos y cuello, significante que al ser mencionado genera una movilización en C, quien enuncia, “no quiero hablar de eso, es muy duro, y todavía no estoy preparado, quizás con el tiempo pueda hacerlo” (Registro



de campo), se coge la cabeza y la inclina hacia el suelo, llama la atención esta enunciación de C., y surge una cuestión, ¿ un psicótico se pronunciaría respecto a sus propios actos, argumentando que no quiere hablar de algo específico porque no está preparado?, es decir, frente a un acto, un psicótico trata de encontrar una salida en el delirio, para el caso del paranoico, ahondará en su delirio para brindar un sinnúmero de razones sumamente articuladas, con las cuales se defendería de una persecución delirante, resultado de la forclusión.

Dada esta enunciación, se acuña el significante miedo y se indaga: ¿ante que no está preparado o a que le teme? Y C., enuncia, “a que no salgan las cosas bien, que me digan mediocre o que lo que hago no está bien, me da rabia y ahora no, a nada” (Registro de campo). Estas primeras enunciaciones por parte de C., después de cuatro encuentros clínicos van a mostrar como paulatinamente, con el transcurrir de las sesiones y en la medida en que se trabaja desde la escucha, y desde los significantes mismos del paciente, se empieza a generar la movilización del sujeto quién ira develando para sí mismo aspectos de su síntoma. Así mismo, revisando a Lacan, se va encontrando, de manera algo velada elementos característicos de la neurosis obsesiva, que no se constituyen en una alienación al Otro, como en el caso de una psicosis, sino por el contrario en un carácter de oblatividad hacia el Otro.

En la medida en que se van dando las sesiones, empiezan a surgir elementos característicos de los neuróticos obsesivos: “vemos a alguien que nos habla ante todo de toda clase de impedimentos, de inhibiciones, de obstáculos, de temores, de dudas, de prohibiciones” (Lacan 1957-1958, 419).



Para el 5 de junio año 2010, se recurre a trabajar con otros elementos sin obviar la escucha, es así como se trabaja con el dibujo, y en ellos se evidencia siempre el mismo elemento repetitivo, el significante casa. Este significante se empieza a hacer evidente, sin embargo, C., no puede hablar de este significante, dando cuenta así de la represión, no obstante, con la puesta en marcha de la escucha, se insiste por este significante, y gradualmente el paciente empieza a develar aspectos de su vida familiar en la infancia. Este significante casa, remite al paciente a una serie de significaciones que evocan recuerdos en torno a su infancia y específicamente a su familia. En este punto, el paciente empieza a revelar el carácter marcadamente obsesivo de un hogar súper yoico, se aprecia de igual forma la actuación constante por parte de la familia que está sosteniéndose siempre en la escena de perfección moral que va aprehendiendo C., y que frente a dicha escena se va constituyendo un sujeto que posteriormente estaría dispuesto a ofrecerse a manera de sacrificio a la familia aséptica, lo que a todas luces nos revelará más adelante el pasaje al acto llevado a cabo por nuestro paciente obsesivo.

De igual forma, empiezan a surgir con el transcurrir de las sesiones de escucha otros significantes por parte del paciente. Surge el significante madre que se articula con su familia, pero posteriormente, surge el significante "vacío", que lleva a C., a pensar en el vacío que existe en él y su familia. C., empieza a entrever la confrontación del deseo y la ley, que para el caso de C., es el deseo de satisfacer al Otro, al Ejército y cumplir con las órdenes impartidas, y por otro lado, de revisar al máximo lo que sus superiores del Ejército ordenan, pero que así mismo sancionan, es decir revisar, pero no a los superiores, algo contradictorio para C., que anula, que deja algo en el vacío. Este



elemento de confrontación entre el deseo y la ley es uno de los elementos que posteriormente lleva al paciente al pasaje al acto.

De acuerdo a lo anterior, se aprecia la relación de amor que se instaura en entre el \$ y el O, la institución. La angustia de C., es que a raíz del cuadro psicótico en el que ha sido encasillado, sea destituido por parte del padre. Sin embargo, lo que en realidad ama, no es la institución, aquí es donde entra en juego la imagen especular, hay una identificación de estos pacientes con la institución, identificación en tanto de una parte, es frente a esta institución en donde encuentran el lugar o la imagen frente a la cual pueden ser identificados, reconocidos por el Otro, y en esa medida dan todo, - el don característico del obsesivo-, a sus respectivas instituciones, pero este don no es gratuito, ya que en realidad lo que recubre el don dado a la institución no es más que el don hacia sí mismos. Es algo oblativo, satisfacen la demanda constante del Otro, pero en realidad no es más que a sí mismos.

Lacan (1962-1963), nos ilustra de manera clara este carácter oblativo esencial en el obsesivo, en donde nos lleva a comprender que aquello que ama el obsesivo es su imagen propia, imagen que le es dada al otro, hasta tal punto que se supone que el otro sin su imagen podría sostenerse, todo lo cual Lacan denomina “la dimensión altruista de este amor mítico, fundado en una mítica oblatividad”. (348)

Ahora bien, remitiéndonos a las cartas a Fliess, se pueden encontrar las primeras nociones de Freud en cuanto a la neurosis obsesiva:

Por lo común adhiere a un contenido doblemente deformado – en el tiempo y en el tema-; lo primero al referirse a un acto presente o futuro; lo segundo, al no significar la experiencia real, sino alguna experiencia vicariante por analogía



(sustitución). Así la obsesión es un producto transaccional, correcto en cuanto a efecto y su categoría, falso por desplazamiento cronológico y por sustitución analógica. (Freud 1896, 155)

Lo que se puede apreciar es el efecto del significante en cuanto tal y todo el empuje del ordenamiento del lenguaje mismo; es en sí mismo, esa imposibilidad de no significar la experiencia – pero si de recurrir a elementos metafóricos- lo que permite una posibilidad sustitutiva de talante metafórico, todo lo cual indicaría dicho sea de paso que el sujeto no queda atrapado o alienado a un significante por ausencia de uno primordial como sucedería en el caso del psicótico, en donde queda el significante sujeto a la metonimia con la imposibilidad de desplazamiento metafórico. Todo lo anterior nos indica también el carácter repetitivo en el obsesivo de una escena traumática, en tanto se manifiesta actualizada bajo efecto del significante.

La cuestión delicada de la neurosis obsesiva y que puede llevarnos a confundir con la psicosis, como ocurre con estos casos, está dada también por lo que Lacan (1957-1958) va a denominar la invasión por parte de fantasmas de la vida psíquica de los obsesivos, hasta tal punto que estos fantasmas, pueden en un punto determinado adquirir una marcada forma invasiva en estos sujetos, cautivante, y absorbente, hasta tal punto que puede “engullir partes enteras de su vida psíquica, de sus vivencias, de sus ocupaciones mentales” (419), todo lo cual a simple vista puede ser confundido con alienaciones psicóticas que pueden llevar a apreciaciones erróneas como diagnosticar una psicosis por la sola presencia del delirio. En este punto, es necesario que introduzca la siguiente consideración:



En el seminario 3, Lacan nos ubica de manera gráfica como es llamado a diagnosticar un caso como psicosis en lugar de neurosis obsesiva debido a la presencia de ideas paranoides. Sin embargo su respuesta es extrañamente concreta:

Rehusé dar un diagnóstico de psicosis por una razón decisiva: no había ninguno de los trastornos que son nuestro objeto de estudio este año, que son trastornos del orden del lenguaje. Antes de hacer el diagnóstico de psicosis debemos exigir la presencia de estos trastornos (1955-1956, 133)

No sé si con esto podamos introducirnos de una vez por la vía que se busca plantear y es la de las líneas de agua que separan, la neurosis obsesiva de una psicosis. La cuestión, es que en los casos más severos de neurosis obsesiva se aprecia el carácter de ideas obsesivas que pueden ser confundidas por ideas paranoides y en esta medida por el aspecto de ser paranoides, hecho que no refuto, se encasilla automáticamente en un cuadro de trastorno psicótico.

Todo lo que se asemeje a una idea errónea o falsa por parte del paciente tiende a ser catalogada como idea delirante, paranoide y puede que en cierta parte sea una idea delirante pero no como se concibe en los manuales diagnósticos actuales, sino como una forma de defensa del sujeto. La cuestión de fondo que debe revisarse es que no toda idea delirante forma parte de un cuadro psicótico. En casos de neurosis y específicamente para el caso de las neurosis obsesivas, encontramos también ideas que se constituyen como obsesivas y por el mismo plano, delirantes, pero que no son sintomáticas de ningún tipo de psicosis, léase en Lacan “en cuanto hay delirio, entramos a todo trapo en el dominio de una intersubjetividad, de la cual todo el problema está en saber por qué es fantasmática” (Lacan 1955-1956, 275), de lo cual se entendería que el delirio encierra



algo del dominio del significante y no necesariamente de un significante forcluído sino de un significante que encierra o marra el plano de las significaciones y que para el caso de las neurosis se trataría de saber por qué se constituye en algo fantasmático que encierra al sujeto y de lo cual no puede evadirse, pero que se sabe que está y no como en el caso de la psicosis que se crea una delirio en defensa a algo que no se simbolizó y que no es más que la castración.

Para el neurótico se constituye en algo del orden del significante presente y no ausente, enlazado con el fantasma y cuya función no sería más que recubrir la angustia, no la angustia frente a la castración, sino la angustia que se suscita en términos de la falta del Otro, “aquello ante lo que el neurótico recula no es la castración, sino que hace de su castración lo que le falta al Otro” (Lacan 1962-1963, 56)

En lo atinente al intento de suicidio, para el caso de C., se logra establecer la presencia de una estructura neurótica y no psicótica en la medida en que a lo largo de las sesiones se dejan entrever sus fantasmas, pero específicamente para una sesión, en la que según C., decide por fin hablar. A este punto se llega en la medida en que se van dando las sesiones de escucha y se trabaja en torno a los significantes, madre, hogar, Ejército, lesiones autoinfligidas, entre otros. Enuncia el paciente que se vio avocado a cortarse manos y cuello, en vista de que al hacer entrega de un armamento, algo no estaba bien, y que sintió la presión por parte de las personas que recibían dicho armamento, dos personas de mayor mando que él. El paciente, se siente presionado por estas personas de mayor mando en el Ejército y según C., escucha que le dicen que “lastima con su familia”, “cagada que le maten la familia” (Registro de campo).



Según C., empieza a notar cosas extrañas y por salvar a su familia, no le queda más opción que hacer lo que hizo, cortarse las manos y cuello. Sin embargo al escuchar y notar sus heridas, se indaga por el significante heridas en el cuello, y él manifiesta: “no sabía dónde estaba la carótida y por eso la cortada no fue grave” (Registro de campo), entonces, ante su silencio, se indaga por el significante carótida, y a que se refiere cuando dice que la herida no fue grave, y C., llega a la conclusión de que no se quería matar, sino que le tocaba hacer eso para que no fueran a agredir a la familia; en palabras textuales de C., “ me tocaba hacerme el loco, me toco hacerme el marica” (Registro de campo), claro que no fue un acto premeditado conscientemente, sino por el contrario una defensa del orden de lo inconsciente.

Aparentemente un acto paranoico, pero si detallamos bien, un acto obsesivo, en la que a manera del hijo del salvador, se sacrifica por su familia, dando en un acto – el don obsesivo - su sangre propia a manera de excluir a su familia de castigo alguno. Finalmente este paciente manifiesta “ahora no se qué hacer, no me quería matar, pero mire lo que hice, ahora estoy en el limbo, no sé si me vuelven a recibir o no, no sé que quiero”, significantes en su conjunto que remiten al paciente a hacer un pedido al clínico, una demanda quizás, de trabajo clínico.

Conclusiones

Se postula que la maniaco depresión entraría en el cuadro de las psicosis, en tanto la misma se estructura en torno al rechazo de un significante primordial. De hecho, a lo largo del artículo se señala que más allá del rechazo de un significante primordial, lo que se forcluye en esta estructura clínica no es cualquier significante, sino el objeto a mismo, cuyo rechazo se traduce en la interiorización del mismo por parte del sujeto, es frente a la



renuencia de aceptar o simbolizar la pérdida de este objeto, lo que estructuraría la psicosis maniaco depresiva. Como mecanismo de defensa o de forclusión, el sujeto en aras de rechazar dicho significante primordial, se identifica con él, lo que de entrada anula no solo el objeto, sino la funcionalidad del mismo en el plano simbólico y de la subjetividad humana.

La identificación con el objeto "a" en lugar de la aceptación del mismo en el plano simbólico, trae como consecuencia la incapacidad de proyectar la libido hacia otros objetos. Lo que introyecta el sujeto no es solo la libido sino que también dicho objeto, lo que de entrada anularía las relaciones del sujeto con el objeto y dejan el sujeto atrapado en una relación imaginaria incapaz de dar el paso a lo simbólico.

Es así como medio de defensa frente a la forclusión del objeto, se suscita en la psicosis maniaco depresiva una forma de defensa traducida en el ciclo melancolía – manía – melancolía, (y no manía - depresión, en tanto que desde Freud se comprende que en la melancolía no se resuelve la pérdida del objeto tal y como acontecería en el duelo), en donde tanto un estado como el otro más allá de ser considerados sustitutos, deben ser tenidos en cuenta como mecanismos compensatorios de la economía psíquica, ya que toda la descarga libidinal que se da en la manía; y que cuya descarga no se ancla a un objeto, vendría a compensar la libido atrapada en el cuerpo, y por otra parte, la melancolía vendría a compensar la fuerte descarga libidinal sin objeto que se ha gestado en la manía ocasionando un gran desgaste a nivel intrapsíquico.

Finalmente se pone a consideración del lector la cuestión de si debe seguir manejándose en términos significantes la noción de psicosis maniaco depresiva como estructura, o debería pensarse o considerarse el significante psicosis melancolía en lugar de depresiva,



en tanto que la depresión o el significante depresivo, se remite a la depresión propiamente dicha por Freud, en donde esta se resuelve después de realizado todo el proceso de duelo, en tanto que la melancolía supone o hace referencia a una pérdida jamás resuelta o a una identificación con dicha pérdida y a la no operancia de la i(a) y el objeto a y cuyo reverso se considera a la manía.

En cuanto al trabajo clínico llevado a cabo con cada uno de los pacientes puede concluirse que una alternativa de trabajo clínico desde el dispositivo analítico que apuesta por la escucha y el trabajo en torno al significante, más allá del significado y de los imaginarios, resulta ser un opción que puede generar el lugar para que el sujeto se ubique en el lugar de sujeto que puede ser escuchado y que puede manifestar todas aquellas encrucijadas que lo llevan a ser un ser paciente, un ser con un síntoma que demanda ser escuchado. El lugar de la escucha, promueve así mismo la posibilidad de la movilización subjetiva, que el sujeto se desancla o se desarraigue de aquellos significantes invasivos, y limite así su goce. Se brinda a partir de la clínica analítica lacaniana la posibilidad de que en el devenir discursivo, el paciente pueda no solo manifestar sino cuestionar su posición, su lugar y asumirse como sujeto que sobre sí mismo es él quien sabe y no es el Otro de la cultura, el Otro de la familia, el Otro del clínico, ante los cuales debe subyugarse, por el contrario, se ha evidenciado la posibilidad de que el sujeto, se ubique como sujeto que puede generar un discurso propio, una red de significantes y cuestionar la posición que en un discurso ha venido teniendo no en un lugar de sujeto sino en el lugar de objeto.



Referencias

- Freud, S. (1917 (1915)). "Duelo y Melancolía". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrourtu editores, 1976, XIV, 237-255
- Freud, S. (1895). "Melancolía". En Los orígenes del Psicoanálisis. Madrid, Alianza Editorial, 1995.
- Freud, S. (1896). "Las neurosis de defensa". En Los orígenes del Psicoanálisis. Madrid, Alianza Editorial, 1995.
- Lacan, J. (1955-1956). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las Psicosis 1955 -1956. Buenos Aires, Paidós, 2004.
- Lacan, J. (1957-1958). El seminario de Jacques Lacan. Libro 5. La Formaciones del Inconsciente. Buenos Aires, Paidós, 2007.
- Lacan, J. (1962-1963). El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10. La Angustia 1962-1963. Buenos Aires, Paidós, 2006.
- Mazzuca, R., et.al. (2001). *La perspectiva Freudiana en la clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía*, en: Mazzuca, R., et.al. (2008) Las psicosis: fenómeno y estructura. Buenos Aires, Berggasse. Pp. 91- 111, 2008.
- Rodríguez R. (2009). Inclusión social, psicosis e intervención clínica, en: Báez, J. y otros. (2009) Cuatro Documentos desde El Psicoanálisis sobre la Investigación de La Psicosis en Colombia, Bogotá D.C., Fundación Universitaria los Libertadores, 2009, 75 – 113.
- Shakespeare, W. (1603). Hamlet. Bogotá D.C. Cangrejo, 2006.