

* * *

ALTER Nº4
TRADUCCIÓN Y TÓPICA PSÍQUICA
La tercera tópica.^{*}

Christophe Dejours

Los modelos tópicos en la teoría de Freud

Para dar cuenta de los fenómenos psíquicos, Freud insiste en la necesidad de descifrarlos en tres niveles: dinámico, tópico y económico.

El nivel dinámico, que permite descifrar el discurso del paciente en términos de conflictos psíquicos, es al que da acceso el sujeto neurótico que emprende un psicoanálisis. Los psicoanalistas que, después de Freud, se interesaron por los pacientes que no evolucionaban en el registro estricto de la neurosis – a saber, los psicóticos y los caractereópatas¹ – insisten en la dificultad, incluso en la imposibilidad, de proceder a la interpretación del discurso de estos pacientes en términos de conflictos, ya que la

^{*} «La troisième topique». Este texto corresponde al capítulo IV del libro de Christophe Dejours, *Le corps, d'abord*. París, Éditions Payot & Rivales, 2001, pp. 79-118. La traducción de este texto ha sido revisada en Febrero de 2015.

¹ Carakterosis: fue sobre todo Pierre Marty quien insistió en las características estructurales de los pacientes con enfermedades somáticas. Para describir los rasgos más llamativos del funcionamiento mental de estos pacientes, recurre al cuadro nosológico de las neurosis de carácter y de comportamiento. Hay aquí una realidad indudable. Pero dos razones nos llevan a renunciar a esta referencia nosográfica.

La primera es que muchos clínicos se desorientan con esta denominación un poco paradójica, que se dirige precisamente a erigir la «fractura psíquica» como característica de estos pacientes, oponiéndolos de forma radical a los neuróticos, cuyo funcionamiento psíquico tiene fama de ser muy sólido. Por lo tanto, no se trata de neuróticos y es mejor buscar una designación que excluya cualquier confusión.

La segunda razón es que, desde nuestro punto de vista, no hay una diferencia estructural fundamental entre la neurosis de carácter y la neurosis de comportamiento. Se trata, más bien, de una gran línea estructural y no es útil conservar dos denominaciones distintas. Por ello, nosotros proponemos introducir un único término: las caractereosis, cuyas características mentales serán diferenciadas, a lo largo de este libro, de aquéllas de las psicosis y las neurosis. En lo sucesivo, sólo hablaremos de caractereosis para designar tanto a las «neurosis de carácter» como a las «neurosis de comportamiento» y, de caractereópatas, para designar a los pacientes portadores de estas estructuras.

dimensión conflictual es discontinua o está ausente, siendo de algún modo arrasada por la debilidad del funcionamiento psíquico.

Los especialistas en psicosomática, después de Pierre Marty, piensan que en la caractereosis a menudo es necesario renunciar al análisis dinámico de los conflictos, aún cuando se puede descifrar el discurso de esos pacientes refiriéndose al punto de vista económico². Trabajar en el nivel económico es privilegiar, en el tratamiento, la observación de los desbordamientos del paciente por la excitación anárquica no canalizada en los conflictos, ya que éstos están ausentes; es dar prioridad a las intervenciones que protegen de ese desbordamiento, situándose en el registro de una relación de para-excitación. Aquí tomamos «para-excitación» en un sentido amplio, es decir, como asociación de intervenciones que buscan la evacuación no traumática del exceso de excitación – gracias a la propuesta, por parte del analista, de representaciones que el paciente no llegaba a producir solo – y, por otro lado, de intervenciones que, al contrario, estimulan zonas activadoras de la vida psíquica que el paciente, estando solo, potencia de forma insuficiente. La forma más ejemplar de este método de trabajo es aportada por las curas de regresión de Margolin³, en las que se inspiran un trabajo de R. Herzberg⁴ y ciertas curas de relajación⁵.

Las debilidades en el nivel económico llevan a algunos analistas a renunciar a las interpretaciones clásicas, dirigidas al material representado y simbolizado, para no arriesgarse a inducir un traumatismo en el paciente al forzar una trama simbólica que es ya demasiado frágil. Cuando se hace referencia a la excitación, a la pulsión, o a la noción de organización y desorganización, lo que se sugiere inevitablemente es que el registro dinámico discontinuo se acompaña de una estructuración tópica frágil o inexistente.

En efecto, el conflicto psíquico debería poder leerse siempre en términos tópicos. La culpabilidad muestra un conflicto entre el Yo y el Superyó; la vergüenza, un conflicto entre el Yo y el Ideal del Yo. En la concepción freudiana, las instancias Ello – Yo - Superyó, constitutivas de la segunda tópica, no están presentes desde el nacimiento y se forman en el curso del desarrollo psíquico. El Superyó, dice Freud, es heredero del complejo de Edipo⁶.

Así, el nivel conflictual que marca el funcionamiento eficaz de la segunda tópica y su estructuración integral, caracteriza a la neurosis mental. La flexibilidad y la capacidad de evolución propias del registro conflictual también pueden observarse, a nivel de la primera tópica, en el funcionamiento regular del preconsciente. Ahí el preconsciente, que también se constituye por ontogénesis, sería la marca donde se inscribe la segunda tópica, cuando ésta comienza a funcionar.

² P. Marty, *Mouvements individuels de vie et de mort*, Paris, Payot, 1976. [El orden psicosomático: los movimientos individuales de vida y de muerte, desorganizaciones y regresiones. Valencia, Promolibro, 1995.]

³ S. G. Margolin, «La signification du terme de "psychogénèse" dans les symptômes organiques», *L'Évolution psychiatrique*, 18, 1953, p. 371-386.

⁴ R. Herzberg-Polonecka, «Péripole en psychosomatique à la lumière des symptômes», in M. Fain, C. Dejours, *Corps malade et corps érotique*, Paris, Masson, 1984, p. 88-100.

⁵ G. de M'Uzan, «Différentes modalités d'interprétation dans la cure de relaxation en psychosomatique», *ibid.*, p. 77-87.

⁶ S. Freud, (1923-1925), *El yo y el ello*, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.

Cuanto más se desarrolla la segunda tópica, más se diferencia el preconsciente (PCs) del inconsciente (ICs). Pero cuando nos referimos al nivel económico (aquél del reparto de la energía en el aparato psíquico y de sus desbordamientos traumáticos que amenazan la existencia misma de las tópicas) admitimos al mismo tiempo las insuficiencias de la primera y de la segunda tópica, y entonces se vuelve imposible representar topológicamente lo que se juega en la descompensación -y hasta en los estados de compensación- de los pacientes caractereópatas. De hecho, hoy en día solo podemos describir la metapsicología de la psicosis y de la caractereosis en negativo, por incompetencia en relación a la neurosis.

Antes de proponer un modelo tópico para estas dos últimas estructuras, puede ser útil recordar que Freud opone, esquemáticamente, el inconsciente al sistema preconsciente-consciente (PCs-Cs). Entre los dos sistemas reina la censura, lo que se podría representar así:

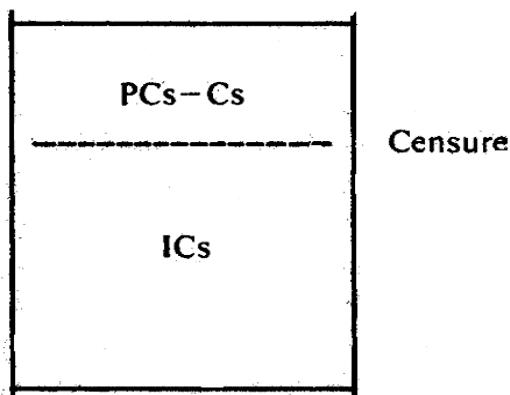


Figure 1

En realidad, aunque a menudo Freud caracteriza al preconsciente como lugar mestizo (representación de cosa ligada a la representación de palabra), casi siempre se refiere al sistema PCs-Cs como un todo, sin haber especificado nunca, o casi nunca, las diferencias entre los sistemas preconsciente y consciente.

Sin embargo, en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* y en el *Complemento metapsicológico a la teoría del sueño*, evoca la existencia de una segunda censura entre los sistemas PCs y Cs.

Por lo demás, en varias ocasiones dice que el inconsciente hunde sus raíces en el soma. De modo que, implícitamente, desembocamos en una representación estratificada en cuatro capas:

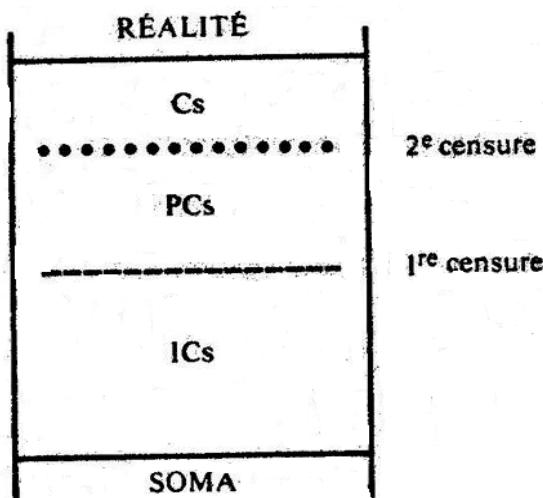
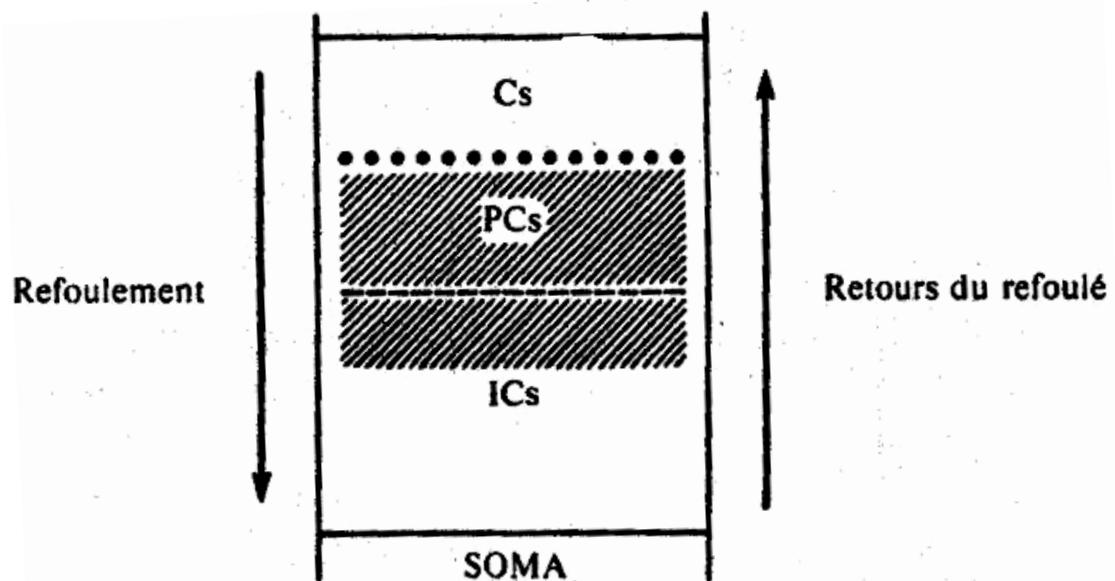


Figure 2

Solo conocemos las reglas de circulación en las dos capas intermedias, PCs y ICs, donde en un sentido funciona la represión (PCs → ICs) y en el otro se manifiestan los retornos de lo reprimido: lapsus, actos fallidos, recuerdos encubridores, fantasmas, síntomas y sueños. Si bien al comienzo de su obra Freud considera que el inconsciente es resultado de la represión, posteriormente vuelve sobre esta cuestión para postular la existencia de una represión originaria, que preexiste a la represión dinámica y cuya extensión sería mayor que la de lo reprimido en sí. De modo que sólo las capas más superficiales del ICs participarían en esos intercambios a través de la censura.



■ Zones d'échange à l'intérieur de l'appareil psychique

Figura 3
En sombreado; Zonas de intercambio en el interior del aparato psíquico

La tercera tópica

La hipótesis de una tercera tópica que será propuesta, resulta de consideraciones metapsicológicas sobre la perversión. En efecto, es a propósito de la perversión que Freud introduce la noción de «clivaje del yo», en virtud del cual el sujeto podría funcionar según dos modos distintos, ignorantes el uno del otro. Uno reconocería la realidad de la diferencia anatómica de los sexos; el otro le opondría una desmentida.

Esta noción de clivaje se ha vuelto fundamental en psicoanálisis, necesaria para ubicarse en la clínica de pacientes no neuróticos. La encontramos a propósito de las psicosis (Melinie Klein), los casos borderline (Winnicott, Kernberg), de las personalidades narcisistas (Kohut), de las psicopatías (Winnicott), y si no hablamos de ella en psicosomática tal vez se debe a una laguna teórica.

Incluso hoy en día, parece haber una quasi-imposibilidad para dar cuenta de esta concepción -masivamente apoyada por la clínica- en el plano tópico. ¿Cómo representar dos funcionamientos psíquicos diferentes en el interior de una misma tópica?

Nuestra hipótesis se basa en la observación clínica, en virtud de la cual el inconsciente reprimido se da a conocer en el preconsciente por los retornos de lo reprimido y las representaciones de palabra. Ahora bien, aunque algunas de las manifestaciones clínicas más llamativas escapan a las formas conocidas de retorno de lo reprimido (el pasaje al acto, el avance de una enfermedad somática, la confusión mental), sin embargo es evidente que llevan la marca de una influencia del inconsciente. La hipótesis que ponemos a prueba en este libro consiste en considerar que esas manifestaciones son producidas como efectos de una parte específica del inconsciente. Éste estaría compuesto de dos sectores distintos. El primer sector estaría constituido por la represión originaria: se trata del inconsciente sexual, también llamado inconsciente reprimido. El segundo sector del inconsciente se formaría como contrapartida de la violencia ejercida por los padres contra el pensamiento del niño. Cuando, en respuesta a la seducción ejercida por el adulto sobre el cuerpo del niño, la actividad de pensamiento de éste último desencadena la violencia del adulto, el pensamiento del niño se detiene. Sin pensamiento no puede haber represión originaria (que supone un mensaje del adulto, un enigma – pensado – para el niño, un trabajo – de pensamiento – de traducción y un residuo no traducido, según la teoría de la seducción de Laplanche). Este sector del inconsciente, formado sin pasaje por el pensamiento del niño, es la réplica a nivel tópico de las zonas del cuerpo excluidas de la subversión libidinal y del cuerpo erógeno⁷.

Al formarse por fuera de todo pensamiento propio del niño, este sector del inconsciente será denominado «sin pensamiento», o *inconsciente amencial*. Al carecer de pensamiento en su base, no podrá dar lugar a retornos de lo reprimido ni a ningún pensamiento nuevo. El principal modo de reacción de este inconsciente amencial sería la desorganización del yo o la desligazón crítica (cuya forma típica es la *amenacia* de Meyert, una segunda razón para la denominación de «inconsciente amencial») y la

⁷ Cf. Ch. Dejours, «La subversión libidinal», *Le corps d'abord*, op. cit, cap. I.

acción compulsiva sin pensamiento. Esta cuestión será retomada y desarrollada en la conclusión⁸.

La clínica de pacientes no neuróticos nos revela los retoños de este inconsciente a modo de violencia, de pasaje al acto, de ciertas formas de perversión y de somatización. Aquello constituye el conjunto de síntomas no neuróticos que conforman la patología *psiquiátrica*. Por otra parte, sabemos bien que estos pacientes no están siempre enfermos y que, en ciertas etapas de su vida, o incluso durante toda su vida, son capaces de mantenerse libres de descompensaciones. En esos casos el inconsciente «amencial» permanece mudo, o casi. ¿Quiere decir que en el periodo compensado estos pacientes son como los neuróticos? En cierta medida sí, ya que entonces nos muestran un funcionamiento preconsciente. Pero sólo en cierta medida, pues su vida mental a veces parece aprisionada entre un inconsciente y un preconsciente poco diferenciados, por mucho que continuamos descifrándolos a través de los retornos de lo reprimido.

Hay que admitir, pues, que frente a este inconsciente amencial se erige un sistema que puede contenerlo de forma eficaz. La observación clínica muestra que, en ausencia de síntomas psiquiátricos, estos pacientes se mantienen gracias a comportamientos y a un modo de pensamiento correctamente articulados con la realidad. Se trata de un modo de pensamiento eficaz, realista, que no tiene nada que ver con el proceso secundario que reina en el preconsciente; proceso secundario caracterizado por lo que llamamos *asociaciones*. El dique situado frente al inconsciente amencial está bajo el dominio de un pensamiento lógico y operacional, separado del inconsciente. Es así como describimos en los caractereópatas el pensamiento operatorio⁹ y, en sujetos de alguna otra estructura, un pensamiento impersonal que tiene el carácter estereotipado del discurso ideológico, racionalizado.

A partir de estas observaciones, podemos proponer un modelo tópico que difiere del de Freud por un movimiento de báscula.

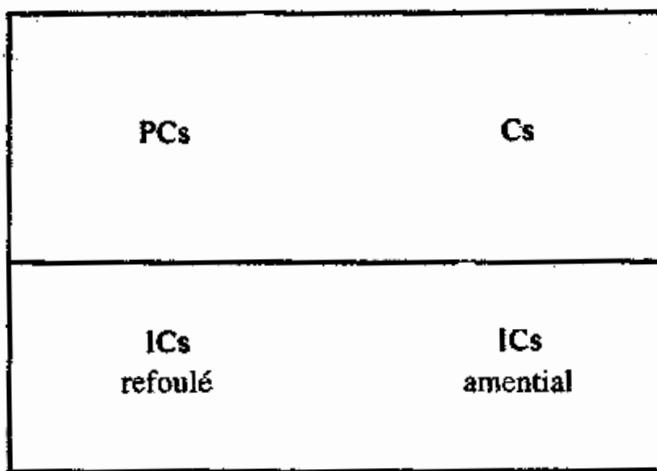


Figure 4

⁸ [Conclusion, pp.147-195, *Le corps, d'abord*. París, Éditions Payot & Rivales, 2001., N. de T.]

⁹ P. Marty, M. de M'Uzan, «La pensée opératoire», *Rev. Franç. Psychanal.*, 27, 1963, p. 345-355

Desde esta perspectiva, el sistema consciente (Cs) – cuya naturaleza nunca fue precisada por Freud – sería un sistema organizado por el pensamiento lógico, formado por palabras asociadas *no por las analogías* constitutivas de la derivación metonímica o de la metáfora, sino por un pensamiento aportado desde el exterior, lógico, aprendido, a saber, el pensamiento intelectual, derivado del desarrollo cognitivo. Se trata, pues, de un pensamiento lógico *que resulta del aprendizaje*, y no de una simple réplica de la realidad. Algunos pacientes, llamados operatorios, se sirven de un pensamiento operatorio concreto; otros, de un pensamiento operatorio abstracto; otros, incluso, de un pensamiento lógico conceptual, según la terminología de Piaget; y sería un error creer que el pensamiento operatorio es una simple fotografía de la realidad. Se trata de una interpretación, aunque lógica, proveniente del exterior, *aprendida*, y no de una interpretación fantasmática, *inventada* por el sujeto. El clivaje sería el resultado de la separación, interna a la tópica, entre dos registros: uno dominado por el proceso secundario, el otro por un proceso socio-cognitivo que confiere a las asociaciones un carácter estrictamente impersonal, cortado del inconsciente. De modo que el clivaje en estado de equilibrio se representaría así:

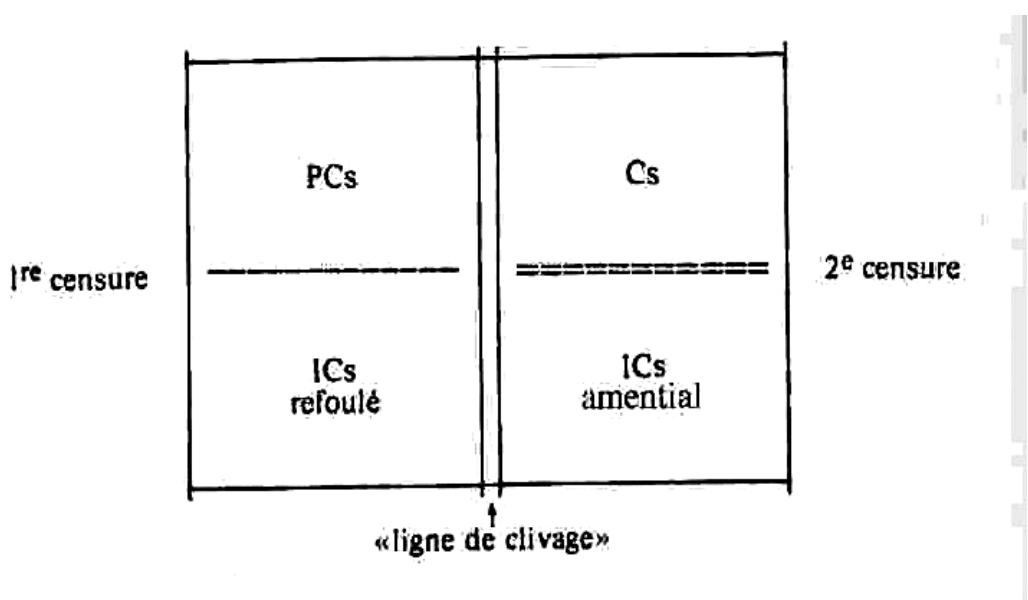


Figure 5

En el sujeto considerado «normal», el inconsciente amencial está bien contenido por el sistema consciente, que funciona como un dique. Por lo demás, sigue habiendo la posibilidad de un funcionamiento en apariencia neurótico -en la parte izquierda de la figura- eventualmente con formas clásicas de retorno de lo reprimido. El sujeto está bien adaptado a la realidad y no presenta síntomas psiquiátricos.

Cuanto más se desplaza el clivaje hacia la izquierda, la normalidad adquiere una forma más estándar y conformista, regida por el sistema consciente que separa eficazmente inconsciente amencial y realidad. Cuanto más se desplaza el clivaje hacia la derecha, la parte visible del funcionamiento psíquico está más dominada por el preconsciente y el proceso secundario.

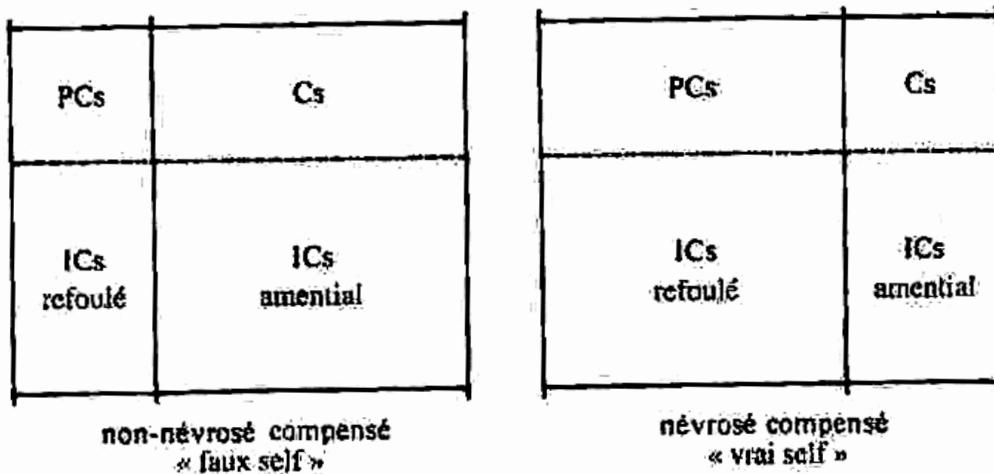


Figure 6

A partir de esta representación, comprendemos que las descompensaciones en los no-neuróticos -es decir, los derrumbes del clivaje- hacen aparecer al inconsciente amencial en forma de comportamientos que a menudo adquieren una connotación psiquiátrica.

Antes de proseguir con los modos de circulación entre los sistemas en la tercera tópica, debemos hacer un paréntesis sobre la cuestión, a menudo debatida, del «verdadero self» y del «falso self».

Según la tercera tópica, es fácil identificar el verdadero self como la estructura neurótica. El analista trata esencialmente con el preconsciente y el proceso secundario, con el doble sentido de las palabras y del discurso y con un ser-en-el-mundo altamente singulizado, portador de una historia personal diferenciada.

Por el contrario, frente al no-neurótico el analista trata con un discurso convencional, impersonal, adquirido por aprendizaje, desprovisto de doble sentido y de ambigüedad, fundamentalmente cortado del inconsciente, cuyos retoños apenas observa. (Sin embargo existen, como veremos en el capítulo V)¹⁰.

Se comprenderá fácilmente la concepción de Winnicott – lo mismo que su aserción sobre el valor funcional y la utilidad del falso self- si se la refiere a la tercera

¹⁰ [Cf. *Le corps, d'abord*, op. cit.]

tópica. Porque el clivaje existe en cada uno de nosotros, tanto en neuróticos como en no-neuróticos. La diferencia radica sobre todo en la importancia que se otorga al sistema consciente para asegurar el equilibrio tópico. De todos modos, cada uno debe manejar el inconsciente amencial y asegurar el clivaje de una parte de su self. Pero en el caso del neurótico la barra del clivaje está asegurada por la izquierda y por la derecha, es decir, por la solidez de los sistemas inconsciente-preconsciente, de un lado, y por el sistema consciente, del otro.

Por el contrario, el no-neurótico sólo puede asegurar la estabilidad por el sistema consciente a la derecha, que el inconsciente amencial tiende a hacer estallar debido a la falta de circulación entre consciente e inconsciente amencial. Y, del otro lado, los sistemas inconsciente-preconsciente constituyen un apoyo mucho menos sólido que en la neurosis frente a las presiones del inconsciente amencial.

Con esta referencia a la tercera tópica también comprenderemos por qué ningún sujeto está totalmente a salvo de la somatización o el delirio, aún cuando ciertas estructuras estén mejor protegidas que otras (*cf. infra*).

De hecho, para completar el esquema conviene ubicar también a la realidad. Por realidad no hay que entender lo Real en el sentido de Lacan, claro está, ni la realidad material y física, sino la realidad del encuentro con el otro, con los otros. La realidad es, pues, el conjunto de todo lo que puede ocasionar un encuentro con el sujeto. Encuentro que puede estimular el inconsciente en sentido amplio, es decir, el conjunto de los dos inconscientes, reprimido y no reprimido. En el esquema, representaremos una zona particular de fragilidad de la tercera tópica, que se sitúa precisamente en el punto de encuentro de los cuatro sistemas con la realidad. En este nivel, el inconsciente está separado de la realidad por un menor «espesor» de preconsciente y de consciente. Se trata, específicamente, de la *zona de sensibilidad del inconsciente* descrita por Michel Fain¹¹, aquélla en la que el inconsciente es estimulado directamente por la realidad *vía la percepción* (a diferenciar de la representación). Por el contrario, lateralmente por relación a la zona de sensibilidad del inconsciente, la realidad, para alcanzar al inconsciente, debe atravesar primero un espesor de preconsciente a la izquierda o de consciente a la derecha, teniendo éstos un rol protector contra el exceso de excitación y el traumatismo.

El esquema se representaría, pues, así:

¹¹ M. Fain, «Vers une conception psychosomatique de l'inconscient», *Rev. Franç. Psychanal.*, 45, 1981, p. 281-292.

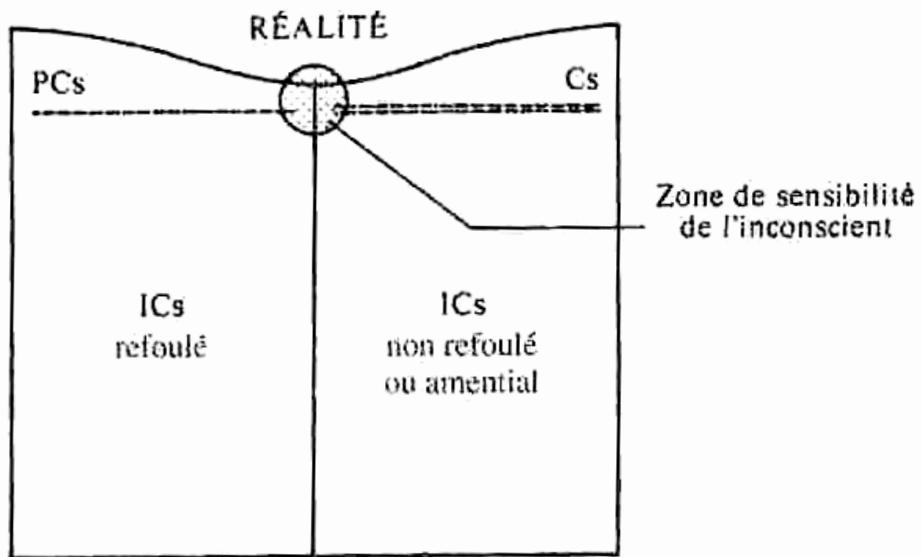


Figure 7

La cuestión que necesariamente debe plantearse ahora es la de las relaciones entre este inconsciente amencial y el inconsciente reprimido. Y, de forma más general, aquella de la circulación al interior de la tópica del clivaje.

La circulación en la tercera tópica

La referencia a la tercera tópica sólo puede justificarse si, por un lado, nos permite reencontrar en ella los datos teóricos clásicos del psicoanálisis y, por otro, incluir nuevos elementos para dar cuenta de los hechos de observación clínica, que se explican mal si solo contamos con la ayuda de la teoría clásica.

La cuestión planteada es aquella de la circulación entre los diversos sistemas, sabiendo que sólo conocemos bien el destino de las investiduras entre los sistemas preconsciente e inconsciente a través de la censura gracias a la represión y a los retornos de lo reprimido, que son los lapsus, los actos fallidos, los recuerdos encubridores, los síntomas psiconeuróticos (histérico-fóbico-obsesivos), los fantasmas y los sueños.

El clivaje instaura una separación radical en el aparato psíquico. El inconsciente dinámico, implicado en el retorno de lo reprimido, no es más que la parte reprimida del inconsciente, y hemos visto que ahí el sueño desempeña un papel determinante, tanto en su función represora como en su función organizadora y creadora del inconsciente sexual¹². La represión tiene una función *conservadora* en lo que respecta al aparato psíquico en la medida en que mantiene en la tópica los pensamientos rechazados por el preconsciente, conservándolos disponibles para los retornos de lo reprimido. La represión está, pues, al servicio de la vida psíquica y del funcionamiento mental.

¹² [Cf. *Le corps d'abord*, op. cit.].

Podemos preguntarnos por lo que ocurre espontáneamente en el curso de la ontogénesis y de la vida -y específicamente en el tratamiento psicoanalítico- en lo que respecta al clivaje y al inconsciente no reprimido, amencial.

El inconsciente amencial no puede generar pensamientos directamente y se trata de saber cómo se realiza el trabajo de colonización de esta parte del inconsciente, en el curso del desarrollo psíquico, para ponerla al servicio del funcionamiento psíquico.

Si aceptamos la hipótesis de la tercera tópica -que afirma que, por definición, el clivaje consiste precisamente en garantizar el funcionamiento simultáneo de dos partes ignorantes la una de la otra- entonces no puede haber circulación directa entre los dos inconscientes.

Así, pues, es necesario considerar mediaciones específicas. Conforme a la concepción de otros autores¹³, nuestra hipótesis otorga un lugar fundamental a la zona de sensibilidad del inconsciente. Consideramos que la zona de sensibilidad del inconsciente, que en este pequeño lugar de la tópica está poco protegida por la superestructura PCs-Cs, sólo se separa de la realidad por ese mecanismo único e irremplazable, utilizado por todas las estructuras, al que generalmente damos el nombre de *desmentida (Verleugnung)*. La desmentida es desmentida de la percepción afectiva de la Realidad. El resto del dispositivo psíquico sólo se pondría en movimiento si la desmentida falla.

Sabemos que cuando la desmentida es franqueada puede producirse una descompensación: entonces el psicótico se pone a delirar y a alucinar, el caractereópata somatiza. Trataremos estas descompensaciones en la sección siguiente. Por ahora, se trata de analizar el proceso que sigue al levantamiento de la desmentida sin provocar un traumatismo, es decir, sin caer en la patología.

La efracción de la desmentida y la reacción afectiva implican la participación del preconsciente, pues la percepción supone ya la comparación con huellas mnémicas preexistentes. Ahora bien, en ciertos casos la participación del PCs no es posible, porque la percepción crea tal perturbación reactiva en el inconsciente amencial que la descarga es inmediata y obligatoria. Entonces la descarga pasa por la musculatura estriada, desencadenando movimientos automáticos o secuencias comportamentales más complejas pero igualmente compulsivas. A veces la excitación provoca un comportamiento más organizado que apunta a la extinción de la excitación: o bien el sujeto ataca en la realidad la fuente de excitación mediante un acto de destrucción (pasaje al acto), o bien se sustrae activamente a esa fuente de excitación a través de la huida.

Si tales procedimientos son empleados por el sujeto, el levantamiento de la desmentida no conduce a ninguna capitalización mental. El inconsciente amencial permanece no reprimido y no hay ningún efecto de organización mental a partir de esa experiencia de efracción por el encuentro con la realidad.

Otros sujetos aplazarán la descarga de la excitación, lo que al mismo tiempo supone que la efracción y la excitación no alcanzan un nivel muy elevado. En este caso,

¹³ P. Marty, M. de M'Uzan, «La pensée opératoire», art. citado.

la percepción es de algún modo retenida, puesta en espera para algún otro destino. Hemos dicho que la percepción suscita una participación del preconsciente. Esta percepción debe ser comprendida en su sentido psicoanalítico, es decir, como una forma, una Gestalt que provoca asociaciones por analogía con representaciones constituidas conforme a la historia singular del sujeto. Así, las asociaciones que se crean a partir de la percepción siguen las cadenas asociativas características del pensamiento preconsciente. Entonces el riesgo es la deriva de investiduras de la percepción inicial hacia otras representaciones, deriva que, en el plano psíquico, se traduce por la producción de afecto. Las asociaciones de ideas pueden ser mantenidas en latencia por el preconsciente, precisamente para luchar contra el afecto cuando éste es temido por el sujeto. Así, el pensamiento mantenido en latencia podrá, durante la noche, ser tratado por el sueño y ser reprimido en el inconsciente dinámico (reprimido).

De este modo, al final del proceso el inconsciente reprimido se ve enriquecido con un nuevo material, que proviene del inconsciente amencial, gracias al levantamiento de la desmentida y al encuentro con la realidad. Este encuentro otorga un continente formal a la excitación. En cierto modo podría decirse que, al levantarse la desmentida por el encuentro con la realidad, ésta proporciona una «interpretación», proveniente del exterior, a un estado particular de excitación del cuerpo. Esta «interpretación», que actúa directamente a nivel perceptivo e implica a los órganos sensoriales, es diferente de la interpretación analítica que pasa (en principio) solamente por las palabras (en principio, pues aunque el analista evita proporcionar percepciones al paciente sustrayéndose a su mirada y, en la medida de lo posible, protegiendo el encuadre de la sesión de toda irrupción exterior, sólo lo logra imperfectamente y, de hecho, a veces es utilizado por el paciente de manera equivalente al proceso descrito aquí). Por lo demás, esos mismos residuos de la percepción durante la vigilia son los que serán utilizados para poner imágenes a los pensamientos latentes del sueño, gracias a la regresión formal.

Al final de este proceso, el inconsciente reprimido se ha ampliado y enriquecido con ese nuevo material que se obtuvo del inconsciente no reprimido. En adelante, una nueva estimulación por la realidad, similar a la precedente, encontrará en su camino las marcas dejadas en el preconsciente por el proceso que tuvo lugar anteriormente, posibilitando entonces todo el juego de las defensas neuróticas ligadas al funcionamiento del preconsciente. Así, esta zona del inconsciente ya no está protegida solamente por la desmentida. Podemos suponer que la suma de estos procesos hace que, en nuestro esquema, se desplace poco a poco la barra del clivaje hacia la derecha (*cf. figura 7*). Entonces a la larga el sujeto puede liberarse de la tendencia a la descarga en beneficio del enriquecimiento del inconsciente reprimido y de la dinámica preconsciente. La estereotipia de la reacción compulsiva, como respuesta a la brecha que la realidad produjo atravesando la desmentida, cede lugar a la respuesta matizada y flexible del retorno de lo reprimido. A este largo proceso podemos darle el nombre de *perlaboración por el sueño*.

Aquí podemos señalar la importancia del rol otorgado a la realidad en este proceso. Ella es la mediadora necesaria para franquear la desmentida y activar el inconsciente. Ahora comprendemos bien por qué ciertos sujetos, temiendo el desencadenamiento de un afecto (en razón del posible fracaso de la puesta en latencia y de la represión) y el desencadenamiento de la violencia de la descarga compulsiva,

buscan sustraerse a la realidad, convertida ella misma en fuente del peligro. Se trata de *la inhibición* que puede observarse en cualquier estructura.

Antes de continuar, señalemos desde ya que, al lado del largo proceso que acabamos de describir, existen otros derivados no patológicos del inconsciente amencial (sublimación, realización pulsional por la percepción e intrincación amorosa). Ellos serán descritos en el siguiente capítulo¹⁴.

Zona de sensibilidad del inconsciente, desmentida de la percepción, descarga y pasaje al acto: la tópica del psicópata.

La zona de sensibilidad del inconsciente es también la zona de fragilidad fundamental de la tercera tópica en todo sujeto en estado de equilibrio. Es decir que, aunque el clivaje sea estable, queda un espacio de fragilidad donde el sujeto se expone a encontrar, algún día, una situación real que supere sus fuerzas y lo conduzca a la crisis.

En cierta medida, ningún sujeto es totalmente ignorante de esta zona de fragilidad. Normalmente busca protegerse evitando las situaciones que, intuitivamente, siente -precisamente gracias a la sensibilidad del inconsciente- como peligrosas para su clivaje. Pero no todo el mundo consigue protegerse con tanta eficacia de estos encuentros peligrosos. Especialmente fracasan aquéllos cuya zona de sensibilidad es muy extensa, es decir, cuando el PCs y el Cs sólo llegan a cubrir una superficie muy limitada del inconsciente. En particular, encontramos esta configuración en sujetos cuyo sistema consciente posee una consistencia frágil debido a la pobreza de recursos socio-cognitivos, consecuencia del fracaso de aprendizajes ordinarios.

Su aparato psíquico podría representar así:

¹⁴ 14. [Le corps, d'abord, op. cit, cap. V].

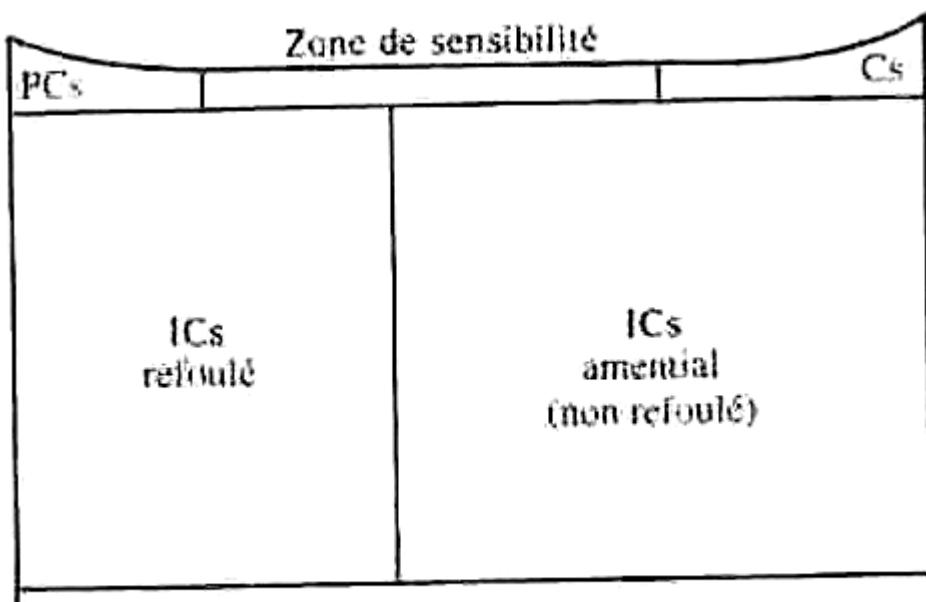


Figure 8

Estos sujetos a menudo corren el riesgo de ser desbordados por la excitación del inconsciente no reprimido, desencadenada por el temido encuentro con las situaciones reales traumáticas.

La cuestión es, entonces, saber qué tipo de reacción resulta de este encuentro. Antes mencionamos que la única vía posible para evacuar la excitación que no puede ser domeñada por el preconsciente es descargarla directamente en el exterior, so pena de hacer estallar al aparato psíquico (descompensación). Los principales modos de descarga son la cólera y el pasaje al acto, cuya ventaja sobre otros es la de estar dirigidos hacia el exterior y preservar el clivaje sano y salvo. El pasaje al acto tiene un carácter compulsivo, casi incontrolable. Se impone al sujeto que quiere salvar su organización tópica de la destrucción. Para ello cuenta con dos formulas motrices: sustraerse a la situación excitante mediante la huida, efectiva y no figurada, o destruir la fuente externa de la excitación con violencia física. En ambos casos, encontramos la violencia compulsiva de las reacciones instintivas. El pasaje al acto puede tener un carácter tan brutal e inevitable que se confunde con una crisis clástica ciega, donde es muy difícil discernir un contenido específico. Y es verdad que todas las crisis de violencia son parecidas y estereotipadas; no tienen ningún carácter personal. En cambio, a veces el sujeto logra volverse contra algo preciso implicado en la situación real insostenible, algo que intenta destruir de forma irresistible pero no sin pertinencia. Este es, más bien, el caso de sujetos que muy rara vez pasan al acto, de modo que al analizar los datos de la situación llegamos a descifrar una significación en dicho pasaje al acto. Algunos autores le dan entonces el nombre de «acting out», para diferenciarlo del pasaje al acto.

El pasaje al acto aparece, pues, como un medio para que el sujeto preserve su aparato psíquico y no se vuelva loco. Pero puede ocurrir que el pasaje al acto no sea posible, que el sujeto lo rechace en un último esfuerzo por luchar contra la descarga de

su violencia. Entonces reacciona con una inhibición mayor, que puede llegar incluso a un episodio de postración, de estupor. Si en ese momento no hay puesta en acto, tampoco hay pasaje por la percepción que es necesario evitar. En este caso la inhibición motriz se acompaña de una inhibición del pensamiento y de una sensación de mente vacía¹⁵. Esta extinción del pensamiento puede llevar al sujeto hasta sus límites y hacerle caer en la pérdida de conciencia. Es aquí donde hay que situar la comorbilidad que asocia, en su forma completa del Gran Mal, la pérdida de conciencia con la descarga motriz automática, cuyo carácter espectacular y asombroso resulta, desde nuestro punto de vista, no sólo de los movimientos clónicos que evocan en el espectador algo sexual, sino también de su carácter profunda y fundamentalmente violento. Lo que inspira esta impresión imponente viene, precisamente, de esa asociación extraordinaria, de esa condensación entre manifestación sexual y manifestación violenta.

Es por ello que, tal como lo propone Neyraut-Suttermann¹⁶, la epilepsia merece un lugar aparte en la psicosomática. Se trata, en efecto, de un cruce resolutivo fundamental de la puesta en peligro de la tópica del clivaje, por el recurso a un proceso que está a medio camino entre el pasaje al acto violento, la inhibición y la somatización.

En ausencia de descarga motriz y de inhibición, la excitación comienza su trabajo de destrucción de la tópica y del clivaje. La forma inicial de esta excitación no mentalizada y no descargada en la motricidad es el *traumatismo*. La excitación desencadena entonces la confusión mental, con su cortejo de signos somáticos. Por lo demás, este punto fue subrayado por Marty y sus colegas, quienes siempre señalaban en los «neuróticos de comportamiento» (caractereosis mal organizadas) la importancia de las descargas motrices, de la hiperactividad y de la vía comportamental, en alternancia con las somatizaciones. Curiosamente, sin embargo, estos autores se ocuparon poco de los pasajes al acto, a pesar de que los pacientes que suelen recurrir mucho a los pasajes al acto – a saber los psicópatas, delincuentes, desequilibrados, etc. – a menudo son también aquéllos que somatizan fácilmente y, pasada su agitada juventud, no ostentan una gran fortaleza somática.

Antes de continuar con el análisis de las diferentes estructuras mentales y sus descompensaciones, hay que señalar un punto clínicamente importante: A veces, al producirse un encuentro con la realidad que franquea la barra de la desmentida, la violencia instintual – que se actualiza en la cólera y en el pasaje al acto – ofrece al inconsciente reprimido la oportunidad de abrirse un camino inhabitual hacia la acción. Entonces el pasaje al acto se beneficia de una contribución que viene de la sexualidad psíquica, de modo que la violencia se tiñe de una connotación erótica. Esta «coexcitación sexual» puede pasar por un doble sentido del pasaje al acto y hacerlo parecerse a un síntoma neurótico clásico. Pero ello es sólo parcialmente cierto, pues la interpretación de contenido sexual que entonces puede descubrirse, no conduce en absoluto a la elaboración de la excitación. Estas consideraciones tienen implicaciones técnicas pues, si queremos poner fin a esas conductas con el análisis, lo que hay que trabajar en estos casos es la violencia, y no el contenido erótico asociado.

¹⁵ 15. Esta puede llegar hasta la confusión mental (*amencia*). El término de inconsciente amencial, que será comentado en la conclusión de este libro, ha sido conservado en razón de este «horizonte psicopatológico».

¹⁶ T. Neyraut-Suttermann, *À propos de la psychanalyse d'un cas d'épilepsie*, Mémoire de candidature à la Société psychanalytique de Paris, 1977.

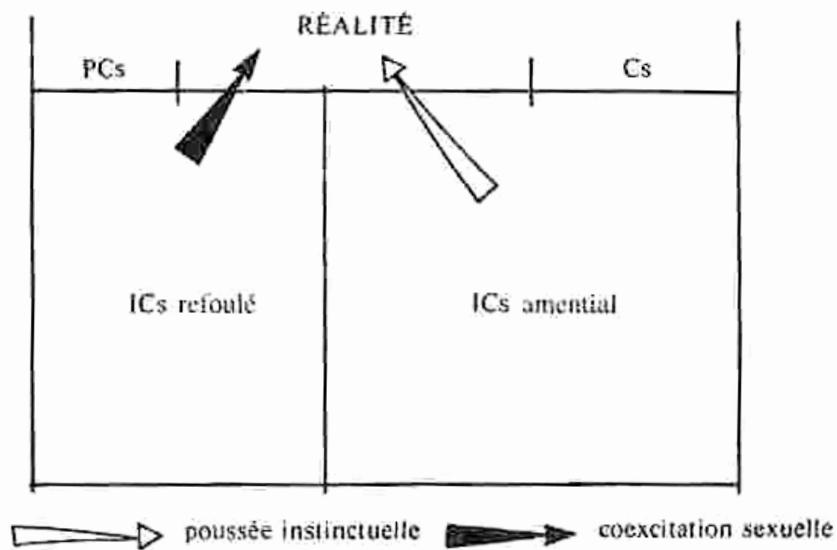


Figure 9. Topique du passage à l'acte

Tópica del pasaje al acto

Tópica de la psicosis

Sabemos que tanto el psicópata como el caractereópata poseen un preconsciente poco desarrollado y poco eficaz. Lo que caracteriza a la psicosis es, en primer lugar, la insuficiencia o el fracaso de la represión¹⁷. Sin retorno de lo reprimido no tiene sentido hablar de preconsciente. Tomaremos la psicosis paranoica *compensada* como modelo para la descripción. Lo que la caracteriza es el recurso apasionado a la racionalidad y a la lógica del pensamiento. El paranoico se sirve con pasión de su sistema consciente y del proceso lógico, que es importante distinguir del proceso secundario del preconsciente. En efecto, en el paranoico el consciente está encargado de constituir un dique infalible contra las irrupciones del inconsciente amencial. Al investir así el proceso lógico, el paranoico destaca (mientras no delire) en eficacia social y profesional. Hay que subrayar que muchas estructuras paranoicas no se descompensan nunca precisamente gracias a este recurso del dique del consciente, pero también gracias a una cierta aptitud para tratar separadamente, a través de la perlaboración por el sueño (cf. *supra*) y de la sublimación (cf. capítulo V) lo que es movilizado por el inconsciente reprimido.

¹⁷ G. Pankow et al., *25 années de psychothérapie analytique des psychoses*, Paris, Aubier-Montaigne, 1984.

A veces el discurso del paranoico alcanza la perfección en el pensamiento operatorio. Pensamiento operatorio muy parecido al del caractereópata en depresión esencial, pero sostenido por *una pasión* que, precisamente, falta al caractereópata por razones que veremos más adelante.

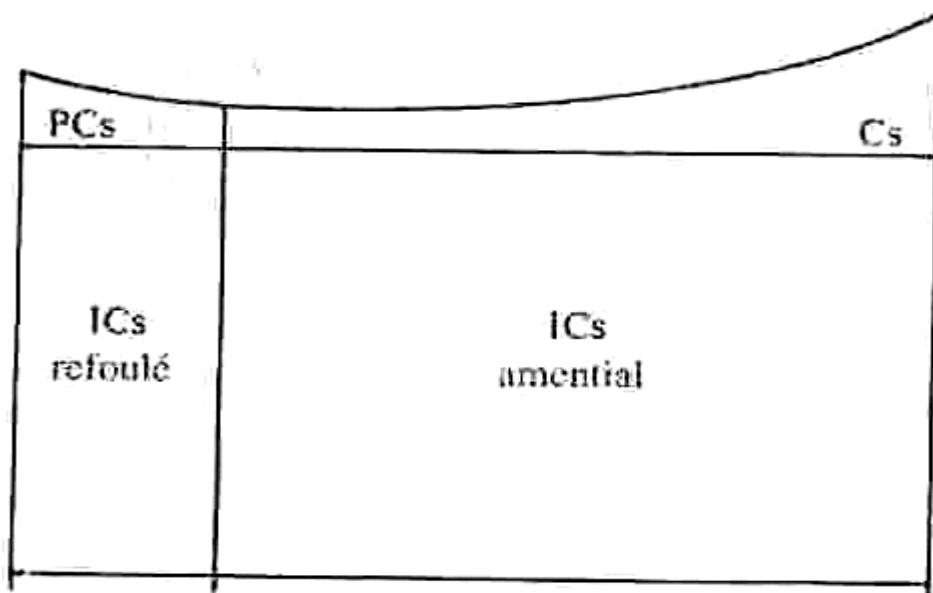


Figure 10. Topique du paranoïaque

Tópica del paranoico

La figura 10 representa la tercera tópica en el caso del psicótico. Gracias a la eficacia del consciente, que se interpone sistemática y eficazmente entre la realidad y el inconsciente amencial, el paranoico mantiene sólida la segunda censura. Freud señala la eficacia de esta censura en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños*.

Sin embargo, ocurre que incluso el psicótico mejor organizado se ve sobrepasado por la realidad, poniéndose en peligro el dique del sistema consciente y la desmentida protectora de la zona sensible del inconsciente. Entonces el clivaje se ve amenazado y el equilibrio psíquico se rompe. Desde ese momento, el psicótico se dedicará a tratar la percepción peligrosa de una forma muy particular, que se diferencia claramente del pasaje al acto y de la angustia visceral o del traumatismo. Pura y simplemente «rechaza» los pensamientos que nacen de la percepción y de las asociaciones con las representaciones preconscientes que ésta hace surgir. El rechazo o forclusión (*Verwerfung*) se distingue de la represión (*Verdrängung*) porque envía a la percepción interna fuera de la tópica. La empuja a la realidad. El pensamiento que fue rechazado por el sujeto vuelve desde el exterior (Freud-Lacan) en forma de idea impuesta, de influencia, de parasitismo, de telepatía. Para luchar contra la destrucción de su aparato psíquico, el paranoico intenta aplicar a sus pensamientos, que cree provenientes del exterior, el tratamiento lógico al que somete todo lo que le rodea. *De lógico, su pensamiento deviene paralógico*. Entonces comienza el delirio interpretativo, por lo general perfectamente bien articulado y coherente. El paranoico cree lo que dice con una certeza que no tiene nada de sorprendente. No tiene ninguna razón para dudar

de la verdad de su discurso, ya que siempre ha podido confiar en la lógica racional y sus hábiles interpretaciones nunca ponen en entredicho el pensamiento lógico.

En la descompensación, y a veces durante mucho tiempo, el delirio sólo cubre la brecha abierta por la realidad y su percepción a través de la desmentida. Si el delirio está bien construido puede ser suficiente, dejando funcionar correctamente, además, la parte izquierda de la tercera tópica, la del inconsciente reprimido y el preconsciente. De manera que, fuera del sector peligroso, el psicótico puede mostrar un funcionamiento mental relativamente bueno. En ese caso, el delirio «en sector» todavía llega a preservar al clivaje y al aparato psíquico de la destrucción.

El psicótico bien organizado es el que, frente a cada prueba de la realidad que pone en peligro la desmentida y estimula la zona sensible del inconsciente, renueva la integración de la percepción en forma de interpretación delirante, en un sistema paralógico que se adapta y se transforma con talento en cada nuevo golpe. Lo que caracteriza eso que llamamos «buena organización mental» en un psicótico, es la capacidad de integración flexible, en ocasiones sorprendente por la astucia y la creación intelectual.

Pero no siempre ocurre que las cosas quedan ahí; si la realidad insiste, generalmente por la intervención sostenida de una pareja a la que el psicótico dirige su delirio, el clivaje cede. Esta vez, lo que será atacado directamente es la *percepción*, incluso antes de que haya podido generar asociaciones ideativas. Lo que será rechazado fuera de la tópica ya no es la idea sino la percepción misma. Por relación al pensamiento paralógico, el rechazo que apunta a la percepción corresponde a una regresión tópica que va de la idea a la percepción. Esta vez, la percepción rechazada vuelve del exterior en forma de *alucinación*: alucinaciones verbales cuando todavía hay palabras, después alucinaciones psíquicas, alucinaciones auditivas no verbales, alucinaciones cinestésicas y, en fin, lo que ya es mucho más grave, alucinaciones gustativas, olfativas y visuales.

En ese estado de descompensación, el paranoico ya no es verdaderamente un paranoico y comienza a deslizarse hacia la esquizofrenia. Es lo que en psiquiatría llamamos «episodio fecundo». Tanto en el episodio fecundo como en la esquizofrenia, siempre encontramos islotes de persecución, de interpretación delirante y de paralogismo paranoico. Tampoco nos sorprenderá que, en ese momento, el psicótico a veces intente usar el pasaje al acto para ajustar sus contradicciones con la realidad percibida.

En una fase posterior, ya ni siquiera hay delirio exteriorizado y el psicótico se petrifica en la inhibición catatónica, de la que a veces sale en raptus clásticos que testimonian que el inconsciente no reprimido y su violencia están en el corazón del sufrimiento y la descompensación.

Si después del derrumbe del clivaje el sistema consciente queda hecho trizas, asistimos a una anarquía casi completa de alucinaciones, de las que una parte importante corresponde a alucinaciones visuales y táctiles. Entonces el paciente se hunde en la confusión mental (*amencia*).

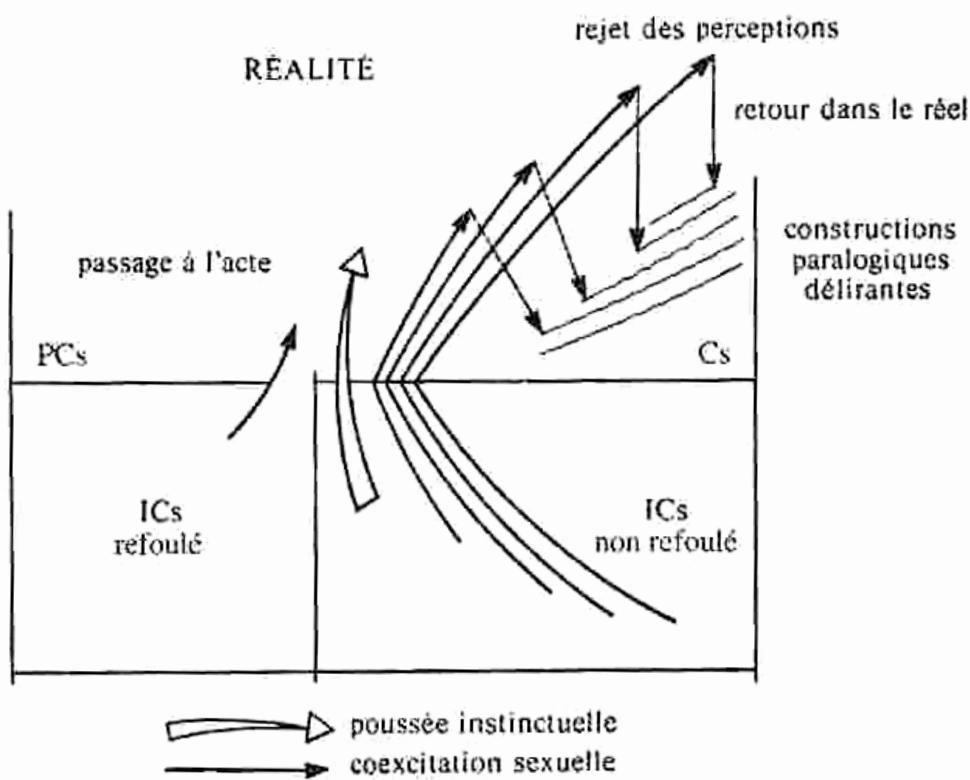


Figure 11. Topique de la décompensation psychotique

Figura 11. Tópica de la descompensación psicótica.

Desde el punto de vista tópico, la caractereosis está marcada por la pobreza de los retornos de lo reprimido y por la importancia del inconsciente no reprimido.

En el estado compensado, la tópica caractereósica no es muy diferente de la tópica psicótica. El sistema consciente y su modo de pensamiento operatorio forman el dique principal contra las irrupciones del inconsciente amencial estimulado por la realidad. El recurso apasionado al pensamiento lógico y racionalizante se encuentra efectivamente en muchos caractereópatas, que lo utilizan de forma casi idéntica al paranoico. Al punto que ciertos pacientes que somatizan, especialmente en el aparato cardiovascular, algunas veces se muestran como paranoicos. Lo mismo ocurre con algunos rectocolíticos, poliartríticos, etc. Así, en psicosomática a menudo hablamos de «psicosis de carácter». Su pensamiento operatorio es tan apasionado como en el paranoico. A veces incluso encontramos ciertos elementos que sugieren el recurso al razonamiento paralógico. Aunque este pensamiento operatorio no sea reemplazado por el delirio, sin embargo es diferente del pensamiento operatorio que encontramos en la depresión esencial. Diferencia que solo radica en la «tensión» de ese pensamiento. Todo ocurre como si, en el paranoico compensado y en el caractereópata compensado, el recurso al pensamiento operatorio (lógico) fuera invocado con pasión, como sistema defensivo global destinado a mantener el clivaje. Caracterizamos este pensamiento

operatorio, de manera estrictamente descriptiva, con el calificativo de «hipertónico» (más «espoleado» por el inconsciente amencial).

El *pensamiento operatorio hipertónico* se distingue clínicamente del pensamiento operatorio «hipotónico», que solo se observa en los caracterópatas que ya han somatizado mucho (o que están en estado de descompensación somática), en particular en la depresión esencial. El pensamiento operatorio hipotónico es el que han descrito Marty y de M' Uzan (18). En este caso, el carácter no apasionado del recurso al pensamiento operatorio se explica porque la presión del sistema inconsciente amencial hacia la realidad es menor que en el caso del psicótico. En efecto, la somatización abre una brecha donde la presión del sistema inconsciente se hunde en parte. De modo que el sistema consciente de algún modo puede funcionar sin amenaza para el clivaje del inconsciente y, sobre todo, sin amenaza para el clivaje y la integridad de la tercera tópica.

Aquí hay que insistir en un punto: al igual que las otras estructuras consideradas, el caractereópata puede utilizar (cuando la vía de la represión onírica es insuficiente para metabolizar la excitación) el pasaje al acto y la hiperactividad comportamental. Habíamos dicho que, eventualmente, puede tratar de establecer un sistema paralógico, pero si fracasa en esta vía aún le queda una última forma de luchar contra la emergencia de su violencia, un recurso capaz de conservar el clivaje: *la somatización*.

En otros términos, el psicótico que descompensa deja estallar su inconsciente amencial poniendo en peligro el clivaje. Preconsciente y consciente se encuentran amenazados y el enfermo ya no puede esconder su locura. En cambio, al somatizar, el caractereópata salva la cara. El preconsciente y el consciente pueden sobrevivir sin grandes cambios a la presión inconsciente somatizada, de modo que el caractereópata puede descompensar sin revelar su locura al exterior en su relación con la realidad y con el objeto. Hasta el punto que, en plena crisis, puede parecer no solamente muy «normal» sino, además, especialmente pacifista, tranquilo, incluso francamente amable, si es que aquí podemos permitirnos este género de calificativos. La violencia que, sin embargo, está en el origen de la descompensación, puede no manifestarse de ninguna forma visible, lo que jamás ocurre en el caso del psicótico que descompensa. Si la defensa paralógica es amenazada, la violencia de éste último es evidente y a veces peligrosa. En efecto, el riesgo es el pasaje al acto violento hacia el otro, o vuelto contra el sujeto (intento de suicidio). En lo que concierne a los caractereópatas, la somatización no siempre sepulta la totalidad del empuje violento, de modo que en sus descompensaciones también encontramos construcciones delirantes, alucinaciones y pasajes al acto, aunque a menudo podamos juzgarlos como menos espectaculares. En ese caso, tanto la violencia como la locura serán más visibles en estos pacientes que, sin embargo, no dejan de ser caractereópatas, en la medida en que su tejido estructural fundamental se encuentra en su aptitud para somatizar.

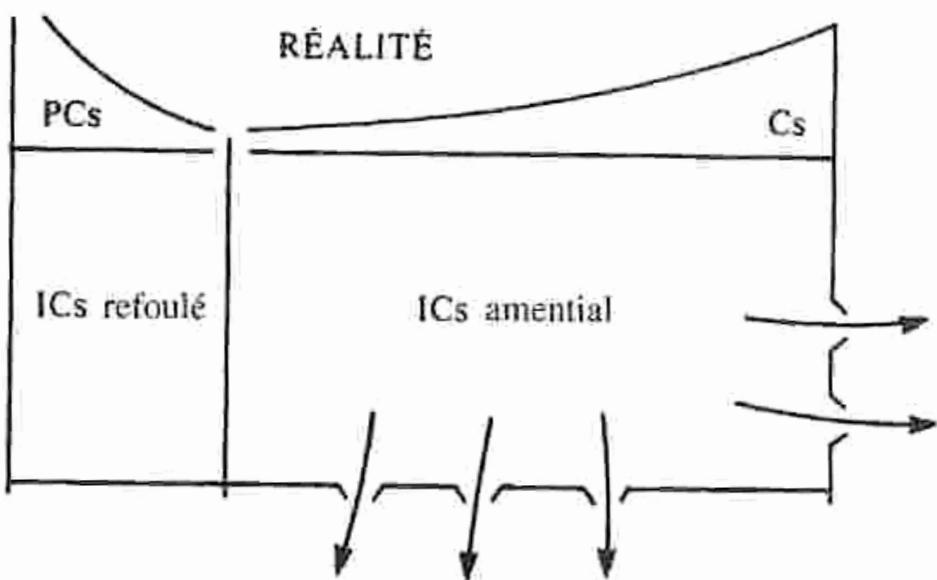


Figure 12. Topique de la somatisation protectrice du clivage et de la «normalité»

Figura 12. Tópica de la somatización protectora del clivaje y de la «normalidad»

Falta comprender cómo se produce la somatización a partir la excitación que le dio origen. Hemos visto que el paranoico «rechaza» los pensamientos que hacen surgir en él la percepción de la realidad hasta entonces desmentida. El esquizofrénico procede del mismo modo, por rechazo, pero, a diferencia del paranoico, ataca no sólo al pensamiento asociativo sino también a la percepción misma, incluso directamente a la sensación.

En cuanto al caractereópata, él no busca rechazar la percepción sino realmente *destruirla*. Vemos la analogía con el pasaje al acto, cuya meta también es la destrucción de la percepción. Pero mientras que, al neutralizar la realidad con la violencia, el psicópata apunta a la fuente misma de la percepción, el caractereópata respetará la realidad y la fuente de la excitación. Neutralizará en él lo que resurge en la situación excitante. Intentará reducir el encuentro con la realidad, que logró atravesar la desmentida, a través de un proceso que reduce la sensación por la destrucción de su cuerpo. La excitación se descarga según vías automáticas dictadas por la lógica del organismo vivo: en la motricidad automática (y no en la voluntaria), lo que da lugar a temblores, hipertonías musculares, tetanizaciones y hasta sacudidas tónico-clónicas. La excitación también se descarga en la motricidad *visceral* (fibras lisas del tubo digestivo, músculo cardíaco) por medio de la activación del eje hipotalámico-visceral y del sistema nervioso autónomo. La excitación se descarga, en fin, en la activación de las funciones *endocrino-metabólicas*¹⁸.

¹⁸ C. Dejours, R. Assan, J.-P. Tassin, « Fonctionnement mental, hiérarchie fonctionnelle de l'encéphale et gluco-régulation », *L'Encéphale*, 9, 1983, p. 73-89.

Para degradar la percepción en excitación, el caractereópata utiliza un mecanismo muy particular al que damos el nombre de *supresión* (*Unterdrückung*), diferente de la represión (*Verdrängung*). El ataque se dirige directamente a la fuente instintual, de modo que la presión es inmediatamente descargada en el cuerpo visceral incluso antes de que pueda haber percepción, por lo tanto, completamente al margen del funcionamiento mental preconsciente. Dunbar es la primera en haber descrito este carácter inherente a la somatización¹⁹.

La supresión, cuyo interés teórico en psicosomática fue señalado por Parat²⁰, sigue siendo bastante misteriosa. Podemos abordar su mecanismo de acción a partir de la observación clínica de trabajadores sometidos a un salario mísero. En efecto, este tipo de organización del trabajo suscita de forma experimental la supresión y la depresión esencial²¹. El obrero a destajo debe luchar contra su funcionamiento mental y contra cualquier forma de retorno de lo reprimido que inevitablemente se opondría a la movilización e implicación sensorio-motriz que esta situación le exige continuamente. También podemos mostrar que el ejercicio excesivo de comportamientos sensorio-motores puede detener el funcionamiento preconsciente. De hecho, no se trata de cualquier comportamiento sino de una tarea repetitiva y estereotipada. Y este carácter es fundamental para que se inaugure la vía de la supresión instintual.

A partir de estas observaciones clínicas realizadas en el terreno de la empresa, pudimos encontrar, en varios casos, un mecanismo similar de supresión en los caractereópatas. Se comprometen en una actividad sensorial, motriz o cognitiva, repetitiva y estereotipada en ciclos cortos que se imponen artificialmente, para luego proceder a un aumento del ritmo (rezos, balanceos repetitivos y acelerados, rotaciones, ruidos repetitivos pseudo-musicales, etc.), hasta que sobreviene una parálisis mental más fuerte que la estimulación por la realidad. Entonces aparece la crisis, crisis somática que puede tomar la forma de una convulsión (epilepsia, tetania) o de una insuficiencia respiratoria (asma) o cardiaca (HTA, taquicardia), etc.

Por lo demás, ciertos enfermos con afecciones crónicas pueden desencadenar crisis de una forma quasi voluntaria para descargar la excitación proveniente de la violencia instintual: algunos epilépticos se ponen a remolinear hasta que sobreviene la crisis; ciertos asmáticos se someten a cadencias cognitivas para desencadenar su crisis. Este punto es muy interesante en la práctica, pues nos muestra la posibilidad que tienen ciertos pacientes de desencadenar activamente la somatización para evitar el pasaje al acto y, a veces, incluso el delirio²².

También hay que considerar que, una vez que ha sido estrenada, la vía de la somatización se reencuentra más fácilmente que antes de haber sido abierta, de modo que poco a poco la somatización puede funcionar como una válvula desgastada mientras que, paralelamente, la sintomatología psico-neurótica tiende a borrarse.

¹⁹ H. F. Dunbar, *Mind and body. Psychosomatic Medicine*, New York, Random House, 1955.

²⁰ C. Parat, « Réflexions et questions », *II Journée d'étude de l'Institut de psychosomatique*, ronéo, 19 février 1983, p. 76-80.

²¹ C. Dejours, *Travail: usure mental. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Centurion, 1980.

²² C. Dejours, «Le corps érogène entre délire et somatisation», *Psychiatries*, 80-81, 1987, p. 13-20.

Delirio y somatización

Como hemos visto, el clivaje no es monopolio del perverso, sobre el que volveremos luego. Lo encontramos en el caractereópata, el psicótico, el psicópata y el neurótico. La distinción entre las estructuras, en lo que concierne a la tercera tópica, procede de dos elementos:

- ¿Dónde se encuentra la barra del clivaje y cuál es la importancia del inconsciente amencial por relación al inconsciente reprimido?
- ¿Cuál es el (o los) mecanismo(s) de defensa fundamental(es) que utiliza el sujeto para luchar contra el derrumbe de la tercera tópica y hacerse cargo de las presiones del inconsciente amencial cuando hay efracción de la desmentida?

De la respuesta a la segunda pregunta depende finalmente la estructura del paciente. Para defenderse de un encuentro con la realidad que atraviesa la barra de la desmentida y alcanza la zona de sensibilidad del inconsciente:

- el neurótico mantiene en estado de latencia la percepción y las ideas nacidas de esa percepción para, posteriormente, reprimirlas gracias al sueño;
- el psicótico opone a la percepción un rechazo fuera de la tópica;
- el psicópata lucha contra la realidad gracias al pasaje al acto;
- el caractereópata se opone a la sensación utilizando el recurso de la supresión.

Hay que señalar que la tensión que sufre la tópica por la prueba de la realidad puede no poner en peligro al clivaje en la psicopatía y en la caractereosis. Sin embargo, el clivaje estalla en la descompensación disociativa y se desplaza en la crisis neurótica.

¿Esta esquematización de las estructuras es siempre válida en la clínica? En verdad, lo que constatamos es que, si bien cada paciente utiliza un mecanismo defensivo preferencial para defender su organización tópica, también puede utilizar en menor medida, de forma alternativa o accesoria, los otros mecanismos.

Así, la referencia a la tercera tópica lleva a cuestionar el antagonismo fundamental según el cual sólo los neuróticos de carácter y de comportamiento (caractereosis) pueden somatizar, mientras que los neuróticos y los psicóticos «bien mentalizados» estarían protegidos de la somatización. En nuestra opinión, esta afirmación es, *grosso modo*, aceptable, pero su generalización es errónea. En la medida en que hay clivaje y la zona de sensibilidad del inconsciente está protegida por la desmentida, cualquier estructura es susceptible de reaccionar a la prueba de realidad con una somatización, con un pasaje al acto o con una alucinación. En la práctica, no es tan raro como se piensa observar psicosis, incluso bien organizadas, que en algún momento son víctima de somatizaciones. Por lo demás, tampoco es extraño que entonces el delirio se calme un poco. Los neuróticos, por muy bien mentalizados que estén, también tienen una zona de fragilidad y la somatización es posible. El propio Freud es un ejemplo clínico notable. A veces los psicópatas pueden delirar y también somatizar. Finalmente, hay caractereópatas capaces de delirar y de somatizar (rectocolitis hemorrágicas, poliartritis reumatoide, asma, psoriasis, etc.), incluso haciendo alternar

delirio y somatización. Por último, el pasaje al acto evidentemente es posible en cualquier estructura.

De todas formas, sean cuales fueran las manifestaciones patológicas, todas resultan de la estimulación del inconsciente no reprimido (y de la violencia que la caracteriza) por un encuentro con la realidad que pasa a través de la desmentida quebrando la zona de sensibilidad del inconsciente.

Perversión y pasaje al acto

¿Cuál es la relación entre el clivaje considerado aquí a propósito de todas las estructuras psíquicas y el clivaje descrito por Freud a propósito de la perversión? La mayoría de las perversiones organizadas, en la medida en que implican el deseo y el consentimiento de la pareja, competen a los destinos del inconsciente sexual. Estas son las perversiones que Freud tiene en mente, por ejemplo el fetichismo – que pasa por un juego sutil entre amantes – o ciertas formas de sado-masoquismo²³ que son una muestra de esta misma economía erótica.

Por el contrario, otras perversiones suponen conductas que no respetan el deseo o el consentimiento del otro y que son manifiestamente ejecutadas según el modo de la compulsión. De hecho, se parecen más al pasaje al acto que a la perversión *stricto sensu*. Sin embargo, tienen en común con la perversión el hecho de desplegarse electivamente en el terreno sexual. Estas perversiones-pasajes al acto, que implican la violencia contra los cuerpos, el mal característico y, no tan excepcionalmente, la muerte, son mejor conocidas por los psiquiatras, los médicos legistas y los magistrados, que por los psicoanalistas²⁴. Por su carácter compulsivo, en estos casos las conductas perversas testimoniarían la participación del inconsciente amencial (no reprimido) y, por su carácter sexual, una co-excitación sexual que proviene del inconsciente sexual (reprimido). Aquí el clivaje no solamente concierne al Yo sino también al inconsciente mismo. No correspondería únicamente a una desmentida limitada a la diferencia de sexos, sino a la erotización de la compulsión misma.

En cierto modo, el acto perverso busca controlar la excitación instintual, no conservándola en el interior de la tópica sino canalizándola periódicamente, y según un escenario establecido de antemano, por vía de la descarga somática erotizada.

Así, el perverso consigue librarse de su violencia sin tener que conocerla, pues la ejecuta como algo erótico y no como algo violento. La violencia perversa es precisamente – y específicamente – esa estrategia que consiste en desviarla sin reprimirla, sin poner en peligro el aparato psíquico ni la tópica.

²³ 24. R.J. Stoller (1975), *La perversion, forme érotique de la haine*, Paris, Payot, 2000; R. J. Stoller (1979), *L'Excitation sexuelle. Dynamique de la vie érotique*, Paris, Payot, 2000.

²⁴ R. Kraft-Ebing, *Psychopathia sexualis*, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1912; G.-C. Clérambault, *La Passion des étoffes chez un neuropsychiatre*, Paris, Solin, 1981 ; R. J. Stoller (1975), *La perversion*, *op. cit.* ; R. J. Stoller (1979), *L'Excitation sexuelle*, *op. cit.*

En este sentido, cabe reconocer una perversión en las estrategias desplegadas por algunos psicóticos, psicópatas y caractereópatas, que llegan a encontrar salidas a su violencia sin informar ni hacer participar al preconsciente. Este dispositivo es el que permite que esos enfermos ejerzan una violencia notoria en la vida, al mismo tiempo que reservan para otros el lado humano y sensible de su preconsciente.

Este punto es fundamental pues sugiere que, en resumidas cuentas, puesto que toda estructura es portadora de un clivaje, teóricamente en ciertas condiciones cualquiera tendría la posibilidad de descargar su violencia a espaldas del preconsciente.

En este punto del desarrollo, conviene mencionar otra estrategia defensiva contra el levantamiento de la desmentida y la irrupción de la violencia instintual. Se trata de la utilización de psicotrópicos. Aquí ya no es cuestión de una defensa mental, comportamental, caracterial o delirante. El recurso a los psicotrópicos, ya sea que se trate de ansiolíticos, de antidepresivos o de neurolépticos, apunta específicamente a las presiones del inconsciente amencial. La acción farmacológica tiene lugar a nivel del cuerpo fisiológico y de las disposiciones instintuales que modifica, por lo general en el sentido de la atenuación o la sedación y, en menor medida, en el sentido de la estimulación (deshibición), unas veces en función de las dosis (en particular con el alcohol) y otras en función de los productos (psicoanalépticos, cocaína, «angel dust», etc.). Todos estos productos tienen en común su acción sobre las reacciones compulsivas ante las estimulaciones de la zona de sensibilidad del inconsciente amencial (no reprimido). De este modo, disminuyen la tensión entre el inconsciente reprimido y el inconsciente amencial y desempeñan un rol protector para el clivaje y la estabilidad de la tópica. No nos sorprenderá que el uso de drogas y la dependencia, sea psíquica o física, se den sobre todo en pacientes cuyos sistemas consciente y preconsciente son poco sólidos, dejando una amplia zona de sensibilidad del inconsciente sin protección frente a la realidad (*cf. figura 8*). De modo que los psicópatas, cuya defensa principal es únicamente el pasaje al acto, son los mejores candidatos a las toxicomanías.

A raíz del tema de las toxicomanías, falta mencionar aquí las consecuencias a largo plazo del uso de drogas, de medicamentos y de defensas contra la violencia que se ahorran la perlaboración por el sueño.

Hemos insistido en el posible carácter «accidental» del levantamiento traumático de la desmentida por la realidad, sea cual fuere la estructura mental considerada. A partir de esta hipótesis, debemos considerar las consecuencias del accidente de descompensación para el futuro económico a largo plazo del funcionamiento mental. Aunque el clivaje sea salvado por el recurso a la droga o a la somatización, por ejemplo, puede que desde entonces todo el futuro del paciente se vea perjudicado por la experiencia.

En efecto, pensamos que cuando una vía como esa es abierta por la descompensación, ello facilita una especie de línea de fractura que quedará por siempre inscrita, como brecha indeleble, en la tercera tópica. De modo que el riesgo para el paciente, salvo un gran esfuerzo de su parte por encontrar otras vías que la abierta de ese modo (por ejemplo, un tratamiento psicoanalítico), es ver, a su pesar, que esa línea de fractura absorbe toda excitación excesiva desencadenada por posteriores encuentros con la realidad.

Probablemente no es indiferente en absoluto el haber o no haber descompensado, sea cual fuere la estructura considerada. Toda descompensación aumenta el riesgo de una nueva descompensación o de la instalación de un modo de funcionamiento en el que la descompensación absorbe crónicamente una parte de la energía instintual, desde entonces perdida para la vida mental y para el enriquecimiento del inconsciente reprimido. Podemos comparar esto con el adagio médico que dice que quien haya tenido una descompensación cardiaca tendrá otras. Su capacidad de acción también se encuentra amputada. Así mismo, el uso de psicotrópicos traza una vía al tratamiento del inconsciente amencial que crea un precedente y enseguida suscita la repetición.

Ontogénesis de la estructura

Si hemos podido resituar las diferentes estructuras en una tópica unitaria y distingirlas sólo por la posición de la barra del clivaje y por los mecanismos de defensa preferenciales contra la prueba de realidad, ello no impide que el sujeto asigne un rol privilegiado por ejemplo a la forclusión, más que al pasaje al acto o a la supresión.

Como lo señalábamos más arriba, la referencia al rol desempeñado por el encuentro intersubjetivo en la descompensación sugiere que la elección de la defensa principal no es independiente de esa relación.

El origen de esa elección debe buscarse en la dinámica familiar. Por ejemplo, D. Braunschweig y M. Fain han aportado un análisis detallado de la constitución de la desmentida en el niño a partir de lo que llaman « identificación a la madre en la comunidad de la desmentida²⁵ ». Cuando existe la amenaza de que el niño encuentre en la realidad ciertos infortunios que su madre misma no ha simbolizado, recibe de ella un modelo que luego retoma por su cuenta, no sólo porque es un recurso simple sino también porque, renunciando a jugar con esos interrogantes, protege a su madre de la descompensación.

Cualquiera que sea la modalidad defensiva principal, en esta concepción el clivaje *no aparece, pues, como un mecanismo de defensa específico. Es solo la consecuencia final, a nivel de la estructura, de otros mecanismos defensivos*. El clivaje es un concepto tópico y no dinámico.

Con la tercera tópica hemos explorado las distintas manifestaciones del inconsciente no reprimido en relación con las descompensaciones de las grandes estructuras. Es por ello que solo hemos considerado los mecanismos destinados a proteger el clivaje de los riesgos de descompensación, dejando para más adelante el análisis de otras salidas a la violencia por fuera de las descompensaciones. Las encontraremos en el siguiente capítulo²⁶.

²⁵ D. Braunschweig, M. Fain, *La nuit, le Jour. Essai sur le fonctionnement mental*, Paris, PUF, 1975. [*La noche, el día: ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977.]

²⁶ [Cf. *Le corps, d'abord*, cap. V, op. cit.].