

FUNCIONAMIENTO NEURÓTICO, FUNCIONAMIENTO NO NEURÓTICO Y CAMBIO EN LA ESCUCHA

Dr. AUGUSTO M. PICOLLO

El trabajo diario con pacientes coloca al analista ante la necesidad —diría, ante la obligación— de considerar la eventual presencia de aspectos neuróticos, no neuróticos y aun psicóticos, es decir, de distintos modos de funcionamiento psíquico. Es una necesidad terapéutica, entonces, buscar en el discurso del paciente los emergentes que den cuenta de cada uno de estos modos, si las circunstancias así lo exigieran.

El eje de esta tarea es el lenguaje, cuyo papel central en la clínica analítica es universalmente aceptado. Se trata de escuchar, comprender e interpretar ciertos contenidos verbales que no corresponden al funcionamiento neurótico y que habitualmente atribuimos a cierto funcionamiento que llamamos "no neurótico" o incluso psicótico. Esto implica la idea de un cambio psíquico: ¿de quién o para quién? Un cambio en la escucha del analista, con la expectativa de un cambio psíquico en el paciente. Cambio en la escucha que presupone un cambio psíquico también en el analista. Aclaro ya mismo que en este texto no se hará referencia a aquellos pacientes rotulados como psicóticos crónicos sino a pacientes que tratamos en nuestros consultorios y en los que eventualmente puede aparecer un funcionamiento psíquico "no neurótico", a veces psicótico, a veces gravemente narcisista. Diferenciación que se sustenta en el tipo de mecanismo de defensa que predomina en el paciente en distintos momentos. Cuando el funcionamiento es estrictamente neurótico, predomina la represión, como sabemos. En cuanto a la estructuración, el aparato simbólico está conservado en estos pacientes.

En el tratamiento de los neuróticos se deberá, pues, rescatar y descifrar el **sentido** de los síntomas y el **sentido** del discurso capturado como pensamiento en el contenido latente, siguiendo el modelo de la interpretación de los sueños, tal como lo propusiera Freud.

La búsqueda de ese sentido implica un discurso manifiesto como tránsito hacia un referente principal, que es el contenido latente. La labor creativo-interpretativa del analista, en estos casos, se inserta en lo que puede considerarse el modelo clínico básico de las neurosis.

Pero el funcionamiento psíquico no se adecua siempre a este modelo, ya que —como el mismo Freud lo señalara— durante el desarrollo de un fun-

cionamiento psíquico determinado puede aparecer otro diferente.

Sin embargo, sigue siendo la palabra del paciente la que, si cambiamos nuestra escucha, nos pone en la pista de la alteración producida en la estructuración del aparato. Principalmente, de la que compromete la estructuración narcisista del sujeto, como se suele observar en las patologías graves, que es la de aquellos pacientes a los que últimamente llamamos "severamente perturbados". Mi propuesta, entonces, es encontrar pautas para descifrar las alteraciones del funcionamiento psíquico que resultan de la desestructuración narcisista. En suma, un **cambio en la escucha**: escuchar lo de siempre de una manera diferente. Cambio que consiste en atender a la "**literalidad**" del discurso del paciente y no solamente, o además de, a su sentido, en términos de "**sentido de los síntomas**".

En el capítulo séptimo de "Lo inconsciente", de la Metapsicología de 1915-17, Freud transcribe fragmentos de sesiones de una paciente esquizofrénica tratada por Victor Tausk. En medio de quejas contra el amado que relata en tono monocorde y sin afecto manifiesto, decía la paciente:

" Los ojos **no** están derechos, están torcidos [ver-drehen].¹ Ella misma lo aclara, exponiendo en un lenguaje ordenado una serie de reproches contra su amado. Ella no puede entender que a él se lo vea distinto cada vez; es un hipócrita, un torcedor de ojos [augenverdreher, simulador]. Él le ha torcido los ojos. Ahora ella misma tiene los ojos torcidos. Ésos ya no son más sus ojos. Ella ve ahora el mundo con otros ojos."

Agrega Freud que el lenguaje de estos pacientes sufre alteraciones sintácticas y es "amanerado o rebuscado". Como siempre hace referencia a un órgano o al cuerpo, lo denomina "lenguaje de órgano" o "lenguaje hipocondríaco". Además esos dichos traían a la conciencia, directamente, aquello que en los pacientes neuróticos sólo accede indirectamente, mediante el trabajo analítico: el contenido de lo inconsciente.

En la paciente de Victor Tausk la referencia al ojo tiene todo el valor de un pensamiento. No hay ninguna alteración orgánica, ninguna alteración corporal. Una histérica, dice Freud, hubiera torcido los ojos. Se trata más bien de una sensación interior de lo que sucede con el órgano.

El lenguaje de órgano expresa, a mi entender, el transcurrir de la libido narcisista, libido yoica que, una vez retirada de los objetos y sus representaciones, se replegó sobre el yo. Diría que se erige en el testimonio lingüístico del estado de desorganización narcisista, por medio del cual el paciente expone directamente en el campo de la conciencia, en su relato verbal manifiesto, el estado interior del aparato psíquico. Lo que da al analista la posibilidad de recogerlo para su comprensión.

Freud afirmaba, como digo más arriba, que tales discursos tenían por sí mismos el valor de un pensamiento, pero no explicitó cuál era el destinatario del tal pensamiento. Deduzco, de lo expuesto por el propio Freud, que es un pensamiento acerca del sí mismo, del propio psiquismo. Los dichos de la paciente ["Mis ojos están torcidos" o "Éstos ya no son más mis ojos", "Él (alguien-el amado) torció mis ojos", "Él es un torcedor de ojos"] hacen referencia en realidad a la distorsión de su aparato psíquico, expresada a través de su lenguaje de órgano, o lenguaje hipocondríaco, distorsión que conmemora su relación con el amado.

Por otra parte, en "Introducción del narcisismo" caracteriza a la hipocondría como libido yoica o libido narcisista retenida y circulante en el interior del organismo, y la compara con las neurosis actuales: la hipocondría es a la libido yoica o narcisista, lo que las neurosis actuales son a la libido objetal.

Por eso he inferido que el "lenguaje de órgano o hipocondríaco" se constituye en un detector señalador del transcurrir de la libido yoica. Se puede inferir también que el analista, descifrando las frases sin perder de vista su valor de pensamiento, algo va sabiendo del estado de estructuración o desestructuración de ese psiquismo.

Comentaré, con un carácter meramente demostrativo, algunos fragmentos de material clínico.

Un paciente consultó por frecuentes ansiedades paranoides con el medio que lo rodeaba, y por reyertas casi diarias con su cónyuge, en las cuales eran habituales las agresiones físicas y las mutuas acusaciones. Poco tiempo antes, había hecho una tentativa de suicidio. No faltaban tampoco los episodios de ansiedades confusionales, a veces reforzados por la ingestión de ansiolíticos o de dosis considerables de alcohol.

Durante una sesión dice: "Yo no quiero ver a ese paciente psicótico; no lo quiero tratar porque cuando lo veo a él me veo a mí. ¡Sí, ése soy yo! ¡No quiero, no quiero saber nada! Me confundo. ¿Qué voy a decirle?" A continuación y luego de una pausa, en un tono monocorde y un clima desafectivizado, inicia un nuevo relato: "Yo, cuando estaba en aquella institución, no podía atender pacientes psicóticos porque todavía **no tenía piel**, entonces no podía hacerlo".

En un sentido manifiesto y lógico, el paciente decía que por entonces no había aún rendido Dermatología (llamada "piel" en la jerga estudiantil), su última materia. Por esta razón no le permitían todavía atender pacientes. Pero en un sentido diferente, y en ése le fue interpretado, se había él referido, y

ahora se refería en la sesión, a que no contaba con la barrera de contacto, continente o "piel" que le permitiera preservarse de la confusión yo-no yo (preservar su identidad). Sin esa barrera, sin esa piel, era incapaz de tomar contacto con los aspectos psicóticos de su personalidad, tanto en sus sesiones, como en su trabajo o en su vida de relación. Por todo lo cual avisaba de su rechazo a dicho contacto.

Estas denuncias verbales del suceder interior no siempre lo son de carencias o de desestructuraciones. A veces lo que intentan transmitir son estados de reorganización del aparato psíquico, como trataré de ejemplificar en la siguiente viñeta clínica.

Se trataba de un paciente esquizofrénico que había viajado al exterior, se había quedado sin dinero y no quería regresar a Buenos Aires. El analista, por consejo del terapeuta familiar, viajó para arreglar las condiciones del regreso. Al llegar encontró al paciente en un estado lamentable, psíquica y físicamente. Delirante, megalómano, declaraba querer ser, en ese país o en los Estados Unidos, "un hombre diferente y triunfador". Había viajado con un amigo, cada uno con su motocicleta. Ya habían vendido una, para hacer frente a lo más indispensable, y aun así estaban al borde de la inanición.

Luego de arduas y largas tratativas el terapeuta consigue que el paciente lo acompañe a Buenos Aires. Una vez en esta ciudad, fue internado en una clínica psiquiátrica, donde se lo medicó. Comenzó también una terapia familiar. Aunque todavía mantiene su pensamiento delirante (ser en los Estados Unidos "todopoderoso, seductor y triunfante como en su país nunca lo sería") fue evolucionando positivamente, hasta ser externado y continuar con acompañante terapéutico.

Por influencia de la familia se incorporó a un banco como simple empleado, a pesar de su licenciatura en administración. Es muy querido por su jefe, quien lo considera como una especie de hijo, lo protege y lo distingue.

En sus sesiones hablaba mucho de mujeres, pero relaciones no tenía con ninguna; más aun, era rechazado por su aspecto y trato bizarros. Esto también fue modificándose. Recientemente comenzó a tener relaciones sexuales con prostitutas, para lo cual suele alejarse de la capital. En una sesión habla de una chica que trabaja en el banco: "Es muy linda, pero yo sé que no pasa nada, que nunca podría pasar nada. Ni ella me llevaría el apunte, ni me miraría, ni yo tampoco me voy a acercar a ella. Sé que afuera en la realidad no pasa nada, que está todo dentro de mi cabeza. Pero todo esto a mí me sirve para hacerme el bocho".

Si se atendiera sólo a su funcionamiento neurótico, se podría hablar

de una inhibición o aun de una represión que no le permite acceder a la acción adecuada para cumplir en la realidad su deseo erótico. Sueños diurnos o fantasías conscientes acerca de su compañera de trabajo emergerían como síntomas sustitutos. Pero el terapeuta tuvo en cuenta la historia del paciente, la historia de su tratamiento y el momento de análisis por el que atravesaba. Entonces entendió e interpretó a la luz de un funcionamiento no neurótico, un funcionamiento psicótico.

Aquello de: "...Yo sé que en la realidad no pasa nada, que todo está dentro de mi cabeza, pero a mí me sirve para hacerme el bocho" fue tomado como fantasías que le servían al paciente para reconstruir su cabeza, su pensamiento desarticulado. Iba reconstruyendo su psiquismo, iba aprendiendo a diferenciar el adentro del afuera, el yo del no-yo, iba creando un espacio para la fantasía. Comenzaba, por lo tanto, a diferenciar entre fantasía y realidad.

En sentido estricto, **hacerse el bocho** no es lenguaje de órgano, pero de todos modos el analista puede cambiar la escucha y producir un deslizamiento de sentido que tome la frase literalmente. El hecho le sirve al paciente para ir construyendo, o formando, o rehaciendo su mente, su cabeza. Con esa frase el paciente denuncia un cambio psíquico, en el sentido de reestructuración de lo previamente desestructurado.

No quisiera dejar de comentar el material de una paciente que sesión tras sesión repetía las mismas actuaciones, dentro de la sesión con sus llegadas tarde, a veces faltando cinco minutos para la terminación de la misma, y también fuera del análisis. Aunque por momentos daba la impresión de entender y hasta de crear la ilusión de una promesa de cambio, un día al llegar una vez más tarde a una sesión relata que sacó el coche, que no podía poner la palanca de cambios y le dice al terapeuta: "Porque usted sabe que a mí los cambios no me entran". En sentido manifiesto estaba marcando sus habituales dificultades con la palanca de cambios de su coche. Es en ese momento que podría hacerse una hipótesis, a partir de escuchar el mismo relato pero de forma diferente, sin transformarlo aún en una interpretación, pero sin dejar de lado que esas hipótesis puedan llevar al entendimiento de un campo diferente: la propia estructuración de su aparato psíquico.

"A mí los cambios no me entran" también pudo ser entendido como que la paciente no puede aprender de la experiencia y que por lo tanto repetía siempre las mismas actuaciones y siempre dando, como justificación, alguna excusa de tono similar.

Acostumbrados a descifrar lo latente en lo manifiesto, ¿qué haremos cuando en lo manifiesto parece que nada latiera? Ése es el momento clínico

para el cambio de escucha. En vez de seguir las vicisitudes de la libido objetal (jugada en la relación simbólica y centrada en las problemáticas edípicas y del complejo de castración), rastreadremos a la libido narcisista, trataremos de seguirla en cada una de sus vicisitudes, que se despliegan en el contenido manifiesto. Como me dijo León Grinberg: "En la comprensión e interpretación de lo más superficial está lo más profundo".

Habría además una taxonomía especial. Son elementos de primer orden el contexto y la historia (la del paciente, la de su análisis), así como el momento analítico y vivencial, y la falta de afectividad en el relato. Estos pacientes suelen presentar un discurso monocorde, sin mayores variaciones, que no denota el afecto correspondiente a la situación que están describiendo. Melanie Klein, en su trabajo "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", señala esta falta de afecto en el lenguaje de los pacientes esquizofrénicos. Pero dice más: los afectos (angustia) no se hacen evidentes en la sesión, por más que estén latentes en el paciente.

Precisamente para el terapeuta el desafío es encontrar ese punto en el lenguaje que le revele el nudo de "urgencia" en la problemática del paciente.

Melanie Klein habla de "retiro, actitud no emocional":

"El enfermo mismo se siente extrañado y lejano, sentimiento que corresponde a la impresión del analista de que una parte considerable de la personalidad del mismo y de sus emociones no es aprovechable".

Al abordar el estado en que podría encontrarse la angustia, señala:

"Me he referido ya a la carencia de emoción que hace a los pacientes esquizoides tan faltos de respuestas. Esto corre parejo con una ausencia de angustia. Por tanto, falta un importante sostén para el trabajo analítico. Porque cuando se trata de pacientes que tienen una fuerte angustia manifiesta y latente, el alivio de la misma, proveniente de la interpretación analítica, se transforma en una experiencia que promueve su capacidad de cooperar en el análisis. Tales pacientes tienen una cierta forma de angustia latente, la que es mantenida latente por el método particular de dispersión".

Y agrega M. Klein:

"El sentimiento de estar desintegrado, de ser incapaz de experimentar emociones, de perder los objetos es en realidad equivalente a la angustia". "Las interpretaciones que tienden a la sintetización de la disociación del yo, incluyendo la dispersión de las emociones, hacen posible que la angustia se experimente gradualmente como tal, si bien en gran medida sólo podemos ser capaces de provocar los contenidos ideativos de la angustia, pero no el afecto de angustia". (El destacado es mío.)

O sea, el estado de afecto latente, que encierra la problemática íntima

de dicho momento en la sesión, debiera ser desentrañado y descifrado del contenido ideativo de ese relato sin afectos que trae el paciente.

En este punto es posible, en mi opinión, un puente con lo manifestado por Freud: la que está cargada, en el psicótico, es la representación de palabra, en lugar de la representación de cosa. A través de la representación de palabra el paciente estaría dando cuenta de un estado interior de su psiquismo, detectable por su forma particular de hablar.

En estos momentos algo aparece y se destaca como expresión de una "urgencia" en ser entendida que tiene la alteración narcisista o su devenir en el tratamiento. ("Urgencia" en el sentido de un llamado de atención o "emergencia puntual" [F. Schuster].) En este aspecto, más que de tomar esa urgencia emergente como un pedido de auxilio que exija respuesta inmediata, se trata de escucharla, de que no pase inadvertida, esta vez y las siguientes. El analista ha de estar atento a su reaparición pero sólo procederá a su devolución en el momento oportuno, sin que esto se transforme en una cuestión de un antes o un después.

Además de los orientadores contextuales que menciono más arriba, hay en el discurso orientadores puntuales: la aparición de ciertos modos reflexivos ("me", "a mí"), frente a los cuales el analista, aunque no incluyan manifiestamente a los órganos o al cuerpo, hará un deslizamiento de sentido, para él intelegir mejor, no para comunicárselo al paciente. De ninguna manera para formular apresuradamente interpretaciones simbólicas, pues el paciente no está todavía capacitado para utilizar la simbolización.

Pensemos, de pasada, si muchas veces no repetimos modelos en forma mecánica, con lo cual el paciente remeda ideas psicoanalíticas pero se aleja de sus propias problemáticas inconscientes. Por ello puede llamarse a estos modelos, así aplicados, "modelos agotados" (Félix Schuster, comunicación personal).

Un ejemplo de repetición es aplicar a todos los pacientes, sin distinción, el modelo de la neurosis, en vez de buscar el modo más adecuado de seguir el curso del pensamiento inconsciente y apuntar a su comprensión. En el caso del funcionamiento no neurótico, nada ayuda —y hasta podría ser perjudicial— la búsqueda de "la interpretación inmediata y simbólica". En cambio, la comprensión permitirá perfeccionar y profundizar las hipótesis del analista acerca del paciente. Tomadas éstas como hipótesis, sin apresuramiento, llegarán a ser interpretaciones, pero en el momento oportuno. Por ejemplo, ante el surgimiento de algún tipo de pensamiento verbal, entendido éste como la expresión verbal del paciente de algún sentimiento interior, resultante del funcionamiento de la conciencia hacia el interior del aparato. Algún

tipo de registro de conciencia como órgano interno hacia las variaciones o alteraciones de su mundo interior y de su funcionamiento psíquico. Estas denuncias del suceder interior pueden darse sobre el registro de carencias, de desestructuraciones, o hacia el sentido de la reorganización del aparato.

El manejo transferencial de estos pacientes es difícil, y además muchas veces no se tiene en claro con qué concepto de transferencia se está operando. Se observa a menudo que el analista no se resigna a dejar de ponerse en el medio de la relación paciente-analista, formulando la mayoría de sus interpretaciones en términos de "usted y yo". Por momentos se insiste demasiado en el modelo transferencial "yo frente a un objeto", y se tiene muy poco en cuenta el devaneo del propio paciente frente a sus estados internos de desestructuración psíquica. La de su particular disociación interior entre un aspecto "conciencia como aquel órgano interno capaz de detectar la realidad psíquica" y su propio estado interior psicótico.

¿Cuál es entonces el lugar del terapeuta?

Piera Aulagnier, en su libro *La violencia de la interpretación*, señala que en la transferencia el analista se ubicará en el lugar de aquel objeto posible que pueda escuchar y entender el "pensamiento delirante primario". Pero aunque le garantice al paciente que lo que dice tiene un sentido, no puede garantizarle que él le asignará al relato el mismo significado que le da el paciente. Por lo contrario, el terapeuta escuchará lo mismo pero para adjudicarle una significación diferente.

Dicha significación diferente será, por supuesto, aquella que permita el acceso a un entendimiento posible de la problemática psicótica.

Resulta interesante observar cómo otro autor, en este caso Ricardo Avenburg y para su ubicación como terapeuta en el entendimiento de los pacientes, exclusivamente neuróticos, señala en su último libro de 1998 (pág. 180) lo siguiente:

"A partir de estas consideraciones, me referiré a cómo tiendo a establecer yo el diálogo analítico: el punto de partida es la explicitación de un diagnóstico y un pronóstico. Para mí el psicoanálisis es un medio y no un fin en sí mismo, un medio para lograr un objetivo que es terapéutico: curar un síntoma, o sea una conducta que el paciente no puede controlar y que le hace sufrir. En el contrato terapéutico, así como el futuro analizado se compromete a cumplir determinados condicionamientos, yo me comprometo a lograr los objetivos que enuncio: la enunciación de estos objetivos no es otra cosa que el diagnóstico; a partir de éste formulo un pronóstico en el sentido que determinados objetivos yo, con un margen de seguridad bastante elevado, me comprometo a lograr, o sea que determinados síntomas van a ser resueltos; so-

bre otros tendré mis dudas y sobre otros no me comprometo”.

Volviendo a nuestros casos, el terapeuta es como un testigo que observa la relación entre dos aspectos del psiquismo del paciente. Relación dialéctica a través de la cual éste va exponiendo, por medio de la palabra, una realidad psíquica de desestructuración interior. Diría que aquí el rol del terapeuta tiene menos que ver con la relación objetal directa y consiste más bien en observar ese juego dialéctico, en rescatarlo con su escucha, en pensarlo y en transmitírselo al paciente a través de las interpretaciones (en la medida de lo posible y de lo aceptable para cada paciente).

En un sentido amplio se podría hablar de una "lógica de la literalidad" y de una "lógica del sentido", unidas respectivamente a la forma y al contenido (Félix Schuster); lo que puede constituir una razón para proponer un cambio en la escucha.

Varios autores se pronuncian en esta línea. W. R. Bion, en el comentario 91 al trabajo "Sobre la arrogancia" del libro *Volviendo a pensar*, hace, a mi entender, una referencia a este problema en la clínica:

"El tema tiene importancia práctica para el psicoanalista cuyo paciente dice: 'Veo lo que usted quiere decir', cuando tiene una alucinación, por ejemplo, de una agresión sexual; lo que él quiere decir es que el sentido de lo expresado por el psicoanalista se le aparece en una forma visual y no que ha comprendido la interpretación".

Esta "literalidad" es una manera diferente de escuchar un mismo mensaje; es decir, con otro código de interpretación.

Roland Gori, en su libro *El cuerpo y el signo en el acto de la palabra*, señala:

"Mientras que en la neurosis el lenguaje es ese lugar de alienación del deseo, de la represión investida y amada, que por mediación del Otro satisface las exigencias narcisistas de los ideales oponiéndose a los placeres pulsionales, en las psicosis y en el amanecer del acto de la palabra es el lugar de ubicación narcisista donde el código se halla en una relación estrechamente especular con el cuerpo; le da su forma y encuentra en él su límite.

"En el transcurso de mis investigaciones, incluso en las situaciones de formación, he comprobado muy rápidamente esa relación de isomorfismo entre la organización literal del discurso y la imagen especular del propio cuerpo".

No fue por azar que hace tiempo comencé primero a no desvalorizar la lógica de la literalidad y después a privilegiarla en determinados momentos de un tratamiento. En el discurso de los pacientes (por ejemplo, de los mencionados) había elementos orientadores.

Fueron de suma utilidad los factores contextuales: la monotonía, la

falta de "rango dinámico" durante el discurso, la historia de la sesión, la historia del paciente, de su enfermedad y el diagnóstico clínico presuntivo.

El cambio en la escucha y la diferente contextualización propuesta dan la posibilidad de constituir un "acto creativo" y factor de cambio psíquico, tanto para el paciente como para el analista. A través de él se puede dar cuenta de aspectos del psiquismo que pasan inadvertidos por la aplicación exclusiva del modelo tradicional para entender las neurosis.

Resumen

En la clínica de todos los días, en los pacientes que atendemos en nuestros consultorios, eventualmente advertimos un funcionamiento no neurótico, a veces psicótico, a veces gravemente narcisista. Sin embargo, sigue siendo la palabra del paciente la que pone al analista en la pista de la alteración psíquica producida en la estructuración del aparato, siempre que el analista pueda atender —además de al sentido de los síntomas— a la literalidad del discurso. El momento clínico en que un funcionamiento neurótico se continúa en uno no neurótico es el momento de un "cambio en la escucha". Cambio necesario, obligatorio. El analista rastreará a la libido narcisista, tratará de seguirla en cada una de sus vicisitudes, que se despliegan precisamente en el contenido manifiesto, allí donde —con la escucha habitual— parece que nada latiera.

El trabajo se basa en la idea de "lenguaje de órgano". Freud afirmó que implicaba un pensamiento pero no explicitó hacia dónde estaba dirigido. El autor deduce que es un pensamiento acerca del sí mismo, del propio psiquismo.

Se citan otros autores y se incluye un fragmento clínico.

Summary

In everyday clinical practice, in the patients we see in the consulting room, we occasionally become aware of non-neurotic, at times psychotic, and at times seriously narcissistic functioning. However, it is still the word of the patient that puts the analyst on to the track of the disturbance produced in the structuralisation of the psychic apparatus, provided that the analyst is able to pay attention to the literality of the discourse, as well as to the significance of the symptoms.

The clinical moment at which neurotic functioning becomes non—neurotic is the moment at which a "change in listening" takes place. It is a

necessary, obligatory change. The analyst will trace the narcissistic libido, will attempt to follow it in each of its vicissitudes which unfold in the manifest content, just at the point where —with habitual listening— it seems that nothing actually stirs.

This paper is based on the idea of "organ language", or "hypochondriacal language". Freud declared that this implied thought, but he failed to explain in which direction it pointed. The author deduces that it is thought about the self, about one's own psyche.

Other authors are quoted, and a clinical fragment is included.

Résumé

Dans la clinique quotidienne, avec les patients que nous traitons dans nos cabinets de consultation, nous observons éventuellement, un fonctionnement non névrosique, de fois psychotique, de fois gravement narcissiste.

De toute façon, c'est la parole du patient qui continue à mettre à l'analyste sur la piste de l'altération psychique produite dans la structuration de l'appareil, chaque fois que l'analyste puisse s'en occuper —en même temps— du sens des symptômes et de la littéralité du discours.

Le moment clinique où un fonctionnement névrosique est suivi par un non névrosique, c'est juste le moment d'un "changement dans l'écoute". Changement nécessaire, obligatoire. L'analyste suivra les traces à la libido narcissiste, en traitant de la suivre dans chacune de ses vicissitudes, lesquelles se déploient précisément dans le contenu manifeste, où —avec l'écoute habituelle— il semble que rien ne palpite.

On a basé le travail sur l'idée de "langage d'organe". Freud, avait affirmé que cela implique une pensée, mais sans expliciter vers où elle était dirigée. L'auteur déduit que c'est une pensée au sujet du soi-même, du propre psychisme.

Ci-joint des cites d'autres auteurs et un fragment clinique.

Bibliografía

1. Avenburg, R. (1998): *Psicoanálisis: Perspectivas Teóricas y Clínicas*, Ediciones Publikar, Buenos Aires.
2. Bion, W. R. (1966): *Volviendo a pensar*, Hormé, Buenos Aires.
3. ---- (1974): *Atención e interpretación*, Paidós, Buenos Aires.
4. Belmonte, L. O.; Bianchi Vilelli, H.; Davidson, M.; Picollo, A. M.; Repetto, C., y Kazmierski, J. I. (1984): "El hablar de la psicosis". XV Con-

- greso Psicoanalítico de América Latina, tomo 2, p. 201.
5. Castoriadis-Aulagnier, P. (1977): *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Amorrortu, Buenos Aires.
 6. Etchegoyen, H. R.: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Amorrortu, Buenos Aires, 1986. Parte III: "De la interpretación y otros instrumentos".
 7. Freud, S. (1900): "La interpretación de los sueños", A. E., IV y V.
 8. ---- (1914): "Introducción del narcisismo", A. E., XIV.
 9. ---- (1915): "Lo inconsciente", A. E., XIV.
 10. Galli, V. (1982): "Una perspectiva de investigación psicoanalítica en psicosis". XIV Congreso Psicoanalítico de América Latina, tomo 2.
 11. García Badaracco, J. (1983): "El psicoanalista trabajando con pacientes psicóticos", *Rev. de psicoanálisis*, XL, 1.
 12. Gori, R. (1980): *El cuerpo y el signo en el acto de la palabra*, Kapelusz, Buenos Aires.
 13. Grinberg, L.; Tabak de Bianchedi, E.; Sor, D. (1972): *Introducción a las ideas de Bion*, Paidós, Buenos Aires.
 14. Grinberg, L. (1975): *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*, Paidós, Buenos Aires.
 15. ---- : Comunicación personal.
 16. Klimovsky, G.: "Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica". En Etchegoyen, Horacio R.: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu, Buenos Aires, 1986. Parte III: "De la interpretación y otros instrumentos".
 17. Narvaja de Arnoux, E.; Picollo, A. M.; Schuster, F. G. (Octubre 1996): "Hechos del lenguaje en el relato psicoanalítico y su lógica subyacente". Pánel: 2°. Coloquio de Colonia. ("Interpretación: Hecho, imagen, relato").
 18. Picollo, A. M. (1977): "Ubicación del afecto en un material de supervisión", VII Congreso Interno y XVIII Symposium, "El afecto", APA.
 19. ---- (1984): "Lenguaje de órgano, narcisismo y transferencia". XV Congreso Psicoanalítico de América Latina, tomo 3, p. 191.
 20. ---- (1987): "Literalidad y sentido. Una manera de escuchar al paciente", *Rev. de psicoanálisis*, XLIV, 6.
 21. --- (1993): 'Funcionamiento psicótico y cambio en la escucha'. Mesa redonda: "Pensamiento, lenguaje y lógica en la psicosis". Coloquio de Colonia del Sacramento: "Interpretación, conocimiento, creación".
 22. Schuster, F. G.: Comunicación personal.
 23. Winograd, B. y Picollo, A. M. (1978): "Reflexiones acerca de hacer consciente lo inconsciente". IX Congreso Interno y XIX Symposium, "Inconscientización (represión, negación, renegación, regresión ...)", APA.