

USOS DEL SEMBLANTE EN LA URGENCIA

Elena Levy Yeyati¹

El tema de esta clase fue pensando desde el lado del practicante, teniendo en cuenta dos significantes implicados en el título: semblante y tiempo. De argumento tomé lo siguiente: “Como dice Jacques-Alain Miller, “el semblante no es vana ilusión, sino que [...] opera”²... se trata de un concepto que “consiste en hacer creer que hay algo allí donde no hay”³. Es decir, que, si planteamos al semblante como un operador que permite, por un lado, dar lugar a los desarrollos de verdad –simbólica-imaginaria–, pero también permite ceñir el objeto *a* –en dirección de lo simbólico a lo real–, ¿qué decimos cuando hablamos de usos del semblante cuando falta tiempo como en la urgencia?

En el argumento del Seminario una cita de Ricardo Seldes dice: “estamos ante un tiempo vertiginoso, de crisis generalizada. Una crisis supone que los discursos...” (y esto vale también para cada uno –ya que la psicología individual no es más que psicología de lo colectivo–) ... “las palabras, las imágenes, la rutina [...] todo el aparato simbólico se encuentra imprevistamente impotente para temperar el real sin ley, el real desencadenado e imposible de dominar”. Entonces, ¿cómo actuar allí con el propio ser –el del analista–? ¿Qué lugar hay para la interpretación?

Antes de comenzar, una distinción: hay urgencias y urgencias

Tradicionalmente, la urgencia estuvo asociada a la psiquiatría bajo la categoría de “urgencias psiquiátricas”. De hecho, todo manual que se precie incluye un

¹ Conversación de Elena Levy Yeyati con el equipo de PAUSA en el marco del Seminario Anual 2026 titulado “Urgencias, semblantes y real”, el día 26 de mayo de 2026.

Elena Levy Yeyati es miembro de la EOL y de la AMP. Médica psiquiatra. Autora y compiladora del libro *La casuística de Lacan* (2013); autora en el libro “El DSM en cuestión”; autora en el libro “Lectura de los primeros escritos de Lacan sobre psicosis”.

² Miller J.-A., *De la naturaleza de los semblantes*, Buenos Aires, Paidós, 2020, p. 72. Argumento del Seminario disponible online en:

<https://www.pausaurgencias.com.ar/docencia.html#ancla-seminarios>

³ Ibid., p. 18.

apartado dedicado a aquello que atraviesa las distintas formas, tipos y trastornos clínicos. Sin embargo, con el crecimiento de la presencia de psicólogos y psicoanalistas tanto en los hospitales –incluso en las guardias, un ámbito antes impensado– como en centros especializados en el abordaje de las urgencias subjetivas –como PAUSA–, la cuestión fue “despsiquiatrizándose” en su enfoque y en el plano ideológico. De allí el título que me convoca a la clase de hoy “Usos del semblante en la urgencia”. Se trata de reencontrar, incluso en las urgencias, el lugar de la posición ética del psicoanalista que, pienso, no se contradice con la del psiquiatra, pero sí con la de la psiquiatrización.

Vale la pena distinguir la cuestión del semblante en un centro como PAUSA y en las urgencias hospitalarias. En la urgencia hospitalaria la posición ética del analista asegura el trabajo de escucha y lectura de los casos sin psiquiatrizar. Pero esto no siempre es posible. Piensen en la ayuda que presta la policía cuando se acerca al paciente “excitado”, ofreciendo más bien un apoyo en identificaciones imaginarias para sosegarlo: lo tutea, lo trata de “amigo”, “maestro”, “señorita”, etc. No hay lugar para hacer uso del semblante en esos casos que, en general, transcurren en el espacio público y en un tiempo que a uno puede parecerle eterno pero que, en general, tiene una brevedad medida en minutos u horas.

Mi exposición de hoy tiene más en cuenta la práctica de la urgencia en contextos como el de PAUSA (que pueden extenderse a los de consultorios externos de un hospital que trabajan con plazos de tratamientos). Desarrollaré el tema puntualizando tres recortes en la enseñanza de Lacan a propósito del tema.

A propósito de Psicología y estética⁴. ¿Por qué E. Minkowski⁵ interesa a Lacan como psiquiatra?

El largo pasaje que recorto ahora es para situarlos en el contexto de la psiquiatría donde Lacan busca abrir una vía diferente. Dado su valor para situarnos, lo leo en toda su extensión.

“En las sociedades francesas, critica Lacan⁶, se considera como “actividad científica válida la simple yuxtaposición, en un “caso”, de un hecho psicopatológico” (de observación psicopatológica) “y un síntoma por lo general somático...” (signos de organicidad).

“La terminología que basta a los observadores para señalarla proviene por entero de esa psicología de las facultades... de ahí esa verborrea acerca de la imagen, la sensación, las alucinaciones; acerca del juicio, la interpretación, la inteligencia, etcétera; por último, acerca de la afectividad... En cuanto a los llamados síntomas orgánicos, ellos son los que en la práctica médica corriente aparecen dotados de un alcance absolutamente relativo al conjunto del cortejo semiológico, o sea que, casi nunca patognomónicos, por lo general son probabilísticos en diversos grados. Para cierta psiquiatría adquieren, por el contrario, un valor de tabú que convierte su simple hallazgo en conquista doctrinal. Se considera que cada hallazgo de ese tipo constituye un paso en la obra de “reducción de la psiquiatría a los marcos de la medicina general”. El resultado de esta actividad ritual es que en psiquiatría el método –a saber, el aparato mental...– aún se encontraría en el punto –meritorio, por cierto, pero superable– al que lo habían conducido Falret, Moreau de Tours, Delasiauve, si no fuera por los trabajos de raros investigadores que, como Pierre Janet, son lo bastante experimentados en la filosofía implícita que paraliza a la psicología de los médicos como para poder superarla liberándose de sus términos.”

De modo que la vía que abre Lacan en ese contexto, valiéndose de un psiquiatra fenomenólogo, significa, por un lado, una crítica a la medicalización simplista y positivista de la psiquiatría. Y, por otro lado, representa la búsqueda de un método de abordaje del texto subjetivo, de la práctica con el paciente.

⁴ Lacan J., (1935) “Psicología y estética”, en *Primeros escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2024, p. 103-114.

⁵ Minkowski E., *El tiempo vivido*, Fondo de Cultura Económica, 1973.

⁶ Lacan J., *Primeros escritos*, op. cit, pp. 104-105.

“La novedad metódica de las distinciones del Dr. Minkowski es su referencia al punto de vista de la estructura, punto de vista lo bastante ajeno, al parecer, a las concepciones de los psiquiatras franceses, como para que muchos todavía lo consideren equivalente a la psicología de las facultades. Los hechos de estructura se revelan al observador con esa coherencia formal que muestra la conciencia mórbida en sus diferentes tipos y que en todos ellos une de manera original las formas que se apoderan de la identificación del yo, de la persona, del objeto, –de la intencionalización [atribuida a] de los impactos de la realidad– y de las aserciones lógicas, causales, espaciales y temporales.”⁷

Dicho de otra manera: hay estructura en la locura. Esa coherencia hecha de articulaciones de aspectos que se sostienen entre sí es ya una cierta lógica. No hay, por un lado, síntomas perceptivos, por otro lado, ideas delirantes, y por otro un trastorno del yo. Todo forma una misma configuración estructural, aunque, como afirmará 40 años después en Baltimore, no se trate de una estructura unificante de unidad a la mente, no es una totalidad en ese sentido, sino una unidad intencional⁸.

Continúa Lacan⁹ en *Psicología y estética*: “No se trata aquí de registrar las declaraciones del sujeto, que desde hace mucho tiempo sabemos (éste es quizás uno de los puntos ahora aceptados de la psicología psiquiátrica) que no pueden, por la naturaleza misma del lenguaje, adecuarse a la experiencia vivida que el sujeto intenta expresar. La cuestión es más bien “penetrar” [ceñir], a pesar de este lenguaje, la realidad [un real] de esa experiencia, captando en el comportamiento del enfermo el momento [el tiempo, el instante] en que se impone la intuición decisiva de la certeza [instante de ver y concluir a propósito del sentido] o bien la ambivalencia suspensiva de la acción [instante de ver sin comprender ni concluir: la perplejidad], y reconociendo por medio de nuestro asentimiento la forma en que ese momento se afirma.”

⁷ Lacan J., *Primeros escritos*, op. cit., p. 110

⁸ Lacan J., (1966/1972), De la estructura como ‘inmixing’ del prerrequisito de alteridad de cualquiera de los otros temas, en *Los lenguajes críticos y las ciencias del hombre. Controversia estructuralista*, Barcelona. Dice: “La vida corre río abajo, tocando una orilla de vez en cuando, varando por un momento aquí y allá sin que se comprenda nada - y este es el principio del análisis, que nadie entiende nada de lo que ocurre. La idea de una unidad unificante de la condición humana siempre ha causado en mí el efecto de una mentira escandalosa”.

⁹ Lacan J., *Primeros escritos*, op. cit., p.106.

De modo que surgen preguntas metodológicas, de valor práctico: ¿cómo acceder clínicamente a la experiencia psicótica sin reducirla ni a un “dato objetivo” ni al simple relato verbal del paciente? ¿Acaso no abusamos demasiado del recurso a la literalidad atribuyendo valor de significante a cualquier palabra? El clínico no debe limitarse a tomar nota literal de lo que el paciente dice, como si el lenguaje transparentara inmediatamente una cierta experiencia interna. “Ya no es secretario del alienado...” como dice Laurent¹⁰ en su texto sobre disrupciones de goce. Y podemos agregar también algunas variaciones en torno a que el lenguaje no puede adecuarse a la experiencia vivida por sujeto: que lo simbólico no comprende lo real, que lo simbólico miente a lo real, o que no todo puede ser dicho.

La cuestión es más bien “penetrar”, dice Lacan. El clínico debe “penetrar” [“*pénétrer*”], Lacan lo entrecomilla porque está citando una expresión metafórica de Minkowski¹¹. Pero no eso no significa ni ir más allá del lenguaje, ni tomar cualquier dicho como siendo significante. Es el trabajo del clínico poder “reconocer” o “encontrar” los significantes que se acercan o circunscriben un real en el paciente. Podríamos decir “ceñir”, “circunscribir”. Para ello, en la práctica, la enunciación y/o la repetición vienen en nuestro auxilio. Se trata de ubicar el momento ya sea de la certeza psicótica –como afirma en el texto– ya sea de la certeza de la angustia punto que responde a una de las preguntas freudianas por el sentido de un síntoma ¿desde dónde? (Es curioso que Freud no emplee una metáfora temporal, no dice desde cuando, sino espacial). O, como se sostiene en el argumento del curso de PAUSA, el momento –se trata de ceñir ese “momento” el contexto, su “antes y el después”– en que “las palabras, las imágenes, la rutina [...] todo el aparato simbólico se encuentra imprevistamente impotente para temperar el real sin ley...”. De allí la vacilación, la suspensión del acto (en el sentido de la actividad, de la acción), la imposibilidad de decidir, la coexistencia de sentidos opuestos.

En ese punto Lacan introduce la función de la presencia y el acto propios del clínico: el asentimiento (¿podría ser una idea de “semblante” *avant la lettre*?).

¹⁰ Laurent E., (2019), “Disrupción del goce en las locuras bajo transferencia”, en *Virtualia*, 36, disponible online en: <https://www.revistavirtualia.com/articulos/818/destacado/disrupcion-del-goce-en-las-locuras-bajo-transferencia>

¹¹ Minkowski E., *op. cit.*, p. 64 y sig. El “principio de penetración”.

Esto significa que el clínico no comprende desde afuera, objetivamente, reduciendo lo que escucha a etiquetas diagnósticas. Sino que, estando del mismo lado del “muro del lenguaje”¹² que su paciente intenta captar cómo se constituye subjetivamente una certeza, sin por ello tener que “creer” eso (o creer ahí). Lo capta en su dimensión subjetiva sin “clasificar síntomas objetivamente”. Por su presencia y acto, valida, presta su conformidad o consiente al sujeto. Es consentir a la lógica de un discurso, lo que, en otra ocasión, Lacan expresó como una “sumisión casi completa a las posiciones subjetivas de la enferma”¹³, como una vía para obtener o producir la cesión de un objeto, una ocurrencia o un síntoma que reordena lo que hasta ese momento no se podía formular (pienso en la presentación de la “Marrana”). Se trata de la dimensión ética siempre presente en Lacan.

Del tiempo vivido

Miller expresa que Freud deja a los filósofos la psicología, el sentimiento del tiempo, la rapidez subjetiva de la experiencia o su lentitud, la espera, el aburrimiento. “Podríamos decir... que cuando los filósofos hacen la fenomenología del tiempo, lo relacionan con la instancia de la conciencia, que la dimensión temporal tiene como pivote el campo de la conciencia.”¹⁴ Pero hay un margen entre la temporalidad de la conciencia y la atemporalidad de lo inconsciente freudiano. Ese margen será un terreno fértil para la elucidación ya no psicológica sino lógica del tiempo que propone Lacan. El interés de Lacan por pensar la dimensión temporal en la clínica atraviesa toda su enseñanza: va desde la fenomenología hasta la topología –como en “Topología y tiempo” –, pasando por la elaboración de los tiempos lógicos.

A propósito de la temporalidad Lacan¹⁵ recorta en Minkowski lo siguiente: “La original concepción de la espera como antítesis auténtica de la actividad (en lugar de la pasividad,

¹² Lacan J., (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, en *Escritos 1*, Siglo XXI, 1988, p.304: “Hemos aquí pues al pie del muro, al pie del muro del lenguaje. Estamos allí donde nos corresponde, es decir del mismo lado que el paciente, y es por encima de ese muro, que es el mismo para él y para nosotros, como vamos a intentar responder al eco de su palabra”.

¹³ Lacan J., (1958). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos 2*, Siglo XXI, 1988, pp. 509-557,

¹⁴ Miller J.-A., *Los usos del lapso*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 266

¹⁵ Lacan J., *Primeros escritos*, op. cit., p. 110.

"como lo pretendería nuestra razón") es ingeniosa y exigida por el sistema [del autor]. La estructura fenomenológica del deseo es bien realizada en el grado mediato de las relaciones del futuro."

En uno de los pasajes que Lacan valora, aunque no desarrolla, Minkowski¹⁶ escribió que lo que se opone a la actividad –que es una proyección hacia el futuro– no es la pasividad sino la espera –en la que vemos venir hacia nosotros el futuro... teñido de angustia, oscuro, amenazante, por eso Freud la llamó la expectativa ansiosa–. La espera se relaciona con la angustia. La espera paradójicamente no necesariamente implica una expectativa a largo plazo sino un tiempo en el que se detiene la actividad –que en el sistema o la lógica de Minkowski es el "sentimiento de la vida misma"– y la suspensión de la vida se vuelve inminente, instantánea. ¿Acaso no hay en este sentimiento de la vida un aire de familia con la perturbación nombrada como "una afectación en la juntura más íntima del sentimiento de la vida"?

Encarnar el hipnotizado

"¿Quién no sabe que fue distinguiéndose de la hipnosis que se instituyó el análisis? Pues el resorte fundamental de la operación analítica es el mantenimiento de la distancia entre I y la a..."¹⁷. Lacan da así una "fórmula referencial", una guía de la experiencia práctica: si la transferencia es lo que aparta a la demanda de la pulsión –demanda del analizante de ser visto desde el punto de vista del ideal, demanda de reconocimiento, de amor–, el deseo del analista es lo que restablece la conexión de la demanda con la pulsión sin pasar por el ideal, sino haciendo lugar a la pulsión como queriendo o buscando algo no simbolizable en el sentido del reconocimiento, por ejemplo. Así, sin responder a la demanda imaginaria, el analista aísla el a, y se coloca (por lo que lo coloca) a la mayor distancia posible del ideal al que se ve llamado a encarnar por el sujeto. El analista, por su deseo, declina tomar a su cargo esa idealización para ser el soporte del a. Se produce entonces una suerte de hipnosis al revés al revés, por encarnar el analista al hipnotizado. Pero, como

¹⁶ Minkowski E., *El tiempo vivido*, op. cit., pp. 79-87.

¹⁷ Lacan J., *El seminario. libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, clase del 24 de junio de 1964, Buenos Aires, Paidós, 1987.

se sostiene en el argumento de Seminario de PAUSA, lejos de la nostalgia, el practicante apostará a dejarse engañar por semblantes nuevos y viejos.

“El esquema que les dejo, como guía de la experiencia tanto como de la lectura, les indica que la transferencia se ejerce en el sentido de conducir la demanda a la identificación. Por cuanto el deseo del analista, que sigue siendo una *x*, tiene en el sentido exactamente contrario a la identificación, es posible el franqueamiento del plano de la identificación, por miedo de la separación [de *I* de *a*] del sujeto en la experiencia.”¹⁸ De ese modo, la experiencia del sujeto es llevada al plano donde puede presentificarse la pulsión sin ser rechazada, reprimida, puesta fuera *Ausstossung*, etc.

¿Se puede relacionar la ética de Lacan expresada en ser el hipnotizado con “estar del mismo lado del muro del lenguaje que el enfermo”¹⁹? Ambas fórmulas –ser hipnotizado y estar del mismo lado del muro– apuntan a desmontar la posición clásica del psiquiatra o del terapeuta como alguien exterior, soberano y dueño de un metalenguaje sobre la locura. La expresión “estar del mismo lado del muro del lenguaje que el enfermo” quiere decir que el clínico no está fuera del lenguaje mientras el paciente estaría “dentro” de una perturbación objetivable. El analista está en una posición que no es ni de exterioridad ni de interioridad absoluta, es posición de “*extimidad*” –como la llamó Miller–. Por otra parte, el analista también está dividido por el significante y por eso va al control; y él también habita un mundo estructurado por equívocos, desplazamientos y faltas y por eso se analiza. En suma, el analista o incluso el psiquiatra no es un sujeto plenamente racional observando desde afuera, frente a otro sujeto “alienado” que sería puro objeto de observación. Ahí aparece el vínculo con la “hipnosis al revés” y el “asentimiento” –que mencioné antes–.

Cuando Lacan dice que el analista debe “encarnar al hipnotizado”, está atacando justamente la posición del amo dominante e hipnotizador: el que fascina, sugiere, captura desde una posición de superioridad. Eso es muy cercano a “estar del mismo lado del muro”. El analista no habla desde un saber metalingüístico o de más allá del lenguaje de su paciente. Sin embargo, la sugestión transferencial es estructuralmente ineliminable, e incluso deseable,

¹⁸ Lacan J., *El seminario. libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, op. cit.

¹⁹ Lacan J., “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”, op. cit.

como lo retomará a propósito del otro roto en el seminario 24 ¿pero es el mismo otro? Paradojas de la posición del analista.

Semblante y hacer/parecer verdadero (*faire-vrai*)

En “Disrupción de goce en las locuras...”²⁰ Eric Laurent explica que, al final de su enseñanza, Lacan ya no define la transferencia positiva como sujeto supuesto saber, sino que la designa como un hacerverdadero. Lo cito: “El psicoanálisis –dice Lacan– es lo que hace verdadero (*faire-vrai*)... El inconsciente viene después...Se agrega un toque de sentido, pero sigue siendo un semblante”. Así, el semblante queda sometido a un régimen distinto de la verdad –ligado al desciframiento de la verdad, efecto de la división del sujeto frente al Otro que lo barra–. El semblante, bajo el régimen del “hacer verdadero”, permite al sujeto restablecer una homeostasis, a pesar de los escollos, a pesar de la profunda inestabilidad de *lalengua*, a pesar de la homofonía [29] primordial. Es preciso entonces el apoyo del analista, más allá de la función de testigo, de apoyo, de secretario. Es aquél que hace verdadero el escollo...” Y vuelve a Lacan diciendo que “Que el analizante produzca al analista, de eso no cabe ninguna duda. Por eso me interrogo acerca de lo que es ese estatuto del analista al que dejo su lugar de ‘hacer verdadero’, de semblante”.

La equivocidad que Laurent hace resonar se pierde para nosotros en español. *Faire-vrai* en un francés técnico o literario significa que algo falso parece auténtico. Es como decir “parece un Rolex auténtico”. Resume bien la idea de semblante (que no es meramente una mentira) ya que si un ladrón toma el falso Rolex por uno verdadero ¡zas! se lo lleva.

Como decía al comienzo, Miller²¹ escribe “el semblante no es vana ilusión, sino que [...] opera... [se trata de un concepto que]consiste en hacer creer que hay algo allí donde no hay”. ¿Cómo no ver que la sugestión, entendida como disposición a, sigue operando? ¿Acaso no hay cierto tabú de los analistas en el sentido de no interpretar por no sugestionar, por no inflamar la glándula del sentido? Al menos no se cuenta, no sé si no se practica.

²⁰ Laurent E., “Disrupción del goce en las locuras bajo transferencia”, *op. cit.*

²¹ Miller, J.-A., *De la naturaleza de los semblantes*, *op. cit.*

Si el analista estuviera fuera del lenguaje podría garantizar la verdad objetiva del sujeto. Atrapa pero también está atrapado en equívocos. Así como no puede ocupar el lugar del garante último de la verdad, descifrador absoluto del inconsciente, así tampoco puede estar fuera de la construcción de su caso. Es una ética extremadamente anti-autoritaria respecto del saber. No porque el analista “no sepa nada” sino que sabe hacer usos de un hacer verdadero (*faire-vrai*): la verdad analítica nunca es (pura) revelación, siempre tiene algo de montaje significativo, de artificio.