

La escisión del yo: lo curable y lo incurable.

The splitting of the ego: the curable and the incurable.

Daniel E. Schoffer Kraut.

Miembro Titular (Didacta) de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.

El tema de esta presentación es una propuesta para pensar la cuestión de la cura en psicoanálisis. Se trata de poder definir qué es lo curable y qué es lo incurable con el método psicoanalítico; interrogación que se encuentra en los orígenes del psicoanálisis, cuando Freud S. busca un modo de intervenir en la enfermedad mental.

Freud desarrolló un método, una técnica y un modelo específico para la clínica de las neurosis y dedicó su vida a demostrar, tanto los efectos positivos del método como a explicar las dificultades para poder llevar un tratamiento a buen término.

Estas dificultades podían entenderse, por un lado como problemas relacionados con la estructura clínica del paciente y por otro lado como resistencias al tratamiento y a la curación.

Pero Freud siempre nos recuerda que el psicoanálisis no es aplicable a todas las patologías y que en realidad su método sólo se adecúa al trabajo con las neurosis. Entonces, si la estructura clínica está directamente relacionada con el tema de lo curable y lo incurable, será importante determinarla en el inicio del tratamiento para no equivocarse ni la propuesta de tratamiento ni la dirección de la cura.

Esto nos lleva al problema del diagnóstico en psicoanálisis.

¿Diagnóstico en psicoanálisis?

El tema de las estructuras clínicas remite al problema del diagnóstico en psicoanálisis; problema que interrogó a Freud desde el comienzo de

sus indagaciones porque, para él, tenía una implicación directa en la dirección de la cura.

Para comenzar a pensar el tema de este apartado vamos a servir de una cita extraída del libro que escribió con Breuer J y que se tituló “Estudios sobre la histeria”

Quando intenté aplicar a una serie mayor de enfermos el método de Breuer para la curación de síntomas histéricos por vía de busca y abreacción en la hipnosis, tropecé con dos dificultades, persiguiendo las cuales di en modificar tanto la técnica como la concepción. 1) No eran hipnotizables todas las personas que mostraban síntomas inequívocamente histéricos y en las cuales, con toda probabilidad, reinaba el mismo mecanismo psíquico. 2) Debí tomar posición frente al problema de saber qué, en verdad, caracterizaba a la histeria y la deslindaba de las otras neurosis. (Freud S. 1893-1895: 264)

A continuación agrega que va a comenzar detallando la posición práctica que adoptó frente al segundo problema, es decir, el de poder determinar que caracteriza a la histeria y que la diferencia de las otras neurosis. Y desde los comienzos plantea la importancia de establecer un diagnóstico diferencial que permita, por un lado definir qué es lo que caracteriza a cada cuadro psicopatológico porque sólo de esa manera puede el analista plantearse la terapia, es decir, la dirección de la cura “ideal” para cada paciente.

Sin embargo, el mismo Freud señala la dificultad de esta tarea porque dice que para poder entender una neurosis es necesario antes someterla a



un análisis profundo, análisis que implica el establecimiento previo de un diagnóstico que sólo se podrá establecer una vez que se ha avanzado en la terapia.

Por otro lado, en una frase que figura a pie de página en el “Fragmento de análisis de un caso de histeria”, comenta que:

“Cierta vez un colega me envió a una hermana suya para que la sometiera a psicoterapia, pues, según me dijo, desde hacía años se la trataba infructuosamente de una histeria (dolores y perturbaciones en la marcha). La breve información me pareció compatible con ese diagnóstico; en una primera sesión hice que la enferma misma me contase su historia. Pero como ese relato, a pesar de los notables acontecimientos a que aludía, fue acabadamente claro y ordenado, me dije que el caso no podía ser una histeria, y de inmediato le efectué un cuidadoso examen físico” (Freud S. (1905 [1901]): 16 n3).

Es decir, que dejándose llevar por los síntomas de la paciente, le pareció correcto el diagnóstico pero éste fue prontamente invalidado por el relato de la misma porque el estilo discursivo claro y ordenado de la paciente no era propio de la histeria.

Entonces, el diagnóstico depende por un lado de los síntomas en tanto producciones del inconsciente y por otro lado del estilo del relato que, bajo transferencia, es el reflejo del modo en que el sujeto establece sus relaciones de objeto. Sin embargo tanto los síntomas como la modalidad del relato son descriptivos y sólo la clínica, caso por caso, puede permitir describir el modo de organización de cada aparato psíquico, es decir la estructura que lo determina.

Al respecto dice Freud:

Mientras que la nosografía tiene por objeto describir los cuadros clínicos, es tarea de la clínica pasar a la plasmación individual de los casos y a la combinación de los síntomas. (Freud S. 1892-94: 168).

[...] cada una de las grandes neurosis tiene por causa inmediata una perturbación particular de la economía nerviosa, y estas modificaciones nerviosas funcionales reconocen como fuente común la vida sexual del individuo, sea un desorden de la vida sexual actual, sea unos

acontecimientos importantes de la vida pasada. (Freud S. (1896):149).

Y entonces, ¿Cómo se decide que de las escenas infantiles que permanecieron inconscientes haya de surgir luego una histeria o una neurosis obsesiva, o aún una paranoia, cuando se sumen los otros factores patógenos? (Freud S, (1896bc):217).

[...] ahora bien, si se llegan a averiguar los factores que gobiernan la decisión entre las formas posibles de las neuropsicosis de defensa, otra vez será un problema puramente psicológico conocer el mecanismo en virtud del cual se plasma cada forma singular. (Freud S, (1896b):218).

Como podemos ver, Freud no se toma el tema a la ligera y comienza a interrogarse sobre la causa de los fallos y aciertos en las intervenciones clínicas. El establecimiento de un diagnóstico diferencial es importante para la dirección de la cura, pero, y reiteramos que la definición cabal del cuadro clínico sólo se puede establecer a posteriori y una vez avanzado el tratamiento.

Por un lado tenemos la descripción de los cuadros clínicos en función de los síntomas que les son característicos; por otro lado, hay que tener en cuenta el modo en que los síntomas se combinan; es decir, que otra manera de diferenciar las distintas psiconeurosis es investigar la perturbación económica que afecta a cada una de ellas y al modo en que esta perturbación se produce y manifiesta; y por último, es importante entender cuál es el mecanismo que interviene en cada plasmación singular.

Entonces, lo que Freud introduce en el campo de la clínica es la de dar importancia, no a la descripción, sino a la causa, a la causalidad psíquica de los fenómenos descriptos y esta causalidad está directamente relacionada con la concepción en torno al origen del psiquismo y a los mecanismos que lo organizan así como a los mecanismos con los que el yo se defiende de contenidos que son inconciliables con la consciencia.

La organización de estos elementos desemboca en el concepto de estructura. Pero ¿qué es una estructura?

Si definimos a la estructura como un conjunto de elementos organizados según ciertas leyes

estables, podemos pensar al aparato psíquico y a las manifestaciones sintomáticas a través de las que se manifiesta como una organización que es determinante de ciertos modos estables de funcionamientos.

Desde esta perspectiva las estructuras clínicas (neurosis, psicosis y perversión) no definen sólo patologías, disfunciones y anomalías, sino modos y estilos de funcionamiento. Por lo tanto, no se trata de identificarlas por los síntomas que las acompañan, ni por los delirios que construyen sino por las leyes estables que organizan su funcionamiento y que las diferencian entre sí.

Si el diagnóstico en psicoanálisis se nos queda corto cuando tratamos de establecer una correlación entre síntomas y cuadros clínicos, se debe al hecho de que el síntoma, en tanto es producto de una transacción entre lo que reprime y lo reprimido, es al mismo tiempo indicio de un fallo inmanente a la estructura de la que procede y un logro en tanto realización del deseo.

Si hay un significado del síntoma, este debe ser buscado en la causalidad psíquica, es decir, en las leyes propias del inconsciente y en su funcionamiento regido por el desplazamiento y la condensación que a su vez, insistimos, dependen en su eficacia de los mecanismos que organizan al aparato psíquico.

Desde esta perspectiva, el síntoma pierde eficacia diagnóstica porque desde la causalidad psíquica sólo es posible la cura si se tienen en cuenta que también ellos, los síntomas, son unos elementos más de la estructura y que esta sólo se puede definir a partir del discurso singular de cada sujeto.

Entre la pulsión y su descarga sintomática se interponen procesos propios del inconsciente, a los que Freud llama realidad psíquica; realidad a la que atribuye un poder mayor en la causalidad de los fallos/realizaciones que a la realidad material y estableciendo que el único modo de que disponemos para poder entender cómo opera la realidad psíquica en cada sujeto es a través del relato que hace acerca del modo en que la pulsión lo compromete en su ser.

Entonces para Freud, a diferencia de sus colegas de la época, no se trataba de crear un sistema

clasificador que permitiese etiquetar a un sujeto a través de un diagnóstico que le proporcionaba una identidad y una poquedad de ser, sino la de fundar la posibilidad de entender de qué manera se abría el discurso del paciente a las intervenciones clínicas del analista.

Parece entonces, que en psicoanálisis no se trata de diagnosticar sino de establecer criterios de estructura que permitan orientar la cura bajo transferencia. Desde esta perspectiva nos parece importante poder diferenciar qué mecanismos intervienen, ya sea de un modo más o menos permanente o bien temporal, organizando al aparato psíquico bajo estructuras diferenciales: la Verdrängung o represión para las neurosis, la Verleugnung o renegación para las perversiones y la Verwerfung o repudio para las psicosis.

Así Freud sostiene que lo primario en la histeria no es la escisión de la conciencia sino una defensa surgida ante la inconciliabilidad de dos representaciones que se apuntalan sobre el vivenciar y el sentir sexual. Una defensa que se propone ahuyentar a la "cosa", empujarla lejos, no pensar en ella, sofocándola y reprimiéndola.

Lo interesante es que lo patológico no radica en el hecho de que la representación es apartada, sofocada o reprimida, sino en el hecho de que no se logre olvidar; de modo que el síntoma no es producto de la represión sino de sus fallos, haciendo posible que se produzcan retornos de lo reprimido, de representaciones que no se pueden olvidar.

Así, dice Freud (1894:50): *"Sólo sé que en los pacientes por mí analizados ese "olvido" no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva, o una psicosis alucinatoria"*.

Esta imposibilidad de "olvidar", se debe a que la representación reprimida está ligada a una pulsión cuya satisfacción produce un goce. Esta defensa que se manifiesta de un modo particular en la histeria como represión, es un mecanismo que también desempeña un papel fundamental en las restantes afecciones mentales, así como en la normalidad.

¿Pero por qué se produce la neurosis, la psicosis o la perversión? La respuesta para Freud está en



el mecanismo de defensa específico utilizado por el sujeto y que denomina *Verdrängung*, *Verwerfung* y *Verleugnung* en tanto mecanismo estructurante.

En torno a la técnica

Entonces, y volviendo a la clínica, en Freud encontramos distintos modos de formular los objetivos, los modos de intervención y sus correspondientes finales de análisis.

En un primer momento, el tratamiento se centró en eliminar el síntoma. Con la ayuda de la hipnosis se trataba de reproducir los procesos psíquicos presentes en la formación del síntoma porque de ese modo podían ser descargados por medio de una actividad consciente. La meta terapéutica se centraba en recordar y abreaccionar.

Lo que sustentaba esta intervención era un modelo económico, que consistía en descargar un exceso de cantidad que el aparato psíquico no pudo tramitar y en un modelo biológico porque se trataba de lograr una descarga directa, que no pasaba por la simbolización.

Con la renuncia al método hipnótico, el tratamiento se centró en entender, desde las ocurrencias libres del paciente, las vivencias que él se denegaba recordar. Se trataba de establecer con exactitud el acontecimiento que en la historia del sujeto había devenido traumático. El tratamiento se proponía levantar la represión y sortear las resistencias que se oponían a la cura mediante la interpretación.

De este modo el fin buscado dejó de ser la descarga por abeacción y fue sustituida por el “gasto” de trabajo que el paciente tenía que hacer para vencer las resistencias que se oponían a la regla fundamental de la asociación libre.

Aquí el efecto terapéutico se produce en la medida en que el sujeto se reconstruye una historia y por eso el análisis se centra en llenar las lagunas del recuerdo y crear los nexos que faltan en la asociación. En este proceso, el analizado recorre su fantasma constituyente y rehace su historia, se crea una nueva ficción.

Pero a veces el analizado se aferra a su historia, a su ficción y se resiste a cambiar su historia.

Otras veces nos enfrentamos a la dificultad de poder entender qué es ficticio y qué no es ficticio en la historia con la que se presenta el sujeto. Es decir que nos enfrentamos a la dificultad de poder determinar qué es lo que se puede interpretar como resistencia y qué forma parte de lo real no interpretable porque el fantasma que organiza la historia del sujeto se ancla, se fija, a estos puntos de lo real.

Finalmente, y tal como lo relata en “Recordar, repetir y reelaborar” se llegó a la plasmación de un método que en lo esencial sigue vigente hoy en día y que consiste en que el analista no enfoca ningún tema determinado y se conforma con estudiar la superficie psíquica que presenta el analizado. Por medio de la interpretación discierne las resistencias que el yo del paciente opone al tratamiento y las hace conscientes, con lo que el paciente puede continuar narrando sin dificultad las situaciones vividas (sus vivencias) así como los nexos perdidos.

De este modo, la técnica, el método se ha complejizado porque en términos descriptivos se trata de llenar las lagunas del recuerdo, en términos dinámicos de vencer las resistencias de represión, en términos económicos de descargar por medio del gasto libidinal que se produce en la asociación libre.

Entonces, y en este momento de sus desarrollos y descubrimientos parece que la propuesta freudiana se sustenta en que la cura se logra si el sujeto logra hacerse “uno” con el recuerdo.

Esta propuesta se va a enfrentar a un nuevo problema porque al conceder un prestigio excesivo al recuerdo sosteniéndose en la creencia de que es posible recuperar el acontecimiento tal cual fue.

Pero el descubrimiento de los recuerdos encubridores, de las fantasías originarias y de las teorías sexuales infantiles lo confrontaron a Freud con el hecho de que recuperar el recuerdo en sí, tal cual fue, tampoco sirve porque lo realmente importante es la resignificación del recuerdo y el modo en que la subjetividad marca significativamente tanto la elección del material como el relato de los hechos que se recuerdan.

Ya no se trata entonces de recordar para no repetir, porque entre los recuerdos encubridores,

las fantasías originarias y las teorías sexuales infantiles, ya no sabemos que es recuerdo y que es invención. Ya no sabemos qué es lo que inventa el sujeto y qué es lo que inventa al sujeto.

El objetivo de la cura dejó de consistir en la recuperación de un recuerdo y comenzó a centrarse en el hecho de que el paciente pueda reubicarse subjetivamente dentro del acontecimiento recordado.

Así, Freud descubre que lo más significativo de la repetición no es lo que se repite en el “aquí y ahora como en el allá y entonces” restándole importancia al recuerdo del acontecimiento reprimido para centrarse en la repetición de lo que nunca fue recuerdo.

Por eso, el final del análisis ya no es tan sólo el de interpretar las resistencias y levantar la represión como modo de recuperar recuerdos reprimidos por el sujeto sino la de producir nexos que le faltan al paciente y que le posibilitan recorrer el fantasma para construir un recuerdo que no fue. Se trata de recordar y de recordar hasta agotar los encubrimientos del recuerdo. Hasta descubrir, por ejemplo, que lo que ocurrió tiene menos importancia que lo que se deseó y nunca pudo ocurrir.

Es el momento en que aparece la repetición desde lo real del cuerpo, la repetición que ya no puede ser reducida a lo simbólico y que se expresa como el dolor de ser en la transferencia, en la relación con el analista en tanto otro.

Ahora el analizando ya no recuerda nada de lo olvidado sino que lo actúa. El sufrimiento ya no se debe a un acontecimiento del pasado que se reprimió sino a la presencia del analista. Un analista que ya no hace semblante del objeto con el que se trata de repetir en el aquí y ahora como ocurrió con el objeto en el allá y entonces sino el analista que se ha convertido en el objeto que causa el deseo en el analizando.

Entonces comienza a cobrar más importancia para Freud el repetir que el recordar. El repetir como forma de recordar. El repetir para descubrir que la enfermedad no se debe a un episodio histórico que ocurrió en la realidad, sino a un poder actual, que en la transferencia pone de manifiesto que si sufrimos no es porque hubo algo que fue y que no debía haber sido, ni porque estamos atrapados en

la insistencia de un deseo que no pudo ni puede realizarse, sino porque hay castración.

Castración quiere decir que todo no es posible, que el encuentro con el otro no es posible, que la pulsión no se puede descargar libremente, que el deseo es indestructible e imposible de realizar, que la interpretación del sueño llega hasta un límite, que más que estar habitados por la incompletud somos el producto de una escisión del yo que es constituyente de la subjetividad; escisión del yo sin la cual no habría deseo, ni subjetividad, ni objeto. Escisión del yo que nos confronta con lo incurable.

Esta es la razón por la que el análisis no puede alcanzar su fin, en el sentido de su finalidad y su finalización: porque hay una *spaltung* del sujeto. Es el momento en que el analizado y el analista se enfrentan a la roca de la castración, que es el tope, pero también la solución, si el sujeto es capaz de reconocerse en la incompletud, pero no porque ha vivido alguna experiencia singular que lo ha podido marcar sino por su condición humana de sujeto sexuado y cultural.

La escisión del yo

Entonces, es importante tener claro qué es esta escisión del yo, como se produce y qué consecuencias tiene para la estructuración del aparato psíquico.

El tema de la escisión, definido como la formación de grupos psíquicos separados aparece tempranamente en su artículo de 1894 sobre “Las neuropsicosis de defensa” como la causa del “complejo psíquico de la histeria”, como ya lo habían señalado P. Janet y J. Breuer. Sin embargo Freud, a diferencia de sus colegas, dice que no está claro a qué se debe ni cuál es el origen de esa escisión de la conciencia, así como el papel que desempeña en la formación del cuadro clínico histérico.

Este es un punto de encrucijada, en la definición psicopatológica de los distintos cuadros clínicos, que diferenció desde los comienzos los planteamientos de Freud de los de sus contemporáneos. Así, mientras que para Janet la escisión de conciencia es un rasgo primario de la alteración histérica debida a una debilidad innata de la capacidad para realizar síntesis psíquicas que testimonia la



degeneración de los histéricos, para Breuer la histeria es secundaria y está causada por el advenimiento de unos estados oníricos o hipnoides que limitan la aptitud del sujeto para asociar porque determinados contenidos quedan segregados de la conciencia.

Freud en oposición a la tesis de estos autores afirma que la escisión es efecto de un fallo en la defensa contra representaciones psíquicas que son inconciliables con la conciencia.

Dice Freud: “...gozaron de salud psíquica hasta el momento que sobrevino un caso de inconciliabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía”. (Freud S. 1894).

Y agrega; “No puedo aseverar, por cierto, que el empeño voluntario por esforzar a apartarse de los propios pensamientos algo de este tipo constituya un acto patológico; tampoco se decir si ese olvido deliberado se logra, en aquellas personas que permanecen sanas ante las mismas influencias psíquicas. Sólo sé que en los pacientes por mí analizados ese “olvido” no se logró, sino que llevó a diversas reacciones patológicas que provocaron una histeria, o una representación obsesiva, o una psicosis alucinatoria”. (Freud S. 1894).

Entonces, y para Freud, si hay patología es porque el yo no logra con éxito la tarea de tratar como no acontecida a la representación inconciliable.

En todo caso, y más allá del fracaso del yo, surgen dos preguntas que vamos a tratar de responder: en primer lugar ¿de qué se defiende el yo? Y en segundo lugar ¿a qué se deben las distintas afecciones así como las defensas que les son características?

En un artículo inconcluso que se publicó de forma póstuma titulado “La escisión del yo en el proceso defensivo” (Freud: 1940 [1938]), Freud aborda la idea de que la renegación (Verleugnung) como mecanismo de defensa produce una escisión del yo y que este mecanismo de

renegación está directamente relacionado con el complejo de castración.

Freud comienza el artículo señalando que a pesar de que lo que va a comunicar parece ser algo evidente que ya se sabe desde hace tiempo, en realidad es algo nuevo y sorprendente.

Esto nuevo y sorprendente es el descubrimiento de que el adulto en análisis, se presenta con un yo infantil, con un yo que en el pasado, cuando se producían ciertas experiencias vividas como traumáticas se comportaba de una manera singular.

La causa que mejor describe esta situación es aquella en la que el yo del niño, habituado a satisfacer la exigencia pulsional se enfrenta a una vivencia terrorífica, a una amenaza, a un peligro real-objetivo, si continúa satisfaciendo al ello.

Y entonces debe decidirse: reconocer el peligro real, inclinarse ante él y renunciar a la satisfacción pulsional, o desmentir la realidad objetiva, instilarse la creencia de que no hay razón alguna para tener miedo, a fin de perseverar así en la satisfacción. Es, por tanto, un conflicto entre la exigencia de la pulsión y el veto de la realidad objetiva. (Freud S. 1940 [1938]).

Como sabemos, la satisfacción pulsional a la que Freud se refiere es la masturbación de la etapa falica que va acompañada de fantasías incestuosas y el peligro real-objetivo es la amenaza de castración si persevera en la misma.

Lo sorprendente es la reacción del niño porque no se sostiene en el conflicto que lo compromete como sujeto sexuado y cultural, ni rechaza la amenaza proveniente del exterior ni reprime la representación que acompaña a la satisfacción pulsional.

El niño responde al conflicto rechazando a la amenaza de castración, la ley, con ayuda de ciertos mecanismos y no se deja prohibir nada y al mismo tiempo reconoce la amenaza de castración como un peligro, se angustia y busca defenderse de la amenaza.

Esta solución del conflicto es en principio muy hábil, porque por un lado le permite al yo del niño satisfacer la pulsión y por otro lado le tributa cierto respeto a la autoridad exterior.

Pero, como se sabe, dice Freud, sólo la muerte es gratis.

El resultado se alcanzó a expensas de una desgarradura en el yo que nunca se reparará, sino que se hará más grande con el tiempo. Las dos reacciones contrapuestas frente al conflicto subsistirán como núcleo de una escisión del yo. (Freud S. 1940 [1938]).

Esta desgarradura pone en entredicho la función sintética del yo que sucumbe con bastante facilidad a toda una serie de perturbaciones toda vez que no asume su condición de “vasallo” en el conflicto y que no sólo no se rebela sino que además no renuncia a nada. Freud ahonda más en el tema y dice que no se trata de cualquier trauma, que el trauma tiene que ver con la percepción de la falta de pene en la niña unida a la amenaza de castración por el padre si no renuncia al goce masturbatorio de la etapa fálica.

El niño puede defenderse de la angustia que le produce la amenaza de castración amparándose en la creencia de que la niña no fue castrada sino que tiene el pene pequeño y ya le crecerá.

Otro modo de escapar a la amenaza de castración es desmentir, renegar que a la mujer le falta un pene sustituyendo a este por un fetiche, de este modo, puede seguir masturbándose sin temor.

Lo que es importante, es que en este último caso, a través del fetiche el niño no tiene que alucinar un pene donde no lo hay sino que desplaza el significado (valor) del pene a otra parte del cuerpo ó a un objeto.

Freud aclara que este desplazamiento de significado del pene a otra parte del cuerpo se aplica al cuerpo de la mujer pero no afecta al propio pene del niño. De esta manera puede seguir masturbándose porque su pene no corre peligro pero sin embargo la creación del fetiche muestra que hay reconocimiento del peligro de castración por parte del padre porque produce angustia.

...angustia que lo ocupará largo tiempo y que sólo podrá dominar y sobrecompensar con todo el gasto de su virilidad. También esta angustia ante el padre calla sobre la castración. Con ayuda de la regresión a una fase oral, aparece como angustia de ser devorado por el padre. (Freud S. 1938 [1940]).

En otro trabajo póstumo que se tituló “Esquema del psicoanálisis” (Freud S. 1940 [1938]a). Freud retoma el tema de la escisión como un proceso que se puede encontrar tanto en la psicosis, como en las neurosis y en la perversión:

Señala que incluso en los casos más graves de psicosis, el yo no logra desasirse completamente de la realidad objetiva y hay una parte del mismo que sigue manteniendo cierto contacto con la misma.

Esto es posible, porque en el psicótico se ha producido una escisión psíquica de modo que el sujeto en lugar de tener una postura única ante el conflicto, adopta dos posiciones: una que toma en cuenta la amenaza de castración y otra que bajo los imperativos pulsionales del ello desase al yo de la realidad.

Estas dos posiciones coexisten, no se excluyen y el desenlace final para el aparato psíquico depende de la fuerza relativa de ambas. Si triunfa el ello y logra desasirse al yo de la realidad, entonces se dan las condiciones de la psicosis; si por el contrario triunfa la amenaza y se sofoca la pulsión, entonces se produce una curación aparente de la enfermedad delirante.

Es importante señalar que lo doloroso, lo insoportable para el yo no es cualquier cosa sino la castración de la mujer. Digo que es importante porque la castración de la que se trata no es real sino imaginaria, en tanto y cuanto a la mujer no le falta el pene en tanto real sino que es una falta que se sostiene sobre la creencia en la universalidad del falo.

El fantasma de la mujer fálica es sostenido por el deseo que proviene de las pulsiones del ello. Por eso la realidad de la falta del pene en la mujer se hace insoportable cuando hay incremento pulsional del ello.

Pero lo más interesante es que esta escisión del yo que se postula en todas las psicosis también se produce en las neurosis y en las perversiones.

Así, en el fetichismo que se caracteriza porque el sujeto, fundamentalmente masculino, no reconoce la falta de pene en la mujer desmintiendo su percepción de la ausencia en el genital femenino y manteniendo la convicción de su



existencia, no logra impedir los efectos de esta desmentida, porque no es capaz de aseverar que efectivamente vio un pene donde no lo había.

El efecto es que desplaza y otorga a una parte del cuerpo ó a un objeto el papel del pene, que por lo general estaba presente en el momento de la percepción del genital femenino.

La creación del fetiche sirve para negar la prueba de que la castración es posible y de esta manera evitar la angustia de castración. Sin embargo, dice Freud, el echo de que a pesar de todo algunos fetichistas desarrollan también angustia de castración demuestra que si por un lado desmienten el hecho de que en el genital femenino no han visto pene alguno, por otro lado reconocen que en realidad no vieron el pene que afirman haber visto.

Estas dos actitudes, que se mantienen durante toda la vida sin influirse recíprocamente es a lo que se denomina escisión del yo.

La realidad objetiva es soportar la falta fálica, la falta en la madre, que a la realidad de la madre le falte el falo. Realidad objetiva con la que se tiene que poder relacionar y que no es otra cosa que la imposibilidad de la realización del deseo.

Por eso el incremento de la pulsión del ello, que busca la realización del deseo, que es la completud representada por la madre fálica, es lo que dificulta el conocimiento de la realidad objetiva que se le impone al yo desde afuera, desde la cultura. Desde esta perspectiva, rechazar la castración del otro es rechazar la cultura porque la realidad está mediada por la cultura y para que haya mediación tiene que haber castración, que es la marca de incompletud del objeto.

Freud continúa señalando en “Esquema de psicoanálisis” que el fetichismo es muy favorable para el estudio de la escisión del yo pero que no es un fenómeno excepcional porque la escisión la podemos encontrar también en las neurosis.

Si el yo infantil en la etapa fálica y por angustia de castración sofoca a la pulsión y reprime su representación, ocurre con frecuencia que el yo se defiende de la angustia de castración desmintiendo lo que ha visto.

Esta es una medida defensiva que sólo funciona a medias porque por un lado desmiente lo que ha visto y por otro lado reconoce haber visto que en realidad no había pene. Pero tanto la desmentida como el reconocimiento conviven sin entrar en conflicto porque ha habido una escisión del yo.

A esta escisión del yo, que también se produce en las neurosis, aunque lo que caracteriza a la neurosis es la escisión dentro del yo sino entre el yo y lo reprimido en el ello y por eso es importante en toda neurosis poder determinar si lo que está en la base de las producciones del inconsciente es una escisión del yo o entre instancias.

Lo realmente importante, más allá de que el yo se defienda por medio de la desmentida de la realidad o de la represión de la representación inconciliable, es que en ambos casos el resultado nunca es perfecto, siempre hay residuos porque las dos posturas opuestas siguen allí, insistiendo y conduciendo a distintos tipos de manifestaciones psíquicas.

Entonces, y para entender esta universalidad de la escisión del yo, producto de la desmentida de la castración del otro, que especulariza el temor a la pérdida del propio genital, vamos a remitirnos al artículo de Freud de 1923 que lleva por título “La organización genital infantil”.

En este artículo que es en realidad un agregado a su trabajo “Tres ensayos de teoría sexual”, Freud aborda la tarea de reparar un descuido que cometió durante mucho tiempo porque se le había pasado por alto la importancia de la fase fálica en el desarrollo de la sexualidad infantil.

Continúa el trabajo comentando que el máximo desarrollo al que había llegado en “Los tres ensayos de teoría sexual” era que ya en la niñez se consumaba una elección de objeto como la que se produce en la pubertad, es decir, después del segundo tiempo de la acometida de la sexualidad.

Esta elección de objeto consiste en que las aspiraciones sexuales se dirigen a una persona única para alcanzar la meta de la descarga pulsional. En ese entonces Freud sostenía que la diferencia entre ambas etapas residía en el hecho de que en la infancia no se habían producido la unificación de las pulsiones parciales subordinadas al primado de los genitales como ocurre en la pubertad.

En esta cita de Freud quisiera destacar para retomarla después la diferencia entre la elección de objeto total y la falta de unificación de las pulsiones parciales, así como la diferencia entre la elección de objeto que debe ser entendida como objeto de amor y el objeto propiamente sexual.

El carácter principal de esta «organización genital infantil» es, al mismo tiempo, su diferencia respecto de la organización genital definitiva del adulto. Reside en que, para ambos sexos, sólo desempeña un papel un genital, el masculino. Por tanto, no hay un primado genital, sino un primado del falo. (Freud S. 1923).

Esto es lo que a Freud se le había pasado por alto durante años: la descripción de una tercera fase de la organización sexual, a la que denominó fase fálica.

Esta fase se caracteriza porque a diferencia de la pubertad, sólo desempeña un papel el genital masculino y por ello no es correcto decir que hay un primado del genital sino que hay un primado del falo.

No se trata por lo tanto del pene o la vagina como órganos genitales sino de la premisa universal del falo, es decir, la creencia de que existe un solo genital.

Refiriéndose al niño, dice que si bien diferencia entre varones y mujeres, sin embargo, no les atribuye una diferencia sexual. Considera que todos los seres vivos poseen un genital como el suyo e incluso lo busca en los seres inanimados.

Lo interesante dice Freud es que cuando el niño se enfrenta a la falta de pene en la niña, reacciona desconociendo, desmintiendo esa falta.

Desconocen esa falta; creen ver un miembro a pesar de todo; cohonestan la contradicción entre observación y prejuicio mediante el subterfugio de que aún sería pequeño y ya va a crecer, y después, poco a poco, llegan a la conclusión, afectivamente sustantiva, de que sin duda estuvo presente y luego fue removido. La falta de pene es entendida como resultado de una castración, y ahora se le plantea al niño la tarea de habérselas con la referencia de la castración a su propia persona. Los desarrollos que sobrevienen son demasiado notorios para que sea necesario repetirlos aquí. Me parece,

eso sí, que sólo puede apreciarse rectamente la significatividad del complejo de castración si a la vez se toma en cuenta su génesis en la fase del primado del falo. (Freud S. 1923).

En un segundo tiempo de la fase fálica, cuando el niño acepta la falta de pene, la interpreta como efecto de una castración, pero se sostiene en la creencia de que sólo son castradas las personas de sexo femenino que como él son culpables de satisfacciones sexuales prohibidas.

En cambio, las personas respetables como su madre siguen conservando el pene. Es importante tener en cuenta que para el niño la mujer no coincide todavía con la falta de pene.

En un tercer tiempo cuando se plantea el tema del nacimiento de los niños y entiende que sólo las mujeres pueden parir, también la madre perderá el pene y a cambio desarrolla teorías sexuales destinadas a explicar el trueque de pene por hijos (teoría cloacal), que le permite seguir sin descubrir los genitales femeninos.

Estructuras clínicas y mecanismos estructurantes

A partir de este artículo comienza a tener importancia en los trabajos de Freud el concepto de desconocimiento o desmentida (leugnen) aunque más adelante Freud la va a sustituir por la palabra Verleugnen (renegación) que es usada en relación con el complejo de castración. Posteriormente, en su trabajo sobre el fetichismo (1927), va a diferenciar la Verdrangung (represión) de la Verleugnung (desmentida o renegación).

A la represión y a la renegación Freud agrega un tercer mecanismo estructurante del modo del funcionamiento del aparato psíquico que es la Verwerfung, que se traduce como repudio o rechazo. Ahora bien, a la pregunta acerca de ¿Qué estructuran estos mecanismos? La respuesta es que la represión estructura a las neurosis, la renegación a las perversiones y el repudio a las psicosis.

Pero ¿qué se reprime, qué se reniega, qué se repudia? Freud dice que la castración; que el yo se defiende expulsando una representación inconciliable con la conciencia, y que esta representación expulsada tiene que ver con la castración.



Pero ¿dónde va lo expulsado?, ¿desaparece para siempre?, ¿retorna?, ¿si retorna cómo lo hace?, ¿qué se puede hacer con lo que retorna? Como ya lo he señalado, Freud recuerda siempre que el psicoanálisis no es aplicable a todas las patologías y que en realidad su método sólo se adecúa al trabajo con las neurosis.

Por eso la estructura clínica no es ajena al tema de lo curable y lo incurable.

Partiendo de la neurosis, Freud afirma que lo que se reprime es el deseo incestuoso y parricida, que son las dos prohibiciones tabú que coinciden con las del complejo de Edipo.

A partir del complejo de Edipo construye toda su psicopatología en torno a tres significantes: Edipo, narcisismo y castración.

Si el niño resigna su deseo incestuosos para conservar la completud falo-narcisista, podemos afirmar que aquello que pone en marcha la defensa es la angustia de castración.

Es el padre simbólico, el que ejerce una función de corte que hace posible que el niño se perciba como hijo de una pareja y pueda separarse del goce incestuosos con la madre. Por eso, la función paterna es garante de lo que en nuestra disciplina se ha dado en llamar: la cuestión de la falta que permite el acceso a la erogenidad.

Las distintas estructuras clínicas quedan constituidas de acuerdo al modo en que el sujeto a podido resolver el escollo del complejo de castración.

Así, tanto en la neurosis, como en la psicosis, y en la perversión, lo que se reprime, lo que se repudia y lo que se reniega, es la castración. De este modo, lo que caracteriza a la histeria no es la escisión de conciencia sino la represión que en tanto mecanismo de defensa libra al yo, por angustia de castración, del deseo incestuoso. Este deseo incestuoso no desaparece sino que pasa a formar parte de un grupo psíquico secundario que al retornar de lo reprimido traspone a lo corporal la suma de excitación a él ligada.

En la neurosis obsesiva, el yo se defiende quitándole el afecto a la representación inconciliable del deseo incestuoso pero en lugar de producirse la conversión histérica, la representación queda

aislada y segregada de los procesos asociativos conscientes y el deseo se adhiere a representaciones conciliables con la conciencia que se manifiestan, en tanto compulsión, en sustituto de la representación sexual reprimida.

De este modo, en el obsesivo el afecto queda sin cambios en el ámbito psíquico, la representación inconciliable es excluida de la asociación y la alteración íntegra permanece en el ámbito psíquico. En cambio en la perversión la defensa frente a la irrupción de la función paterna es una escisión que le permite al sujeto renegar la castración, aceptando por un lado la realidad de la diferencia de los sexos y por otro lado recusándola.

El perverso puede relacionarse con la realidad asumiendo su castración, pero obtura la castración del objeto. Es decir, que frente a la insistencia del deseo incestuoso y la angustia de castración por la amenaza que le impone la ley del padre rechaza la castración de la madre y de esta manera puede seguir sosteniéndose en el lugar del falo que la completa o bien, como ya lo hemos visto, se inventa un fetiche que funciona como sustituto del pene que falta en la madre.

En el sadomasoquismo, el padre en lugar de prohibir el incesto como representante simbólico de la ley, goza con el ejercicio de la ley y el niño se ubica en el lugar del objeto que se ofrece al goce sádico del padre.

El sujeto se somete masoquistamente al padre que lejos de prohibir provoca el goce.

¿Qué ocurre en la psicosis? Mientras que en la neurosis por efecto de la represión el deseo queda inscrito en el inconsciente produciendo retornos de lo reprimido que se presentan como síntomas, sueños y actos fallidos, en la psicosis no hay inscripción inconsciente porque la amenaza de castración es repudiada, desmentida, verwerfen y en el mismo acto en que la castración es repudiada, se rechaza un trozo de realidad que está en relación con ella.

Si en la neurosis el deseo incestuoso inscrito en el inconsciente es debilitado y acecha desde las sombras, en la psicosis no hay inscripción del Nombre del Padre y se produce un repudio primordial.

No se trata de una represión del deseo y de la amenaza de castración sino de una expulsión

que convierte a la representación en sustancia del mundo exterior.

Así, el paranoico se despoja del autorreproche y este le retorna desde la realidad como desconfianza hacia el otro porque junto con la representación también se despoja del conocimiento del deseo quedando indefenso frente a los reproches que ya no acechan, como en la neurosis obsesiva, desde las sombras sino que retornan libremente desde el exterior bajo la forma de ideas delirantes.

Por lo tanto, las principales diferencias entre las distintas estructuras clínicas reside en los distintos mecanismos que en ellas operan como mecanismos estructurantes.

El síntoma neurótico

En lo que a la neurosis se refiere, la lucha defensiva del yo contra la moción pulsional termina con la formación de síntoma.

El síntoma es el producto de una transacción que produce algo nuevo, una nueva creación con la que el Yo trata de satisfacer tanto a los imperativos del superyó como a las pulsiones del ello articulados al principio de realidad.

El síntoma irrumpe, en la vida del sujeto, como el indicio y el sustituto de una satisfacción pulsional interceptada por la represión.

El objetivo de esta represión, que aquí debe ser entendida de una manera general como mecanismo de defensa, es por un lado impedir que se produzca la descarga pulsional directa y por otro lado el de “coartar el devenir consciente de la representación que era la portadora de la moción pulsional que es inconciliable con el yo”.

Planteadas las cosas de esta manera, voy a centrar la cuestión en averiguar cuál es el destino de la moción pulsional activada en el ello, es decir, que camino sigue la pulsión para burlar a la defensa para poder alcanzar la anhelada descarga que conduce a su satisfacción.

Cuando el yo, recurriendo a la señal de displacer, consigue su propósito de sofocar por entero a la moción pulsional, no nos enteramos de nada de lo acontecido.

Sólo nos enseñan algo los casos en los que la represión fracasa.

¿Por qué? porque entonces hay retornos de lo reprimido y la moción encuentra un sustituto para su satisfacción, aunque se trate de un sustituto mutilado, inhibido o desplazado que ya no es reconocible como satisfacción, que no produce sensación de placer sino goce y que además, cobra el carácter de una compulsión.

Este es un planteamiento sostenible desde el punto de vista de la represión secundaria, porque en la represión secundaria, el ello se hace extraterritorial y por eso el yo no se entera de la presencia del representante pulsional.

Así el acto de represión muestra, por un lado, la fortaleza del yo, pero también atestigua su impotencia porque la moción del ello se caracteriza por no ser influenciable.

El proceso que por obra de la represión secundaria ha devenido síntoma, afirma ahora su existencia fuera de la organización yoica y con independencia de ella.

Esta es la razón por la que la lucha defensiva del yo contra la moción pulsional que culmina muchas veces con la formación de síntoma, esta lucha del yo termina convirtiéndose en lucha contra el síntoma.

Por eso en la represión siempre gana el ello, porque desde la clandestinidad puede dar caza a los retoños del yo, hacerse fuerte y de este modo retornar de lo reprimido sin que el yo pueda hacer nada porque se ha quedado fuera de juego.

Lo único que puede hacer el yo en estas circunstancias es cancelar la ajenidad y el aislamiento al que lo había sometido el síntoma e incorporarse a su organización.

Entonces el yo se adapta al síntoma.

Así el síntoma se encarga poco a poco no solo de sustituir a la descarga pulsional sino también de subrogar importantes intereses del yo, cobrando un valor para la afirmación de sí, fusionándose cada vez más con el yo y convirtiéndose cada vez más en componente indispensable para éste.

Se trata del beneficio secundario del síntoma.



Esta es la razón por la que cuando la clínica trata de prestarle ayuda al yo en su lucha contra el síntoma, se encuentra con las resistencias del yo, porque no sólo el yo se ha hecho síntoma sino que además ha encontrado en ellos un beneficio secundario.

Tanto la lucha contra el síntoma como la alianza con él parecen ser una contradicción del yo. Pero esto no se debe a que el yo es inconsecuente sino a su consistencia. Porque no debemos olvidar que el papel del yo es lograr la paz en el sistema, aunque para ello tenga que incorporar a su enemigo: el síntoma.

La perturbación se produce porque el síntoma que ha incorporado a su sistema sigue comportándose como sustituto y retoño de la moción reprimida, que insiste con su exigencia de satisfacción y obliga al yo a seguir dando la señal de displacer y a seguir defendiéndose.

El yo y el síntoma

Decía que el yo se hace síntoma, pero quizás sería más correcto decir que el yo es síntoma.

En parte el yo podría ser definido como síntoma en la medida en que se constituye por identificación, como otro, de modo que cuanto más se afirma en su identificación, cuanto más cree ser él mismo, más se hace otro.

Identificaciones histéricas e identificaciones melancólicas, rasgos del objeto con los que el yo intenta construir una identidad totalizante y sombras del objeto que no puede terminar de perder; eso es el yo.

El hombre es un auténtico desadaptado de la naturaleza, vive en una discordancia que le es constitutiva, con un yo que empeñado en alcanzar la coherencia entre el ello, el superyó y la realidad exterior, condena al sujeto a una errancia entre un sentido que se le escapa y una migaja de goce pulsional al que no puede terminar de renunciar.

¿Qué hacer con el síntoma?

Entonces... ¿qué hacer con el síntoma?, ¿qué se interpreta?, ¿cómo se interpreta?, ¿cuándo se interpreta?

Porque si el síntoma es una transacción, resultado de un conflicto, si es una construcción, una formación sustitutiva, pero también una satisfacción, entonces que se interpreta: ¿en relación al sentido o a la fijación?, ¿en relación al significado del síntoma o al goce que en él alcanza el sujeto?

De un lado tenemos lo que se puede decir, lo que hace discurso, lo que hace cadena significativa y del otro lado tenemos al goce del síntoma, la verdad del síntoma, como una satisfacción que opera desde lo más indecible de la pulsión.

En la clínica psicoanalítica, entonces nos encontramos con una situación compleja, porque la verdad del síntoma está en el goce, es decir, en la descarga pulsional que sustituye y con la que poco podemos hacer, salvo que intentemos colocarnos en el equívoco lugar del represor.

Sólo podemos hacer con el síntoma en la medida en que lo podamos interrogar, y esto sólo puede ser posible si lo incluimos en el circuito de la palabra, en un decir y en un maldecir que lo emparenta con las otras formaciones del inconsciente: los actos fallidos, los sueños y los chistes.

Tanto es así, que cuando más confiado está el yo con sus metonimias constituyentes y sus identificaciones, cuando más relajado y orondo está con sus realizaciones de siempre... aparecen las formaciones del inconsciente con sus metáforas y con sus goces, que introducen una ruptura en el sentido estacionario del yo.

Sin embargo, es importante señalar que hay una diferencia fundamental entre el síntoma y los otros retornos de lo reprimido. Porque mientras que el lapsus y el chiste no son repetibles y se mueven en el reino temporal del instante, el síntoma, en cambio, se caracteriza porque al fijar la energía se hace duradero y repetitivo.

Por esta razón, cuando Lacan dice que algunas personas, lo más real que tienen es el síntoma, se refiere a estos dos aspectos que acabo de señalar y que podríamos definir por un lado como la identificación al síntoma y por otro lado por su dimensión de goce.

No debemos olvidar que a través del síntoma el sujeto puede permitirse una cierta descarga, porque como dice Freud, si no hay descarga el sujeto también enferma.

El sujeto enferma cuando descarga porque siempre hay un punto de discordancia entre lo que puedo descargar, entre lo que se relaciona con la pulsión que ha sido atravesada por la ley y lo que pugna por descargar, o mejor dicho desprenderse desde el goce más real de lo pulsional.

El tema de la descarga y el desprendimiento, que Freud lo abordó en el “Proyecto de psicología para neurólogos”, radica en el hecho de que si descarga acorde con la ley, siempre acorde con la ley, entonces es un sobre-adaptado, sometido al superyó y con placeres mojigatos que no satisfacen ni a la Santa Madre Iglesia, ya que ésta vive de los otros placeres, de los que son de verdad y producen culpa.

Y si se descarga acorde a la pulsión, sin miramientos por la realidad ni por los imperativos del superyó, si esto fuera posible en términos absolutos, entonces estaríamos en el campo de la pulsión de muerte, y ya no habría nada de qué hablar y por eso, como psicoanalistas, perdemos la partida.

Lo realmente importante es que en el síntoma hay un saber.

A veces, llevados por el “furor sanandis”, como decía Freud, cometemos el error de creer que tenemos el saber sobre el síntoma; error porque se trata de un saber en lo real del que nada sabemos ni podremos llegar a saber.

Sólo podemos investigar al síntoma en la medida en que lo podamos incluir en una cadena de sentido. Pero aquí nos enfrentamos a un problema insoslayable porque lo más real del síntoma, que es lo que sustituyó a la moción pulsional, no es domeñable y tampoco tiene sentido, porque por definición es lo que existe por fuera de la cadena asociativa y por fuera del significante.

Es decir, ¿cómo podemos operar sobre lo más real del síntoma, sobre la descarga de la moción pulsional si sólo podemos hacerlo a partir del significante y del sentido que son ajenos a lo real?

¿Qué hacer con el síntoma?

La pregunta es importante porque si lo real es por definición imposible, pero algo de lo real se muestra en el síntoma, entonces, bienvenido sea el síntoma.

Es decir, que si el saber, el sentido y lo real son disjuntos, sólo pueden ser conectados por el síntoma en tanto cuarto elemento.

¿Dirección de la cura?

Entonces, y para poder seguir pensando el tema de lo curable y lo incurable, me parece interesante introducir una reflexión en torno a lo que diferencia a “la cura psicoanalítica” de “la experiencia psicoanalítica”.

La cura analítica tiene que ver con un proceso, con un método, con una técnica que conduce a cierta remisión del síntoma en tanto sufrimiento.

Esta cura se basa en momentos privilegiados en los que el paciente dice y no sabe lo que dice. Momentos en que el relato falla, en que la palabra falla. Y cuando falla la palabra es cuando aparece el goce.

El síntoma, que a la entrada del análisis se relaciona con el pedido de curación, se debe transformar para poder convertirse en parte de la experiencia psicoanalítica.

Esta transformación que va de la cura a la experiencia analítica está signada por cinco momentos:

1. En primer lugar está el modo en que el paciente dice lo que sufre, lo he señalado anteriormente como el estilo del relato;
2. En segundo lugar nos encontramos con la teoría que el paciente hace acerca de su sufrimiento;
3. En tercer lugar el punto en que al relatar su sufrimiento aparecen las fallas en la palabra;
4. En cuarto lugar está el modo en que el analizando, al ir colocando al psicoanalista como destinatario de su relato, lo va convirtiendo en el destinatario del síntoma, y por ende en semblante del síntoma, lo que se relaciona con la transferencia como repetición y,
5. Por último, está el modo en que el analista se va convirtiendo en la causa del síntoma, que se relaciona con la transferencia como creación.

Es decir, que el paciente, que en un principio está atrapado en la interpretación de su síntoma termina interpretando todo lo que le ocurre en la



experiencia analítica; de modo que si al principio destinaba su interpretación al analista, luego, en un segundo tiempo, coloca al analista en el lugar de la causa de lo que le ocurre.

El paciente interpreta, da un significado a lo que le ocurre, y toma al síntoma como un signo. Por eso, es una interpretación que cierra.

Por ejemplo, un paciente paranoico que consulta por la angustia ante la compulsión a pensar en escenas homosexuales en las que él se ve comprometido. En la sesión se siente bien. El tema es una aventura sexual con una compañera de trabajo. Disfruta contándose su experiencia, que lo tranquiliza en sus pensamientos homosexuales. Disfruta en sesión. Al salir del Parking, se queda sorprendido ante una mujer que lo atrae y que está esperando el autobús. Se queda mirándola y lo chocan por detrás. Vuelve a sesión angustiada porque le han dado por detrás, lo que lecorrobora el fantasma de que es homosexual.

El síntoma como signo

Esta es una de las caras del síntoma, el síntoma como signo, que puede ser interpretado; la otra cara es la del síntoma como significativo.

En la cara significativa del síntoma, lo importante es que primero aparece como acontecimiento, como falla en el funcionamiento del sujeto, como falla en el relato.

Es el momento en que la interpretación del síntoma como signo falla, porque el sujeto se da cuenta de que dice sin saber muy bien lo que dice o, que dice, pero el decir no le permite mantenerse en un nivel de relato que le permita sostener la coherencia yoica.

Entonces, es cuando el síntoma se convierte en algo que interroga al sujeto, que lo cuestiona, que lo puede sorprender, que lo puede asustar, pero que también lo puede hacer reír.

Es algo que sorprende porque el sujeto en su decir descubre que no sabe qué decir o, incluso que dice pero no sabe lo que dice, que hay algo en él que sabe cosas que él no sabe.

Y esa es la experiencia del análisis y del descubrimiento del inconsciente.

Como dice M.Manoni, el inconsciente es un saber que no se sabe.

Entonces ¿qué es interpretar? Desde esta perspectiva, interpretar es producir un sinsentido en lo que aparecía como la interpretación del síntoma como signo, es decir, un sinsentido en la interpretación cerrada acerca del síntoma... para que el síntoma pueda aparecer como significativo, como formando parte de una cadena significativa, en el que las cosas no son lo que son sino en función de las operaciones de combinación y sustitución que son propias del significativo.

Producir un sinsentido que despoje al síntoma de su significación y lo transforme en algo que se pueda encadenar y desencadenar confrontando al sujeto con la castración de la palabra, con lo indecible, con lo real innombrable.

Momento privilegiado de la experiencia psicoanalítica en el que el analizado se enfrenta a su incompletud, a su discordancia constituyente, a su conflicto insoluble; para terminar descubriendo que él es eso, y nada más que eso.

Y esto nos conecta con lo incurable.

Entonces... ¿qué hacer con la cura?

Por un lado tenemos la pregunta práctica sobre el proceso que lleva a la cura, pregunta relacionada con la resolución del conflicto, la disolución del síntoma o con cualquier otro tipo de ideal de salud.

Por otro lado hay una cuestión clínica, que está relacionada con la anterior y que trata de establecer la diferencia que podemos constatar entre el momento en que el sujeto hace la demanda de análisis y el momento en que lo da por finalizado.

La cura analítica tiene que ver con un método, con una técnica que puede producir una cierta remisión del sufrimiento.

Es un método que se basa en la asociación libre del paciente y en la atención flotante del analista. Una asociación libre que permite establecer nexos y llenar las lagunas de la amnesia infantil.

Es importante dejar hablar al paciente porque en el intento de dar cuenta de su mal nos ofrece las primeras interpretaciones y significaciones en torno a su síntoma.

Como ya lo he señalado, el paciente en análisis interpreta su historia y si en un primer tiempo destina esa interpretación al analista colocándolo en el lugar del sujeto supuesto saber, analista que hace semblante del objeto, luego, en un segundo tiempo incorpora al analista en su relato y lo coloca en el lugar de la causa de lo que le ocurre.

Pero la interpretación del paciente busca dar un significado a lo que le ocurre; busca dar consistencia a sus significados convirtiéndola en una interpretación que cierra.

Esta es una de las caras de la enfermedad, el síntoma como signo, que puede ser interpretado.

Es el síntoma que puede remitir simplemente porque el paciente cree en el analista. Es la cura tal como se presenta en los “Estudios sobre la histeria” y también en las terapias alternativas al psicoanálisis.

El efecto terapéutico se produce en la medida en que el sujeto se reconstruye una historia y por eso el análisis se centra en llenar las lagunas del recuerdo y crear los nexos que faltan a través del señalamiento, la interpretación y la construcción.

Pero a veces el analizado se aferra a su historia, a su ficción, se resiste a cambiar, sobre todo porque el fantasma que organiza la historia del sujeto se ancla, se fija a puntos de lo real; y otras veces nos enfrentamos con la dificultad de poder entender qué es ficticio y qué no es ficticio en la historia con la que se presenta el sujeto.

Y es entonces cuando nos preguntamos ¿qué es lo que se puede interpretar como resistencia y qué es lo que forma parte de lo real no interpretable?

El síntoma como significante

La otra cara es la del síntoma como significante.

Como ya lo expresé, en la cara significativa del síntoma, lo importante es que primero aparece como acontecimiento, como falla en el funcionamiento del yo, como falla en la palabra.

Es, como ya lo he señalado, un momento privilegiado en el que el paciente comienza a enfrentarse a su discordancia constitutiva, un sujeto que se descubre a la deriva, con un Yo ocupado en

producir coherencia entre las pulsiones del ello, las exigencias del superyó y la acomodación a la realidad exterior.

Entonces, es cuando el síntoma se convierte en algo que interroga al sujeto, que lo cuestiona, que lo puede sorprender, que lo puede asustar.

Es el momento en que la cura se convierte en experiencia analítica.

Por lo tanto, la pregunta por la cura en análisis debe abordarse desde dos perspectivas: Por un lado tenemos una pregunta práctica que gira en torno al método y a la clínica; y por otro lado hay otra cuestión en torno a la cura, que trata de establecer la diferencia que podemos constatar entre el sujeto que sufre y pide tratamiento, es decir, el sujeto que pide ser curado de su malestar y el sujeto en el momento de la salida del análisis, después de la experiencia analítica y que está confrontado a lo incurable.

En la introducción al caso del “Hombre de las ratas”, Freud dice que después de un año de tratamiento el paciente alcanzó el “restablecimiento total de la personalidad y la cancelación de sus inhibiciones”. Y agrega, que como el tratamiento de la enfermedad fue un éxito, y debido al hecho de que el paciente se curó, el análisis no se pudo continuar.

Curioso comentario: la cura, entendida como la remisión de los síntomas interrumpió el análisis, como si la cura hubiese operado como una resistencia.

La enfermedad con la que tratamos no se debe a un episodio histórico que ocurrió en la realidad, sino a un poder actual, que en la transferencia pone de manifiesto que si sufrimos no es porque hubo algo que fue y que no debía haber sido, ni porque estamos atrapados por la insistencia de un deseo que no puede ser, sino porque hay castración.

Castración quiere decir que todo no es posible, que el encuentro con el otro no es posible y que no es que estemos habitados por la incompletud sino que somos el producto de una escisión del yo que no es reparable porque es constituyente.

Escisión del yo sin la cual no habría ni deseo, ni subjetividad, ni objeto. Esta escisión del yo es lo que definimos como lo incurable.



Por eso la cura no puede alcanzar su fin. Porque hay una *Spaltung* del sujeto.

El descubrimiento de esa *Spaltung* marca el momento en que el analizado y el analista se enfrentan a la roca de la castración, que es el tope, pero también la solución, siempre y cuando el sujeto sea capaz de reconocerse en la incompletud por su condición humana de sujeto sexuado y cultural; un sujeto marcado por la imposibilidad de ser el falo que completa a la madre. Castración como incompletud del otro fundamental.

Así, el último escollo, el que no se puede evitar, es la roca de la castración. Pero este escollo es lo que queda en el sujeto como resto, como experiencia que no se puede simbolizar y este es el final de la experiencia psicoanalítica.

En este final de la cura queda un resto. Un resto que no es del orden de lo no analizable sino del orden de lo incurable.

Momento en que caen las idealizaciones y el analizado comprende que no se puede restaurar el yo, que no hay ninguna armonía que alcanzar, ni hay unificación con la pulsión, sino que como mucho un apaciguamiento del síntoma y sobre todo un saber hacer con el síntoma.

Desde otra perspectiva de lo incurable, en “Análisis terminable e interminable” Freud dice que el conflicto entre el yo y la pulsión no puede ser resuelto en su totalidad. Que la pulsión no puede ser domeñada por completo y es por eso por lo que no se puede prever el destino de una cura.

Entonces lo vuelvo a recordar: una cosa es la cura analítica y otra cosa es la experiencia analítica.

Como dijo Freud acerca del “Hombre de las ratas”: se curó y se fue. Chau. No se analizó. Se curó.

Es decir, que puede ocurrir que haya cura psicoanalítica pero sin experiencia psicoanalítica.

Pero el síntoma, en el paso de su condición de signo a su condición de significativa, también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

Por eso la entrada en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en expe-

riencia psicoanalítica, se trata del síntoma como lo que nos interroga y que al mismo tiempo nos convoca a interrogar.

Este es el momento privilegiado en que el síntoma se incorpora a la experiencia analítica, cuando se incorpora a la relación transferencial.

¿Qué es la transferencia?

La clínica psicoanalítica es una clínica que se produce bajo transferencia.

Es el momento en que aparece la repetición, la repetición desde lo imaginario en tanto el analista se convierte en semblante del objeto y repetición desde lo real que no puede ser reducida a lo simbólico y que se expresa como el dolor de “ser” en la transferencia, en la relación con el analista en tanto otro.

La transferencia es lo que marca la entrada en el análisis, y también su salida.

El analista, al comienzo colocado en el lugar del sujeto supuesto saber, es fijado en una doble versión del objeto porque puede aparecer por un lado como lo que hace semblante del objeto y por otro como el objeto que causa el deseo.

Se produce la transferencia como un efecto metafórico, como una sustitución que interrumpe el deslizamiento metonímico del significante. El analista se convierte en síntoma y vuelve a fijar el deseo. Por eso, hay goce en la transferencia.

En la neurosis de transferencia, como en el amor, cesan los deslizamientos significantes. Los fantasmas infantiles de seducción, castración y de escena primaria se despliegan en la neurosis de transferencia y habrá que elaborarlos para que el analizando se pueda librar de esta nueva enfermedad.

Por lo tanto, podemos afirmar que la enfermedad también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

Este planteamiento es muy importante porque la entrada propiamente dicha en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en experiencia psicoanalítica.

La cura y la experiencia psicoanalítica

El final de análisis está vinculado a la elaboración de estos fantasmas infantiles, reactualizados en la transferencia, incluido el fantasma de curación.

Freud dice que cesa la neo-formación de síntomas, pero no la neurosis; que hay un efecto terapéutico, pero que eso no quiere decir que haya habido curación.

Entonces, parece una paradoja porque resulta que puede haber cura sin experiencia analítica y experiencia analítica que no cura al sujeto sino que lo confronta a lo incurable.

Por eso, a veces los síntomas remiten, desaparecen y el sujeto se cura pero no desaparece la neurosis, porque es una cuestión de estructura.

Entonces, nos podemos encontrar, por ejemplo, con un sujeto histérico que aparentemente no hace síntoma, pero que ha elevado la queja a la categoría de síntoma.

No le pasa nada, pero se queja. Es decir, que si le pasa algo, porque se queja. Se queja por ejemplo porque no le pasa nada, porque ahora se aburre; de modo que la queja es su síntoma, es lo que permanece como incurable de la neurosis.

Es lo que queda como resto, la confrontación con lo incurable, que en este ejemplo se ha deslizado sobre la queja.

O bien puede ocurrir que el sujeto que se ha curado y tiene una cierta relación satisfactoria con los objetos pero no puede terminar de aceptar la falta en el objeto. Puede soportar la falta en el otro pero no puede aceptarla, porque hay algo de la pulsión que es indomeñable y hay algo del deseo incestuoso que insiste porque no puede ser satisfecho.

Es lo que queda como resto, la confrontación con lo incurable, que en este ejemplo se ha deslizado sobre la queja.

Y así, lo que queda como resto, como lo incurable, es aquello con lo que el sujeto tiene que aprender a hacer.

Y este es el final de la cura desde la experiencia analítica, un aprender a hacer con lo incurable.

El objetivo o fin del análisis

Hay múltiples maneras de plantear el objetivo de un análisis, y estas múltiples maneras dependen de las distintas teorías, y distintas ideologías de salud, que determinan distintas maneras de entender el fin de un tratamiento.

Si seguimos los desarrollos freudianos tal como los he ido presentando podemos afirmar que al principio tenemos un sujeto dividido y al final del análisis sigue habiendo un sujeto dividido.

Es decir, que el proceso analítico no elimina la división del sujeto. Al final del análisis, tendríamos un sujeto destituido del lugar del “ser” en tanto fantasma narcisista y confrontado con lo incurable.

Siguiendo a Freud, la pregunta por el fin del análisis puede abordarse desde dos perspectivas. Por un lado tenemos la pregunta práctica sobre el proceso que lleva al final del análisis, y que consiste en entender la operación que interviene en ese momento final.

En segundo lugar hay otra cuestión clínica, que está relacionada con la anterior y que trata de establecer la diferencia que podemos constatar en un sujeto entre el momento en que hace la demanda de análisis y el momento en que lo da por finalizado.

Dicho de otra manera, cuál es la diferencia entre el sujeto que sufre y pide tratamiento, entre el sujeto a tratar de su neurosis y el sujeto en el momento de la salida del análisis, confrontado a lo incurable.

Principio y final de análisis son temas psicoanalíticos que suelen ir de la mano; entre la entrada y la salida, es inevitable tener que mentar algo del dispositivo, de los principios que sustentan el análisis, porque estos están muy relacionados con los fines que nos planteamos así como con los modos en que definimos su finalización.

En un artículo de 1913, “Sobre la iniciación del tratamiento” Freud compara el tratamiento psicoanalítico con el juego de ajedrez y nos advierte que en el aprendizaje del mismo sólo “las aperturas y los finales pueden ser objeto de una exposición sistemática...”



Sin embargo, esta sistematización no se da de la misma manera en lo que se refiere a los comienzos y a los finales de análisis.

Porque es muy fácil encontrar casos clínicos en los que los psicoanalistas relatan cómo se produce la entrada en análisis, es decir, los pedidos de ayuda, la demanda que en ellos se ocultan, los modos en que se conducen las primeras entrevistas así como la manera de escuchar para determinar la analizabilidad o no del paciente.

A pesar de que Freud dice que los finales de análisis pueden ser sistematizados, a la hora de la verdad, parece ser que hay múltiples maneras de plantear la terminación de los análisis, y que estas múltiples maneras dependen de las distintas teorías, y distintas ideologías de salud, que determinan diferentes maneras de entender el final de un tratamiento.

Desde esta lectura que estoy haciendo en torno a lo curable y lo incurable, es fundamental tener en cuenta que el proceso analítico no elimina la división del sujeto y por eso, al final del análisis tendríamos un sujeto destituido del lugar del “ser” en tanto fantasma narcisista y confrontado con lo incurable.

El beneficio que se obtiene en el análisis está en relación con el cambio de posición subjetiva del sujeto. Se trata de una ganancia en relación al saber, al saber que no se sabe. Y al final del análisis el sujeto sabe que hay un saber que no se sabe y que se trata de un saber que no se puede saber.

¿Qué es lo importante en este planteamiento?

Lo importante es que hay logros terapéuticos, aunque como dijo Freud, a veces los logros terapéuticos interrumpen el análisis.

¿Cómo se alcanzan estos logros terapéuticos?

Por medio de un dispositivo que inventa Freud y que se basa en que el analizado debe cumplir la regla fundamental del psicoanálisis, que es la de la asociación libre y el psicoanalista la regla de la atención flotante y la interpretación. Este dispositivo es el que permite alcanzar lo real del inconsciente.

Como dice Freud, en los “Estudios sobre la histeria”, el fin del análisis es el de transformar la miseria histórica en infortunio ordinario.

Entonces, tenemos tres momentos diferentes que marcan un análisis: la entrada en análisis, el dispositivo y el final de análisis.

El dispositivo terapéutico es importante porque incluye por un lado todos los elementos que forman parte del encuadre, es decir, las condiciones de posibilidad para que se produzca el encuentro analítico, pero también incluye la teoría del analista en relación con lo que define a la neurosis y su modo de entender y abordar el conflicto psíquico; se trata de la dirección de la cura, que todos los analistas coinciden en reconocer que está comandada por la transferencia.

El tema de la transferencia es fundamental para entender lo que se juega en el dispositivo analítico. Todo el proceso, desde la entrada a la salida del análisis está comandado por la transferencia.

Esta es una afirmación importante, porque es un punto en el que todos los psicoanalistas, sean cuales sean sus esquemas referenciales, todos estamos de acuerdo con el hecho de que la clínica psicoanalítica se produce bajo transferencia.

Sin embargo, no siempre estamos de acuerdo con el modo de entender la transferencia ni con el modo de intervenir para implementarla en la cura.

Este es un tema importante porque, como ya lo he señalado, el final del análisis está relacionado con la transferencia.

En Freud encontramos distintos modos de formular los objetivos y sus correspondientes finales de análisis.

Al final de su artículo sobre “Análisis terminable e interminable”, como en el trabajo póstumo del “Esquema de psicoanálisis”, Freud aborda la cuestión del fin del análisis desde la diferencias de sexos, porque le permite recordar los distintos caminos de salida que se presentan para el hombre y la mujer, pero resalta que en ambos hay algo común, y es lo que persiste como sufrimiento en la insistencia por querer ser lo que no se puede ser.

Así, el último escollo, el que no se puede evitar, es “la roca de la castración”. Este escollo es lo que queda en el sujeto como resto, como experiencia (analítica) que no se puede simbolizar.

Momento en que cae la transferencia y se produce el final por destitución simbólica del analista.

Es la destitución del analista como lo que causa el deseo del analizado, pero también caída del lugar del objeto del goce, del semblante que él ha encarnado durante el análisis.

Final de análisis que se caracteriza porque queda un resto, un resto que no es del orden de lo no analizable sino del orden de lo incurable.

Saber hacer con el síntoma

¿Qué hacer con el síntoma que marca la entrada en análisis? ¿Cuál es su destino final? ¿Qué queda al final?

Una de las propuestas freudianas es fortalecer al yo para que pueda reducir la emergencia de la fuerza pulsional y otra propuesta es reducir el poder del superyó para que se pueda descargar sin tener que anudar la descarga a la pulsión de muerte.

En la carta 133 Freud le escribe a Fliess:

“E., concluyó, por fin, su carrera como paciente mío con una invitación a cenar en mi casa. Su enigma está casi totalmente resuelto; se siente perfectamente bien y su manera de ser ha cambiado por completo; de los síntomas subsiste todavía un resto. Comienzo a comprender que el carácter en apariencia interminable de la cura es algo acorde a ley y depende de la transferencia. Espero que ese resto no menoscabe el éxito práctico. En mis manos estaba continuar la cura, pero vislumbré que ese es un compromiso entre salud y enfermedad, compromiso que los propios enfermos desean y por eso mismo el médico no debe entrar en él. La conclusión asintótica de la cura a mi me resulta en esencia indiferente; decepciona más bien a los profanos. En todo caso, mantendré un ojo vigilante sobre este hombre...” (Freud S. 1950 [1892-99])

¿Qué es la transferencia?

Como ya lo he señalado, ya no es la interpretación, ni siquiera la construcción los que operan como mecanismos del cambio.

El análisis fue virando hasta encontrarnos con la transferencia. La transferencia está a la entra-

da del análisis, porque sin transferencia no hay análisis y la transferencia está al final del análisis como destitución simbólica del analista, destitución que es la caída del analista del supuesto saber sobre el goce, caída del analista como lugar que causa el deseo y caída del analista en tanto objeto de deseo.

La transferencia como lo que marca la entrada en el análisis, y también su salida.

El final de análisis está vinculado a la elaboración de estos fantasmas infantiles, transferenciales. En la transferencia, lo recuerdo, Freud dice que cesa la neo-formación de síntomas, pero no la neurosis, es decir que hay un efecto terapéutico, lo que no quiere decir que haya habido curación.

Por eso, a veces los síntomas remiten, desaparecen y el sujeto se cura pero no desaparece la neurosis, porque es una cuestión de estructura.

¿Qué hacer con la transferencia? En un primer momento Freud dice que hay que combatirla. Pero luego dice que hay que desealarla, porque en la repetición y en la creación que se dan en la transferencia, es donde se van a mostrar los puntos a los que se fija el fantasma del sujeto. Sólo en la transferencia se puede producir el desasimio de la Cosa de lo real, del das Ding, que atrae la libido del sujeto y lo deja atrapado en una relación con el objeto perdido.

Dice Freud que es la introversión libidinal la que se manifiesta como resistencia a la transferencia porque el analista en tanto semblante convoca a una sustitución con el abandono de los objetos con los que el sujeto alcanza una satisfacción fantasmática.

Por eso, en la transferencia hay implícito un trabajo de duelo. Duelo por el objeto perdido y por el fantasma que a él anuda al sujeto. Trabajo de duelo que lleva a un desprendimiento del objeto perdido porque es el vacío que atrapa al sujeto, vaciándolo y vaciando el mundo de los objetos posibles. Duelo que es necesario para poder relacionarse con los objetos, aceptando que no son el objeto.

Que el objeto no es el objeto quiere decir que el analista no es el objeto del deseo ni es lo que causa el deseo. Es la caída de la entronización del objeto. Y es la caída de analista.



Lo curioso es que Freud lo supo desde siempre. Tal es así, que lo enunció desde los comienzos mismos de sus indagaciones en torno a la etiología de la histeria, cuando tuvo que renunciar a su neurótica, cuando comenzó a sospechar de las escenas traumáticas que narraban los pacientes, cuando descubrió la importancia de las fantasías como un modo de embellecer y disfrazar los recuerdos, cuando se dio cuenta de que los recuerdos son encubridores, cuando se encontró con que en las teorías sexuales infantiles era más fuerte la creencia que la realidad, cuando articuló todos estos descubrimientos en la encrucijada del complejo de Edipo.

Digo que Freud lo supo desde siempre, porque así lo estableció en la carta 101 que le remitió a Fliess con fecha 3 y 4 de enero de 1899 en la que le decía:

[...] Primero: he conquistado un pequeño fragmento de autoanálisis, y me corrobora que las fantasías son productos de épocas posteriores, proyectadas hacia atrás, desde el presente respectivo hasta la primera infancia; y el camino por el cual ello acontece ha resultado ser, de nuevo, una conexión-palabra.

A la pregunta por lo que ocurrió en la primera infancia, la respuesta reza: Nada, pero había ahí un germen de moción sexual.

20 de abril de 2013

Contacto

Daniel E. Schoffer Kraut • C/General Ampudia 14, 6C • 28003 Madrid
danielschoffer@yahoo.es • Tel. 667 681 849

Bibliografía

Freud S. (1950[1895]): Proyecto de psicología. Buenos Aires, Amorrortu, tomo I, 1986.

(1893-1895): Estudios sobre la histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo II, 1976.

(1894): Las neuropsicosis de defensa. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1896): La herencia en la etiología de la neurosis. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1896b): La etiología de la histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo III, 1975.

(1905 [1901]): Fragmento de análisis de un caso de histeria. Buenos Aires, Amorrortu, tomo VII, 1978.

(1905). Tres ensayos de teoría sexual. Buenos Aires, Amorrortu, tomo VII, 1978.

(1913): Sobre la iniciación del tratamiento. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XII, 1986.

(1927): El fetichismo. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXI, 1986.

(1909): A propósito de un caso de neurosis obsesiva. Buenos Aires, Amorrortu, tomo X, 1986.

(1923a): La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XIX, 1986.

(1940 [1938]): La escisión del yo en el proceso defensivo. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1940 [1938]a): Esquema del psicoanálisis. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1937): Análisis terminable e interminable. Buenos Aires, Amorrortu, tomo XXIII, 1986.

(1950 [1892-1899]): Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Buenos Aires, Amorrortu, tomo I, 1986.