

¿Qué es la cura psicoanalítica?

José Luis Belinchón

Psicoanalista, miembro de la Asociación de estudios psicoanalíticos Óscar Marotta, de Valencia

Cuando a la consulta de un psiquiatra o al gabinete de un psicólogo acude un paciente aquejado de angustia, o de inhibición en alguna función, generalmente relacionada con la sexualidad, o bien sufriendo algún tipo de síntoma que él mismo califica como absurdo, hemos de considerar que existe ya algo que es del orden de la transferencia, es decir, el paciente se ha dirigido a alguien a quien le supone un saber relacionado con su dolencia. Es el mismo fenómeno que podemos encontrar en muchos otros órdenes de la vida; en la consulta al médico de cabecera, en el consejo pedido a un sacerdote, o en la confianza depositada en un asesor financiero. Se crea, por tanto, una relación que en ningún caso es simétrica, y que pone en juego la suposición de un saber en el Otro (escrito así, con mayúscula, para señalar que la posición que se le confiere —en nuestro caso por el paciente— no es la de un semejante cualquiera).

Este sencillo hecho es de capital importancia en el campo de la clínica, por cuanto la demanda que el paciente hará no es sólo una demanda de curación; es, fundamentalmente, un pedido de saber; ¿no es acaso un lugar común la pregunta «¿qué me pasa, doctor?» No hemos de extrañarnos por eso; saber y curación pueden ser situados, por lo que al síntoma neurótico se refiere, como un mismo orden de fenómenos, porque el síntoma va a consistir en una falla del saber, es decir, un enigma que aparece en la vida de una persona, habitualmente como consecuencia de un acontecimiento inesperado, casual: el fracaso en una relación amorosa, un cambio cualquiera en las coordenadas sociales en que se movía una persona, la irrupción de la muerte en una existencia que no la tenía en cuenta, o incluso

un éxito que viene a desestabilizar el precario equilibrio en que alguien mantiene su posición. Por tanto, un hecho cualquiera, fortuito, a veces incluso de apariencia banal, viene a romper la «rutina» de la existencia de una persona produciendo un sufrimiento que tiene todo el carácter de un enigma. Un paciente se preguntará por qué no logra dormir, si no tiene ninguna preocupación, y tal otro no podrá dar cuenta del por qué de sus continuas ideas de suicidio, precisamente cuando los problemas que le afectaban han entrado en vías de solución.

Es, por tanto, con la queja por su sufrimiento, y el pedido de saber, por el enigma que suscita ese sufrir, como acude el paciente a la consulta de alguien de quien espera una respuesta a sus interrogantes. ¿Qué ocurre cuando ese alguien, por tomar una situación paradigmática, es un psiquiatra? Pues ocurre de entrada que ese profesional se halla amparado con la posesión de un saber —el saber académico propio de su profesión— que excluye cualquier consideración acerca de la subjetividad que encierra una queja. Su interés se centrará en la constatación del mayor número posible de signos del padecimiento del paciente, utilizando para ello no sólo la entrevista —por cierto, cada vez menos importante— sino también los datos aportados por familiares o allegados y, muy especialmente, los resultados de las consideradas como pruebas objetivas, sean análisis de laboratorio o baterías de tests psicológicos. Obtiene así unos datos «objetivos» que le permitirán elaborar un diagnóstico perfectamente codificable (es de subrayar la imparable extensión de los sistemas de codificación diagnóstica) y aplicar unas medidas terapéuticas standard acordes al diagnóstico establecido. En resu-

men, un proceder que es previsible —y sin duda ésa es la tendencia— pueda realizar pronto una nueva generación de ordenadores. Sin duda que con ello se logra a veces suprimir el síntoma, aunque en no pocas ocasiones sea por la vía marginal de la sugestión que sobre el paciente puede ejercer esa fascinante posición de amo del saber en que se ubica el terapeuta.

Frente a esa clínica en donde el terapeuta tiende a excluirse en aras de una supuesta objetividad, ¿cómo se plantea la clínica psicoanalítica? La clínica psicoanalítica no puede situarse sino en el contexto en que ella tiene lugar, es decir, la cura psicoanalítica, donde el analista está presente, y lo está de una forma que llamamos transferencia. La clínica psicoanalítica es, ante todo, una clínica bajo transferencia. Trataremos de ver qué quiere decir esto.

Si decíamos que el paciente acude con una queja, que es al mismo tiempo una demanda, es evidente que esa queja tiene un aspecto que podemos considerar como de fijación al cuerpo: no podrá dormir, se sentirá paralizado ante determinada situación, no podrá tragar alimentos, sentirá repugnancia ante cualquier sollicitación sexual, o precisará realizar determinados rituales de manera periódica. Es el aspecto del síntoma que, como veíamos, es tomado en consideración por la clínica psiquiátrica para establecer las categorías diagnósticas, pero se trata de un aspecto engañoso porque es absolutamente inespecífico: una somatización no es necesariamente un síntoma histérico, puede aparecer en una neurosis obsesiva; como también puede ocurrir con algo aparentemente tan perverso como el voyeurismo; o bien una alucinación, que en absoluto es específica de la psicosis. Por otra parte es ciertamente

frecuente encontrar en la clínica una plasticidad tal de los aspectos somáticos de los síntomas que difícilmente puede sostenerse una construcción sólida basada en los mismos.

Es que el síntoma no es primariamente una alteración somática; por el contrario, en tanto que formación del inconsciente, el síntoma es un hecho de lenguaje. De ahí que como cuestión previa a cualquier posible cura analítica, el primer paso imprescindible sea hacer hablar al síntoma, permitir que el paciente despliegue su queja, lo que no es sino poner de manifiesto los determinantes simbólicos, de lenguaje, que constituyen el síntoma.

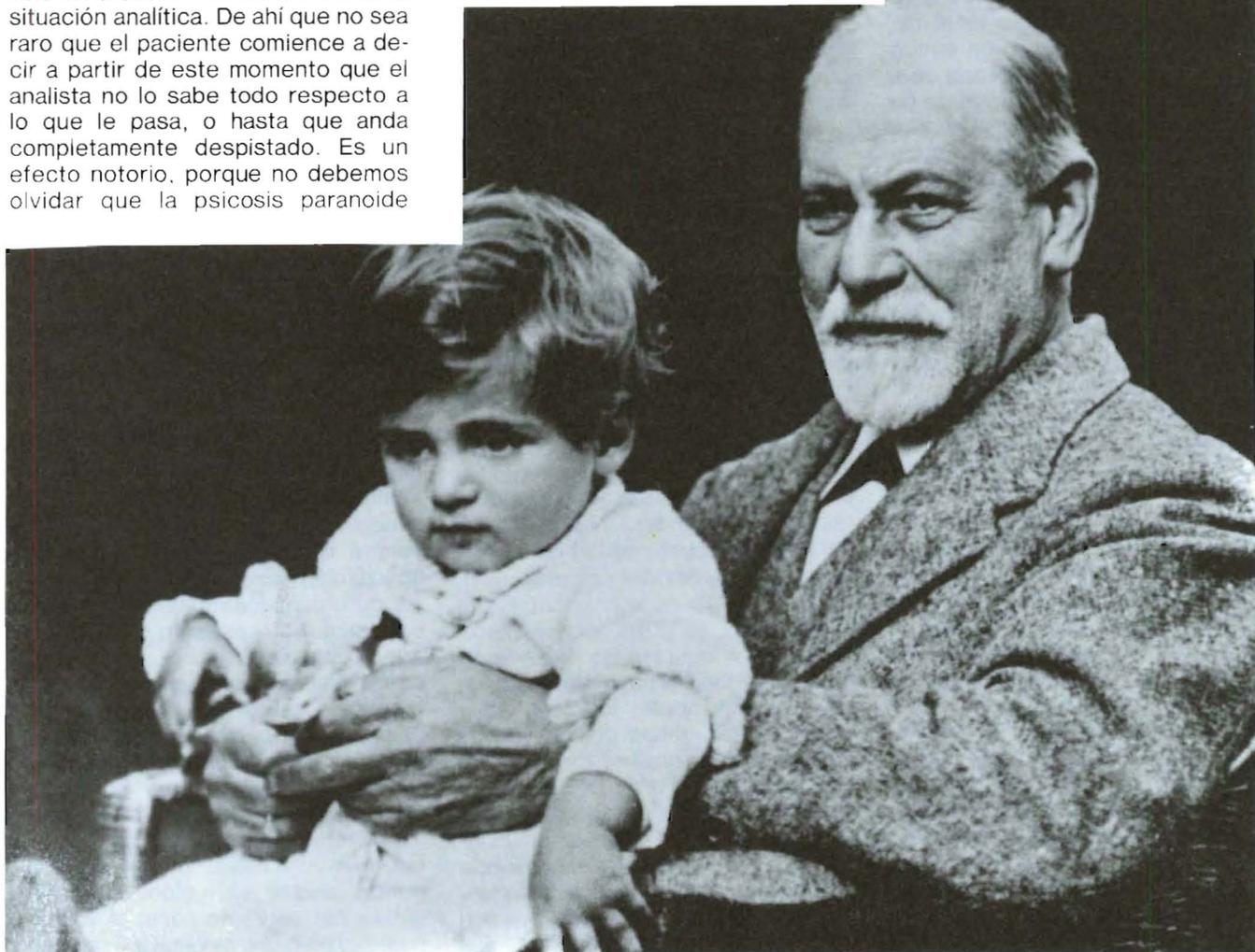
Y para ello será imprescindible que el analista se destituya de cualquier posible posición de saber establecido que ahogue la queja del paciente; que no se identifique a ese lugar de sujeto supuesto saber que éste le otorga, puesto que ello no es sino un efecto de la estructura de la situación analítica. De ahí que no sea raro que el paciente comience a decir a partir de este momento que el analista no lo sabe todo respecto a lo que le pasa, o hasta que anda completamente despistado. Es un efecto notorio, porque no debemos olvidar que la psicosis paranoide

consiste justamente, en su esencia, en la creencia de que el otro sabe todo lo que le concierne a uno. Pues bien, esta salida del analista de la posición de saber constituirá lo que, con Lacan, llamamos el **deseo del analista**, que funcionará como el motor fundamental en la cura y que, en su esencia, consistirá en no tener en consideración la subjetividad del analista (lo que algunos llaman «contratransferencia», que no sería sino un obstáculo en el avance de la cura) sino en ese deseo muy singular de no identificarse al otro, de respetar la individualidad del paciente, de no ser un ideal, un modelo, un educador, en dejar libre la salida del deseo del paciente.

Es el tiempo de las llamadas **entrevistas preliminares**. Un tiempo donde es frecuente que se produzcan cambios en la forma de presentación del síntoma, y aún que éste desaparezca, no siendo ello sino, en

ocasiones, la señal de que el análisis puede empezar. Es un tiempo donde comienza a estructurarse la situación analítica definida por la existencia de alguien que habla de sí mismo a un analista que está en posición de oyente del discurso que él mismo estimula con su silencio; silencio que no significa que el analista ha de permanecer mudo sino que quiere dar cuenta del hecho de que no trata de responder a las demandas del paciente, las cuales, aunque planteadas en el terreno del saber, no por ello dejan de ser demandas de amor.

Pero el análisis no comenzará hasta el momento en que el analista es incluido en las asociaciones del pa-



Freud y su nieto Stephen.

ciente, en sus formaciones del inconsciente, en su síntoma. Este hecho tiene una doble vertiente que es necesario examinar. Por un lado en la medida en que el paciente, al hablar, podemos decir que despliega su síntoma, éste se muestra siempre como un mensaje dirigido al Otro; pues bien, cuando al analista se le atribuye ese lugar es evidente que él —no su persona como tal, sino cualquier palabra que lo represente para el paciente— formará parte del síntoma, pero de un síntoma nuevo, de una enfermedad nueva, artificial, creada por la situación analítica y que Freud llamó **Neurosis de Transferencia**. Los síntomas del paciente adquieren una dimensión nueva a partir de ese momento en que el analista es el receptor esencial de los mismos, y será precisamente por este hecho, por el lugar que el analista ocupa en la transferencia, por lo que podrá operar sobre el síntoma o, por usar la expresión de Lacan, dirigir la cura.

Tal es la vertiente que podemos considerar como estructural de la transferencia, referida a un saber que se le supone al analista, y que viene a articularse con la falta de saber, el enigma, que el síntoma suponía para sujeto. Pero es evidente que la transferencia tiene otra vertiente directamente observable y, por ello, la más conocida. Me refiero obviamente a lo que Freud llamó el amor de transferencia, que para nada se distingue del verdadero amor (incluso en su alternancia con el odio)...y que no es sino la posición imaginaria, narcisista, que el paciente tomará ante el saber que supone al analista. Una vertiente que vendrá a operar en oposición a la anterior, es decir, como un obstáculo para el avance de la cura, y que a su vez sirve de soporte para las manifestaciones de la repetición en la transferencia, es decir, tomar al analista como una reproducción de las figuras parentales.

Hemo señalado así, con el establecimiento de la transferencia, el comienzo de la cura analítica. Es el momento de hacernos una pregunta nada ociosa: ¿Cuál es el objetivo de esa cura? ¿Qué se pretende en un psicoanálisis? No podemos decir, como lo hace la medicina, que el objetivo sea de entrada suprimir los síntomas, porque ello implica tener un parámetro de normalidad que en



Freud trabajando en su estudio. 1937.

nuestro campo no existe; en medicina puede ser fácil saber que la curación puede ser sinónimo de normalización de determinados datos fisiológicos, que una hepatitis, por ejemplo, no se considera curada hasta que los niveles sanguíneos de ciertos enzimas han vuelto a sus valores standar; y aún así conocemos las serias dificultades que plantea una definición de concepto de salud. En nuestro campo, por el contrario, cualquier criterio de normalidad es necesariamente arbitrario y, por tanto, sujeto a una moral que no será sino la moral del amo. Tampoco podemos decir que nuestro objetivo, de entrada, sea la supresión del sufrimiento; ¿cómo podemos determinar el grado de sufrimiento de un paciente?, porque sabemos que hay pacientes que hablan mucho de él y tal vez sufren poco o, al revés, dicen pocas cosas cuando es posible que sufran mucho. El psicoanálisis, al hacerse la pregunta por sus objetivos se plantea una dimensión necesariamente ética, es decir, fuera de toda norma preestablecida, en tanto lo que va a pretender es la puesta en marcha, el relanzamiento, del deseo, y sabemos que este de-

seo es muy difícil de hacerlo compatible con normas, con reglas. Pero hemos de señalar aquí que en el campo analítico no siempre se han entendido así las cosas, que hay orientaciones incluidas en el seno de la Asociación Psicoanalítica Internacional que plantean como objetivo de un análisis la obtención de un reforzamiento narcisista, de un yo fuerte ¡mediante la identificación final del analizante con el analista!, entendido éste como referencia ideal. Es evidente que ello va en contra de la puesta en circulación del deseo, por lo que podemos decir que esa manera de entender el análisis carece de ética.

Nosotros, siguiendo a Freud y Lacan, plantearemos que al final de un análisis el analista ha de haber caído para el analizante de su posición como Otro, como ideal, para convertirse en algo así como un objeto desechable. Es una condición imprescindible para que podamos hablar de relanzamiento del deseo.

¿Cómo lograr este objetivo del análisis? Es algo de lo que es imposible dar cuenta de forma adecuada en el espacio de unas pocas páginas. Pero podemos hacer una afir-

mación que nos aproxime al tema: un análisis tiende hacia la construcción de una fantasía fundamental (un **fantasma**, tal como se le denomina en la terminología analítica), entendida como una escena o una frase axiomática, en cualquier caso un residuo inmodificable, imposible de ser hablado por el analizante y que funciona como matriz de toda significación de la existencia del sujeto. Podemos tener una idea precisa de lo que aquí se plantea recurriendo a dos textos fundamentales de Freud sobre el tema. En «**Pegan a un niño**» se exponen las fases en que se presenta la fantasía de que un niño es pegado, mostrando la existencia de una frase que Freud califica como de inconsciente, imposible de decir por los pacientes, pero reconstruible en el análisis por el encadenamiento lógico de las otras fases. En «**Historia de una neurosis infantil**» (El hombre de los lobos) se sigue paso a paso la construcción de una escena primordial en que el sujeto observa un coito entre sus padres y que servirá claramente como referente de toda significación ulterior en la vida de ese paciente.

Ese fantasma no es sino la «respuesta» que el sujeto se da ante la existencia de una incompletud, un vacío, una falta en la madre, en el padre, en el analista... en cualquiera que él sitúe en el lugar del Otro.

El final de un análisis vendrá entonces determinado por la construcción de ese fantasma y lo que Lacan llama su atravesamiento, es decir, la experiencia que realiza el sujeto de que el fantasma no es sino una pantalla, que más allá de él no hay nada, sólo el vacío, la falta; una falta que promoverá el deseo.

Si recapitulamos lo que hasta aquí hemos dicho, podemos constatar que al comienzo del análisis lo que hay son síntomas; en cambio, al final del análisis lo que prevalece es el fantasma. Ahora bien, ¿cómo se camina de un extremo a otro?

Habíamos ya señalado que el analista, desde el momento que se ha establecido la transferencia analítica, es decir, desde que es incluido en las formaciones del inconsciente del analizante, se halla en situación de poder dirigir la cura. Para ello se servirá del recurso de la interpretación. Interpretar no supone aportar un saber nuevo al analizante; la interpretación no es del orden de la



Freud leyendo su manuscrito «Moises y el Monoteísmo».

explicación al estilo de «a usted lo que le ocurre es...». Para hacernos una idea de lo que se trata en la interpretación no podemos dejar de lado el hecho de que el analista opera desde el lugar del Otro, puesto que se ha establecido la transferencia; el analizante habla y habla para un único oyente, el analista, que será quien decida sobre el sentido de lo que el paciente dice, y lo hará mediante un recurso que no es sino la puntuación, el corte. Quiere esto decir que en el punto donde el analista hace una escansión en el decir del paciente, crea retroactivamente una significación, mostrando así algo tan evidente como que el analizante, al hablar, dice más de lo que cree decir. Esa significación tendrá algo así como un efecto sorpresa en el analizante, que ni remotamente podría esperar la emergencia de la misma; es lo que llamamos un **efecto de sujeto**, algo que llama momentáneamente la atención del que habla, pero que se desvanece tan pronto como sigue hablando. Es importante tenerlo en cuenta: es éste el sujeto que interesa al psicoanálisis, siem-

pre tan evanescente, que en última instancia vendría a cumplir la misma función que el sujeto gramatical, esto es, responder al ¿quién? de la acción señalada por el verbo. Este sujeto, evidentemente, nada tiene que ver con la persona, con el individuo; es simplemente un efecto del lenguaje. Y, por otra parte, es el único sujeto que opera en el análisis porque, como ya señalaba, no es simétrica la posición del analizante y el analista; un análisis no es una relación intersubjetiva. El analista, ya lo hemos visto, no entra en la situación analítica como sujeto; su subjetividad queda al margen, lo cual no quiere decir que no exista, sino que ella no es un operador en la dirección de la cura. Cuando ella aparece, cuando la subjetividad del analista se pone de manifiesto, el efecto es una detención en el avance del trabajo analítico, una resistencia. De ahí la importancia capital que tiene el análisis personal del analista.

Lo que en el trabajo del análisis el analizante irá construyendo como correlato del efecto de sujeto que en sí mismo ha experimentado, será la caída progresiva del analista como supuesto sujeto del saber, como Otro, como polo del amor, para quedar reducido a apariencia, semblante, de un desecho, de un vacío, un vacío que actuará como causa del deseo de ese sujeto. Es otra forma de dar cuenta del atravesamiento del fantasma al que antes aludía.

Si el manejo de la transferencia en la dirección de la cura apunta a algo, ese algo es, precisamente, hacer surgir el lugar real que ocupa el analista. Un lugar imposible de amar, pero también imposible de soportar.

REFERENCIAS

- S. FREUD *Observaciones sobre el amor de transferencia*. Biblioteca Nueva.
- S. FREUD *La dinámica de la transferencia*. Id.
- S. FREUD *Pegan a un niño*. Id.
- S. FREUD *Historia de una neurosis infantil*. Id.
- J. LACAN «La dirección de la cura», en *Escritos*. Ed. Siglo XXI.
- J. LACAN *Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis*. Ed. Barral.
- J. A. MILLER C. S. T. *Ornicar?*, 29, 142-7, 1984.
- J. A. MILLER *Problemas clínicos para el Psicoanálisis*. Ed. Manantial.
- J. A. MILLER *Dos dimensiones clínicas. Síntoma y fantasma*. Ed. Manantial.
- M. SILVESTRE *Le transfert dans la direction de la cure*. *Ornicar?*, 30, 11-46, 1984.