



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

***“EL TRABAJO CLÍNICO: CURA Y PALABRA,
DESDE EL PSICOANÁLISIS”***

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

MAYEL CASTRO MARTÍNEZ

DIRECTOR DE TESIS: LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

CIUDAD DE MÉXICO

JUNIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico con mucho cariño esta tesis a mis padres: Margarita y Juan José, les agradeceré siempre todo lo que hicieron por mí, especialmente por mostrarme el camino de la academia y el estudio. A mis hermanas, a Jeanette, por compartir conmigo su vida, a todos mis amigos (la familia que eliges).

Agradezco especialmente a mi asesor Maestro Emiliano Lezama, por su valioso apoyo y orientación en la realización de este trabajo, y a todos mis profesores que me acompañaron en mi formación universitaria.

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN.....	iv
--------------------------	-----------

CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Tema: “El trabajo clínico: cura y palabra, desde el psicoanálisis”.....	2
1.3 Pregunta de investigación.....	2
1.4 Objetivos de investigación.....	2
1.5 Justificación.....	2
1.6 Metodología.....	4

CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.1 La Viena de Freud: algunos datos biográficos.....	7
2.2 Etapa prepsicoanalítica: El método catártico.....	9
2.3 El nuevo método psicoanalítico.....	12
2.4 Las primeras vicisitudes clínicas: resistencia y represión.....	16
2.5 El Psicoanálisis trasciende fronteras: Freud gesta una ciencia.....	18

CAPÍTULO 3: ALGUNOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL PSICOANÁLISIS

3.1 Psicoanálisis: una ruptura epistemológica.....	22
3.2 Lo inconsciente.....	25
3.3 Las formaciones del inconsciente.....	27
3.3.1 Sueño y escritura: un texto en imágenes.....	29
3.3.2 El síntoma.....	31
3.3.3 Los actos fallidos.....	32
3.4 Sexualidad infantil.....	34
3.5 El Complejo de Edipo.....	36

CAPÍTULO 4: EL TRABAJO CLÍNICO Y SUS IMPLICACIONES

4.1 ¿Qué es el Psicoanálisis?	42
4.2 Entrada al tratamiento.....	44
4.3 Entrevistas preliminares.....	45
4.4 La asociación libre.....	46
4.5 La atención flotante.....	47
4.6 Amor y transferencia.....	49

CAPÍTULO 5: LA CURA POR LA PALABRA

5.1 Sujeto y palabra.....	53
5.2 Salud Mental ¿Un equilibrio posible?.....	55
5.3 Una terapéutica diferente.....	57
5.4 ¿Deseamos el bien a nuestros pacientes?.....	59
5.5 La cura psicoanalítica.....	61
5.6 ¿Y por qué la palabra? (Viñetas clínicas).....	63
Conclusiones.....	70
Bibliografía.....	73

RESUMEN

El tema central de la presente investigación, es abordar la cura vista desde la perspectiva teórica del Psicoanálisis. La trascendencia de un tratamiento analítico, radica en que el sujeto tome las riendas de su deseo y actúe en consecuencia de él. A partir del lenguaje el ser humano forjó la cultura, se puede decir que las cosas de este mundo cobran sentido a partir de que el sujeto les nombra y simboliza por la palabra, más aun, el mismo ser humano está “hecho de palabras”, en tanto es el lenguaje quien nos inserta en el mundo de lo simbólico y nos separa del reino animal. Dentro del trabajo clínico, en estricto sentido, lo único que se puede hacer con los pacientes es hablar; por lo anterior, la palabra del paciente, entendiéndose su discurso, es la principal herramienta terapéutica del tratamiento, la palabra del paciente esta anudada a su posible cura, por ello cada cura es única. Precisamente el Psicoanálisis ha sido denominado como la “cura por la palabra”. Uno de sus aspectos fundamentales es la creación de una teoría analítica del discurso. Por lo anterior, en el presente trabajo, se lleva a cabo una revisión teórica y crítica, para analizar bajo que vías y condiciones, una persona que decide iniciar un tratamiento analítico, puede llegar a su posible cura, es decir, como es que la palabra dentro del dispositivo analítico, puede tener una eficacia curativa.

Palabras clave: cura, palabra, psicoanálisis, deseo, inconsciente.

INTRODUCCIÓN

El Psicoanálisis nace como una forma revolucionaria de ver el mundo, como un saber contestatario, porque el concepto de lo inconsciente, como lo propone el Psicoanálisis, rompe con la idea de un sujeto dueño de sus actos y de su voluntad. Antes del Psicoanálisis, no existía ningún medio terapéutico que gozara de cierto éxito, para el alivio de las enfermedades entonces llamadas nerviosas, la novedad del Psicoanálisis es que genera una teoría analítica del discurso, es decir, otorga el justo valor a la palabra del paciente, lo relevante aparece en el discurso mismo, lo que está siendo indicado en el discurso del analizante.

Es justamente la palabra del paciente la materia prima con la que se trabaja en un análisis, hablando es como un sujeto puede acceder a su inconsciente, atreviéndose a decir todo aquello que por diversas razones no ha podido apalabrar, el Psicoanálisis es una apuesta por la palabra del paciente, en donde a través de una narrativa nueva, de la construcción de un nuevo saber, pueda acercarse con su deseo.

El Psicoanálisis es nombrado como “la cura por la palabra”, por lo tanto, es natural que la palabra del paciente sea tomada como el principal instrumento del tratamiento clínico, y por consiguiente, si en el dispositivo analítico, lo único que pueden hacer los pacientes es hablar, el Psicoanálisis es una “clínica de la escucha”, valga la reiteración, porque se está escuchando la historia del paciente, y lo que está siendo relevante es lo que nos trasmite por su decir, historia que siempre está anudada a su posible cura, historia que en cada paciente es única.

Ahora bien, una persona que decide buscar ayuda, que decide acudir a un espacio terapéutico, está demandando, está pidiendo, esa demanda implica la búsqueda de una respuesta que alivie su angustia, porque en muchas ocasiones los pacientes llegan al consultorio con esa premisa, ¡vengo aquí a que usted me diga que hacer! que el otro dé la respuesta, que diga o explique el porqué de lo que está pasando, podemos pensar que en eso que demanda el paciente, está implícita una “solicitud de sanar”, una “solicitud de alivio”, o por lo menos un sentirse mejor.

La parte medular del presente trabajo, aborda la cuestión de la cura desde la perspectiva del Psicoanálisis, porque vías y bajo qué condiciones se puede llegar a una cura dentro del dispositivo analítico. Una de las premisas fundamentales que se buscan dentro del tratamiento clínico, es la construcción de un nuevo saber para el analizante, para ello el analista, habrá de fungir como una pantalla, en donde el discurso del analizante se refleje y regrese a él con un nuevo sentido.

De primera instancia, en la presente investigación, el lector encontrará una revisión histórica de cómo Freud, inicio en solitario la gestación de una nueva ciencia, como el mismo lo declaró: fue el único campeón del Psicoanálisis durante 10 años, revisión que va desde sus primeros encuentros con la histeria, el método catártico y la hipnosis, hasta la creación del definitivo método psicoanalítico de la asociación libre, con el que formalmente arranca el inicio del Psicoanálisis.

De igual manera, se abordan algunos conceptos fundamentales del Psicoanálisis, como el inconsciente, concepto príncips de la teoría psicoanalítica, postulando que el sujeto no es solo conciencia, y que depende de motivaciones inconscientes en su psiquismo. También se revisará lo que Lacan denomino como formaciones del inconsciente, que incluyen a los síntomas, el sueño, los lapsus y los actos fallidos, destacando que cada una de estas manifestaciones poseen un sentido para el sujeto que las vive. Del mismo modo, serán objeto de revisión la teoría del complejo de Edipo y la sexualidad infantil.

Posteriormente se encuentran también, aspectos teóricos relacionados con el tratamiento psicoanalítico, como la entrada en análisis, las entrevistas preliminares, la asociación libre, la atención flotante y la trasferencia, concepto fundante y fundamental, porque es gracias y a pesar de la trasferencia, como un Psicoanálisis puede funcionar.

Finalmente se abordaran categorías y aspectos clínicos, relacionados directamente con la cura y el trabajo analítico en sí mismo, como la salud mental, y la postura psicoanalítica que se tiene con respecto a ella, la distinción clínica y epistemológica que tiene el tratamiento psicoanalítico, con respecto a las demás

terapias existentes, aclarando que en estricto sentido, el Psicoanálisis no es una terapia, sin embargo tiene efectos terapéuticos; de igual forma, se revisaran implicaciones o categorías clínicas relacionadas con la cura, como el “furor sanadi”, que el mismo Freud desestimaba, la sesgada postura de desear el bien al paciente, y algunas viñetas clínicas, a manera de ejemplo, para dar cuenta de cómo puede operar el lenguaje en el tratamiento psicoanalítico, es decir, como se trabaja sobre el discurso para encontrar ese nuevo sentido.

CAPÍTULO 1: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El Psicoanálisis durante su desarrollo, se ha sostenido sobre la base de tres rubros fundamentales: la clínica, la teórica y la investigación; se trata de una práctica que implica una “ética del deseo”, una “clínica de la escucha”, una escucha de la demanda del paciente, en donde se otorgue el justo valor a su palabra, “cada hombre es prisionero de su lenguaje: fuera de su clase la primera palabra lo señala, lo sitúa enteramente y lo muestra con toda su historia”. (Barthes, 2016, p. 60)

La cura dentro del Psicoanálisis, se desarrolla a través del tiempo, tiene un inicio y un final, los tratamientos no son eternos, ni debe existir una dependencia del paciente para con su analista; la cura siempre esta anuda a la palabra del propio paciente, es por ello que cada cura es única.

Dentro del dispositivo clínico del Psicoanálisis, el discurso del sujeto es el camino para acceder a su inconsciente, diciendo lo que no se ha propuesto o no ha podido decir, en varias ocasiones dice “algo equivocado”, algo que “no quería decir”, pero ese equivoco o error, en muchas ocasiones es justamente lo que da sentido, y que además significa algo para el sujeto que habla en un análisis.

Como se ha mencionado, el Psicoanálisis fue nombrado como la “cura por la palabra”, pero con esta afirmación se da por sentado lo siguiente: la posibilidad de una cura, a través de la mediación de la palabra del paciente, entendiendo por palabra, aquel discurso, aquella historia que el paciente ha de relatar en el análisis. “El hombre esta ofrecido, entregado por su lenguaje, traicionado por una verdad formal que escapa a sus mentiras interesadas o generosas”. (Barthes, 2016, p. 60)

Por lo tanto, si en el tratamiento psicoanalítico, el discurso del sujeto es el eje central del trabajo clínico; y si aceptamos del mismo modo que Freud, en otorgarle a la palabra el estatuto de un “ensalmo” (práctica curativa) cuya principal

característica o finalidad vendría a ser la acción de curar, esto nos dirige a la siguiente interrogante ¿Qué implicaría una cura desde el Psicoanálisis?

El planteamiento del presente trabajo descansa en la posibilidad de que, el Psicoanálisis con su debido trabajo clínico, mediado y fundamentado en la palabra del paciente, realice una acción terapéutica eficaz, sobre aquello que aqueja al paciente, sobre aquello que le causa sufrimiento o dolor.

1.2 Tema

“El trabajo clínico: cura y palabra, desde el psicoanálisis”

1.3 Pregunta de investigación

¿Cómo es posible que, por la mediación de la palabra del paciente, se pueda llegar a una posible cura dentro de un tratamiento psicoanalítico?

1.4 Objetivos de investigación

- Constatar y esclarecer el trabajo clínico mediante el cual, se puede llegar a una posible cura dentro de un tratamiento psicoanalítico.
- Esclarecer por qué vías y en qué condiciones la palabra, dentro del dispositivo analítico, pueda tener una eficacia curativa.
- Analizar las implicaciones que tiene el lenguaje en la labor clínica.
- Analizar como el deseo visto desde la perspectiva psicoanalítica, esta anudado a la cura de cada paciente.

1.5 Justificación

La realidad del mundo que habitamos está plagada de significaciones, tan pronto el ser humano decidió ir más allá de los objetos mismos, encontró que estos tienen un valor que los trasciende, es decir, tienen una significación. (Ávila, 1994). Podemos decir que nuestra cultura se fue hilando a través de ese conjunto de significaciones o representaciones, que el ser humano forjó para los fenómenos o

experiencias que vivía, esas significaciones o representaciones no serían posibles sin la mediación de la palabra, la significación está hecha de palabras, entender esa significación o representación es una de las tareas de nuestra labor como psicólogos clínicos, ¿Qué representa o significa para el paciente un fenómeno en el que se vive?

Podemos pensar al Psicoanálisis, como un método de búsqueda de la verdad individual en cada sujeto, más allá de los reales acontecimientos, existe una realidad psíquica, es decir, los acontecimientos de la realidad solo adquieren sentido para el sujeto, a partir de la forma en que los ha vivido y ha participado de ellos, esto es, su historia única como sujeto.

Cabe aquí hacer los siguientes cuestionamientos: ¿Es posible una Psicología clínica sin palabras? ¿Es posible pensar en un trabajo clínico y su respectiva cura, sin la mediación de la palabra?

Como se había abordado con anterioridad, la base fundamental con la que trabajan los psicólogos desde la clínica, es la palabra del paciente, dentro de la perspectiva psicoanalítica, lo único que se puede hacer con los pacientes es hablar, y desde luego escuchar, porque se narra una historia, historia del paciente que está anudada a su posible cura, y que es puesta en palabras, ¿Qué está diciendo y desde que lugar? el discurso de cada paciente es único, y debe ser escuchado como la dimensión de su verdad.

La presente investigación pretende contribuir a la Psicología clínica, en tanto que pone su interés en el trabajo clínico y la cura psicoanalítica, la trascendencia de un tratamiento analítico radica en que el sujeto pueda escuchar sus propios anhelos y aspiraciones, en el tratamiento analítico el sujeto deberá hacerse cargo de sus problemas, no cargar con ellos, caminar hacia un cambio de posición subjetiva, que le permita reconocer sus síntomas y saber qué hacer con ellos.

La cura psicoanalítica es de naturaleza ética, porque el trabajo analítico apuesta por que el sujeto tome las riendas de su deseo, apartarse de aquellas

prácticas que lo frenan, abrir la posibilidad de sacar al sujeto, de esos lugares en los que estaba retenido, y que probablemente le generan sufrimiento y dolor.

1.6 Metodología

La presente investigación está basada en un estudio Teórico Documental de corte descriptivo.

En una tesis de compilación el estudiante se limita a demostrar que ha revisado críticamente la mayor parte de la <literatura> existente (esto es, de los escritos publicados sobre su tema), ha sido capaz de exponerla con claridad y ha intentado interrelacionar los diversos puntos de vista, ofreciendo así una panorámica inteligente, quizá útil desde el punto de vista informativo para un especialista del ramo que no haya estudiado en profundidad tal problema particular... Pero esto no quiere decir que quien hace una tesis de compilación se cierre al camino de la investigación. (Eco, 2010, p. 19)

Este estudio incluye una revisión conceptual de los fundamentos psicoanalíticos, en torno a la cura, o las posibles curas, poniendo énfasis en la palabra del paciente, como el esencial instrumento terapéutico dentro del trabajo clínico; asimismo, se revisarán también conceptos fundamentales como el de la transferencia, lo inconsciente, la asociación libre y la escucha.

Se incluye de igual forma, una revisión conceptual de los estudios realizados por Freud, relacionados con la cura psicoanalítica y el trabajo clínico, se hace una revisión histórica, sobre las vías teóricas y clínicas que llevan a Freud, a fundar y gestar el Psicoanálisis, revisión que va desde la etapa pre-psicoanalítica, con el método catártico y la hipnosis, hasta la creación del definitivo método psicoanalítico de la asociación libre.

Son motivo de revisión también, algunos conceptos fuertemente racionados con el trabajo clínico y la cura psicoanalítica, como la entrada al tratamiento, las entrevistas preliminares, la atención flotante, y la diferente postura clínica y epistemológica que sostiene el Psicoanálisis, con respecto a las terapias existentes, ya que al interior de su dispositivo, se produce un inédito en cuanto al proceso de investigación, debido a que la pregunta sobre el “ser”, no es formulada por el

supuesto investigador, (el analista) sino por quien en principio ocuparía el lugar del investigado, (analizante o paciente), ya que este último plantea el problema en sí.

La anterior postura del Psicoanálisis, representa una inédita forma de acercarse al conocimiento de lo humano, ya que rompe con el binomio científico de investigación: sujeto – objeto, además, en forma radical, toma como objeto de estudio a lo inconsciente, que nadie ha visto, pero que sin embargo opera en la subjetividad. Del mismo modo, esta tesis toma como objeto de estudio o de investigación a la cura psicoanalítica, que es un objeto en el sentido humano y social, por que incide directamente en la vida de una persona, que ha apostado y se ha atrevido a llevar a cabo un tratamiento, que para nada es fácil, ya que le demanda bastante tiempo y trabajo.

Para algunos la ciencia se identifica con las ciencias naturales o con la investigación sobre bases cuantitativas: una investigación no es científica si no procede mediante fórmulas y diagramas. En tal caso, sin embargo, no sería científica una investigación sobre la moral de Aristóteles, pero tampoco lo sería una investigación sobre conciencia de clase y revueltas rurales durante la reforma protestante. Evidentemente no es este el sentido que se da al término <científico> en la universidad... La investigación versa sobre un objeto reconocible y definido de tal modo que también sea reconocible por los demás. El término objeto no tiene necesariamente un significado físico. También la raíz cuadrada es un objeto aunque nadie la haya visto nunca. (Eco, 2010, p. 43)

Debido a que se trata de un estudio teórico documental de corte descriptivo, se realizara lo siguiente:

- Una revisión histórica sobre la constitución y formación del Psicoanálisis, como una nueva construcción teórica y clínica.
- Una revisión teórica de algunos conceptos fundamentales del Psicoanálisis, como la transferencia, lo inconsciente, y el síntoma.
- Una revisión teórico-clínica sobre las implicaciones que representa el trabajo analítico.
- Una revisión teórica de las categorías relacionadas con la cura, desde la perspectiva psicoanalítica.

Para la realización de los puntos precedentes, siguiendo la propuesta metodológica de Hernández Sampieri (2014), se llevó a cabo la construcción de un marco teórico, con el objetivo de analizar y exponer las teorías, enfoques y antecedentes vinculados a la cura y el trabajo clínico, desde la perspectiva del Psicoanálisis.

La estructuración y orden del marco teórico se realizó de la siguiente forma:

- 1) *Revisión (ubicación) de la literatura correspondiente:* se llevó a cabo la revisión de la bibliografía, para extraer y recopilar la información relevante en torno al tratamiento clínico y cura psicoanalíticos.
- 2) *Clasificación de fuentes bibliográficas:* se distinguieron dos tipos de fuentes, por una parte las *primarias*, que fueron las obras completas de Sigmund Freud, y los escritos y seminarios de Jacques Lacan; y por otro lado las *secundarias*, que fueron obras de corte psicoanalítico más contemporáneas.
- 3) *Obtención (recuperación) de la literatura.*
- 4) *Consulta de la literatura.*
- 5) *Redacción final.*

CAPITULO 2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.1 La Viena de Freud: algunos datos biográficos

En el año de 1873 Sigmund Freud comienza sus estudios de medicina en la Universidad de Viena, concluye sus estudios hasta el año de 1881, lo hace en tres años más ya que, sin tener la obligación cursa varios seminarios fuera de su plan curricular, “ocho años en lugar de los cinco habituales, porque cursa seminarios no obligatorios de Física, Zoología y Filosofía: durante tres años asiste a las clases de Franz Brentano”. (Tubert, 2006, p. 19)

En la época de estudiante de Freud, existía un importante sentimiento antisemita, él mismo nos los hace saber en su presentación autobiográfica, haciendo referencia a la decepción que experimento al constatar la discriminación hacia el pueblo Judío, que imperaba en la Universidad de Viena, seguramente esta condición le permitió acostumbrarse desde un inicio a figurar en el grupo de la disidencia.

Freud alude a la decepción que experimento al constatar la discriminación antisemita que reinaba en la Universidad de Viena, aunque reconoce que esta situación, le permitió acostumbrarse desde un principio a figurar en las filas de la oposición y fuera de la mayoría compacta, dotándolo de cierta independencia de juicio. (Tubert, 2006, p. 19)

En el cuarto año de la carrera Freud comienza a trabajar en el laboratorio de Fisiología de Ernst Brücke, una importante autoridad medica de aquella época, y seguramente una de las personalidades que más habrían de influir en el propio Freud, heredándole la pasión por la investigación y la rigurosidad científica; ya que el trabajo en el laboratorio estaba pasado por la ponderabilidad propia del positivismo, el funcionamiento fisiológico estaba basado en principios físicos y químicos.

La estancia de Freud en el laboratorio duro seis años (de 1876 a 1882), en los que realizo trabajos de investigación acerca de la histología del sistema nervioso. Es en esta época donde empieza a realizar un trabajo sobre el aparato neuronal nombrado: *Proyecto de psicología para neurólogos*, cuya principal tesis

era la de explicar los fenómenos psicopatológicos, como la histeria y otras neurosis, así mismo, los procesos psicológicos como la memoria, la atención, la conciencia, el juicio, etc. Cabe hacer mención que el mismo Freud, (aseveración de varios de sus biógrafos), nunca abandonó la esperanza de que algún día se pudiera establecer un vínculo fuerte y real entre Neuropatología y Psicología.

Quizás el futuro nos enseñe a influir en forma directa, por medio de sustancias químicas específicas, sobre los volúmenes de energía y sus distribuciones dentro del aparato anímico. Puede que se abran para la terapia otras insospechadas posibilidades; por ahora no poseemos nada mejor que la técnica psicoanalítica, razón por la cual no se deberá despreciarla a pesar de sus limitaciones. (Freud, 2008, p. 182)

Sin embargo, Freud ya no volvió a hacer ningún intento parecido al del “proyecto”, y su labor clínica y de investigación se centró en el orden de la significación, que el mismo ser humano plasma en los actos de su vida.

Una vez graduado de la carrera de medicina, Freud aún permaneció trabajando en el laboratorio de Brücke por un año y medio más, pero finalmente tuvo que dejarlo para comenzar a ganarse la vida como médico, mediante su consulta privada; tiene la intención de especializarse en enfermedades nerviosas, muy poco atendidas en aquella época, para ganar experiencia clínica en el campo de estas enfermedades, ingresa en octubre de 1882, al Hospital General de Viena, en donde permanece alrededor de tres años. En ese mismo año solicita una beca de estudios que le es aprobada, y puede asistir al Hospital de la Salpêtrière en París, donde podrá ampliar sus conocimientos y estudiar con el doctor Jean Martin Charcot, el neurólogo más importante de la época.

Esta residencia de estudios marca significativamente la dirección clínica de Freud, a partir de este suceso su interés por la psicopatología y en especial por la histeria, queda de manifiesto. Aunque en realidad ya había tenido un primer contacto con la Histeria, a través de su compañero Josef Breuer, con quien coincidió en el laboratorio de Fisiología, y que sería durante mucho tiempo un cercano amigo, y además con quien escribiría a la vuelta de los años, los *Estudios sobre la histeria*.

En aquel momento a la histeria se le consideraba un trastorno de la matriz, (del griego hysteron, útero), pero que en la mayoría de los casos se trataba simplemente de una simulación de síntomas, es decir, un simple invento de las mujeres de aquella época, ya que en términos estrictamente fisiológicos, no tenía una etiología orgánica.

El punto nodal de Charcot fue considerar a la histeria como una enfermedad nerviosa, y ya no como un simple invento o simulación, supo reconocer el carácter histérico de muchas perturbaciones o síntomas, a los que se les suponía un carácter somático, así mismo, puso en evidencia que la histeria no era un tema exclusivo del sexo femenino, todas las anteriores aseveraciones eran sumamente radicales para aquella época. “Al provocar y suprimir síntomas de histeria durante la hipnosis, Charcot demostró que, independientemente de su supuesta pero desconocida base neurológica, la dolencia tenía un origen psíquico, generalmente de carácter traumático”. (Tubert, 2006, p. 24)

2.2 Etapa prepsicoanalítica: El método catártico

Hacia finales de 1882, Josef Breuer, comunicó a Freud, un original tratamiento aplicado a una paciente enferma de histeria, cuyo nombre se supo posteriormente era el de Bertha Pappenheim. Años más tarde, y a pesar de que Breuer se mostraba reacio a hablar de este caso y a tratar de problemas similares, Freud logró su colaboración, resultado de la cual fue la publicación, en 1895, del libro: “Estudios sobre la histeria”, que presenta varios historiales clínicos de los que el primero, elaborado por Breuer, es precisamente el citado de Bertha Pappenheim, que figura bajo el nombre ficticio de Anna O.

La paciente Anna O. de 21 años de edad, consulto a Breuer a causa de una tos nerviosa que la aquejaba, pero su sintomatología era mucho más amplia: parálisis de pierna y brazo derecho, perturbaciones en el movimiento de los ojos y diversas alteraciones de la visión, repugnancia a los alimentos y, en una ocasión, incapacidad para beber durante varias semanas. Además, sufría trastornos de la conciencia mostrando dos estados psíquicos completamente distintos, en uno se

mostraba triste y angustiada, en otro, podía insultar o arrojar objetos según la hora del día, también sufría de incapacidad para hablar y entender su lengua materna (el alemán), aunque en cambio se expresaba correctamente en inglés. La aparición de este cuadro sintomático coincide con una larga y penosa dolencia del padre de la paciente, que provocaría su muerte, proceso durante el cual Anna O. le asistió con gran cariño e interés. (Breuer y Freud, 2008)

En el curso del tratamiento, que se desarrolló desde 1880 a 1882, Breuer, empleó la hipnosis y dejó que Anna O. expresara verbalmente ideas relacionadas con sus síntomas. Sorprendido, Breuer comprobó que todos los síntomas de la joven se referían a la asistencia que había procurado a su padre; así, por vez primera, conseguía ser transparente a tan enigmática neurosis y obtenía una aplicación verosímil de la causa de aquellos fenómenos patológicos.

Por otra parte, y también con sorpresa Breuer comprobó que una vez que la paciente había comunicado, durante la sesión hipnótica, los afectos y las ideas que la dominaban, volvía al estado psíquico normal. Luego, repitiendo sucesivamente el mismo procedimiento la paciente quedaba liberada de sus síntomas progresivamente.

Se muestra aquí la desaparición de uno de estos síntomas, según el relato que el propio Breuer ha dejado:

En el verano hubo un periodo de intenso calor, y la paciente sufrió mucho a causa de la sed; entonces, y sin que pudiera indicar razón alguna, de pronto se le volvió imposible beber. Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, pero tan pronto lo tocaban sus labios, lo arrojaba de sí como si fuera una hidrofóbica. Era evidente que durante esos segundos caía en estado de ausencia. Sólo vivía a fuerza de frutas, melones, etc. que le mitigaban su sed martirizadora. Cuando esa situación llevaba ya unas seis semanas, se puso a razonar en estado de hipnosis acerca de su dama de compañía inglesa, a quien no amaba, y refirió entonces con todos los signos de la repugnancia cómo había ido a su habitación, y ahí vio a su perrito, ese asqueroso animal, beber de un vaso; ella no dijo nada pues quería ser cortés. Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo que se le había quedado atascado, pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó con el vaso en los labios. Con ello la perturbación desaparecía para siempre. (Breuer y Freud, 2008, p. 58)

La propia Anna O. definió a este método como una “cura por la palabra” o “deshollinar la chimenea”.

Entonces ella quedaba completamente tranquila, y, al día siguiente, amable, dócil, laboriosa, hasta alegre; pero al día subsiguiente, cada vez más caprichosa, terca, desagradable, lo cual tomaba incremento al tercer día. En este talante, ni siquiera en la hipnosis era siempre fácil moverla a declarar, procedimiento para el cual ella había inventado el nombre serio y acertado de <talking cure> (cura de conversación) y el humorístico de <chimney-sweeping> (limpieza de chimenea). (Breuer y Freud, 2008, p. 54)

Y que Breuer y Freud llamarían posteriormente método catártico (catarsis: limpia o purga del alma), además superaba los procedimientos de la época, de sugestión directa, abriendo amplias perspectivas a la investigación y tratamiento de las enfermedades nerviosas.

El caso de Anna O. y la repetida utilización por Freud, del método catártico en nuevos pacientes durante el periodo de la colaboración con Breuer, (fundamentalmente de 1889 a 1895) les permitió afirmar en 1893 que:

Los síntomas histéricos singulares desaparecerían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el efecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto. (Breuer y Freud, 2008, p. 32)

La aplicación por Freud de un método catártico progresivamente perfeccionado a sus posteriores pacientes, permitió elaborar una definición de los fenómenos neuróticos que ponía en cuestión las consideraciones psiquiátricas clásicas: los síntomas neuróticos no son fenómenos casuales o accidentales, sino que poseen un significado y están en íntima relación con la vida de las personas que los presentan; es decir, existe una causalidad psíquica en todos los procesos anímicos del sujeto.

A partir de esta afirmación se señalaba que los motivos que originan los síntomas neuróticos, su significado y la íntima relación que tienen con la propia existencia se muestran como desconocidos, para la persona que los sufre, de modo que siendo los síntomas el resultado de un proceso real y profundamente vivido por el sujeto, éste no tiene conciencia del mismo y considera sus propios síntomas como productos extraños, faltos de sentido, sin relación alguna con su realidad; es decir, acaba por considerarlos absurdos.

Podemos decir que el neurótico ha olvidado, aquel o aquellos eventos que son el origen de su malestar o padecimiento, es decir, ha olvidado el proceso que motiva sus síntomas, los ha excluido de la conciencia, dicho puntualmente los ha reprimido, (termino que en esta época todavía no se gestaba) pero con este olvido y esta exclusión no ha conseguido, sin embargo, que el proceso oculto deje de funcionar, que deje de manifestarse a través de una amplia gama de síntomas. En definitiva y siguiendo a Freud, podemos afirmar que los síntomas neuróticos son el resultado activo de motivos inconscientes ocultos.

En este sentido, el método catártico tenía como principal objetivo ampliar el campo de conciencia del sujeto, lo cual se conseguía con la ayuda de la hipnosis. Se intentaban suprimir los síntomas haciendo volver al paciente, mediante hipnosis, al estado psíquico en el cual se crearon cada uno de esos síntomas, con la intención de provocar la manifestación en el hipnotizado, de recuerdos, ideas o impulsos ausentes hasta entonces de su conciencia; una vez que el paciente comunicaba al médico, tales procesos anímicos, los síntomas estaban superados; tal cual como en el caso de Anna O., cuando descubre al perrito de su institutriz (asqueroso animal) bebiendo de un vaso, después de que comunicó este episodio en estado hipnótico, al despertar pidió agua y bebió tranquilamente.

Es evidente que, en esta ardua tarea, la hipnosis desempeñaba un papel fundamental: concretamente ampliaba la conciencia, promoviendo la capacidad de asociar los síntomas a sus reales pero inconscientes motivos.

2.3 El nuevo método psicoanalítico

Posteriormente el propio Freud comenzó a considerar el hecho de que las esperanzas terapéuticas fundadas en el tratamiento catártico, con ayuda de la hipnosis, no acababan de culminar con éxito, los síntomas desaparecían, pero no del modo definitivo que era de esperarse. Dejemos aquí que el mismo Freud lo exprese puntualmente:

Por eso con una hipnosis única no se consigue nada contra perturbaciones graves de origen anímico. Ahora bien con la repetición de la hipnosis, desaparece la impresión de cosa milagrosa que el enfermo quizás esperaba. Puede obtenerse, después, mediante hipnosis repetidas, cada vez más claramente la influencia que al principio se echaba de menos sobre la enfermedad, hasta lograr un resultado satisfactorio; pero un tratamiento hipnótico de esa clase puede ser tan trabajoso e insumir tanto tiempo como cualquier otro. (Freud, 2008, p. 132)

Por otra parte, el pequeño número de personas susceptibles de ser sumidas en profunda hipnosis significaba una grande y real limitación, muy sensible desde el punto de vista médico, para la aplicación del método catártico.

Y a esto se suma, en la práctica, el hecho de que justamente los enfermos de neurosis son casi siempre difíciles de hipnotizar, de suerte que la lucha contra las poderosas fuerzas mediante las cuales la enfermedad está anclada en la vida anímica debe librarla, no el influjo hipnótico íntegro, sino sólo una fracción de él. (Freud, 2008, p. 131)

De igual forma, podemos apuntar también el hecho de que, los pacientes aun en estado hipnótico conservan su idiosincrasia y personalidad, y no están dispuestos a la obediencia total, sino a hasta cierto punto, y en determinada circunstancia.

Pero aun si se considera la obediencia hipnótica por sí misma como el rasgo más esencial de ese estado, es preciso admitir que los individuos muestran su idiosincrasia en el hecho de que se dejan influir por vía de obediencia sólo hasta cierto grado, pasado el cual se detienen. Las diferentes personas muestran, entonces, grados muy diversos de aptitud para el tratamiento hipnótico. (Freud, 2008. p. 130)

Estas razones y otras no menos importantes, hicieron que Freud abandonase por completo la hipnosis, abandono que obviamente implicaba la necesidad de sustituir el procedimiento hipnótico por uno nuevo.

Para Freud ganaba terreno la convicción de que el olvido por los neuróticos de la causa de sus trastornos era aparente, de hecho, esas causas no están en la conciencia en un momento determinado, pero ello no quiere decir que estén definitivamente olvidadas. Lo vivido en estado de hipnosis profunda se olvida solo en apariencia; puede ser siempre devuelto a la memoria consciente del sujeto a través de la afirmación clara y repetida del médico, a modo de tratamiento terapéutico.

Por consiguiente, Freud decidió prescindir de la hipnosis para tratar a sus enfermos: bastaba que cerraran los ojos, y él les sugería concentración, aplicaba una ligera presión sobre la frente, con la mano, y los alentaba a recordar y comunicar pensamientos, ideas, experiencias, etc., relacionados con sus síntomas.

La reflexión científica del propio Freud combinada con la cooperación crítica de ciertos enfermos, como en el caso de la paciente Emmy von N., quien le reprochó en el curso del tratamiento, que con sus intervenciones y preguntas interrumpía la elaboración de sus pensamientos.

Tres días antes, cuando empezó a quejarse de su miedo al manicomio, yo la había interrumpido tras su primer relato de que allí a los enfermos los ataban a unos asientos. Noto que así no consigo nada, que no puedo ahorrarme el escucharla en cada punto hasta el final. (Freud, 2008, p. 83)

De igual forma, se va gestando la convicción clínica en Freud, de que tampoco es necesario el apremio agobiante por parte del médico. “Y hete aquí que me dice, con expresión de descontento, que no debo de estarle preguntando siempre de donde viene esto o estotro, sino dejarla contar lo que tiene que decirme”. (Freud, 2008, p. 84)

Así pues, Freud abandonó todo tipo de intervención apremiante, transformando (entre 1892 y 1898) el antiguo método catártico en el definitivo método psicoanalítico, técnicamente denominado de la asociación libre. “Método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea”. (Laplanche-Pontalis, 2016, p. 35)

Desde un punto de vista histórico y sobre todo epistemológico, al inicio formal del Psicoanálisis, se le debe situar en el momento en que Freud abandona la hipnosis o el método catártico, para instituir el denominado método o regla fundamental de la asociación libre. “Igual que en ocasiones anteriores, habría debido apreciar el procedimiento catártico de Breuer como un estadio previo del

Psicoanálisis y, fijar el comienzo de este sólo en el momento en que yo desestimé la técnica hipnótica e introduje la asociación libre”. (Freud, 2008, p. 8)

A los enfermos que le visitaban, Freud ya no los sometía a influencias personales, o algún tipo de sugestión, de igual forma también abandonó la práctica de hacer presión en la frente de sus pacientes, solo se limitaba a recomendarles que adoptaran una postura cómoda sobre un diván y él se situaba fuera del alcance de su visión. Tampoco les exigía que cerrasen los ojos y evitaba todo contacto, así como cualquier tipo de acción que recordara a la hipnosis. Se trataba de establecer un dialogo entre dos personas conscientes de igual a igual; la atención a la palabra se tornó en lo fundamental.

Sin embargo, esta técnica es muy simple. Desautoriza todo recurso auxiliar, aun el tomar apuntes, según luego veremos, y consiste meramente en no querer fijarse “merken” (recordar) en nada en particular y en prestar a todo cuanto uno escucha la misma “atención parejamente flotante”, como ya una vez le he bautizado. (Freud, 2008, p. 111)

Tal situación Freud la estructuraba a partir de la “regla fundamental”, es decir, invitando a sus pacientes a que le comunicarán todo aquello que acudiera a su mente, aunque lo consideraran absurdo o incoherente.

Como se ve, el precepto de fijarse en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado, a saber: que refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previas. Si el médico se comporta de otro modo, aniquila en buena parte la ganancia que brinda la obediencia del paciente a esta regla fundamental del psicoanálisis. (Freud, 2008, p.112)

De este modo obtenía un abundante material de sugerencias acerca de los olvidos del enfermo, más concretamente, ese material no aportaba propiamente los elementos olvidados, pero si tan claras y abundantes alusiones a ellos que el médico podía “adivinarlos”, es decir, podía reconstruirlos con el auxilio de ciertos complementos y determinadas interpretaciones. Así pues, la asociación libre y el arte interpretativo alcanzaban el mismo o mejor resultado que antes el hipnotismo.

2.4 Las primeras vicisitudes clínicas: resistencia y represión

Ahora bien, la aplicación del nuevo método de la asociación libre, desde luego que no estaba exenta de grandes dificultades o barreras, la misma palabra tiene un límite, no se puede decir todo en su entera naturalidad, es decir, siempre hay un resto que falta, algo de la dimensión de la verdad del paciente, se obstaculiza. “Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta”. (Mannoni, 2003, p. 15)

El paciente, que es invitado y comprometido a expresar todos cuantos pensamientos, impresiones, ocurrencias, etc., brotaran de su mente, encontraba al a largo del tratamiento, serias dificultades para cumplir ese compromiso, dificultades que desde luego no son ajenas para el analista:

Si procediéramos de otro modo, si lo asaltáramos con nuestras interpretaciones antes que él estuviera preparado, la comunicación sería infecunda o bien provocaría un violento estallido de *resistencia*, que estorbaría la continuación del trabajo o aun la haría peligrar. (Freud, 2008, p. 178)

El estudio de los diversos fenómenos relacionados con esa resistencia condujo a Freud a establecer uno de los fundamentos de la teoría psicoanalítica, la denominada teoría de la represión. “A esa resistencia que persiste durante todo el tratamiento y se renueva a cada nuevo tramo del trabajo, la llamamos no del todo correctamente, *resistencia de represión*”. (Freud, 2008, p. 179)

El ocultamiento de ciertos contenidos (ideas, impresiones, afectos, etc.) era impuesto al sujeto por determinadas “fuerzas psíquicas”. A este mecanismo de “ocultamiento u olvido” de ciertos contenidos excluidos de la conciencia, Freud lo denomino teóricamente como represión.

La represión no es un mecanismo de defensa presente desde el origen; no puede engendrarse antes de que se haya establecido una separación nítida entre actividad consciente y actividad inconsciente del alma, y su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella. (Freud, 2008, p. 142)

En términos generales, puede decirse que el método psicoanalítico trata de hacer accesible a la conciencia lo inconsciente. Ahora bien, para ello la labor psicoanalítica, ha de vencer la resistencia que el paciente presenta para evitar que, surja el material psíquico previamente reprimido. Cabe aquí la siguiente interrogante ¿Por qué el sujeto reprime ese material? ¿Por qué ese material psíquico es activamente olvidado y reprimido? Podemos afirmar que ese material queda reprimido porque es doloroso para el sujeto, puesto que ha comprometido su estabilidad emocional, o ha vulnerado su propia felicidad; así pues, todo parece indicar que el paciente tiene la necesidad de defenderse de algo, y justamente son la represión y la posterior resistencia, quienes entrañan la defensa del sujeto, en una frase: la persona reprime aquello que le causa daño.

El mismo Freud hablaría en un inicio sobre la represión, cuando fue invitado a impartir un ciclo de conferencias en la Clark University, en el año de 1909 en los Estados Unidos:

Una joven que poco tiempo antes había perdido a su amado padre, de cuyo cuidado fue partícipe - situación análoga a la de la paciente de Breuer -, sintió, al casarse su hermana mayor, una particular simpatía hacia su cuñado, que fácilmente pudo enmascararse como una ternura natural entre parientes. Esta hermana pronto cayó enferma y murió cuando la paciente se encontraba ausente junto con su madre. Las ausentes fueron llamadas con urgencia, sin que se les proporcionase noticia cierta del doloroso suceso. Cuando la muchacha hubo llegado frente al lecho de su hermana muerta, por un breve instante afloró en ella una idea que podría expresarse aproximadamente con estas palabras: *<ahora él está libre y puede casarse conmigo>*. Estamos autorizados a dar por cierto que esta idea, delatora de su intenso amor por el cuñado, y no consciente para ella misma, fue entregada de inmediato a la represión por la revuelta de sus sentimientos. La muchacha contrajo graves síntomas histéricos y cuando yo la tome bajo tratamiento resultó que había olvidado por completo la escena junto al lecho de su hermana, así como la moción odiosa y egoísta que emergiera en ella. La recordó en el tratamiento, reprodujo el factor patógeno en medio de los indicios de la más violenta emoción y sano así. (Freud, 2008, pp. 21-22)

El resumen anterior que nos brinda Freud es el caso de la paciente Elisabeth Von R., y se puede observar con claridad, como la personalidad consciente, es decir el yo, se defiende de los deseos o ideas intolerables para su propia ética y los margina de la conciencia (casarse con su cuñado, ya que ha quedado libre), los olvida, los reprime tras un conflicto interior.

Ahora bien, cabe aquí plantear la siguiente pregunta: ¿La represión de estas ideas o deseos intolerables en el sujeto siempre triunfa? Podemos decir que la represión no triunfa totalmente, y por ende fracasa; efectivamente esa idea intolerable es marginada de la conciencia y también de la memoria, aunque el deseo reprimido permanece en lo inconsciente en espera de poder aparecer, cuando esto ocurre digamos que se envía a la conciencia una disfrazada formación de lo reprimido, este producto sustitutivo de la idea reprimida es el síntoma; en la siguiente figura, se puede esquematizar como operó la represión en el caso de Elisabeth von R. (Figura 1)

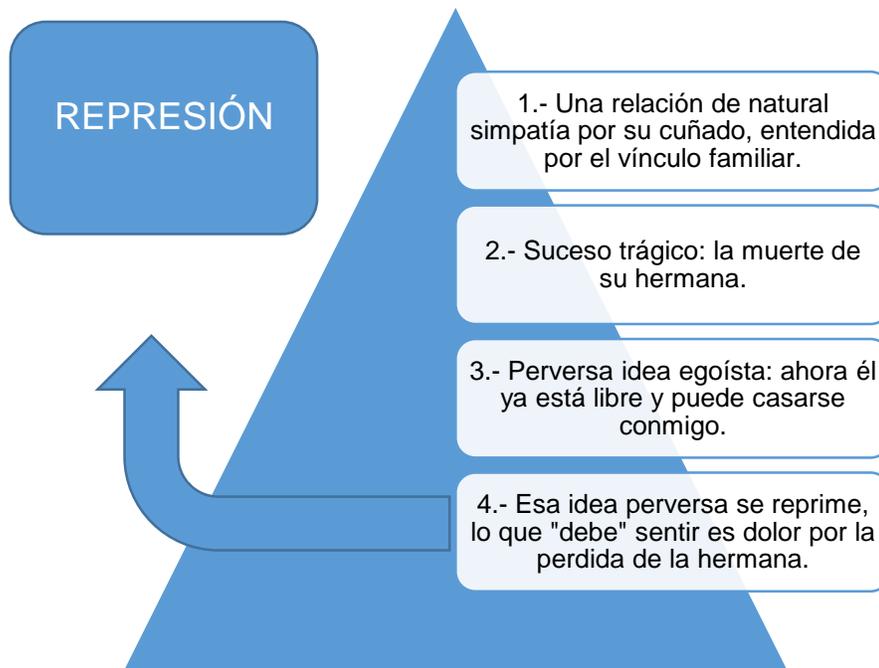


Figura 1: Esquematización de la represión en el caso de Elisabeth Von R. (elaboración propia)

2.5 El Psicoanálisis trasciende fronteras: Freud gesta una ciencia

Como es natural durante los inicios de Psicoanálisis, es Freud en solitario quien debe sostener la consecución del mismo. “En efecto, el psicoanálisis es creación mía. Yo fui durante diez años el único que se ocupó de él, y todo el disgusto que el nuevo fenómeno provocó en los contemporáneos se descargó sobre mi cabeza en forma de crítica”. (Freud, 2008, p. 7).

Pero paulatinamente conforme su obra fue penetrando en el círculo médico, y desde luego más allá de este, entre aquellos que tenían un interés personal por el Psicoanálisis, aquellos legos, (como el mismo los denomino). “No tengan ustedes cuidado; no hace falta una particular formación previa en medicina para seguir mi exposición”. (Freud, 2008, p. 7). Fue entonces que el Psicoanálisis comenzó a posicionarse como una nueva ciencia, como una forma inédita de acercarse al conocimiento de la vida anímica, y como una alternativa real para el tratamiento de las enfermedades nerviosas.

Es natural pensar que Freud en algún momento se sintió motivado a transmitir y compartir su obra, podemos marcar especialmente un momento muy importante en la historia de la nueva ciencia, cuando en el año de 1902, comenzó a reunirse en casa de Freud la *Sociedad psicológica de los miércoles*, un pequeño grupo de médicos jóvenes, que fue aumentando gradualmente con la presencia de otros personajes de distintas disciplinas como la Literatura, Filosofía o el medio artístico.

Dentro de estas reuniones, alguno de los miembros por iniciativa propia presentaba un trabajo, para ser debatido y analizado por el resto del grupo. Se tiene testimonio de estas reuniones, mediante las actas o notas, que eran recabadas por Otto Rank, y que constituyen un valioso material histórico. “Las notas de Otto Rank, que hacía las veces de secretario, constituyen un testimonio interesante de esta primera etapa de la historia del psicoanálisis, marcada por el entusiasmo y la curiosidad intelectual”. (Tubert, 2006, p. 37)

Posteriormente ya en el año de 1908, la agrupación toma el nombre más formal de *Sociedad Psicoanalítica de Viena*, al mismo tiempo Freud sigue trabajando en su consulta particular y en la preparación y publicación de sus investigaciones, es en este mismo año, cuando se lleva a cabo el Primer Congreso Psicoanalítico Internacional en la ciudad de Salzburgo, para ese momento Freud ya contaba con varios discípulos destacados, como Carl Gustav Jung en Zúrich, Zándor Ferenczi en Budapest y Ernest Jones en Londres, quien a la postre se convertiría en su principal biógrafo.

Ya en el año de 1910, se lleva a cabo el segundo congreso realizado en Núremberg, se funda entonces la *Asociación Psicoanalítica Internacional*, con grupos locales en distintos países como Suiza, Hungría e Inglaterra. La celebración de este segundo congreso confirma la popularidad internacional del Psicoanálisis. La presidencia de la nueva organización recae en la figura de Carl Gustav Jung, que muy probablemente es elegido por Freud por su condición de no judío, para así poder separar al movimiento de su etiqueta semita.

Freud sigue sosteniendo su trabajo de investigación, y en 1913 aparece la publicación de "Tótem y tabú", donde el punto nodal es el mito del padre. Pero a mediados de 1914 estalla la primera guerra mundial, y como es de esperarse en un ambiente de hostilidad, muchas actividades sociales y culturales se ven interrumpidas total o parcialmente, el movimiento psicoanalítico internacional no es la excepción, aunque de alguna u otra forma pudo sostenerse.

La situación comienza a estabilizarse y Freud retoma su trabajo de investigación y atención de pacientes. En el año de 1915 aparece *La Introducción al psicoanálisis* que fue una de sus obras más difundidas y traducidas, dos años después, en 1917, aparece el texto de *Lo ominoso*, y un año después una obra fundamental, *Más allá del principio del placer*.

Entre 1910 y 1920 Freud publicó numerosos trabajos tanto de carácter teórico, por ejemplo los ensayos agrupados bajo el nombre de *metapsicología*, como clínicos, sus célebres *historiales clínicos*, que recogen la narración de cinco casos y sus correspondientes tratamientos (aunque uno de ellos es en realidad el análisis de un caso de psicosis a partir del relato autobiográfico por el interesado). (Tubert, 2006, p. 37)

En el año de 1923, Freud sufre el primer anuncio de su enfermedad, y se debe enfrentar a la extirpación de un tumor cancerígeno en la mandíbula y el paladar, la primera de muchas intervenciones que mermarían su salud, sin embargo, ello no interrumpió su trabajo.

Ya en el año de 1938 con el estallido de la segunda guerra mundial, Freud debe abandonar Viena y trasladarse a Londres, en donde apenas vivirá poco más

de un año, debido a las nuevas recaídas del cáncer, por increíble que parezca dada su condición precaria de salud, termina de escribir en ese mismo año, su libro *Moisés y la religión monoteísta*. Tiempo atrás ya había convenido con su médico de cabecera, que lo ayudaría cuando ya no pudiera soportar más, y a petición expresa de Freud, su médico le administró una dosis de morfina más alta que aceleró su muerte, el 23 de septiembre de 1939.

CAPITULO 3 ALGUNOS CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL PSICOANÁLISIS

3.1 Psicoanálisis: una ruptura epistemológica

El Psicoanálisis desde su nacimiento y durante su desarrollo, se ha sostenido sobre la base de un espacio clínico, teórico y de investigación, estos tres campos, a los que podemos llamar “pilares psicoanalíticos”, han fundamentado su avance y progreso. Podemos ubicar a la clínica como un componente primario y fundamental, en la estructura que conforma junto a la investigación y la teoría.

Desde la perspectiva de estos “pilares”, el Psicoanálisis es un método de investigación sobre los procesos inconscientes que se muestran inaccesibles de otro modo; también opera como un método terapéutico de las neurosis. Así, a través de estos “pilares psicoanalíticos” se va conformando un cuerpo de conocimientos, teoría que posibilita la constitución y desarrollo de una disciplina.

Psicoanálisis es el nombre: 1) de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2) de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3) de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica. (Freud, 2008. p. 231)

Lo inédito en la obra de Freud, es decir, lo inconsciente, le lleva a la necesidad de inventar un dispositivo terapéutico que le permita desarrollar, un método de investigación de la subjetividad humana, ese método es justamente el de la asociación libre. Pero debemos aclarar que esta investigación, no pudo haber avanzado mucho, sino a partir de investirle de una estructura epistemológica. Esa estructura que conjunta el espacio clínico, la investigación, y la teoría, es nombrada por Freud como metapsicología.

Por lo demás – dice en un paréntesis en marzo de 1898 – tienes que decirme seriamente si puedo ponerle a mi psicología el nombre de Metapsicología. Momento de duda larvada: ¿Ha nombrado bien lo que hace? Pero la palabra es adoptada, puesto que aparece una vez más al final del siglo: Está en adelante ligada a la identidad freudiana. (Assoun, 2008, p.121)

Al interior del dispositivo clínico dentro del Psicoanálisis, se produce un inédito en cuanto al proceso de investigación, justamente la ruptura epistemológica que se presenta es la siguiente: la pregunta sobre el “ser”, no es formulada por el supuesto investigador, en este caso el analista, sino por quien en principio ocuparía el lugar del investigado, es decir el analizante o paciente, él es quien plantea el problema en sí; el analista, por su parte, tiene el deseo de analizar para que al analizante, a través de su palabra, se le puedan manifestar o revelar los rasgos fundamentales que han caracterizado a su historia.

Un analista tendrá la función, no de dirigirse o conducirse en el espacio clínico de acuerdo a una estrategia previamente diseñada, o siguiendo estrictamente una base conceptual, sino en función de mantenerla en los límites que marca la palabra del analizante, que no son otros que los de la verdad inconsciente, el inédito al que apunta el tratamiento psicoanalítico. “El psicoanalista no es un confesor, tampoco un amigo, ni un juez, su función no es ni perdonar ni comprender, sino la de presentarse como una pantalla sobre la cual el sujeto en análisis proyecta sus conflictos para poder reconocerlos y subjetivarlos”. (Vacarezza, 2011, p. 56)

El método de investigación del inconsciente es un tema recurrente en toda la elaboración freudiana, siendo descrito de manera clara en 1900 en *La interpretación de los sueños*. En ese lugar se establece que el sueño es la vía regia del inconsciente y Freud propone descifrarlo elemento por elemento tal y como está escrito, tal y como es dicho; así, investigar sobre una formación del inconsciente es leer, descifrar lo que se inscribió en la historia subjetiva del soñante. El sujeto en análisis investiga sobre su historia subjetiva y lo que encuentra le reporta un nuevo saber.

La metapsicología constituye un intento de anudar los tres elementos fundamentales para Freud, la investigación, la clínica, la teoría y además su evidencia. Es decir, por medio de esta construcción, que opera como núcleo de la elaboración freudiana, la teoría psicoanalítica se va construyendo a partir de una

práctica clínica; en este sentido, la metapsicología permite introducir la posibilidad de realizar investigación durante el desarrollo mismo del Psicoanálisis.

Metapsicología es la parte de la doctrina freudiana que se presenta destinada a aclarar la experiencia sobre la base de principios generales, constituidos a menudo como hipótesis necesarias antes que como sistematizaciones basadas en observaciones empíricas. Si la obra de Freud le otorga el lugar más grande al abordaje clínico, si partió de la cura, y especialmente de la cura de las histéricas, sin embargo, pronto llega a la idea de que es absolutamente indispensable elaborar cierto número de hipótesis, de conceptos fundamentales, de principios sin los cuales la realidad clínica permanecería incomprensible... Por otra parte, Freud tenía el proyecto, que sólo realizó parcialmente, de dedicar a la Metapsicología una obra importante. En este conjunto de artículos indica que se puede hablar de Metapsicología cada vez que se logra describir un proceso en el triple registro: dinámico, tópico y económico. (Chemama, 2002, pp. 425 - 426)

Para hablar del Psicoanálisis en términos de un nuevo campo epistemológico, es necesario señalar que se encuentra sustentado en un núcleo estructural, lo que le da carácter de nuevo paradigma, siendo su punto de partida y distinción. Por la propuesta de Assoun, podemos distinguir que la metapsicología es un núcleo teórico del Psicoanálisis, así, la metapsicología es para el Psicoanálisis, un elemento de distinción y estructura teórica.

“Por tanto, el orden que nos indica Freud para la metapsicología es: 1) tópica, 2) dinámica, 3) económica. Ese es el orden de exposición, pero desprendida según el contexto más arriba, del orden de la investigación. Orden de las razones tanto como orden de las materias, ósea: 1) teoría de los lugares, 2) teoría de las fuerzas y, 3) teoría de la energía”. (Assoun, 2008, p. 98)

Tomando a la Epistemología en el sentido de una teoría del conocimiento, en Psicoanálisis, esta teoría implica un descentramiento de la conciencia, una dispersión y una serie de elementos que le caracterizan, y establecen diferencias con respecto a las otras teorías del conocimiento.

La Metapsicología freudiana es lo que constituye, de hecho, una introducción a la epistemología freudiana, la estructura de la Metapsicología es lo que debe dictar el orden de su genealogía. Ahora bien, en un texto fundamental, Freud nos indica esa estructura. Se trata del pasaje del Ensayo Metapsicológico sobre el Inconsciente, donde enuncia: “Propongo hablar de presentación metapsicológica cuando logramos describir un proceso psíquico desde los puntos de vista dinámico, tópico y económico”. He aquí enumeradas las dimensiones constitutivas del corpus metapsicológico. Se trata de relaciones, ósea de puntos de vista sobre un solo y mismo objeto, que es el proceso psíquico (inconsciente). (Assoun, 2008, p. 97)

Podemos decir entonces que el nacimiento del Psicoanálisis implica, entre muchas otras cosas, esencialmente el nacimiento de un nuevo campo epistemológico es sin lugar a dudas, una inédita forma de acercarse al conocimiento de la subjetividad.

3.2 Lo inconsciente

Es común que en el lenguaje cotidiano se haga uso de la palabra inconsciente, de hecho, si se pone atención en la forma como se expresan normalmente las personas, se pueden encontrar claras referencias al concepto de inconsciente. En efecto se expresan cosas como: “cuando manejaba era inconsciente, por eso choque con el carro”, o bien, el ejemplo de aquella madre que dice a su hijo: “eres un inconsciente, no te fijas, tiraste el florero”.

Con los anteriores ejemplos se hace clara alusión a que la persona no se da cuenta de lo que hace, es irresponsable o descuidada, y asimismo en el plano social o cultural, el uso del término inconsciente también puede ser pensado como un reproche, y lo que se reprocha al sujeto que se tacha de inconsciente, es que no ha sido capaz de entender y percibir la consecuencia de sus acciones; como nos han enseñado ningún acto es sin consecuencias, pero aquel sujeto inconsciente no las tiene en cuenta.

Desde la Lingüística también se puede abordar el concepto de lo inconsciente, al pensar por ejemplo que las palabras, no sólo poseen un significado más o menos definido sino que, además, se encuentran impregnadas de un sentido que en ocasiones escapa de lo que el propio hablante quiere decir, aquellos equívocos que se escapan de su conciencia, “eso que dice sin saber y que lo sorprende (el lapsus) es lo que da sentido, lo que significa algo para el que habla en un análisis” (Vaccarezza, 2011, p. 56)

Del mismo modo para la Filosofía lo inconsciente para nada le es ajeno, ya que antes que el Psicoanálisis, es la Filosofía quien aborda el concepto, de una manera cercana o similar a la de la Psicología, que se puede entender como una

esfera psíquica especial en donde convergen tendencias, motivos o deseos que no son accesibles a la conciencia.

De acuerdo con Schopenhauer (2005), nuestra parte consciente es enteramente fragmentaria y que solo una parte ridícula de nuestro ser cae bajo nuestra consciencia, y que ese resto que se escapa o del que no tenemos noticia, existe en el trasfondo de lo inconsciente, y posiblemente sea la parte más peculiar de nuestro ser.

Ahora bien, es a partir del Psicoanálisis, que la noción de inconsciente rompe con la idea de un sujeto pleno de conciencia o autoconsciente, dueño de sus actos y de su voluntad.

A) El adjetivo inconsciente se utiliza en ocasiones para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia, y esto es un sentido “descriptivo” y no “tópico”, es decir, sin efectuar una discriminación entre los contenidos de los sistemas preconsciente e inconsciente.

B) En sentido tópico, la palabra inconsciente designa uno de los sistemas definidos por Freud dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente - consciente por la acción de la represión. (Represión originaria y represión con posterioridad). (Laplanche-Pontalis, 2016, p. 35)

Es el psicoanálisis quien se encarga de impregnarle una significación radicalmente original, situando a lo inconsciente como el fundamento de una nueva concepción del ser humano. Para mostrar la magnitud del concepto, dejemos que Freud nos hable entorno a su radicalidad:

En el curso de los tiempos, la humanidad ha debido soportar por parte de la ciencia dos graves afrentas a su ingenuo amor propio. La primera, cuando se enteró de que nuestra tierra no era el centro del universo, sino una ínfima partícula dentro de un sistema cósmico apenas imaginable en su grandeza. Para nosotros esa afrenta se asocia al nombre de Copérnico, aunque ya la ciencia alejandrina había proclamado algo semejante. La segunda, cuando la investigación biológica redujo a la nada el supuesto privilegio que se había conferido al hombre en la creación, demostrando que venía del reino animal y poseía una inderogable naturaleza animal. Esta subversión se ha consumado en nuestros días bajo la influencia de Darwin, Wallace y sus predecesores, no sin la más encarnizada renuencia de los contemporáneos. Una tercera y más sensible afrenta, empero, está destinada a experimentar hoy la manía humana de grandeza por obra de la investigación psicológica; está pretende demostrarle al yo que ni siquiera es el amo de su propia casa, sino que depende de unas mezquinas noticias sobre lo que ocurre inconscientemente en su alma. (Freud, 2008, p. 260)

Es así que el inconsciente se puede considerar como la base de la teoría psicoanalítica, y el método psicoanalítico de la asociación libre, parte de una hipótesis fundamental: la existencia de procesos psíquicos inconscientes. La aplicación de este método a los síntomas, los sueños y los actos fallidos, es decir, las formaciones del inconsciente, nos confirman dicha hipótesis, ya que el trabajo clínico nos demuestra que cada una de estas tres instancias o productos psíquicos, tienen un significado y un motivo desconocidos para la conciencia del sujeto que los vive, es decir, están determinados por fuerzas inconscientes.

El concepto de lo inconsciente, constituye un pilar fundante y fundamental para la teoría y práctica psicoanalíticas, y al mismo tiempo por el tratamiento inédito que Freud propone para este, históricamente es considerado como un descubrimiento original.

Antes del Psicoanálisis, se creía en la total correspondencia o equivalencia entre el psiquismo y la conciencia, y se consideraba que el único objeto de la Psicología era dicha conciencia.

Como se señaló en el inicio del presente capítulo, el nacimiento del Psicoanálisis es una ruptura epistemológica, ya que rompe con el binomio sujeto - objeto de estudio, implica el nacimiento de un nuevo campo epistemológico, una inédita forma de acercarse al conocimiento de lo humano. Se convierte así en una nueva ciencia, ya que reúne dos elementos básicos para ello: un nuevo objeto para el estudio, (el inconsciente) y un método apropiado para llevarlo a cabo (la asociación libre).

3.3 Las formaciones del inconsciente

Como se ha mencionado en el precedente tema, el concepto de inconsciente como el Psicoanálisis lo plantea, rompe con la idea de un sujeto dueño de sus actos y de su voluntad. Si bien lo inconsciente es por definición el conjunto de representaciones que no pueden acceder a la conciencia, el concepto no es meramente descriptivo, ya que no corresponde solo a una cualidad de nuestros

procesos psíquicos, sino también a un modo de funcionamiento mental, es decir, que produce efectos apreciables en nuestra vida.

Las formaciones del inconsciente comprenden los síntomas neuróticos, el sueño, los lapsus y los actos fallidos. Es el Psicoanálisis quien, desde una postura científica, toma como objeto de estudio a estas formaciones del inconsciente, y gracias al trabajo clínico con los pacientes, propone que estas formaciones tienen una estructura y un sentido para quien las vive.

La denominación teórica de “formaciones del inconsciente”, es acuñada por Jacques Lacan, quien con su viraje teórico funda un momento reestructurante para la teoría psicoanalítica, ya que pone el acento en el lenguaje. “Y también el sujeto, si puede parecer siervo del lenguaje, lo es más aún de un discurso en el movimiento universal del cual su lugar está ya inscrito en el momento de su nacimiento, aunque solo fuese bajo la forma de su nombre propio”. (Lacan, 2009, p. 463)

Otorgar el justo valor a la palabra del paciente es lo más importante, los sueños, los lapsus, las ocurrencias, solo son interpretables sobre el texto de lo que se dice a través de la palabra del propio paciente. “E incluso ¿Como un psicoanalista no se sentiría llegado a eso, a tocar la palabra, cuando su experiencia recibe de ella su instrumento, su marco, su material, y hasta el ruido de fondo de sus incertidumbres?” (Lacan, 2009, p. 462).

Las postulaciones teóricas de Jacques Lacan parten de la obra de Freud, la escuela de Lacan es freudiana aunque parezca paradójico. Los testimonios aportados por Freud de la existencia del inconsciente, de los sueños, de los lapsus, de los síntomas, solo son interpretables a partir del texto que el paciente enuncia. Este es un punto patente en las obras que Freud ha escrito en torno a lo inconsciente y, constituyen el punto de partida de su pensamiento.

Seguramente por lo anterior y por más razones teóricas, Lacan nos propone su famoso “retorno a Freud”, como un llamado a volver la vista a lo fundante y a lo constitutivo, a pensar y repensar aquella “talking cure” de Anna O., momento

fundante para la clínica. Lacan regresa a los postulados freudianos a partir de su experiencia clínica, con su viraje teórico lingüístico, si se le puede decir así, nos lleva a una serie de innovaciones en la teoría psicoanalítica, que tratan de abordar varios elementos que en la teoría de Freud quedaron es un estatus “superficial”, o bien, fueron abordados someramente.

Una de las aportaciones claves de ese viraje lingüístico, es la supremacía del significante, término de significante tomado de la Lingüística de Saussure, significante que da sentido en su relación con otro significante, y que además representa al sujeto y lo determina. “Del mismo modo, no hay sentido, salvo metafórico, al no surgir el sentido sino en la sustitución de un significante por otro significante en la cadena simbólica.” (Lacan, 2007, p. 15).

En el trabajo clínico se debe prestar oído a aquellas cosas indecibles, lo que el paciente no se ha atrevido a decir por miedo, impotencia, imposibilidad, o por cualquier otra cosa; la asociación libre, es decir, invitar al paciente a que diga lo que quiera, es invitarlo a elaborar un texto, una historia que enuncia el paciente y que en sus palabras hallamos los indicios de su deseo. “Quise mostrarles que no hay objeto, salvo metonímico, siendo el objeto del deseo el objeto del deseo del Otro, y el deseo siempre deseo de otra cosa. (Lacan, 2007, p. 15).

3.3.1 Sueño y escritura: un texto en imágenes

En franca oposición a las concepciones científicas de su tiempo, que consideraban a los sueños como productos sin valor alguno, propios de la desorganización de la actividad cerebral durante el reposo, Freud, recuperando la antigua tradición interpretativa desde una perspectiva científica, afirma que los sueños pueden ser descifrados, es decir, que poseen un sentido.

Pero he aquí lo esencial de ese procedimiento: el trabajo de interpretación no se dirige a la totalidad del sueño, sino a cada uno de sus fragmentos por sí, como si el sueño fuera un conglomerado cada uno de cuyos bloques constitutivos reclamase una destinación particular. Sin duda fueron los sueños sin concierto y confusos los que movieron a crear el método del descifrado. (Freud, 2008, p. 120)

La interpretación de los sueños es sin duda una obra fundamental para el Psicoanálisis, es ir al texto que constituye la validación del concepto de lo inconsciente, ya que Freud al probar y formalizar la teoría y el método de la interpretación de los sueños, traza una base para pensar al sueño como una escritura o texto que posee un sentido, y por consiguiente susceptible de interpretarse.

Mi premisa de que los sueños son interpretables entra en contradicción con la doctrina prevaleciente sobre el sueño, pues “interpretar un sueño” significa indicar su “sentido”, sustituirlo por algo que se inserte como eslabón de pleno derecho, con igual título que los demás, en el encadenamiento de nuestras acciones anímicas. (Freud, 2008, p. 118)

De este modo, Freud propone que los sueños pueden ser considerados como escritura en imágenes. Es decir, el carácter visual del sueño que todos **conocemos**, nos presenta escenas cuyas imágenes no valen por sí mismas sino por ser las letras de una escritura. Por lo tanto, analizar un sueño, es un trabajo de lectura, un enigma por descifrar.

Existe un gran ejemplo que permite mostrar la relación cercana entre escritura y Psicoanálisis, ya que la interpretación de este sueño (realizada por Artemidoro Daldiano) está basada en un juego de palabras, un fragmento de una nota al pie de página que Freud escribe en el capítulo II de la Interpretación de los sueños. Dice Freud allí:

El más bello ejemplo de interpretación de sueños que nos ha legado la antigüedad se basa en un juego de palabras. Artemidoro cuenta (libro IV, cap. 24): Paréceme, empero, que también Aristandro dio a Alejandro de Macedonia, una feliz interpretación cuando éste habiendo rodeado y puesto sitio a Tiro, y sintiéndose disgustado y decepcionado por el tiempo que duraba, soñó que veía a un sátiro danzar sobre un escudo; Aristandro se encontraba, casualmente, próximo a Tiro, en el séquito del monarca que guerreaba en Siria. Descomponiendo la palabra “sátiro” en sa y Turoz, hizo que el rey redoblara su empeño de sitiar la ciudad y adueñarse de ella. (sa Turoz = Tuya es Tiro). (Freud, 2008. p. 120)

Este ejemplo de interpretación de un sueño, puede **mostramos** en alguna proporción como puede operar el método del descifrado, una descomposición de elementos en el discurso, muestra también que el sueño puede ser tomado como una escritura, incluso siguiendo un orden clínico, podríamos comparar este episodio o pasaje con una sesión de análisis, por el modo en que se trabaja sobre el texto, encontrar otro sentido en la palabra del paciente, y la posibilidad de sacar al sujeto,

del lugar en el que estaba retenido, su indecisión de afrontar la batalla, (en Alejandro de Macedonia) que le provocaba disgusto y decepción.

Si **pensamos** igual que Freud que el sueño es un texto en imágenes, se puede pensar lo mismo para las demás formaciones del inconsciente, es decir, toda producción del inconsciente podría considerarse como un texto, como una escritura.

Así podemos pensar que las formaciones del inconsciente están “hablando”, ¿Pero de que nos hablan? Evidentemente de la historia del paciente, de su angustia y de sus miedos, de todo aquello que por imposibilidad o impotencia no se ha atrevido a decir ¿Quién trabaja con estas producciones psíquicas? Justamente el psicoanalista, a quien se le piden varias cosas, de entrada, se le supone un saber sobre lo que nos pasa, (sujeto supuesto saber), y sin advertirlo, se le pide que dé respuestas sobre la verdad del sujeto, y más radical aún, se le supone saber descifrar esa escritura que porta nuestro decir.

La interpretación es el resultado de tal lectura, pero lectura que está basada estrictamente en el decir del paciente, a partir de la interpretación habrá de surgir otro saber pleno de sentido, que signifique algo para quien lo dice, y sobre todo que le permita al sujeto pasar a otra cosa, moverse de ese lugar que lo tiene retenido y en sufrimiento.

3.3.2 El síntoma

En el trabajo clínico que Freud sostiene con sus primeras pacientes histéricas, hace un planteamiento fundamental: “Las histéricas no están mintiendo o inventándose una enfermedad”, sino que están hablando de su sufrimiento, hablando de su verdad subjetiva, es Freud quien reconoce el justo valor a su palabra, y tiene el enorme acierto de prestar oído a su discurso.

Es así que Freud pudo establecer los síntomas histéricos, a los que llegó a considerar como modelo de los demás síntomas neuróticos, al creer en las historias de sus pacientes histéricas, Freud entiende y plantea que los síntomas (al igual que las demás formaciones del inconsciente) tienen un sentido, y este deriva de la

historia del propio paciente, en la medida en que han formado parte de escenas (reales o fantaseadas) a las que pasan a simbolizar.

Para S. Freud (1892), el síntoma toma un sentido radicalmente nuevo a partir del momento en el que puede plantear que el síntoma de conversión histérico, que la mayoría consideraba una simulación, es de hecho una pantomima del deseo inconsciente, una expresión de lo reprimido. Concebido al principio como la conmemoración de un trauma, el síntoma se definirá más justamente en lo sucesivo como la expresión de un cumplimiento de deseo y la realización de un fantasma inconsciente que sirve al cumplimiento de ese deseo. (Chemama, 2002, p. 413).

Podemos afirmar que los síntomas son el conjunto de aquellas vivencias o escenas asociadas a la historia del paciente que no pudieron simbolizarse, siguiendo el concepto de conversión propuesto por Freud, un síntoma es todo aquello que no pudo apalabrarse y se manifiesta en el cuerpo; eso que no pudo ponerse en palabras es reprimido y por consiguiente se vuelve inaccesible a la conciencia, y es este movimiento lo que hace al síntoma patógeno, la falta de la simbolización, es decir, que ese material psíquico no paso por el tamiz de la palabra.

“En suma, los síntomas se constituyen como tales en la medida en que las representaciones de carácter sexual, asociadas a las escenas de la infancia, son reprimidas y devienen inaccesibles a la conciencia, es decir, no pueden ser representadas mediante palabras, no pueden ser pensadas. Es esto lo que las torna patógenas, puesto que lo reprimido no deja de influir en la vida psíquica y conserva la fuerza de intentar lograr su expresión”. (Tubert, 2006, p. 54)

Por otra parte, en un sentido clínico, el síntoma puede ser la causa por la cual una persona busque un tratamiento terapéutico en cualquier momento de su vida. Es evidente que existen sujetos que pueden convivir con sus síntomas en lo cotidiano, pero en el momento en que un síntoma se vive como algo imposible de sobrellevar, es cuando se busca ayuda. Realmente el síntoma puede tornarse en un sufrimiento imposible de soportar, y además eludir los reales intentos por parte del sujeto, para escapar de ellos.

3.3.3 Los actos fallidos

Mediante su libro *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud expande sus descubrimientos acerca de los sueños y los síntomas, y los lleva a los actos presentes en la vida de cualquier persona, es decir, avanza en su planteamiento

sobre el determinismo psíquico y la interpretación; al igual que los sueños, los actos fallidos cumplen una función y poseen un sentido para la persona que los experimenta.

En *Psicopatología de la vida cotidiana*, Freud nos acerca a los actos fallidos en una forma digerible, ya que al escribirla evitó casi por completo el uso de tecnicismos e incluyó decenas de anécdotas propias y ajenas. Nos presenta de una manera sencilla y sistemática, las causas y los mecanismos que explican fenómenos tan comunes como los lapsus (caída en latín) y las equivocaciones.

Escogeremos ciertos fenómenos que son muy frecuentes, harto conocidos y muy poco apreciados, y que nada tienen que ver con enfermedades puesto que pueden observarse en cualquier persona sana. Son las llamadas operaciones fallidas del hombre, como cuando alguien quiere decir algo y dice en cambio otra palabra, el *desliz verbal* (Versprechen = trastrabarse), o le ocurre lo mismo escribiendo, sea que pueda reparar en ello o no. O cuando alguien en la publicación impresa o en el manuscrito de otro, lee algo diverso de lo que ahí se dice, el *desliz en la lectura* (Verlesen); lo mismo si oye falsamente algo que se le dice, el *desliz auditivo* (Verhören), desde luego sin que exista para ello una afección orgánica de su capacidad auditiva. (Freud, 2008, p. 22)

De igual forma, los descuidos, los olvidos o el extravío de objetos, constituyen en apariencia, errores sin importancia a los que no suele prestarse atención, dada su insignificancia y ausencia de voluntad o intención; Freud desacredita por completo tal afirmación y se propone la tarea de explicar su significado desde un punto de vista psicológico. Contrariamente a lo que suele creerse, tales equívocos no son resultado del azar, sino que obedecen a una causalidad psíquica y además, nos revelan un deseo inconsciente del cual el sujeto no quiere saber nada.

Veamos en el siguiente ejemplo mencionado por Freud, de aquel empleado que durante una ceremonia oficial levanta su copa para brindar por su superior. “Los invito a eructar por (aufzustossen) la salud de nuestro jefe, en vez de “brindar por” (anzustossen)” (Freud, 2008, p. 58). Podemos inferir por este lapsus que aquel empleado no sentía realmente gran simpatía por su jefe, y podemos ver la importancia de este cambio “involuntario” entre las palabras alemanas “aufzustossen” (eructar) y “anzustossen” (brindar), reside en que constituye una expresión del desprecio inconsciente que experimentaba el sujeto por su superior.

Del mismo modo también menciona el caso del presidente del parlamento: “Hay ejemplos históricos de este tipo: Un presidente de nuestra cámara de diputados, abrió una vez la sesión con las siguientes palabras: Compruebo la presencia en el recinto, de un número suficiente de señores diputados, y por tanto declaro cerrada la sesión”. (Freud, 2008, p. 30). El sujeto dice así lo contrario de lo que quería decir, poniendo de manifiesto su real deseo de levantar la sesión, seguramente por ya no poder soportar un discurso más de otro compañero diputado.

Tanto en el ejemplo anterior, como en el presente, es claro que se pone de manifiesto un deseo inconsciente por llevar a cabo la real intención que el sujeto tiene, para el caso del empleado que propone el brindis, manifestar su desprecio o descuerdo para con su jefe, en el caso del presidente de la cámara, expresar que ya no puede más con otro discurso.

Del mismo modo que en el sueño, los lapsus tienen un sentido, y el resultado es que el sujeto dice algo “que no quería decir”, o no sabe lo que dice, esa palabra que emerge pone de manifiesto su deseo inconsciente, deseo que no coincide con lo que se espera socialmente de nosotros. Para el Psicoanálisis no hay nada en nuestra palabra ni en nuestros actos, que se produzcan en forma azarosa, sino por el contrario, opera en la subjetividad un determinismo psíquico, en resumen, los actos fallidos tienen siempre un sentido y este se refiere a un deseo inconsciente, que vence a la represión y reaparece en la palabra, o como lo asevera el propio Lacan, en una de sus reflexiones en torno al inconsciente: “un Otro habla en mí”.

3.4 Sexualidad infantil

Las postulaciones y apartados teóricos de Freud con respecto a la sexualidad, realmente causaron una ruptura epistemológica con la sexología, como ciencia natural del comportamiento sexual, al separar la sexualidad de su exclusiva base biológica y genital, para dar paso a su estudio desde una postura subjetiva y social. “El psicoanálisis no se ocupa del sexo como diferencia anatómica, sino de la

sexualidad como construcción psíquica, como posición del sujeto con respecto al deseo". (Tubert, 2006, p. 92)

En su obra *Tres ensayos de teoría sexual*, Freud reflexiona sobre la importancia que la vida sexual tiene en el desarrollo del individuo, pero ya desde los primeros años de vida, es decir, Freud plantea que la sexualidad está presente en el sujeto mucho antes de la pubertad o la adolescencia, y con ello declara la sexualidad infantil. A partir de esta afirmación, sus teorías sobre la sexualidad tendrán una extraordinaria influencia en la cultura general y por supuesto en la Psicología.

Forma parte de la opinión popular acerca de la pulsión sexual la afirmación de que ella falta en la infancia y solo despierta en el periodo de la vida llamado pubertad. No es este un error cualquiera: tiene graves consecuencias, pues es el principal culpable de nuestra presente ignorancia acerca de las bases de la vida sexual. Un estudio a fondo de las manifestaciones sexuales de la infancia nos revelaría probablemente los rasgos esenciales de la pulsión sexual, dejaría traslucir su desarrollo y mostraría que está compuesta por diversas fuentes. (Freud, 2008, p. 157)

Con el estudio de la evolución de la sexualidad infantil, Freud modifica radicalmente las nociones aceptadas hasta entonces de la sexualidad en general. Las varias historias de sus pacientes entrelazadas a la vida sexual en general, conducen a Freud a pensar que las neurosis tienen una raíz sexual.

En ese mismo sentido, descubre también que la excitación de ciertas partes del cuerpo no propiamente genitales, ofrecen satisfacción sexual, a estos puntos excitables del cuerpo Freud los llamó zonas erógenas. "Toda región del revestimiento cutáneo-mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. De un modo más específico, ciertas regiones que son funcionalmente el asiento de tal excitación; zona oral, anal, uretro-genital, pezón". (Laplanche-Pontalis, 2016, p. 35)

Con las aportaciones del Psicoanálisis se pone de manifiesto que la sexualidad no despierta en el momento de la pubertad, ni se dirige natural y

necesariamente a la procreación, sino que existe un impulso sexual que tiende a satisfacerse desde la más temprana edad y cuyo único fin es el placer.

La primera manifestación de la sexualidad infantil es el placer de chupar, donde se configura una zona privilegiada, la boca y los labios, a lo que puede considerarse como la primera zona erógena. El niño se alimenta a través de la boca y esta función genera en él el placer de la succión, que posteriormente se hará independiente de los alimentos.

Es claro además, que la acción del niño chupeteador se rige por la búsqueda de un placer, ya vivenciado y ahora recordado. Así, en el caso más simple, la satisfacción se obtiene mamando rítmicamente un sector de la piel o de mucosa. Es fácil colegir también las ocasiones que brindaron al niño las primeras experiencias de ese placer que ahora aspira a renovar. Su primera actividad, la más importante para su vida, el mamar del pecho materno (o de sus subrogados), no pudo menos que familiarizarlo con ese placer. Diríamos que los labios del niño se convierten en una zona erógena, y la estimulación por el cálido aflujo de leche fue la causa de la sensación placentera. (Freud, 2008, p. 164)

La búsqueda de ese placer de chupar se reafirma en la posibilidad de satisfacerse, a partir del propio cuerpo, sin necesidad de entrar en contacto con otro cuerpo humano, y utilizando meros objetos de apoyo como el chupón o la mano. Esta posibilidad de autosatisfacción constituye, lo que Freud ha llamado autoerotismo infantil.

Tenemos la obligación de considerar más afondo este ejemplo. Destacamos, como el carácter más llamativo de esta práctica sexual, el hecho de que la pulsión no está dirigida a otra persona: está en el cuerpo propio, es autoerótica, para decirlo con una feliz designación introducida por Havelock Ellis (1898). (Freud, 2008, p. 164)

Posteriormente y sin que la boca pierda su capacidad erógena, el niño va descubriendo otras zonas de este tipo, como el ano y los genitales. Cada una de estas zonas erógenas representa en el terreno sexual una organización psíquica más amplia, que abarca toda una etapa de la evolución de los afectos en el niño y que determinan sus relaciones con las personas que lo rodean.

3.5 El complejo de Edipo

Uno de los pilares de la teoría psicoanalítica, es el complejo de Edipo, y constituye un paso fundamental en el desarrollo de la afectividad del niño. El propio

Freud en su *Autoanálisis*, trabajo y estudio sus propios deseos infantiles, y del mismo modo, encontró en su trabajo clínico evidencias que le mostraban que durante la infancia, aparecían sentimientos amorosos y hostiles del niño hacia sus padres, y encontró así el amor por la madre (o el padre) y los celos contra el padre (o la madre), y que constituyen un fenómeno general de la temprana infancia.

S. Freud registró muy tempranamente las manifestaciones del complejo de Edipo y midió su importancia en la vida del niño así como en el inconsciente del adulto. <He encontrado en mí, como en todas partes (escribe a W. Fliess), sentimientos de amor hacia mi madre y celos hacia mi padre, sentimientos, que pienso, son comunes a todos los niños pequeños>. Luego escribirá: <Esto es tan fácil de establecer que ha sido verdaderamente necesario un gran esfuerzo para no reconocerlo. Todo individuo ha conocido esta fase pero la ha reprimido>. (Chemama, 2002, p. 119)

En términos generales el complejo de Edipo, gira en torno al amor que siente el sujeto por uno de los padres y el odio que experimenta por el otro; pero esta formulación no se debe tomar como acabada y completamente literal.

Por simplificación se reduce el complejo de Edipo del varón a la actitud ambivalente hacia el padre y la tendencia solamente tierna hacia la madre: solo se trata de la parte positiva del complejo. Una investigación más acabada lo descubre casi siempre en su forma completa, positiva y negativa, adoptando el varón simultáneamente la posición femenina tierna hacia el padre y la posición correspondiente de hostilidad celosa respecto de la madre. Esta doble polaridad se debe a la bisexualidad originaria de todo ser humano. (Chemama, 2002 p. 120)

Antes de seguir con el acercamiento teórico en torno al complejo de Edipo, a manera de antecedente y como una noción originaria, veamos por qué Freud toma la tragedia de Sófocles, para dar cuenta de lo que su experiencia personal y su labor clínica le dictaban.

Según la tragedia griega, el oráculo de Delfos, predijo a Layo, rey de Tebas, que su hijo Edipo lo mataría, y se casaría con su esposa. Para evitarlo, el rey ordeno matar a su descendiente. Sin embargo, el siervo al que se lo había mandado, no tuvo el corazón para hacerlo, y movido por la compasión decidió salvar al niño, y lo abandonó en el bosque, donde lo halló un pastor que lo entregó al rey de Corinto, quien decidió criarlo como si fuese su hijo.

Edipo creció sin conocer su auténtico origen. Un buen día, acusado por sus adversarios de ser un niño abandonado, decidió consultar al oráculo para averiguar

la verdad. Por desgracia sus palabras lo horrorizaron, ya que, al igual que se le reveló a Layo tiempo atrás, supo que acabaría con su padre y se casaría con su madre.

Edipo, desconcertado, abandona Corinto. Días después, se encontró con un extraño al que asesino tras una violenta discusión. Ignoraba que aquel viajero era Layo, rey de Tebas y su verdadero padre, al que nunca había conocido. Más adelante, Edipo tuvo que enfrentarse a la terrible Esfinge. El monstruo se había apostado en el camino que llevaba a Tebas y proponía a quien se acercase un acertijo. Si el viajero no lo respondía correctamente, moría devorado. Por fortuna, Edipo lo resolvió sin esfuerzo y derrotó a la criatura. Los tebanos, en señal de agradecimiento, le ofrecieron la corona y la mano de Yocasta, la viuda de Layo, quien había muerto de manera misteriosa.

La pareja tuvo cuatro hijos y pasaron una vida feliz, la armonía se quebró cuando, de improviso, una plaga acechó a la ciudad y se avisó al rey de que, para erradicarla, había que encontrar al asesino de Layo. La ciudad había quedado manchada por un crimen que se mantenía impune y los dioses estaban dispuestos a castigarla. Edipo consultó al adivino Tiresias para descubrir la identidad del asesino, para darle su merecido castigo y salvar la ciudad. Las pistas y los indicios lo conducen a un descubrimiento fatídico: sin saberlo había matado su padre, Layo, y se había casado con su madre, Yocasta, quien se suicidó, incapaz de soportar tal horror. Edipo, al conocer la verdad, se arranca los ojos porque no le han servido para ver la realidad y se exilia.

El mito de Edipo reflejaba claramente, lo que el mismo Freud había descubierto en sus deseos infantiles, y en el decir de sus pacientes, el mito de Edipo, en la teoría freudiana, se convirtió en el complejo de Edipo, como aquel conjunto de conflictos, sentimientos y angustias que conforman el determinado triángulo edípico.

Conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. En su forma llamada *positiva*, el complejo se presenta como en la historia de *Edipo Rey*: deseo de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto. En su forma *negativa*, se presenta a la inversa: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. De hecho, estas dos formas se

encuentran, en diferentes grados, en la forma llamada *completa* del complejo de Edipo. (Laplanche-Pontalis, 2016, p. 35)

Hacia los tres años y tras tomar conciencia de la diferencia sexual entre hombres y mujeres, los niños experimentan y afrontan este complejo, que constituye una estructuración en la personalidad y la sexualidad. El camino en el que el niño adquiere conciencia de la presencia del pene y la niña, de su ausencia, tiene un objetivo común para ambos: organizar la propia personalidad individual.

El primer objeto de amor de un niño es su madre, o quien cumpla la función materna.

“El niño esta fundamentalmente vinculado a la madre, en relación con el deseo de la madre, siendo este, el deseo de la madre, el primer significante que se inscribe en el sujeto. Como sujeto sujetado que se encarnará en el objeto de deseo de la madre”. (Vaccarezza, 2011, p. 17)

El bebé humano nace prematuro, no puede valerse por sí mismo y depende más y por más tiempo de los cuidados de otro sin los cuales moriría. Esto no sucede con los animales ya que pueden comer, caminar e incluso buscar alimento mucho antes que el humano. Esto coloca al bebé humano en dependencia absoluta de quien lo tiene a su cuidado.

El primer objeto erótico del niño es el pecho materno nutricio; el amor se engendra apuntado en la necesidad de nutrición satisfecha... Este primer objeto se contempla luego en la persona de la madre, quien no solo nutre, sino también cuida, y provoca en el niño tantas otras sensaciones corporales, así placenteras como displacenteras. En el cuidado del cuerpo ella deviene la primera seductora del niño. En estas dos relaciones arraiga la significatividad única de la madre, que es incomparable y se fija inmutable para toda la vida, como el primero y más intenso objeto de amor, como arquetipo de todos los vínculos posteriores de amor... en ambos sexos. (Freud, 2008, p. 188)

La madre (o quién cumpla la función materna) es quien interpreta las necesidades del niño; pone nombre a sus demandas. La relación entre madre e hijo es entonces fundamental y fundante. (Vaccarezza, 2011)

Se establece una relación muy particular entre el niño y la madre, donde la madre comienza a erotizar el cuerpo del niño. El deseo de la madre es el primer

significante que se inscribe en el sujeto (Vaccarezza, 2011). A esto Lacan lo denomina el primer tiempo del Edipo.

Primer tiempo que coincide con un momento igualmente estructurante de la personalidad, que Lacan denominó *el estadio del espejo*, en el cual tiene lugar la formación del yo (Je):

La cría del hombre, a una edad en la que se encuentra por poco tiempo, pero todavía un tiempo, superado en inteligencia instrumental por el chimpancé, reconoce ya sin embargo su imagen en el espejo como tal... Este acto, en efecto, lejos de agotarse, como en el mono, en el control, una vez adquirido, en la inanidad de la imagen, rebota enseguida en el niño en una serie de gestos en los que experimenta lúdicamente la relación de los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado... (Lacan, 2009, p. 99)

De ahí la importancia de esta primera relación madre e hijo. Es pues la relación y su posterior separación, mejor dicho, legislación, (ley paterna) lo que está en la base de la constitución subjetiva, a saber, el complejo de Edipo.

En un segundo tiempo, aparece la función del padre como aquel que es depositario del deseo de la madre. Es decir, el niño no satisface por completo a la madre. Para que esta función tenga lugar es necesario que la madre tenga un deseo más allá del hijo, un deseo tercero. (Vaccarezza, 2011) Aquí se instaura lo que Lacan denominó como el significante *Nombre del Padre*, como segundo significante que se inscribe, la instauración de este significante, es el punto nodal de la función paterna.

No es lo mismo decir, que ha de haber ahí una persona para sostener la autenticidad de la palabra, que decir que algo autoriza el texto de la ley. En efecto, a lo que autoriza el texto de la ley le basta con estar, por su parte en el nivel del significante. Es lo que yo llamo Nombre del Padre, es decir, el padre simbólico. Es un término que subsiste en el nivel del significante, que en el Otro, en cuanto sede de la ley, representa al Otro. Es el significante que apoya a la ley, que promulga la ley. (Lacan, 2007, p. 150)

La ley paterna se inscribe para separar a la madre del hijo, esta es justo la importancia de que el padre aparezca en escena, o como lo dice el maestro Guillermo Miatello, haciendo alusión al famoso dilema del huevo o la gallina, pero con un atinado juego de palabras: en la clínica psicoanalítica, ni el huevo ni la gallina, primero está el gallo.

En el tercer tiempo, tiene lugar el complejo de castración donde el menor se identifica sexualmente al progenitor del mismo sexo, la forma en la que el sujeto se posiciona ante esta ley, dará como resultado su constelación subjetiva, su estructura.

Es pues esta relación con la madre la que funda la subjetividad, no se trata de solo la satisfacción de necesidades sino de la introducción del niño, a través de Otro al campo de lo simbólico, Otro que a la vez desea otra cosa e introduce así al sujeto en la dialéctica del deseo y los avatares del campo de lo humano, del campo de la cultura.

CAPITULO 4 EL TRABAJO CLÍNICO Y SUS IMPLICACIONES

4.1 ¿Qué es el Psicoanálisis?

El Psicoanálisis tiene la particularidad de ser una práctica distinta a la de la Psicología y la Psiquiatría; es una práctica que implica una ética, una “ética del deseo”, así mismo es una “clínica de la escucha”, un dispositivo donde se pueda hacer lugar al silencio, para escuchar atentamente una historia única.

“Antes del Psicoanálisis no hubo más que la hipnosis o la neurología. Lo nuevo del Psicoanálisis es que genera una teoría analítica del discurso, con lo cual no solo lo que queda al margen del discurso se vuelve relevante, sino que lo relevante aparece en el discurso, no en forma de contenidos, no como lo dicho, pero como lo que está siendo indicado en el discurso. Esto permite postular el principio metodológico de que es la estructura de superficie la que indica el camino hacia lo inconsciente”. (Saettele, 2008, p. 142)

Pero la escucha que debe presentarse en el Psicoanálisis, no es una escucha que solo intente orientar, sino una escucha de la demanda del paciente, en donde se otorgue el justo valor a su palabra, diciendo todo aquello que por imposibilidad, pena o miedo, no se ha atrevido a decir, una apuesta por la palabra del paciente, en donde pueda acercarse con su deseo.

Se trata de una experiencia en la que el psicoanalista se sitúa en el lugar óptimo de la escucha, para permitir que durante el tratamiento se puedan producir efectos que den lugar a otro discurso, a un saber nuevo, que desde luego tenga un sentido para el propio sujeto que habla en un análisis.

Es evidente que cuando el sujeto habla, pide. La palabra es demanda, pero está demanda no traduce una necesidad inequívoca; apunta más bien a la respuesta imposible: el significante que pueda decir el ser y cerrar así la grieta subjetiva que el lenguaje abre. Es esta dimensión de la demanda la que introduce la exigencia del silencio del psicoanalista, un silencio que no debe entenderse tanto como una pose personal que se trata de adoptar, sino como el espacio que se trata de abrir: espacio del hueco del ser que la palabrería intenta ocultar, del vacío del deseo que la verborragia circundante procura llenar. El psicoanálisis pretende hacer lugar al silencio, más allá de lo que se dice, desde donde podrá surgir una palabra nueva, diferente, que no busque disimular lo indecible, sino que coloque al sujeto frente a él. (Gerber, 2008, p. 308)

Así pues, es completamente válido plantear una cura en el Psicoanálisis, porque los tratamientos no son eternos, la cura esta anudada a la palabra del paciente, por ello cada cura es única. La cura psicoanalítica, tiene un principio y un

final, se le ha denominado como “cura por la palabra”; aquel atinado nombre que le dio la paciente conocida como Anna O., y que paradójicamente no fue paciente de Freud, paciente cuya cura y sus avatares permitieron conocer la transferencia y descubrir el Psicoanálisis.

Hablando es como un sujeto puede descubrir su inconsciente, diciendo lo que no se ha propuesto decir como algo que se le escapa, que se le aparece como si se tratara de una equivocación que lo turba, que lo sorprende. Eso que dice sin saber y que lo sorprende – el lapsus - es lo que da sentido, lo que significa algo para el que habla en un análisis... no se trata de hablar por hablar, no se trata de una palabra vacía, sino que surja otra palabra plena de sentido, que signifique algo para quien la dice y que le permita recordar aquello que, por olvidado, por reprimido, es causa de sus síntomas y de su sufrimiento actual. (Vaccarezza, 2011, p. 56)

Para que ese nuevo saber pueda surgir, el analista debe dirigir la cura de modo que en ella se den acontecimientos que produzcan cambios en el discurso del paciente, para ello debe intervenir de diferentes formas: preguntando, guardando silencio, señalando, interpretando, etc. a fin de señalar o cuestionar lo dicho por el paciente.

Para que el trabajo clínico pueda llevarse a cabo, es necesario que se establezca entre paciente y analista un vínculo o lazo afectivo que se instaura de un modo involuntario, al que técnicamente se denomina “transferencia”. Éste es un concepto fundamental en Psicoanálisis, ya que es gracias y a pesar de la transferencia como un tratamiento puede funcionar.

El establecimiento de este lazo afectivo intenso es automático, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. Puede suceder que ciertas personas sean <ineptas> para la transferencia, pero si es así, no producen demanda de análisis, demanda que, en sí, implica de entrada una dimensión transferencial: el paciente se dirige a alguien al que supone un saber. (Chemama, 2002, p. 439)

El Psicoanálisis es una experiencia de la escucha, una “ética del deseo”, una inédita forma de conocimiento sobre la subjetividad, que es inaugurada por Freud; un espacio donde la persona se haga cargo de su problemática, que no cargue con sus problemas, sino que al contrario, se haga cargo de ellos, una apuesta por lo inconsciente, de aquel saber del que no sabemos, pero que sin embargo también

es, y da cuenta de la subjetividad, un giro definitivo y fundamental en la forma de acercarse al conocimiento de lo humano.

4.2 Entrada al tratamiento

Cuando una persona decide buscar ayuda en un espacio terapéutico, está demandando, está pidiendo, esa demanda implica la búsqueda de una respuesta que alivie, una respuesta que colme y que calme, y que diga o explique el porqué de alguna situación que lo lastima o lo atormenta. El sujeto en esta demanda supone que el psicoanalista tiene esa respuesta. A un psicoanalista se le piden varias cosas, entre ellas se le supone un saber sobre lo que nos pasa.

En cuanto hay, en algún lugar, el sujeto que se supone saber – que hoy abreviare en la parte alta de la pizarra con S.s.S. – hay transferencia. ¿Qué sentido tiene la organización de los psicoanalistas, con los certificados de capacitación que confiere? Pues, simplemente, que ella indica a quien puede uno dirigirse para que represente ese sujeto al que se supone saber. Ahora bien, es muy cierto y de todos sabido que ningún psicoanalista puede pretender representar, ni aun remotamente, un saber absoluto. Por ello, en cierto sentido, puede decirse que de haber alguien a quien dirigirse, ha de haber uno solo. Este uno solo fue, en vida, Freud. (Lacan, 2010, p. 240)

Así prácticamente sin advertirlo, se le pide al psicoanalista que nos diga la verdad sobre nuestro ser, y más aún, se le supone saber leer, saber descifrar aquello que porta nuestro decir; por otro lado el paciente, a quien se le invita a la regla fundamental, es decir, a que diga cualquier cosa, lo que se le ocurra, aunque lo considere nimio o sin importancia, no podrá sino decir, una versión estricta de una historia que le es pertinente. Y el analista sólo podrá ejercer su función en la medida en que su decir y su hacer no sea cualquiera, sino que esté rigurosamente cernido por la escucha de la historia que el paciente le dirige por su decir.

Y justamente continuando con aquello que demanda el paciente, aunado a ese supuesto saber, lo que se espera también del psicoanalista, es que desde luego escuche, que preste oído a nuestra historia, que lea un texto que se le somete, y que a partir de tal lectura, se pueda construir una nueva narrativa; el Psicoanálisis apuesta por ser un espacio que permita que durante el tratamiento, puedan producirse efectos que den lugar a otro discurso, a un saber nuevo, y a partir de

este saber nuevo, hacer algo distinto, posicionarse de otra forma con respecto a los síntomas, a los conflictos, para poder reconocerlos y saber qué hacer con ellos.

De ahí la razón de llamar al Psicoanálisis una “clínica de la escucha”, a diferencia de la medicina que es una “clínica de la vista” o de los signos, escuchar atentamente la historia del paciente que siempre está anudada a su cura, historia que en cada paciente es única y habla sobre la dimensión de su verdad.

4.3 Entrevistas preliminares

Podemos ubicar a las entrevistas preliminares como aquel tiempo que va desde que un sujeto se encuentra con su analista, hasta el momento mismo de entrada en análisis. ¿Por qué se les designa preliminares? Porque son previas al análisis propiamente dicho, más radical aún, las entrevistas preliminares son el requisito *sine qua non* para la entrada en análisis. ¿Cuál es entonces el lugar y la función de las entrevistas preliminares? De acuerdo con Lacan (2009), sin las entrevistas preliminares no hay entrada en análisis. Podemos decir entonces que en el comienzo, están las entrevistas.

Ahora bien, como ya lo **hemos** apuntado, es la transferencia un concepto clínico fundamental, ya que es gracias a ella como un análisis puede funcionar, justamente las entrevistas preliminares tienen como función, poner en marcha esa transferencia. “Por esta razón las entrevistas preliminares constituyen la modalidad técnica que pretende dar respuesta a una afirmación esencial: [...] en el comienzo del análisis está la transferencia”. (Gerber, 2008, p. 271)

Como lo **apuntábamos** con anterioridad, esa demanda con la que el paciente llega al consultorio, implica una respuesta que calme o alivie, esa demanda esta anudada al Sujeto supuesto Saber (S.s.S.), es decir, al analista, a quien el paciente dirigirá sus preguntas; en las entrevistas preliminares, se podrá establecer si se instaura una “verdadera demanda de análisis”, es decir, si la demanda del paciente realmente posibilitara un análisis.

¿Qué se entiende por demanda verdadera? Es la de aquel sujeto que, más allá de mostrar un síntoma y esperar una respuesta sobre él, supone que bajo ese síntoma hay un saber que se le escapa y que encontrará respuestas en el análisis; organizándose así la demanda de un S.s.S. (Sujeto supuesto Saber), al que colocará en el lugar de interprete, de descifrador del Otro a quien dirigirá sus preguntas. (Vaccarezza, 2011, p. 59)

El tiempo de las entrevistas preliminares, probablemente es el tiempo de mayor intervención directiva por parte del analista, de ninguna manera se trata de dar al paciente la respuesta que busca, sino más bien, que pueda formular aquellas preguntas que lo conduzcan a ver qué hay de sí mismo en aquello que dice, es decir, que se implique en su palabra, que sus quejas originales pierdan sentido, que pase de quejarse del otro, a situar la queja de su lado, y mejor aún, pasar de sus quejas, a la interrogante: ¿Qué tengo que ver con esto que me pasa?

4.4 La asociación libre

Se debe tener presente y claro que el Psicoanálisis en su práctica clínica, está completamente desligado de la hipnosis, ya que las esperanzas terapéuticas fundadas en el tratamiento catártico, con ayuda de la misma, no culminaban con éxito, y si se hace alusión a la hipnosis, es solamente como apunte de antecedente histórico, es el propio Freud quien afirma categóricamente que el inicio formal del Psicoanálisis, se presenta en el momento en que decide abandonar la técnica hipnótica, e introducir la asociación libre.

Como ya lo hemos mencionado, la asociación libre tiene su origen en la experiencia clínica de Freud, es la clínica quien pone la pauta para dictar la teoría, y justamente es la paciente conocida como Emmy von N., quien le pide a Freud que haga lugar al silencio, y con expresión de verdadero descontento, le replica que no debe estarle preguntando siempre de donde viene esto o esto otro, sino dejarla contar lo que tiene para decir.

Este pasaje clínico que Freud tiene con su paciente, es sin lugar a dudas la génesis de lo que posteriormente sería el método de la asociación libre o la regla fundamental, ya que Freud sabrá aceptar y leer este reclamo, dando así un paso

fundamental para comprender que existe un saber que no está de lado de quien toma el lugar de “terapeuta”, sino del sujeto que habla; este relato demuestra también que dentro del Psicoanálisis, es la práctica clínica la que va dictando la teoría y no en sentido contrario, por eso justamente otorgar el justo valor a la palabra del paciente, se torna en lo prioritario y fundamental para la práctica clínica, a partir de los hallazgos clínicos se habrá de teorizar.

Así pues, la reflexión científica de Freud combinada con su experiencia clínica, en este caso con la paciente Emmy von N., harán que abandone todo tipo de intervención apremiante, estructurando el definitivo método psicoanalítico, técnicamente denominado de la asociación libre.

Lo comprometemos a observar la regla fundamental del psicoanálisis, que en el futuro debe (sollen) gobernar su conducta hacia nosotros. No solo debe comunicarnos lo que él diga adrede y de buen agrado, lo que le traiga alivio, como en una confesión, sino también todo lo otro que se ofrezca a su observación de sí, todo cuanto le acuda a la mente, aunque sea desagradable decirlo, aunque le parezca sin importancia y hasta sin sentido. Si tras esta consigna consigue desarraigar su autocrítica, nos ofrecerá una multitud de material, pensamientos, ocurrencias, recuerdos, que están ya bajo el influjo de lo inconsciente. (Freud, 2008, p. 175)

Así esta regla fundamental, es en estricto sentido, la única regla del Psicoanálisis, invitar al paciente a decir “todo lo que se le ocurra”, aunque lo considere nimio o sin importancia, con ello se apuesta a que el sujeto hable más de lo que aparentemente dice, y que debe ser dejado hablar en plena libertad, “el solo hecho de decir hable lo escucho, instaura la condición necesaria para que se articule la transferencia”. (Vaccarezza, 2011, p. 61)

4.5 La atención flotante

En los inicios del Psicoanálisis existe en Freud un interés especial por la histeria, que en aquel momento se le consideraba un trastorno de la matriz, y en la mayoría de los casos se trataba simplemente de una simulación de síntomas, es decir, un simple invento de las mujeres de aquella época.

Pero es Freud quien tiene la acertada disposición de escucharlas, de prestar atención a su discurso, y lejos de pensar que su historia es un simple invento, presta

oído a sus palabras y les otorga un valor. Escuchar a sus pacientes histéricas es un punto nodal en Freud, y marca definitivamente la dirección de su clínica, además, tiene la gran virtud de considerar a la histeria como una enfermedad nerviosa, y ya no como una simple simulación de síntomas, o una enfermedad de la matriz.

Ahora bien, como apuntábamos en el precedente tema, Freud nos indica que el paciente, debe observar la regla fundamental o de la asociación libre, diciendo todo lo que venga su mente, todo lo que se le ocurra sin ejercer ningún tipo de autocritica, y en correlación, es el analista quien debe escucharlo ¿Cómo y desde que lugar escucha un Psicoanalista? Freud nos lo indica claramente: “con una atención parejamente flotante”

De esta manera uno se ahorra un esfuerzo de atención que no podría sostener día tras día a lo largo de muchas horas, y evita un peligro que es inseparable de todo fijarse deliberado. Y es este: tan pronto como uno tensa adrede su atención hasta cierto nivel, empieza también a escoger el material ofrecido; uno fija (fixieren) un fragmento con particular relieve, elimina en cambio otro, y en esa selección obedece a sus propias expectativas o inclinaciones. [...] La regla para el médico, se puede formular así: <uno debe alejar cualquier injerencia consiente sobre su capacidad de fijarse, y abandonase por entero a sus “memorias inconscientes”>; o, expresado esto en términos puramente técnicos: <uno debe escuchar y no hacer caso de si se fija en algo>. (Freud, 2008, pp.111-112)

Así Freud nos indica que, al escuchar, no debemos hacer ninguna selección de un material en particular, ya que ello atenderá exclusivamente a las inclinaciones del analista, y al mismo tiempo esa selección, nos haría segregar o descartar material valioso de la historia del paciente. El analista debe eliminar o suspender sus inclinaciones personales, prejuicios y presupuestos teóricos, por fundados que estos sean. La regla de la atención flotante permitirá al analista conservar en la memoria, una diversidad de elementos que aparentemente carecen de importancia pero que, con el tiempo, pueden demostrar su valor. “No se debe olvidar que las más de las veces, uno tiene que escuchar cosas cuyo significado solo con posterioridad (nachträglich) discernirá”. (Freud, 2008, p. 112)

La atención flotante es un requisito indispensable de una escucha abierta en la que el analista, se deja llevar por el discurso del paciente. El psicoanalista debe escuchar esta historia y saber pescar esa palabra, “ese algo” que apunta al sujeto,

que señala su goce, para mostrárselo al paciente mediante sus puntuaciones, interpretaciones o intervenciones, esta valiosa devolución del analista, debe llevar al paciente a pensar que mucho de lo que le ocurre, tiene que ver estrictamente con él, y debe dejar de quejarse para tomar la postura de asumir su responsabilidad. Conseguir esto en el transcurso de un tratamiento no es poca cosa, ni mucho menos fácil, pero en verdad que representa un eje central de la tarea clínica, y en varias ocasiones es justo en este punto, donde el paciente puede abandonar el tratamiento, aunque el analista también deberá entender que tal vez, hasta ese punto necesitaba llegar el paciente, a quien no podemos obligar ir más allá, o que simplemente ya ha conseguido lo necesario para él.

4.6 Amor y transferencia

Una reflexión psicoanalítica en torno al amor, necesariamente nos debe llevar a los orígenes del Psicoanálisis, ya que el amor ocupa un lugar fundamental en su problemática. La razón por la cual los pacientes acuden a análisis está ligada directa o indirectamente con su vida amorosa y, por otra parte, como se ha mencionado, en el proceso analítico se establece un fuerte vínculo entre el analizante y analista que, sin lugar a dudas es de tipo amoroso.

El amor parece ser no solo parte integrante de un psicoanálisis sino también su esencia y su sustancia. Y también su principio, como dice Lacan literalmente: “Al principio de la experiencia analítica [...] fue el amor”. Se espera que el analista sirva como soporte para el amor y, en ocasiones, para lo que podríamos denominar “transferencia loca” por parte del analizante. Este soporte solo será eficaz si el analista está dispuesto a desaparecer como desecho de su misma operación. (Levi-Hambra, 2004, p. 181)

A la transferencia en términos generales se le puede entender cómo un lazo que une al paciente con el analista, es un lazo afectivo intenso, que se presenta de manera automática, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. “Si solo se puede hablar de clínica psicoanalítica a partir de la transferencia, también puede afirmarse que no existe sino una clínica, que es la que alguna vez se denominó <clínica del amor>”. (Levi-Hambra, 2004, p. 181)

Tal es la importancia constitutiva de la transferencia, que sin ella no puede ser posible un trabajo clínico, siempre habrá de instaurarse entre analista y

analizante. Como se ha mencionado, este es un concepto clínico fundante y fundamental en Psicoanálisis, ya que es gracias a la misma transferencia, como un análisis puede funcionar.

Es en su vertiente de amor es como se instala, demandado ese amor que el sujeto siente que le ha sido negado desde siempre, una demanda que es el motor de la cura y, paradójicamente, su resistencia, ya que cuanto más pasional es, más encubre la otra vertiente de la transferencia, que es la del saber; ¿Saber qué?: que eso que demanda con tanto fervor no se lo puede dar el psicoanalista, no porque no quiera, sino porque ni él ni nadie puede colmarla. Esta frustración es la que genera más reclamo, odio y resentimiento, con lo cuales habrá de enfrentarse el analizante y, porque no decirlo, también el psicoanalista. (Vaccarezza, 2011, p. 56)

Como se había abordado con anterioridad, se alude al Psicoanálisis como “la cura por la palabra” (“talking cure”), nombre ideado por Anna O., cuyo tratamiento permitió conocer la transferencia y en buena medida fundar el principio del Psicoanálisis. Es a partir del tratamiento de esta paciente, que se revela por primera vez el fenómeno de la transferencia, primera y original historia anudada de forma radical a este fenómeno.

Es Breuer quien en un inicio mostraba su resistencia a recordar y discutir el caso de Anna O., resistencia que parece bastante extraña, dado que el caso de la joven era único y original, y además abría la posibilidad de aumentar o descubrir, nuevos conocimientos sobre las enfermedades nerviosas, sobre las cuales la medicina de aquel tiempo, prácticamente no tenía ninguna incidencia. Sin embargo, como sabemos, a la vuelta del tiempo, Freud consigue la valiosa colaboración de Breuer, resultado de la cual, publican en coautoría, los *Estudios sobre la histeria*, aunque con una condición, el tema de la sexualidad, por ningún motivo debería ocupar un primer plano.

Pero cabe hacer la siguiente pregunta: ¿Por qué razón Breuer no quiere poner en primer plano el tema de la sexualidad? Ernest Jones (1997) el principal biógrafo de Freud, puede responder detalladamente la interrogante: Durante el tratamiento de Ana O., se presentaron peculiares circunstancias que Breuer no supo enfrentar; el tratamiento de su paciente se tornó para él, en algo sumamente demandante y al mismo tiempo interesante. Se dejó absorber de tal modo por esta

paciente, que su esposa termino por irritarse, de no oírle hablar de otro tema, y al poco tiempo se sentía además celosa.

Breuer, con el pensamiento distante de lo que ocurría a su lado, tardó bastante en comprender los trastornos de su esposa. El descubrimiento provocó en él una violenta reacción, mezcla de amor y de culpa, que le llevó a tomar la decisión de poner fin al tratamiento.

Para el restablecimiento de la enferma se le ofreció a Breuer el más intenso rapport sugestivo, que precisamente puede servirnos como paradigma de lo que llamamos [hoy] <transferencia>. Ahora tengo fuertes motivos para conjeturar que, tras eliminar todos los síntomas, él debió de descubrir por nuevos indicios la motivación sexual de esa transferencia, pero, habiéndosele escapado la naturaleza universal de este inesperado fenómeno, interrumpió en este punto su investigación, como sorprendido por un <untoward event> (suceso adverso). (Freud, 2008, p. 11)

Cuando Breuer da por terminado el tratamiento de Anna O., ella se sentía mucho mejor, y así se despidió. Sin embargo, aquella misma tarde tuvo que visitarla urgentemente ya que Ana O. se sumió en un estado de gran excitación, al parecer más enferma que nunca. La paciente sentía ahora dolores de un falso parto histérico, culminación lógica de un embarazo imaginario iniciado y desarrollado, inadvertidamente en respuesta a la atención médica de Breuer. Aunque profundamente afectado por el nuevo e inesperado giro del caso, Breuer consiguió calmarla hipnotizándola. (Jones, 1997)

El pasaje anterior nos muestra radicalmente, el fenómeno de la transferencia, a tal punto de llegar a un embarazo ficticio, suceso que demuestra la clara estructura amorosa de la transferencia, y todavía más radical, porque ante el término de la relación terapéutica, esta mujer reclama con más fervor y aparente gravedad, la presencia del médico; Breuer no supo cómo enfrentar esa manifestación de transferencia, pues era algo inédito en aquel momento para su práctica médica, y más aún, posteriormente de este suceso, Breuer marcha con su familia a unas vacaciones, tras las cuales y a su regreso, su esposa queda embarazada.

Evidentemente después de esto, Breuer no quería saber nada de la sexualidad, y menos escribir o teorizar sobre ello, por eso pone la condicionante de

no abordar en *Estudios sobre la histeria*, el tema sexual, tema que con posterioridad se volverá fundamental para la teoría psicoanalítica.

Esto pondrá de manifiesto dos actitudes completamente distintas hacia el fenómeno de la transferencia: la actitud de Breuer, paralizada ante el trasfondo sexual reflejado en la relación terapéutica, negándose a admitirla e investigarla, y por otro lado, la actitud de Freud, decididamente interesado por el fenómeno, dispuesto a convertir su trasfondo sexual en objeto de investigación clínica.

Con el paso del tiempo y la acumulación de su experticia clínica, Freud habrá de observar que la mejoría del paciente durante el tratamiento, dependía en gran medida de la relación entre éste y el médico, paulatinamente llega a la conclusión de que aquella relación de tanta eficacia terapéutica, tenía una base erótica.

El hecho de que la transferencia de tenor crudamente sexual, tierna u hostil, que se instala en todo tratamiento de una neurosis por más que ninguna de las dos partes lo desee o lo provoque, me ha parecido siempre la prueba más incontestable de que las fuerzas impulsoras de la neurosis tienen su origen en la vida sexual. (Freud, 2008, p. 12)

CAPÍTULO 5 LA CURA POR LA PALABRA

5.1 Sujeto y palabra

En la actualidad, desde un punto de vista científico, la Biología, la Fisiología y la Genética, se han preocupado por estudiar los mecanismos por los que un ser humano se constituye como tal. Al igual que los animales, el ser humano posee mecanismos biológicos determinados que hacen que desde la concepción hasta la muerte, éste se desarrolle constantemente. Existe un código o programación genética al interior de cada una de las células del organismo, que determinan las funciones de éste, hasta su envejecimiento y muerte.

No solo eso, las capacidades del ser humano, a lo largo de la vida también han sido teorizadas, especialmente por la Psicología del desarrollo. Los estudios de Jean Piaget y Arnold Gesell están en este campo.

De esta manera, la Psicología del desarrollo plantea que, de acuerdo a la edad del infante, desde que nace incluso, está dotado para llevar a cabo una serie de conductas o actividades muy específicas, y cuya realización estará determinada por estadios del desarrollo. La bipedestación, el inicio de la marcha, el control de esfínteres, la motricidad, etc. se lograrán dependiendo de la edad y el desarrollo normal del infante.

Ahora bien, caben aquí las siguientes preguntas: ¿El acceso de un recién nacido al mundo humano, está determinado únicamente por lo biológico y por el medio ambiente? ¿Qué es aquello que nos hace humanos? ¿Qué es lo que nos inserta al mundo de la cultura?

En este punto debemos hacer una diferencia entre lo que es desarrollo humano, y lo que desde el Psicoanálisis se denomina como constitución del sujeto, donde el desarrollo humano parece ser el telón de fondo (incluso en cuanto a la parte ambiental se refiere) o la base necesaria sobre la cual se constituye el ser humano, pero la constitución subjetiva es otra cosa.

A diferencia de los animales donde no existe la subjetividad, la constitución de un sujeto va más allá de la biología. Nada garantiza que el orden biológico en el que estamos insertos nos posibilite el acceso al mundo simbólico, es decir, al mundo humano. “La palabra es un símbolo que emite símbolos, el hombre es hombre gracias a el lenguaje, gracias a la metáfora original que lo hizo ser otro, y lo separo del mundo animal”. (Paz, 2003, p. 34)

De acuerdo con Octavio Paz (2003) la primera actitud del ser humano mostro ante el lenguaje fue tener confianza, el signo y el objeto representado eran lo mismo. Los rituales de las primeras culturas eran una reproducción de la realidad, capaz de re-engendrarla. Hablar simplemente era recrear el objeto al que se aludía. La exacta pronunciación de las palabras era, una de las primeras condiciones de su eficacia. Por ello la necesidad de tener una gramática. Pero al cabo de los años el ser humano advirtió que entre las cosas y sus nombres existía un espacio más, había un más allá de los objetos en sí mismos, ese “más allá” es la significación que los trasciende.

Desde el Psicoanálisis, puntualmente a partir de la aportación teórica de Jaques Lacan, el lenguaje tomo un papel fundamental para entender aquello que nos hace humanos; el lenguaje nos inserta en el mundo de lo simbólico, y nos permite construir una significación para nuestro mundo, somos palabras, estamos hechos de palabras, si por dentro de nosotros no tuviéramos esa estructura de signos, no podríamos interactuar con los otros, ni siquiera ese diálogo personal con nosotros mismos.

Subjetivamente **estamos** hechos de palabras, curiosamente esta frase común que se dice cuando la gente tiene un altercado o discusión: “se hicieron de palabras” es bastante cierta; si cuando el ser humano es apenas un bebe, y un otro no le dirige la palabra, no le habla, (entiéndase por ejemplo sus padres), ese bebe jamás aprenderá a hablar, esa trasmisión del lenguaje, esa palabra dirigida, nos hizo humanos, todavía más radical, porque esa palabra de primera instancia nos dio un nombre, nos nombró para individualizarnos y además diferenciarnos de los

otros, nos insertó en el mundo de la cultura; tenemos que ser atravesados por lenguaje para poder devenir persona. “Pues el hombre es inseparable de las palabras. Sin ellas es inasible. El hombre es un ser de palabras.” (Paz, 2003, p. 30).

De acuerdo con Paz (2003), todo aquello que se ignora es lo que carece de nombre, todo aprendizaje comienza como enseñanza de los verdaderos nombres de las cosas, inclúyase también el nombre propio, que dicho sea de paso, es lo menos propio que se tiene, por qué justamente nos viene de un otro, ese otro que nos habla; siguiendo las ideas de Paz (2003), lo primero que tenemos para conocer a cualquier persona, es justo eso, conocer su nombre. Son las palabras las que nos abrirán la puerta de todo saber, y aun el silencio dice algo, como sabemos en nuestra práctica clínica, el silencio también es una intervención, que puede ser el preámbulo para que el otro hile un nuevo pensamiento, el silencio no es siempre la confesión de la ignorancia, también nos puede hablar.

Es imposible escapar del lenguaje, cierto es que la lingüística toma como objeto de estudio a las palabras, pero nunca dejaron de estructurar nuestro ser, ya que a diferencia de lo que ocurre con los otros objetos de la ciencia, las palabras nos habitan porque no viven fuera de nosotros, estamos hechos de palabras y nuestro mundo también.

Podemos afirmar que el lenguaje es propiedad exclusiva del ser humano, no solo un objeto, una estructura o un sistema de signos que podemos aceptar o desdeñar; el estudio del lenguaje, es sin lugar a dudas, el estudio total de nuestra condición humana.

5.2 Salud mental ¿Un equilibrio posible?

Para pensar el campo de la salud mental podemos tomar como punto de partida, la definición propuesta por uno de los sujetos del Derecho Internacional especializado en la materia, la Organización Mundial de la Salud (La OMS), según la cual, a la salud la podemos entender como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección.

Como puede verse, aquí la salud es entendida como un equilibrio, como un completo bienestar, propiamente la homeóstasis en términos médicos, bienestar que podemos decir incluye lo mental. En primer lugar, nos podemos preguntar ¿Qué sería “un completo bienestar”? concepto que desde la perspectiva psicoanalítica podríamos perfectamente debatir, ¿Quién es capaz de poseer “un completo bienestar”? De acuerdo con Freud (2008), en nuestra subjetividad siempre estará operando lo pulsional, el síntoma, y por lo tanto no se alcanza psíquicamente tal bienestar, y en todo caso si se consigue, no lo es de modo continuo o definitivo.

Así como la salud se define como bienestar completo y posible, el Psicoanálisis postula al síntoma como un malestar que siempre insiste. De acuerdo con Lacan (2009), podemos entender al síntoma como aquello que se pone en cruz, para impedir que las cosas anden, una especie de analogía con aquella cruz que encontrábamos en las carreteras o caminos, que decía “cuidado con el tren”, y que evidentemente nos impone parar nuestro trayecto ante tal peligro. Es preciso decir que el síntoma, no solamente tiene relación con el padecimiento sino también con lo imposible de eliminar, ya que es un malestar estructural, es propio de la vida humana.

Por lo tanto, el síntoma, es aquello que estorba, que molesta, y por ende, nos impide aquel bienestar completo, esto no significa que no hagamos nada con él, y que simplemente nos derrotemos, al contrario, el Psicoanálisis apuesta, con su correspondiente trabajo clínico, encontrar la forma de tramitar ese síntoma, de vivirlo de forma diferente, esto es, que cause menos dolor.

Ahora bien, en términos clínicos ¿Cómo operar con el síntoma?, de acuerdo con Lacan (2009) en relación a la dirección de la cura, la perspectiva teórica y práctica de la labor clínica, jamás debe reducirse a la armonización psicológica.

Promover en la ordenanza del análisis la normalización psicológica incluye lo que podemos llamar una moralización racionalizante... ¿La perspectiva teórica y práctica de nuestra acción debe reducirse al ideal de una armonización psicológica? ¿Debemos nosotros, con la esperanza de hacer acceder a nuestros pacientes a la posibilidad de una felicidad sin sombras, pensar que puede ser total la reducción de la antinomia que Freud mismo articuló tan poderosamente? (Lacan. 2009, p. 360)

El propósito de un tratamiento psicoanalítico no es suprimir lo sintomático, como si se proponen otras prácticas psicológicas. Sin embargo, hay que decir que el síntoma por supuesto que implica un sufrimiento subjetivo, que dista mucho de un estado de armonía, y como se mencionó en el párrafo anterior, habrá que trabajar clínicamente con él, para que se pueda tramitar en una forma menos dolorosa.

¿Cómo entiende Freud el bienestar?, uno de los modos en que lo piensa es en relación a la idea de la felicidad. En su texto de *El malestar en la cultura*, lo piensa en la siguiente forma:

¿Qué es lo que los seres humanos mismos dejan discernir por su conducta, como fin y propósito de su vida? ¿Qué es lo que exigen de ella, lo que en ella quieren alcanzar? No es difícil acertar con la respuesta: quieren alcanzar la dicha, conseguir la felicidad y mantenerla. Esta aspiración tiene dos costados, una meta positiva y una negativa: por una parte quieren la ausencia de dolor y de displacer; por la otra, vivenciar intensos sentimientos de placer. (Freud, 2008, p. 76)

Por lo tanto, siguiendo la propuesta de Freud, la felicidad es lo que esperan arrancarle a la vida tanto hombres y mujeres. Ahora bien, cabe aquí la siguiente pregunta: ¿Es posible que la felicidad perdure? desde el Psicoanálisis, se piensa y propone que sólo es alcanzable por momentos, en tanto el sujeto en busca de su felicidad vuelve a encontrarse con su síntoma una y otra vez. Por ende, la búsqueda de la felicidad y el síntoma configuran un versus ineludible. El síntoma nos recuerda que la homeóstasis no es lo que reina en el mundo humano, puesto que rompe con la ilusión de un completo bienestar alcanzable.

5.3 Una terapéutica diferente

Desde sus inicios, el Psicoanálisis sostuvo una preocupación por la eficacia del tratamiento, aparejado a la elaboración conceptual y de investigación, Freud nunca se desinteresó por los resultados que la práctica analítica producía. El descubrimiento freudiano se halla ligado, en sus inicios, a la búsqueda de metas terapéuticas, es decir, el Psicoanálisis en estricto sentido no es una terapia, pero desde luego que tiene efectos terapéuticos.

El psicoanálisis creció sobre un terreno muy restringido. En su origen conoció una sola meta: comprender algo acerca de la naturaleza de las enfermedades nerviosas llamadas

<funcionales>, a fin de remediar la impotencia en que hasta entonces se encontraban los médicos para su tratamiento... Respecto del factor psíquico no atinaban a hacer nada, no podían aprehenderlo, lo abandonaban a los filósofos, místicos y curanderos, y consideraban acientífico consagrarse a él. (Freud, 2008, p. 203)

El Psicoanálisis nace entonces, en el impasse de la psiquiatría, buscando una alternativa, poniendo la atención en el factor psíquico del sujeto, es decir, en su palabra, ya no se trata de abolir una enfermedad, para recuperar el bienestar perdido; el planteamiento científico de Freud trastoca el concepto de enfermedad, la considera una especie de refugio, una modalidad de satisfacción sustitutiva. Si bien se mostró preocupado por los síntomas, nunca propuso que la cura equivalía a su eliminación; más bien de lo que se trata es de poner atención, sobre las condiciones subjetivas que los determinan, de escuchar la verdad sobre la que nos hablan, y así poder intervenir e incidir sobre los mismos.

En lo tocante al Psicoanálisis como método terapéutico, se presentó realmente como una alternativa más, dentro del concierto de todas las posibilidades terapéuticas, jamás pretendió ni prometió arrojar resultados mágicos o milagrosos, se trata de una posibilidad clínica con una real eficacia, pero siempre con el debido gasto de tiempo y trabajo. En sus *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, particularmente su conferencia número 34, Freud retoma el asunto del valor terapéutico, estipulando que si bien el Psicoanálisis nació como terapia, llegó a ser más que eso, pero nunca renunció a su materia de origen: los enfermos.

Todavía tengo que decirles algunas palabras sobre el psicoanálisis como terapia. Quince años atrás, ya les expuse su teoría, y hoy no la formularía de otro modo; ahora debo hablarles de la experiencia acumulada en el intervalo. Ustedes saben que el psicoanálisis, nació como terapia; ha llegado a ser mucho más que eso, pero nunca abandonó su patria de origen, y en cuanto a su profundización y ulterior desarrollo sigue dependiendo del trato con enfermos. (Freud, 2008, p. 140)

El Psicoanálisis, es una práctica primordialmente clínica, contabiliza triunfos, derrotas y limitaciones, sin embargo, no es una terapéutica como las demás, es el método más trabajoso y extenso, asimismo es diverso en cuanto a sus medios y procedimientos.

Tiene sus triunfos y sus derrotas, sus dificultades, limitaciones, indicaciones... En cierta época se acusó al análisis de no poder ser tomado en serio como terapia, porque no se atrevía a dar

a conocer una estadística de sus resultados... Sin embargo, tales estadísticas no esclarecen nada; el material procesado es tan heterogéneo que solo muy grandes números significarían algo... me inclinaría a decir que no creo que nuestros éxitos terapéuticos puedan competir con los de Lourdes. Son muchos más los seres humanos que creen en los milagros de la virgen que en la existencia de lo inconsciente. (Freud, 2008. p. 141)

El Psicoanálisis se trata de una práctica que intenta revelar un contenido de verdad sobre el propio ser del sujeto, no se trata de imponer una curación basada en una propuesta adaptativa, si no de abrir al sujeto a la dimensión de su verdad. “Les dije que el psicoanálisis se inició como una terapia, pero no quise recomendarlo al interés de ustedes en calidad de tal, sino por su contenido de verdad, por las informaciones que nos brinda sobre lo que toca más cerca al hombre: su propio ser”. (Freud, 2008, p. 145)

5.4 ¿Deseamos el bien a nuestros pacientes?

Como se abordó en el precedente tema, la cura en Psicoanálisis no persigue abolir una enfermedad como si fuera un ente extraño, ni tampoco busca eliminar los síntomas. De igual forma, el trabajo analítico jamás pensará a la cura como acomodación o proceso, para obtener sujetos que encajen o se adapten en el orden social, es decir, que se conviertan en lo que la cultura o el mundo espera de ellos, o dicho en términos lacanianos, que se las arreglen bien con el discurso del Amo. El supuesto objetivo de “reparar” al sujeto, es decir, de ajustarlo o adaptarlo a los parámetros sociales, va de la mano con el querer buscar el bien del paciente.

Es Lacan en su seminario sobre la Ética, quien advierte al analista en relación con el deseo de hacer el bien al paciente.

Hacer las cosas en nombre del bien y, más aun, en nombre del bien del otro, esto es lo que está muy lejos de ponernos al abrigo, no solo de la culpa, sino de toda suerte de catástrofes interiores. En particular, esto no nos pone ciertamente al abrigo de la neurosis y sus consecuencias. Si el análisis tiene un sentido, el deseo no es más que lo que sostiene el tema inconsciente, la articulación propia de lo que nos hace arraigarnos en un destino particular, el cual exige con insistencia que la deuda sea pagada y vuelve, retorna, nos remite siempre a cierto surco, al surco de lo que es propiamente nuestro asunto. (Lacan, 2009, p. 380)

La lógica del deseo de curar tiene como premisa el supuesto de conocer cuál es el bien para el otro, pero cabe aquí hacer los siguientes cuestionamientos: ¿Con

qué vara mido el bien a procurar en el otro? ¿Un analista interviene en determinada forma, por el bien de su paciente, así como aquella madre amorosa actúa por el bien de sus hijos?

Del mismo modo Freud, cuestiona la ambición terapéutica de muchos de sus colegas, intentando indiscriminadamente remediar todas las neurosis, considera a tales empeños loables, pero piensa realmente que son en vano.

La ambición terapéutica de muchos de mis seguidores los llevo a desplegar los mayores esfuerzos para remover esas barreras, a fin de que todas las perturbaciones neuróticas pudieran curarse mediante el psicoanálisis. Intentaron comprimir el trabajo analítico en un lapso abreviado, acrecentar la transferencia hasta el punto de que fuera superior a todas las resistencias, unirlo a otros modos de influjo para conseguir la curación. Tales empeños son sin duda loables, pero yo creo que son vanos. Además, conllevan el peligro de que uno se vea empujado fuera del análisis y caiga en una experimentación desenfundada. (Freud, 2008, p. 142)

Es la naturaleza misma de trabajo clínico, la que nos muestra que el analista, no puede desear el bien a su paciente, aclarando por supuesto que tampoco le desea el mal, pero desear el bien del paciente, o intervenir por su bien, sería un sesgo o una especie de trampa, porque si el analista se rige y actúa bajo esta premisa de bondad, estaría obturando el deseo de su analizante, es decir, estaría respondiendo o actuando desde lo que él cree que está bien, y por lo tanto la palabra y el deseo del paciente quedan relegados; incluso podemos decir que si el analista interviene por el bien del paciente, estaría posicionándose en el lugar del que sabe: ¡Yo sé lo que es bueno para Usted! lugar que puede ser cualquier cosa, pero no una posición analítica.

De acuerdo con Lacan (2009) existe lo que él denominó “deseo del analista” es decir, que el analista tiene el deseo de analizar, de que alguien le busque y le demande un análisis, pero aparejado a este “deseo de analista” también debe existir aunque parezca contradictorio, la designación de un “no deseo de curar”; este paradójico planteamiento tiene el sentido de alertar al analista, sobre las vías ingenuas del bien, es decir, alertar al analista sobre la trampa de desear el bien del

paciente. “Hacerse el garante de que el sujeto puede de algún modo encontrar su bien mismo en el análisis, es una surte de estafa”. (Lacan, 2009, p. 361)

5.5 La cura psicoanalítica

La palabra cura proviene del vocablo latino “curare”, que se puede traducir como cuidar o cuidado; en el ámbito del Arte y la Museografía, el curador es aquel experto que organiza y desarrolla toda la producción de una exposición de arte, su principal labor es el manejo y preservación de los bienes artísticos. Por otra parte, en el ámbito del Derecho, también existe la figura del curador, como aquel que se ocupa de cuidar y administrar los bienes de la persona declarada como incapaz.

La patria potestad, la tutela y la curatela, son tres conceptos entrelazados que implican una protección, salvaguarda y defensa de los menores de edad o incapacitados, una manera de protección social a los débiles, un deber de piedad, que tiene su origen en la debilidad e imperfección del ser humano. (Galindo, 2005, p. 712)

Ahora bien, dentro de la clínica psicoanalítica, el concepto de cura se hace presente con fundamental importancia, ya que el paciente espera tras un tratamiento, sentirse mejor, encontrar el alivio a aquello que le aqueja, se puede pensar incluso en la existencia de una “solicitud de sanar”.

En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo, una unión entre curar e investigar; el conocimiento aportaba el éxito, y no era posible tratar sin enterarse de algo nuevo, ni se ganaba un esclarecimiento sin vivenciar su benéfico efecto. Nuestro procedimiento analítico es el único que conserva esta preciosa conjunción. (Freud, 2008, p. 240)

Es importante aclarar que la cura psicoanalítica, no es en los términos de la medicina, no hay posibilidad alguna que un analista con un poco de sensatez, pueda declarar dado “de alta” a su paciente o analizante, ya que el fin de un análisis no pasa por los designios o estándares del analista, clínicamente el fin de un análisis, también deberá de ser un tema puesto en la sesión para trabajarse, es decir, el mismo analizante es quien puede interrogar y repensar sobre la pertinencia de continuar en el tratamiento, justamente ¿Hasta dónde quiere llegar?

El mismo Freud señalaba que la labor del analista era otra que la del médico, advertía a los practicantes y a sus allegados sobre el “furor sanandi”, es decir, el

furor por sanar a la gente, esta perspectiva desestima la neurosis, y se constituye en un peligro para la prosecución del tratamiento. “No abogo, por cierto, para que se resignen los métodos de tratamiento inocentes. Bastan para muchos casos y, en definitiva, la sociedad humana tiene tan poca necesidad del “furor sanandi” como de cualquier otro fanatismo”. (Freud, 2008, p. 174)

Cuando en Psicoanálisis se habla de cura, no hablamos en absoluto de quitar la enfermedad o desaparecer síntomas, en su texto de *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, Freud hace referencia a una frase atribuida al cirujano francés Ambroise Paré, que nos hace pensar al psicoanalista, más bien del lado de un curador de museos, aquel que cuida las piezas y su adecuada exposición. “Un viejo cirujano había abrazado esta divisa: <Je le pansai, Dieu le guerit> (Yo curé sus heridas, Dios lo sanó). El analista debe darse por satisfecho con algo parecido”. (Freud, 2008, p. 115)

De acuerdo con Lacan (2009), si el analista toma como meta o finalidad de su labor clínica, la de curar a su paciente, no va a lograrlo, tal vez por ello se ha pensado en algún momento, que el Psicoanálisis no cura, y efectivamente no cura como la medicina, pero si hay una cura psicoanalítica que es única en cada paciente porque esta anudada a su palabra.

Como se ha mencionado, desde el Psicoanálisis, la cura no es abolir una enfermedad como si fuera un cuerpo extraño, para recuperar un estado de bienestar, ni eliminar los síntomas del paciente, tampoco se trata de volver al sujeto a una supuesta normalidad, ni de restituir un estado anterior. Ahora bien, si no se trata de ninguno de los supuestos anteriores, ¿Entonces de que se trata la cura? ¿Cómo entendemos una cura desde el Psicoanálisis?

Podemos pensar que la cura psicoanalítica, con su debido trabajo clínico, es encontrar que el paciente asuma una postura de responsabilidad, con respecto a lo que acontece en su vida, asumir que lo que le ocurre tiene que ver estrictamente con él; la experiencia psicoanalítica habrá de permitir que a lo largo del tratamiento, puedan producirse efectos que den lugar a otro discurso, a un saber nuevo, y a

partir de ello caminar hacia un cambio de posición subjetiva, es decir, posicionarse de otra forma con respecto a sus síntomas, a sus conflictos, para poder ubicarlos y vivirlos de otro modo.

De igual forma, se debe reconocer que la cura está vinculada al deseo, es decir, a partir de ese nuevo saber, de esa nueva narrativa que se construyó en el análisis, el paciente deberá tomar las riendas de su deseo.

Aquí yace la experiencia de la acción humana y, por que sabemos reconocer mejor que quienes nos precedieron la naturaleza del deseo que está en el núcleo de esta experiencia, una revisión ética es posible, un juicio ético es posible, que representa esta pregunta con su valor de Juicio Final - ¿Ha usted actuado en conformidad con el deseo que lo habita? - Esta es una pregunta que no es fácil sostener. Pretendo que nunca fue formulada en otra parte con esta pureza y que solo puede serlo en el contexto analítico. (Lacan, 2009, p. 373)

El análisis deberá permitir al sujeto escuchar sus propios anhelos, ideales y aspiraciones, de acuerdo con Lacan (2009), la cuestión de la cura pasa a ser de naturaleza ética, de ahí la afirmación de que el Psicoanálisis es una “ética del deseo”, siguiendo la pregunta lacaniana del Juicio Final, la radical y difícil apuesta del Psicoanálisis, es que el sujeto actué conforme al deseo que lo habita, literalmente, el no retroceder frente al deseo, “Propongo que de la única cosa que se puede ser culpable, al menos en la perspectiva analítica, es de haber cedido en su deseo”. (Lacan, 2009, p. 379)

5.6 ¿Y por qué la palabra? (Viñetas clínicas)

Para el ser humano el lenguaje es la vía de acceso a la cultura, en términos lacanianos, el lenguaje es lo que nos inserta al mundo de lo simbólico, propiamente al registro de lo simbólico, la palabra nos permite nombrar la realidad, las significaciones o representaciones que el ser humano forja para los fenómenos o experiencias que la vida le presenta, las hace a través de la mediación de la palabra, podemos decir que las cosas de este mundo cobran sentido, a partir del que el ser humano les nombra, las culturiza y simboliza por la palabra.

En este aspecto de lo simbólico o de la cultura pensado a partir del lenguaje, dos maestros habrán de estar de acuerdo, Lacan (2009) y Paz (2013) coinciden en

que la palabra nos hace humanos, por una parte, el psicoanalista francés sitúa al lenguaje como constitutivo de la subjetividad, en su texto de *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*, llega a afirmar que el sujeto puede parecer un siervo del lenguaje; mientras que el pensador mexicano, en su libro *El arco y la lira*, afirma categóricamente que el hombre es hombre gracias al lenguaje, que el hombre (ser humano) es un ser de palabras.

La importancia y trascendencia que el lenguaje tiene en nuestra vida es palpable en todo sentido, con la palabra se fue hilando nuestra cultura, desde la clínica psicoanalítica, como ya lo hemos mencionado reiteradamente, la palabra del paciente es el principal instrumento terapéutico, por lo anterior, abordaremos algunas viñetas clínicas, a manera de ejemplo, para mostrar cómo el lenguaje opera en el tratamiento psicoanalítico, y va bordeando sus límites.

A) “El sueño de la bella carnicera”

Durante su tratamiento una paciente le reprocha a Freud, su postura teórica de que todos los sueños son la realización de un deseo, y le dirige la siguiente objeción: “Dice usted que siempre el sueño es un deseo cumplido – comienza una ingeniosa paciente-. Ahora le contaré un sueño cuyo contenido es todo lo contrario, puesto que no me cumple un deseo. ¿Cómo lo hace usted coincidir con su teoría?” (Freud, 2008, p. 165)

El sueño en cuestión es el siguiente:

Quiero dar una comida, pero no tengo en mi despensa sino un poco de salmón ahumado. Me dispongo a ir de compras, pero recuerdo que es domingo por la tarde, y todos los almacenes están cerrados. Pretendo llamar por teléfono a algunos proveedores, pero el teléfono está descompuesto. Así debo renunciar al deseo de dar una comida. (Freud, 2008, p. 165)

Visto así lisa y llanamente, es verdad que en este sueño el deseo no se cumple, es decir, efectivamente no se realiza la comida. Analizando los escenarios previos al sueño, la paciente cuenta que su marido le había contado días antes que se iba a someter a una dieta, porque se sentía ya demasiado gordo, y que no iba a aceptar invitaciones a comer. La paciente planteaba estar muy enamorada de él.

Asimismo, contaba que deseaba comer caviar, pero no lo hacía, no quería permitirse ese fuerte gasto. De esta forma se creó un deseo insatisfecho (incumplido), que al mismo tiempo parece satisfactorio para ella, porque hacía bromas con su marido respecto a esto.

Por otro lado, estaba celosa de una amiga, que por cierto era muy flaca, cosa curiosa, su marido la alababa demasiado, aunque a él le gustaban las mujeres con más “redondeces”. Esta amiga le había contado el día anterior al sueño, su deseo de engordar un poco, podemos apuntar que esta declaración aparentemente simple, tocó y movió a la paciente, y su sueño es efectivamente la reacción frente a esa comunicación.

El deseo de “quiero dar una comida”, es en realidad el de la amiga. Ella le había pedido que la vuelva a invitar a su casa porque ahí se comía muy bien. En realidad, la paciente no quería invitarla porque de esa forma iba a engordar, y por ende le iba a gustar aún más a su marido, esto último no es una conclusión de primera mano, sino que fue producto de la labor analítica.

De esta manera en el sueño de la paciente, su deseo de dar la comida que no se cumple, en realidad, si se cumple, porque el deseo de la paciente es que a su amiga no se le cumpla el deseo de engordar, pero en lugar de ello, sueña que a ella misma no se le cumple su deseo, (de dar la comida); en resumen, se puede elaborar la siguiente interpretación: no daré esta comida a mi amiga, si estando tan flaca mi marido la alaba en demasía, engordando ¿Que se podrá esperar?, no seré yo quien contribuya para que a mi marido le guste más.

Por otro lado, el salmón ahumado era el plato favorito de su amiga que se privaba del salmón como la paciente del caviar. Ambos tienen en común el deseo insatisfecho, producto de la privación. Como en el sueño la amiga no aparece, sino que está la paciente en lugar de ella, podríamos inferir que se trata de una “identificación histérica”, a la paciente le gustaría estar en el lugar de la amiga, es decir, en el lugar de la mujer deseada.

Finalmente, podemos decir que el deseo inconsciente de la paciente está relacionado con la preocupación, acerca de ¿Qué es lo que tiene de especial su amiga, para que su marido la desee? O dicho en términos coloquiales ¿Qué tiene ella que no tenga yo? Justamente este deseo fue el motor del sueño.

B) “Yo solo soy un chico”

Un adolescente de 17 años analizado por Sara Hilda Gellon, como se cita en Aberastury y Knobel (2004), decía lo siguiente: “Hoy tuve por un minuto la sensación de que entiendo como soy, pero ¡qué raro! No me veía con mi cuerpo sino como cuando tenía 6 años”. Cuando la experiencia le dio pruebas de su crecimiento genital -embarazó a una mujer- comenzó a sentirse aún más pequeño. Repetía durante sus sesiones, refiriéndose a cualquier tipo de actividad o actuación: “Yo no puedo hacer eso porque soy muy chico” y llego a mentir conscientemente sobre su edad atribuyéndose solo 14 años en lugar de 17. El sentimiento de ser pequeño servía para negar la realidad de su desarrollo genital. Esta angustia se incrementó porque debió apoyar a su pareja para que abortara.

En una sesión de esa misma época dice: “Ayer por la tarde fui a pedir la libreta y el empleado de la universidad me dijo que parecía de 14. No me gusta que crean que soy chico, pero represento 14. Soy un chico que hago preguntas en la facultad que “joden” y por eso me tienen que aguantar. En el partido dicen que se justifica lo que hago porque soy un chico”. Por otra parte, ante la interpretación de la analista de que quiere sentirse chico, para no pensar que concibió un hijo, responde: “yo no tenía nada que ver, ella se lo hizo”, negando rotundamente la participación del hombre en la gestación. Y la interpretación de que ante la culpa que siente, quiere pensar que solo ella tuvo el aborto, responde: “¿Qué quiere decir? ¡Yo solo soy un chico que se acostó con A!”.

Solo cuando el adolescente es capaz de aceptar simultáneamente los dos aspectos, el del niño y el del adulto, puede empezar a aceptar en forma fluctuante los cambios de su cuerpo, y comienza a surgir su nueva identidad. Este largo

proceso de búsqueda de identidad ocupa gran parte de su energía y es la consecuencia de la identidad infantil. (Aberastury & Knobel, 2004)

C) “Le contare una cosa que jamás conté a nadie”

Una paciente busca un tratamiento analítico porque tiene problemas laborales, relata en sesión lo siguiente:

“Tengo un trabajo muy bueno, estoy muy bien considerada y además me gusta, pero me queda un poco lejos de casa. La gente me trata muy bien, ¿Qué van a pensar si me voy? Pero si me quedo me sentiré atada, tengo ganas de hacer un viaje, por ver cosas nuevas, pero me da miedo.

Posteriormente hace una larga pausa y dice: ¿Usted qué opina? ¿Lo dejo?

La analista pregunta: ¿A quién?

¿Cómo a quién? ¿Usted quiere decir que mi problema no es el trabajo? Bueno le contaré una cosa que jamás conté a nadie”. (Vacarrezza, 2011, p. 59)

En muchas ocasiones, a través de lo que se escucha decir a sí mismo, el paciente puede percibir su implicación en su historia y en su síntomas, o como se dice coloquialmente: “le cayó el veinte”, desde luego que para que esto suceda, también hace falta la intervención del analista; es bastante común que el paciente consulte por un determinado tema, y el mismo se dé cuenta de que está hablando de otra cosa distinta, pero esa otra cosa, no aparece de forma azarosa, sino que esta concatenada a otra ilación de pensamiento.

Por otra parte, en lo tocante a la intervención de la analista, hace un giro gramatical, por así decirlo, simplemente pregunta en concordancia con lo que la paciente está diciendo: ¿Lo dejo? La analista simplemente responde: ¿A quién? Ese giro gramatical, permitió que se abriera una nueva narrativa, se pasó de hablar de un lugar (el trabajo) a una persona, en ese sentido se puede decir ¿A quién tendría que dejar? Ante esta intervención, la nueva narrativa que surge es la confesión de una cosa que la paciente jamás le ha contado a alguien, y eso en un trabajo analítico es una importante ganancia, ya que pone sobre el discurso un nuevo material por trabajar.

D) “Vivo en una injusticia”

Una paciente acude a consulta porque que piensa estudiar Derecho, aunque tiene dudas con respecto a ello, durante la sesión pregunta: ¿No sé qué debo estudiar? La analista hace la puntuación: “debo estudiar...” y la paciente nuevamente responde: “si debo estudiar”.

De primera instancia se puede advertir como algo del “deber” aparece en su afirmación, y aun recalca el “si debo”, este punto del deber lo podemos ubicar como opuesto al deseo, no aparece en su discurso el “quiero estudiar”, sino que dice “debo estudiar”, y además, debe estudiar Derecho, ciencia que en gran medida habla del deber y las obligaciones.

Posteriormente, en otra sesión manifiesta: “ahora ya estoy segura, voy a estudiar Derecho, vivo en una injusticia”, ante esto la analista interviene: ¿Y cuál es la injusticia? la paciente comienza a relatar su historia familiar, es la única mujer en casa, vive con su padre y sus hermanos, que todos son mayores que ella, la madre murió hace algunos años; ella se siente sola, bastante ajena al ambiente que se vive en casa, no es tomada en cuenta, su opinión no es valorada, remarca finalmente: “ahora me entiende por qué vivo en una injusticia”.

Dado el relato anterior, es claro el por qué esta joven se siente y se vive en una injusticia, y ello está conectado a su supuesto deseo de estudiar Derecho; al menos en teoría, la ciencia jurídica tiene como uno de su fines últimos buscar la justicia, de hecho, existe un principio jurídico que dice como sigue: “el día que encuentres en conflicto el Derecho con la justicia, lucha por la justicia”, existe una clara relación entre el supuesto deseo de estudiar Derecho, y la situación tan adversa que la paciente vive en su casa, se conectan aquí dos elementos: “vivo en una injusticia” – “debo estudiar Derecho”, por consiguiente, no es casualidad que quiera estudiar precisamente Derecho, para poder hacerle frente a tales injusticias.

Con el trascurso del tiempo y la consecución del tratamiento, la paciente pudo tomar postura con respecto a esas injusticias de casa, existían otras vías para

hacerle frente a esa situación, y no necesariamente convertirse en abogada, era la solución por tomar, y lo más importante, no existía en ella un real deseo por estudiar Derecho, al final se decidió por otra profesión. (De la Garza, 2004)

CONCLUSIONES

Para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada en el presente trabajo, ponemos énfasis en lo siguiente:

El Psicoanálisis es un saber revolucionario porque pone de manifiesto que el yo ni siquiera es el amo de su casa, y está condicionado por motivaciones inconscientes, por lo anterior, el Psicoanálisis es una inédita forma de acercarse al conocimiento de lo humano, porque descentra al sujeto de la conciencia. El Psicoanálisis se gesta como una nueva ciencia, en tanto que reúne dos elementos básicos para ello: un nuevo objeto de estudio, (lo inconsciente) y un método apropiado para llevarlo a cabo (la asociación libre).

Uno de los aspectos fundantes y fundamentales, desde el punto de vista clínico, es que el Psicoanálisis genera toda una teoría analítica del discurso, es decir, lo relevante es lo que está siendo indicado por el paciente; la atención a la palabra se convirtió en lo principal.

El lenguaje es lo que nos hizo humanos, lo que nos separó del reino animal. Para devenir persona tuvimos primero que hablar, es la palabra la que nos permite nombrar la realidad, y forjar nuestra cultura, podemos decir que las cosas de este mundo cobran sentido, a partir del que el ser humano les nombra y les simboliza por la palabra.

Ahora bien, el Psicoanálisis ha sido nombrado como “la cura por la palabra”, por lo tanto, es una premisa fundamental de la cura psicoanalítica, tomar la palabra del paciente como el principal instrumento terapéutico, y por consiguiente, el analista por su parte, deberá hacer lugar al silencio para poder escuchar, es desde luego, la primera actitud que debe sostener, porque el Psicoanálisis es una “clínica de la escucha”, valga la reiteración, porque se está escuchando la historia del paciente, y lo que está siendo relevante es lo que nos trasmite por su decir, y además su palabra está anudada a su posible cura.

Desde el Psicoanálisis, la cura no es abolir una enfermedad como si fuera un cuerpo extraño, tampoco es quitar los síntomas, ni devolver al sujeto a una supuesta normalidad o bienestar anterior, la cura psicoanalítica apuesta por que la persona se haga cargo de lo que acontece en su vida, que no cargue con sus problemas, sino que efectivamente, se haga cargo de ellos, que el sujeto sea capaz de entender que hay de sí mismo en aquello que dice, es decir, que se implique en su palabra, que sus quejas pierdan sentido, y pueda reconocer que lo que está pasando en su vida, tiene que ver estrictamente con él, y con los pasos y decisiones que tome para sí, en una frase: “que ningún acto es sin consecuencias”.

Por otra parte, para que pueda desarrollarse el trabajo clínico, entre el paciente y el analista se debe establecer un vínculo, al que se denomina teóricamente como “transferencia”, que se puede entender como un lazo afectivo intenso, que se presenta de manera automática, inevitable e independiente de todo contexto de realidad. Para la clínica psicoanalítica es un concepto fundamental, su vertiente más intensa es de tipo erótica, con el paso del debido tiempo y el trabajo clínico, la transferencia se convierte en uno de los ejes para la consecución y el éxito del tratamiento, el mismo Freud llegó a afirmar que la mejoría y avance del paciente, dependía en gran medida de la relación entre éste y el médico.

Una de las premisas fundamentales de la cura psicoanalítica, es que a lo largo del tratamiento, puedan producirse efectos que den lugar a otro discurso, a un saber nuevo para el sujeto, y que signifique algo para él, para ello, el analista habrá de ocupar un lugar óptimo con respecto al discurso del paciente, ese lugar óptimo lo podríamos equiparar al de una pantalla, en donde el discurso del paciente se refleje, y retorne a él con ese nuevo saber; podemos decir que ese nuevo saber, obedece a su deseo inconsciente, pero cabe aquí la siguiente pregunta: ¿Para qué encontrar ese nuevo saber o ese nuevo sentido? Para que a partir de ello, el sujeto avance hacia un cambio de posición subjetiva, es decir, que el sujeto se posicione de otra forma con respecto a sus síntomas, a sus conflictos, para poder vivirlos de otro modo y enfrentarse con ellos.

Para que este nuevo saber pueda surgir durante el tratamiento, el analista no deberá dirigirse o conducirse en el espacio clínico de acuerdo con una estrategia teórica previamente diseñada, aunque es paradójico, su lugar es el de no saber, no porque sea un ignorante, sino porque de la historia del paciente no sabe nada, como lo mencionábamos recientemente primero tiene que escuchar, debe saber mantener los lindes y bordes que marca la propia palabra del paciente.

Aunado a su lugar de escucha, el analista también cumple una función, debe saber intervenir, porque no solo es escuchar o adoptar una postura de mutismo, el analista por supuesto que interviene, porque es parte del dispositivo clínico, podemos preguntar aquí: ¿Cómo procura que esa devolución valiosa, regrese al paciente con un nuevo saber? ¿Cómo es que aparece en escena? lo hace de diferentes formas, desde luego preguntando, guardando silencio, interpretando o efectuando el corte de la sesión, de igual forma, puede remarcar lo dicho por el paciente, puntualizar o cuestionar cualquier parte del discurso, para seguir trabajando sobre ello, o sobre otra ilación de pensamiento.

Finalmente, es importante reconocer que la cura psicoanalítica, así como esta anudada a la palabra del paciente, también lo está a su deseo, es decir, que a partir de ese nuevo saber que se construyó en el análisis, el paciente pueda escuchar sus genuinos anhelos y aspiraciones, dicho puntalmente, la cura psicoanalítica se traduce en la posibilidad de que el sujeto, tome al deseo como motor de su vida, y no solamente eso, sino que además nunca renuncie a él, porque el sujeto por definición, es un sujeto deseante, por eso se piensa al Psicoanálisis como una “ética del deseo”, porque la radical y difícil apuesta que nos propone, es que el sujeto actúe conforme al deseo que lo habita, que tome las riendas de su deseo, para ir tan lejos como se quiera llegar.

BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A. y Knobel M., (2004) *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Assoun, P. L., (2008). *Introducción a la Epistemología Freudiana*. México: Siglo XXI.

Ávila, R., (1994). *La lengua y los hablantes*. México: Trillas.

Barthes, R., (2016). *El grado cero de la escritura*. México: Siglo XXI.

Breuer J. y Freud S., (2008). *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas. Tomo II. Buenos Aires: Amorrortu.

Chemama, R. (2002). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

De la Garza, A. (2004). *El lugar del psicoanalista. El amor de transferencia: de amores, pasiones y el no lugar del analista*. México: Circulo psicoanalítico mexicano.

Eco, H., (2010). *Cómo se hace una tesis*. España: Gedisa.

Freud, S. (2008). *Esquema del psicoanálisis*. Obras Completas. Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Obras Completas. Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *La represión*. Obras Completas. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Obras Completas. Tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Conferencias de introducción al psicoanálisis. (Parte I). Los actos fallidos*. Obras Completas. Tomo XV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Conferencias de introducción al psicoanálisis. (Parte III). Doctrina general de las neurosis*. Obras Completas. Tomo XV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *La interpretación de los sueños. (Primera parte)*. Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Obras Completas. Tomo VI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas. Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Dos artículos de enciclopedia: <Psicoanálisis> y <Teoría de la libido>*. Obras Completas. Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *El malestar en la cultura*. Obras Completas. Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Breve informe sobre el psicoanálisis*. Obras Completas. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. 34° Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. Obras Completas. Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (2008). *¿Pueden los legos ejercer el análisis?* Obras Completas. Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu.

Galindo, I. (2005) *Derecho civil. Parte general: personas y familia*. México: Porrúa.

Gerber, D. (2008). *De la erótica a la clínica. El sujeto en entredicho*. Argentina: Lazos.

Hernández, R., (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Jones, E. (1997). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Argentina: Lumen-hormé

Lacan, J. (2009). *La instancia de la letra en el inconsciente, o la razón desde Freud. Escritos*. Tomo 1. México: Siglo XXI.

Lacan, J. (2007). *Las formaciones del inconsciente. El seminario*. Tomo 5. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2010). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. El seminario*. Tomo 11. Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2009). *La Ética del psicoanálisis. El seminario*. Tomo 7. Argentina: Paidós.

Laplanche J. y Pontalis J.B. (2016). *Diccionario de psicoanálisis*. España: Paidós.

Levi-Hambra, A. (2004). *El lugar del psicoanalista. De lugares e imposibilidades*. México: Circulo Psicoanalítico Mexicano.

Mannoni, M. (2003). *La primera entrevista con el psicoanalista*. México: Gedisa.

Paz, O. (2013). *El arco y la lira*. México: Fondo de la cultura económica.

Saettele, H. (2008). *Palabra y silencio en psicoanálisis*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X).

Schopenhauer, A. (2005). *El mundo como voluntad y representación*. México: Porrúa.

Tubert, S. (2006). *Sigmund Freud*. España: Edaf-Ensayo.

Vaccarezza, L. (2011). *El trabajo analítico*. España: Síntesis.