

El síntoma, lo curable y lo incurable

Daniel Schoffer Kraut

Este tema clínico no se ubica en el final sino en el comienzo de un análisis.

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

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

Freud recuerda siempre que el psicoanálisis no es aplicable a todas las patologías y que en realidad su método sólo se adecúa al trabajo con las neurosis.

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

En las neurosis, la lucha defensiva del Yo contra la moción pulsional termina con la formación de síntoma.

El síntoma es el producto de una transacción que produce algo nuevo, una nueva creación con la que el Yo trata de satisfacer tanto a los imperativos del Superyó como a las pulsiones del Ello.

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

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

Planteadas las cosas de esta manera, voy a centrar la cuestión en averiguar cuál es el destino de la moción pulsional activada en el Ello,

es decir, qué camino sigue la pulsión para burlar a la defensa y alcanzar la anhelada descarga que conduce a su satisfacción.

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

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

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

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

De este modo el acto de represión muestra, por un lado, la fortaleza del Yo, pero también atestigua su impotencia porque la moción del Ello se caracteriza por no ser influenciable.

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

La lucha defensiva contra la moción pulsional termina muchas veces con la formación de síntoma y, por eso, esta lucha termina convirtiéndose en lucha contra el síntoma.

Esta es la razón por la que en la represión siempre gana el Ello, porque desde la clandestinidad puede dar caza a los retoños del Yo, hacerse fuerte y de este modo retornar de lo reprimido sin que el Yo pueda hacer nada porque se ha quedado fuera de juego.

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

Entonces el Yo se adapta al síntoma.

Así el síntoma se encarga poco a poco de subrogar importantes intereses del Yo, cobra un valor para la afirmación de sí, se fusiona cada vez más con el Yo y, se vuelve cada vez más indispensable para éste.

Se trata del beneficio secundario del síntoma.

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

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

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

EL YO Y EL SINTOMA

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

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

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

El hombre es un auténtico desadaptado de la naturaleza, vive en una discordancia que le es constitutiva, con un Yo que empeñado siempre en alcanzar la coherencia entre el Ello, el Superyó y la realidad exterior, que lo condena a una deriva, entre un sentido que se le escapa y una migaja de goce pulsional al que no puede terminar de renunciar.

¿QUE HACER CON EL SINTOMA?

Entonces... ¿Qué hacer con el síntoma? ¿Qué se interpreta? ¿Cómo se interpreta? ¿Cuándo se interpreta?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El tema de la descarga y el desprendimiento, que Freud lo abordó en el "Proyecto de psicología para neurólogos", radica en el hecho de que si descarga acorde con la ley, siempre acorde con la ley, entonces es un sobre-adaptado, sometido al Superyó y con placeres mojigatos

que no satisfacen ni a la Santa Madre Iglesia, ya que ésta vive de los otros placeres, de los que son de verdad y producen culpa.

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

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

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

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

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

¿Qué hacer con el síntoma?

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

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

¿DIRECCION DE LA CURA?

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

La cura analítica tiene que ver con un proceso, con un método, con una técnica que conduce, como dice Elina Wechsler, de la tragedia al drama de la vida, y que conlleva a cierta remisión del síntoma en tanto sufrimiento.

Esta cura se basa en momentos privilegiados en los que el paciente

dice y no sabe lo que dice. Son momentos en que el relato falla, en que la palabra falla. Y cuando falla la palabra es cuando aparece el goce.

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

Esta transformación que va de la cura a la experiencia analítica está signada, como dice J. D. Nasio, por cinco momentos:

1. En primer lugar está el modo en que el paciente dice lo que sufre.
2. En segundo lugar el punto en que al relatar su sufrimiento aparecen las fallas en la palabra.
3. En tercer lugar la teoría que el paciente hace acerca de su sufrimiento.
4. En cuarto lugar está el modo en que el analizando, al ir colocando al psicoanalista como destinatario de su relato, lo va convirtiendo en el destinatario del síntoma, y por ende en el otro del síntoma.
5. Por último, está el modo en que el analista se va convirtiendo en la causa del síntoma.

Es decir, que el paciente, que en un principio está atrapado en la interpretación de su síntoma, termina interpretando todo lo que le ocurre en la experiencia analítica; de modo que si al principio destinaba su interpretación al analista, luego, en un segundo tiempo, coloca al analista en el lugar de la causa de lo que le ocurre.

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

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

EL SINTOMA COMO SIGNO

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

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

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

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

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

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

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

Entonces ¿qué es interpretar?

Interpretar es producir un sinsentido en lo que aparecía como la interpretación del síntoma como signo, es decir, un sinsentido en la interpretación cerrada acerca del síntoma... para que el síntoma pueda aparecer como significante, como formando parte de una cadena significante, en el que las cosas no son lo que son sino en función de las operaciones de combinación y sustitución que son propias del significante.

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

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

Y esto nos conecta con lo incurable.

Entonces... ¿Qué hacer con la cura?

Por un lado tenemos la pregunta práctica sobre el proceso que

lleva a la cura, pregunta relacionada con la resolución del conflicto, la disolución del síntoma o con cualquier otro tipo de ideal de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL SINTOMA COMO SIGNIFICANTE

La otra cara es la del síntoma como significante.

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

Es un momento privilegiado en el que el paciente comienza a enfrentarse a su discordancia constitutiva, un sujeto que se descubre a la deriva, con un Yo ocupado en producir coherencia entre las pulsiones del Ello, las exigencias del Superyó y la acomodación a la realidad exterior.

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

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

Por lo tanto, la pregunta por la cura en análisis debe abordarse desde dos perspectivas: por un lado tenemos una pregunta práctica que gira en torno al método y a la clínica.

Y por otro lado hay otra cuestión en torno a la cura, que trata de establecer la diferencia que podemos constatar entre el sujeto que sufre y pide tratamiento, es decir, el sujeto que pide ser curado de su malestar y el sujeto en el momento de la salida del análisis, después de la experiencia analítica y que está confrontado a lo incurable.

Así, y por poner un ejemplo, en la introducción al caso del “Hombre de las ratas”, Freud dice que después de un año de tratamiento el paciente alcanzó el “restablecimiento total de la personalidad y la cancelación de sus inhibiciones”.

Y agrega, que como el tratamiento de la enfermedad fue un éxito, y debido al hecho de que el paciente se curó, el análisis no se pudo continuar.

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

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

Y la castración no se refiere a ningún tope que no se pueda

alcanzar. Castración quiere decir que todo no es posible, que el encuentro con el otro no es posible, que la pulsión no se puede descargar libremente, que el deseo es indestructible e imposible de realizar, que la interpretación del sueño llega hasta un límite, y que más que estar habitados por la incompletud somos el producto de una escisión del Yo, escisión que no es reparable porque es constituyente.

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

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

El descubrimiento de esa *Spaltung* marca el momento en que el analizado y el analista se enfrentan a la roca de la castración, que es el tope, pero también la solución, siempre y cuando el sujeto sea capaz de reconocerse en la incompletud, pero no porque ha vivido alguna experiencia singular que lo ha podido marcar sino por su condición humana de sujeto sexuado y cultural; un sujeto marcado por la imposibilidad de ser el falo que completa a la madre. Y esto, es a lo que Freud llama castración.

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

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

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

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

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

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

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

El síntoma también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

Por eso la entrada en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en el puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en experiencia psicoanalítica, se trata del síntoma como lo que nos interroga y que al mismo tiempo nos convoca a interrogar.

Es cuando el síntoma se incorpora a la relación analítica, cuando se incorpora a la relación transferencial.

¿QUE ES LA TRANSFERENCIA?

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

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

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

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

Se produce la transferencia como metáfora, como sustitución significante. Es decir, que el analista se convierte en síntoma que vuelve a fijar el deseo. Por eso, hay goce en la transferencia.

Como en el amor cesan los deslizamientos significantes.

Los fantasmas infantiles se despliegan en la neurosis de transferencia y habrá que elaborarlos para librarse de esa nueva enfermedad.

Entonces la enfermedad también forma parte de lo que se produce como experiencia analítica.

La entrada propiamente dicha en análisis se produce cuando el síntoma deja de estar anclado en el puro terreno de lo que hay que curar y se convierte en experiencia psicoanalítica.

LA CURA Y LA EXPERIENCIA PSICOANALITICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FINALES DE ANALISIS

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

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

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

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

En un artículo de 1912, “La iniciación del tratamiento” Freud compara el tratamiento psicoanalítico con el juego de ajedrez y nos advierte que en el aprendizaje del mismo sólo “las aperturas y los finales pueden ser objeto de una exposición sistemática...”.

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

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

Sin embargo no existen casos clínicos que ilustren los finales de análisis, salvo en lo que se refiere a la remisión de los síntomas o a la resolución de alguna inhibición que habitaba al sujeto y que se anudaban a algún tipo de sufrimiento o malestar.

No hay presentaciones clínicas que ilustren el final de análisis.

A pesar de que Freud, en “La iniciación del tratamiento” dice que los finales de análisis pueden ser sistematizados, a la hora de la verdad, parece ser que hay múltiples maneras de plantear el final de análisis, y que estas múltiples maneras, dependen, como dice Colette Soler, de las distintas teorías, y distintas ideologías de salud, que determinan distintas maneras de entender el final de un tratamiento.

Por ejemplo, para la psicología del Yo americana, la neurosis se produce porque el sujeto tiene un Yo débil y por eso la finalidad del análisis es la de fortalecer su Yo. Esta operación de cambio que consiste en transformar un Yo débil en un Yo fuerte, se logra por medio

de la interpretación de los mecanismos de defensa, las resistencias y la identificación. El beneficio que el analizando obtiene es el de adquirir una capacidad para dominar mejor a la pulsión.

La escuela kleiniana de las relaciones de objeto, en cambio, ubica a la entrada toda la cuestión relacionada con el clivaje. El sujeto que consulta es un sujeto clivado, porque utiliza mecanismos defensivos disociativos y el objetivo final del análisis es alcanzar un sujeto reunificado. La pulsión de destrucción, ubicada en el origen del psiquismo, determina una especie de dialéctica entre un Yo que puede o no dominar a la pulsión de destrucción. El Yo enfrentado esquizoidemente a la introyección y proyección de los objetos buenos y malos, debe alcanzar una supuesta posición depresiva que le permita integrar lo bueno y lo malo que hay en él. El beneficio que se persigue es lograr la unificación del ser.

Para Winnicott, el sujeto llega a la consulta del analista con un falso *self* y todo el proceso analítico consiste en que alcance su verdadero *self*, su verdadero “sí mismo”. Curiosamente, este verdadero *self* no se produce en el análisis sino que se encuentra, se reencuentra en la cura, como si se tratase de una operación de revelación. Hay una ganancia proporcionada por el análisis que es el sentimiento de autenticidad; al final uno cree ser uno mismo, se siente consecuente con lo que hace y ya no está en “el como sí”, el sujeto logra ser más auténtico en relación con los actos que lo comprometen.

Lacan, en cambio, y en oposición a estas promesas de completud, dice que al principio tenemos un sujeto dividido y al final del análisis sigue habiendo un sujeto dividido.

Es decir, que el proceso analítico no elimina la división del sujeto. Al final del análisis, tendríamos un sujeto destituido del lugar del ser en tanto fantasma narcisista y confrontado con lo incurable. El beneficio está en relación con el cambio de posición del sujeto. Se trata de una ganancia en relación al saber, al saber que no se sabe. Y al final del análisis el sujeto sabe que hay un saber que no se sabe y que es un saber que no se puede saber.

¿Qué es lo importante en todos estos planteamientos?

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

¿Cómo se alcanzan estos logros terapéuticos?

Por medio de un dispositivo que inventa Freud y que se basa en que el analizado debe cumplir la regla fundamental del psicoanálisis,

que es la de la asociación libre y el psicoanalista la regla de la atención flotante y la interpretación. Este dispositivo es el que permite alcanzar lo real del inconsciente.

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

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

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

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

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

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

Este es un tema importante porque el final del análisis está relacionado con la transferencia.

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

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

Lo que sustenta esta intervención es un modelo económico, que consiste en descargar un exceso de cantidad que el aparato psíquico no pudo tramitar y en un modelo biológico porque se trata de lograr una descarga directa, que no pasa por la simbolización.

Con la renuncia al método hipnótico, el tratamiento se centró en entender desde las ocurrencias libres del paciente, las vivencias que

él se denegaba recordar. Se trataba de establecer con exactitud el acontecimiento que en la historia del sujeto había devenido traumático. El tratamiento se proponía levantar la represión y sortear las resistencias que se oponían a la cura mediante la interpretación.

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

Aquí el efecto terapéutico se produce en la medida en que el sujeto se reconstruye una historia y por eso el análisis se centra en llenar las lagunas del recuerdo y crear los nexos que faltan.

En este proceso, el analizado recorre su fantasma constituyente y rehace su historia, se crea una nueva ficción.

Pero a veces el analizado se aferra a su historia, a su ficción, se resiste a cambiar su historia. Y a veces nos enfrentamos a la dificultad de poder entender qué es ficticio y qué no es ficticio en la historia con la que se presenta el sujeto. Es decir, qué es lo que se puede interpretar como resistencia y qué forma parte de lo real no interpretable. El fantasma que organiza la historia del sujeto se ancla, se fija a estos puntos de lo real.

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

En términos descriptivos se trata de llenar las lagunas del recuerdo, en términos dinámicos de vencer las resistencias de represión, en términos económicos de descargar por medio del gasto libidinal que se produce en la asociación libre.

Entonces, y en un primer momento, lo que sostenía Freud era que el sujeto se curaba si lograba hacerse “uno” con el recuerdo.

Es un momento en que Freud le concede un prestigio excesivo al recuerdo porque cree que es posible recordar el acontecimiento tal cual fue.

Pero el descubrimiento de los recuerdos encubridores, de las fantasías originarias y de las teorías sexuales infantiles lo confrontaron con el hecho de que recuperar el recuerdo en sí, tal cual fue,

tampoco sirve porque lo realmente importante es la resignificación del recuerdo y el modo en que la subjetividad marca significativamente tanto la elección como el relato de los hechos que se recuerdan.

Ya no se trata entonces de recordar para no repetir, porque entre los recuerdos encubridores, las fantasías originarias y las teorías sexuales infantiles, ya no sabemos qué es recuerdo y qué es invención.

Ya no sabemos qué es lo que inventa el sujeto y qué es lo que inventa al sujeto.

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

Así, Freud descubre que lo más significativo de la repetición no es lo que se repite en el aquí y ahora como en el allá y entonces, es decir que deja de centrarse en recordar el acontecimiento reprimido para centrarse en la repetición de lo que nunca fue recuerdo.

Por eso, el final del análisis ya no es tan sólo el de interpretar las resistencias y levantar la represión como modo de recuperar recuerdos denegados por el sujeto, sino la de producir nexos que le faltan al paciente y que le posibilitan recorrer el fantasma para construir un recuerdo que no fue.

Se trata de recordar, y recordar hasta agotar los encubrimientos del recuerdo. Hasta descubrir, por ejemplo, que lo que ocurrió tiene menos importancia que lo que se deseó y nunca pudo ocurrir.

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

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

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

y no debía haber sido, ni porque estamos atrapados en la insistencia de un deseo que no puede ser, sino porque hay castración.

Esta es la experiencia del final de análisis. Es el momento en que el analizado no puede decir más, momento en que no hay más para interpretar y el sujeto puede reconocer que él es eso: un sujeto marcado por la imposibilidad de ser el falo que completa a la madre.

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

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

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

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

Final de análisis. Queda un resto. Un resto que no es del orden de lo no analizable sino del orden de lo incurable.

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

SABER HACER CON EL SINTOMA

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

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

Ya el 16 de abril de 1990, en la carta 133, le había escrito a Fliess:
“E., concluyó, por fin, su carrera como paciente mío con una

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

¿QUE ES LA TRANSFERENCIA?

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

El análisis fue virando hasta encontrarnos con la transferencia. La transferencia está a la entrada del análisis, porque sin transferencia no hay análisis y la transferencia está al final del análisis como destitución simbólica del analista, destitución que es la caída del analista del supuesto saber sobre el goce, caída del analista como lugar que causa el deseo y caída del analista en tanto objeto de deseo.

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

Se produce la transferencia como metáfora, como sustitución significante. El analista se convierte en síntoma que vuelve a fijar el deseo. Por eso, hay goce en la transferencia, es decir, placer y dolor. Como en el amor cesan los deslizamientos significantes. Los fantasmas infantiles se despliegan en la neurosis de transferencia y habrá que elaborarlos para librarse de esa nueva enfermedad.

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

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

¿Qué hacer con la transferencia? En un primer momento Freud

dice que hay que combatirla. Pero luego dice que hay que desearla, porque en la repetición y en la creación que se dan en la transferencia, es donde se van a mostrar los puntos a los que se fija el fantasma del sujeto. Sólo en la transferencia se puede producir el desasimiento de la Cosa de lo real, del *das Ding*, que atrae la libido del sujeto y lo deja atrapado en una relación con el objeto perdido.

Esta introversión libidinal, dice Freud es la que se manifiesta como resistencia a la transferencia porque el analista como objeto convoca a una sustitución con el abandono de los objetos con los que el sujeto alcanza una satisfacción fantasmática.

La transferencia implica un trabajo de duelo. Duelo por el objeto perdido. Desprenderse del objeto perdido porque es el vacío que atrapa al sujeto, y lo vacía, vaciando el mundo de los objetos posibles. Duelo necesario para poder relacionarse con los objetos, aceptando que no son el objeto.

Que el objeto no es el objeto quiere decir que el analista no es el objeto del deseo ni es lo que causa el deseo. Es la caída de la entronización del objeto. Y es la caída del analista, lo que Lacan identificó como destitución simbólica.

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

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

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

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

Freud no teorizó sobre el fin de análisis. Sus planteamientos en “Análisis terminable e interminable” son de orden práctico. Dice que el final de análisis es una cuestión práctica que se establece caso por caso.

En Freud no hay descripción clínica de final de análisis. Hay descripción clínica de finales de curas, tal como lo podemos constatar en los casos de Juanito o el Hombre de las ratas, pero no hay descripción de finales de análisis.

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

Trabajo presentado: 9-11-2010

Trabajo aceptado: 20-12-2010

Daniel Schoffer Kraut

Príncipe de Vergara 205, Esc. 3, 6º B

28002 - Madrid

España

E-mail: danielschoffer@yahoo.es

