

PSICOANÁLISIS, SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE



RICARDO AVEGGIO



RiL editores

PSICOANÁLISIS, SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE

RIL editores
bibliodiversidad

RICARDO AVEGGIO

Psicoanálisis, salud pública y salud mental en Chile



RiL editores

PSICOANÁLISIS, SALUD PÚBLICA Y SALUD MENTAL EN CHILE

Primera edición: octubre de 2013

© Ricardo Aveggio, 2013
Registro de Propiedad Intelectual

Nº 234.468

© RIL® editores, 2013

Los Leones 2258

CP 7511055 Providencia
Santiago de Chile

Tel. Fax. (56-2) 22238100
ril@rileditores.com • www.rileditores.com

Composición y diseño de portada: RIL® editores

Derechos reservados.

LA SOCIEDAD DE LOS CASOS GRAVES

CELEBRO LA APARICIÓN DE ESTE LIBRO EN CHILE. Aborda desde el vamos un aspecto crucial de nuestra civilización: cierto desplazamiento en la manera de pensar la clínica contemporánea con su consecuente efecto en la práctica del psicoanálisis.

¿O será al revés? Desde la práctica, ahí donde ella se desarrolla, nos hemos visto obligados a repensar nuestras categorías.

Lo que es seguro es que los sujetos que consultan hoy en día no «respetan» del todo tipologías, ni parecen inscribirse en las estructuras tradicionales del psicoanálisis y la psiquiatría.

Es que la sociedad actual misma, en la que todos estamos insertos, ha ido variando en aspectos esenciales.

Lo que llamamos síntomas contemporáneos, sin llegar a ser esta una nueva categoría, acompañan ese proceso en proporciones variables, revelando de qué manera el sufrimiento humano se acomoda incomodándose a lo que su cultura, dentro de la civilización que nos abarca a todos, promueve y obliga.

He allí un cierre: ya no hay padre al cual quejarse.

El padre, eje de multitud de polémicas alentadas por el psicoanálisis, ya no tiene el poder que tenía antes.

Y si decimos el padre nos referimos también a las figuras que lo reemplazan como pueden y que lo continúan.

Así como decimos que hay hoy una decadencia de la función paterna, lo que desde el psicoanálisis describimos como la función del nombre del padre, nos encontramos con lo mismo en relación a la figura del amo antiguo.

El amo antiguo solo debía su consistencia en el dar órdenes, sin importarle demasiado las maneras en que esas órdenes eran cumplidas.

Nunca tuvo demasiado interés el amo por el saber, eso se lo dejaba a otros, los que cumplían sus órdenes y las implementaban.

Pero en la sociedad contemporánea eso cae. No importa mucho a partir de cuándo pero hay un momento histórico en el cual al amo le empieza a interesar el saber.

Eso no sería un inconveniente en sí mismo, pero lo que hay que pensar es en la característica de ese saber.

Lacan definió ese saber como: no saber de todo, sino ser todo saber.

Que lo incluya como agente de uno de sus cuatro discursos, el universitario, no hace al desarrollo que intento realizar en este prólogo.

No se trata de universidad sino de emergencia de la figura del experto reemplazando a la del padre.

La característica fundamental de ese saber nuevo que emerge es solidaria con las maneras en que se concibe hoy desde la educación en la familia hasta la modalidad del trabajo en una multinacional.

Comenzaré por una que encarna la esencia de ese saber: la evaluación.

¿Quiere decir esto que estamos en contra de la evaluación? No es ese el eje sobre el cual quisiera insistir.

Lo que hay que advertir es simple: cuánto se respeta hoy en día del sujeto en el ámbito del cual se trate.

Evaluar, como se evalúa en nuestra sociedad, es ubicar al evaluado en un lugar dónde se desvanece su singularidad.

Todavía recuerdo cuando estudiaba y decía a mis amigos: hoy no salgo porque mañana tengo prueba.

Una prueba consistía en preguntas, no muchas, que uno tenía que desarrollar. La nota que se obtenía era producto del juicio íntimo del profesor que, en ocasiones, derivaba en quejas tácitas o explícitas.

El ejemplo muestra la posición en el deseo de cada quien, del que estudió para la prueba y del que corrigió.

En ese sentido son sujetos de deseo, ambos, singulares y sosteniendo un tipo de lazo.

Muy diferente es evaluar con el *multiple choice*. En pos de la exactitud y de la objetividad «científica», los evaluados quedan reducidos a la «X» de cada opción que marcan y el evaluador tiene todas las respuestas que no permiten ninguna variación.

Se empieza a comprender que es ese «todo saber».

De allí que podamos describir ese pasaje como del sujeto al objeto.

En ese pequeño ejemplo quiero mostrar que el padecimiento subjetivo en el primer caso no es igual al del segundo.

Lo hay en los dos. No se trata acá de mejor o de peor, sino de sacar las consecuencias de la diferencia entre ambas modalidades.

El todo saber se extiende, poco a poco, a ámbitos impensados: la familia, el trabajo, la educación... las instituciones.

Singularidad e institución son dos términos que dan marco a éste libro.

En él se describe muy bien que la clínica ha cambiado y que el psicoanalista no debería resistirse a aceptarlo ya que tiene los instrumentos necesarios para intervenir en ella.

Y si desconfían del ejemplo prueba-*multiple choice* por demasiado «intelectual» diré que observarán el mismo proceso en cualquier hospital público, sala sanitaria de barrio, empresa, escuela primaria, etc.

Lo que cae con el padre son las relaciones asimétricas que son reemplazadas por

relaciones de equivalencia.

No es lo mismo decir a un niño «vete a dormir» autorizándose el padre en sí mismo para esa acción sin fundamento, que argumentar sobre la necesidad de descanso de la familia en una amable charla entre sus miembros donde todos argumentan y opinan.

En el primer caso uno funda su autorizarse en sí mismo en que siempre fue así, de generación en generación. Eso no es sin restos ya que entre el ejercicio de la autoridad y los desvíos autoritarios siempre hay una línea muy delgada.

Del lado del sujeto, por otra parte, se verifica que interpreta esa ley que le viene del Otro de diferentes maneras, que hacen a su constitución subjetiva no sin el síntoma.

Pero en el segundo ejemplo se pierde el ejercicio de la ley y se la reemplaza por ese saber que se intenta transmitir con buenos modales.

El padre-profesor que adviene, la mayoría de las veces, al establecer una equivalencia y no una asimetría con el hijo, comienza a caer en las redes de una relación especular con la tensión agresiva que eso genera.

A partir de ese momento empiezan los síntomas contemporáneos: surge el capricho del niño, continúa cierta exasperación del padre (por no llamarla violencia) y eso empuja a la culpa, etc.

Hago notar que la estructura de este ejemplo puede extenderse a todos los otros lugares que frecuenta ese niño, que no sabemos a qué hora finalmente se durmió: jardín de infantes o escuela primaria, actividades complementarias, visita al pediatra, etc.

Esta forma de pensar el capricho es el antecedente de lo que en este libro termina en el desarrollo sobre la noción de estrago.

Vale la pena recordar que el capricho, en Lacan, es sin nombre del padre, pero no sin el deseo de la madre.

Digamos que desde el Psicoanálisis podemos todavía plantear algunas precisiones en relación a este proceso.

Si seguimos el ejemplo del niño que hay que mandar a dormir, allí donde hubiéramos esperado la castración simbólica ha operado la frustración imaginaria.

El capricho es heredero de ese plano, allí donde cualquier regulación simbólica fracasa.

Recordemos que incluso para el Lacan de la última enseñanza la función paterna quedaba reducida a un decir que no.

Decir que no sostenido en el plano de la enunciación, mas estrictamente hablando corresponde al plano de decir, mas que al de los dichos y sin que algún objeto concreto designe lo prohibido como tal.

Es prohibición, efectivamente, pero es mucho más lo que permite que lo que prohíbe.

Y además está anudada a la ley y el deseo.

La frustración imaginaria, en cambio, recae sobre el objeto real. Al estar demasiado prohibido se le realza el valor para el deseo y la paradoja a la que empuja es que después ya no hay prohibición que valga.

O al revés, si se dice que sí todo el tiempo, por múltiples razones, ningún no logrará un efecto mínimo en ese niño.

En el campo de la frustración el orden simbólico existe, no es que desaparece, pero es muy precario.

Después el niño se acostumbrará a las reglamentaciones –no a las reglas– que se impongan, masticando su rabia y aumentando su intolerancia.

Y se nota la equivalencia en la educación de padre y madre, donde se pierde el padre castrador para dar paso al padre frustrador.

Se trata ahora de ver cómo este proceso sucintamente descrito tiene consecuencias en la clínica.

DE CLASIFICACIONES Y DE MAPEOS CEREBRALES

Todo el desarrollo anterior intentó mostrar algunos aspectos, no todos, de porqué los psicoanalistas hablamos de decadencia de la función paterna.

En este punto tan importante y actual éste libro viene a instalarse con autoridad... psicoanalítica.

Encontrarán en él varios casos clínicos, en general casos difíciles, las intervenciones de los analistas en relación a cada uno de los casos y una reflexión profunda sobre los mismos.

Desde el vamos se critica la idea de que la construcción de la teoría analítica pueda ser pensada desde el modelo de la neurosis.

He allí algo sumamente importante. Efectivamente pensar la clínica desde el modelo de la neurosis es de lo que Lacan se separó a partir de su última enseñanza.

Esta está sostenida en un paradigma: hay que pensar la neurosis desde la psicosis y no al revés.

Eso abre el inmenso campo de lo que en psicoanálisis llamamos la clínica de las suplencias, continuista, pensada en términos de anudamientos y desanudamientos de los tres registros: RSI, real, simbólico e imaginario.

Así que todos tenemos –¿o nos tiene a cada uno?– un parche que remienda la estructura que está hecha de tres elementos heterogéneos que no tienen relación entre sí. Ese parche es el síntoma.

Por lo tanto: forclusión generalizada.

En este punto pueden seguirse en Lacan diversas formas de abordar esa idea durante toda su enseñanza leyéndola *après-coup*.

He realizado ese intento en el punto anterior y podrían tejerse otras consideraciones que exceden este prólogo de las cuales una investigación seria sobre la noción de «ser nombrado para» sería una de ellas.

A esta altura vale la pena detenerse en una cuestión. No es cierto que las neurosis típicas hayan desaparecido. Quizás sean un poco antiguas, nostálgicas, desactualizados, pero resisten.

Es común, todavía, la consulta de sujetos histéricos y obsesivos.

Eso no garantiza que la neurosis sea necesaria. Puede seguir existiendo, cómo no.

Hecha esta aclaración también es cierto el aumento de casos que no encajan en las clasificaciones.

Este libro está escrito pensando esos casos que aumentan día a día.

De allí que considero necesario detenerme en qué queremos decir con el término clasificación, para después sí insistir en la idea que sostiene el/al psicoanálisis: la singularidad.

Clasificar es ordenar o disponer por clases. Eso es lo que hizo Aristóteles con su lógica.

Pensó un universal que leemos como «todos» y un particular que leemos como «algunos».

Así podemos decir que la neurosis constituye un universal y que la histeria y la obsesión son el particular de ese universal, el algunos neuróticos.

Eso le hizo decir a Lacan que existen tipos clínicos de acuerdo a los tipos de síntomas.

Los casos que este libro investiga salen de esa lógica. Por eso cobra importancia subrayar lo que escapa a esa clasificación, que también es la nuestra, la del psicoanálisis, que es la noción de singularidad.

¿Cuáles son los nombres de lo singular en psicoanálisis?

La división subjetiva es uno de esos nombres. Pero es inaprensible, pura falta en ser, metonimia, no se la puede agarrar. O brilla por su ausencia.

El objeto «a» es otro de los nombres de lo singular. Pero sólo indica el poco de ser del *parlêtre*.

El fantasma, si juntamos los dos anteriores, es otro.

Finalmente lo que mas revela en psicoanálisis la dimensión de lo singular es el síntoma y particularmente como Lacan lo escribe en su última enseñanza: *sinthome*.

La noción de *sinthome* hace caer cualquier clasificación ya que él es un singular radical: ese, solamente ese y nada más que ese.

Por eso es inútil discutir hoy en día con el DSM, cualquiera sea.

Es cierto que el DSM reemplaza síntoma por trastorno. Peor el DSM mismo se ha hecho síntoma. Lo quiso eliminar y él mismo se constituyó en síntoma... contemporáneo.

El DSM 5 no consigue salir por las críticas que ha recibido antes de su aparición.

Pero lo más interesante es que las críticas no las ha recibido del psicoanálisis sino de la ciencia.

Se lo acusa de ausencia de validez científica. ¿Quién acusa? Tomas Insel, director del National Institute of Mental Health (Instituto nacional de salud mental).

La crítica apunta a la necesidad de encontrar «un real medible para las enfermedades mentales»¹.

Se empieza a decir que el DSM es el pasado.

Con quien hay que discutir en la actualidad es con las neurociencias que avanzan en la eliminación radical de la noción de síntoma.

Es más impactante si donde escribí síntoma lo reemplazo por: sujeto, lo singular, *parlêtre*.

Es por ello de una ingenuidad casi infantil lo que en el DSM se llamarán «las nuevas adicciones»².

Ellas son: el abuso de Internet, ¡el sexo!, el trabajo, el juego y...¡¡las compras!!

Es una clasificación, no hay dudas, para guiar –se dice– a los psiquiatras sobre el diagnóstico (el todo saber) y el tratamiento que incluye fármacos (¿por qué?).

Los especialistas afirman: «es necesario promover diagnósticos más precisos (evaluación, estadística), intervenciones mas tempranas (¿hasta qué edad la piensan extender?) y mejores resultados (otro paradigma de la época: problema-solución).

Pero seguimos en el terreno de las clasificaciones que es lo que aparece ahora cuestionado.

¿Qué dirían las neurociencias de las «histerias bajitas»?

¿Qué decir nosotros, cuando se define como prestación de calidad aquella que tiene un aval científico?

Preguntas que este libro desarrolla con precisión.

LAS PSICOSIS ORDINARIAS

Llegados a este punto cobra importancia lo que en nuestra comunidad, la del psicoanálisis de la orientación lacaniana, hemos comenzado a llamar psicosis ordinaria.

Con el término psicosis ordinaria no se obtiene un concepto bien definido pero se amplía el campo de conversación clínica.

Se creyó, con ese término, superar la dicotomía neurosis-psicosis pero ese no es el eje que viene a iluminar.

Sin embargo no supera, ni disuelve, ni confronta con esa clasificación que sigue teniendo su vigencia.

Pero se ubica de costado en relación a la divergencia entre esos dos campos.

Del lado de la neurosis «se habla de psicosis ordinaria cuando no se reconoce ningún signo evidente de neurosis»³.

Así que para sospechar una psicosis ordinaria primero hay que saber que no se trata de una neurosis. Eso exige una formación analítica responsable. Hay que saber muy bien qué es una neurosis para poder decidir que no se está en presencia de una.

Del lado de la psicosis nos encontramos ante la ausencia de un fenómeno elemental claro, ideación delirante precisa y/o alucinaciones. ¿Entonces?

Aquí cobra importancia lo que describí en el punto anterior como clínica de las suplencias.

Se trata de ubicar cómo funciona en ese *parlêtre* lo imaginario, lo simbólico y lo real, pesquisar posibles desanudamientos, resquebrajamientos en el lazo social, dificultades específicas en el cuerpo que no se explican desde la posibilidad psicósomática, pensamientos que no articulan a través de la resignificación, modalidades de goce sin el límite del falo, excesos pulsionales que confluyen con el dolor sin remitir éste a un fantasma masoquista.

Sujetos desconectados, recludos, que huyen del lazo social, cuerpo fragmentado sin sospechar esquizofrenia, experiencia del agujero, de algo que aspira el ser del *parlêtre* sin significantes para describir dicho fenómeno, sin posibilidad de cernir ese vacío, angustia, por supuesto.

Son pequeños signos de la forclusión sin verificar una psicosis extraordinaria.

Pero si se verifica que no es neurosis, si se decide por una psicosis ordinaria, se trata de una psicosis.

Y esto, insistiré, obliga a una formación del analista sumamente exigente.

Como dice Miller: «una vez que se dice psicosis ordinaria hay que intentar clasificarla de forma psiquiátrica» para agregar «no hay que decir simplemente que es una psicosis ordinaria, hay que ir mas lejos y considerar la clínica psiquiátrica y

psicoanalítica clásica»⁴.

Todos los temas clínicos que éste libro aborda bordea esa clínica aunque no se la nombre del todo de esa manera.

Desde el primer capítulo el lector encontrará una investigación precisa sobre el sufrimiento psíquico, una discusión sobre el concepto de estructura, un desarrollo sobre lo irreducible del goce y muchas cosas más.

También una diferencia entre la clínica pensada desde el Edipo y una clínica nodal.

Es por eso que está mencionada Melanie Klein, quien consideró como inicial la estructura psicótica en cualquier *parlêtre*.

En los casos graves, los que se abordan en este libro, la primera sospecha es que no hay nombre del padre.

Llamarlos «graves» no es un juicio moral sino todo lo contrario. Lo «grave» es la no regulación, la desarticulación, los desenganches, la ausencia del límite, la angustia desbordante, la sensación de vacío radical.

Ese mismo caso «grave» tratado por un psicoanalista apunta a un nuevo empalme entre lo que aparece desarticulado, disyunto, extraviado, a un nuevo arreglo posible con una conducta de goce que incluya cierto límite. No conseguirá un nombre del padre para ese sujeto, pero lo impulsará a arreglárselas bastante mejor con su existencia.

Agrego una pequeña reflexión: un nuevo arreglo con una conducta de goce debe leerse como que el problema no radica exactamente en la conducta de goce sino en la relación que el sujeto establece con ella.

Ese punto, entre otros, nos distancia de todas aquellas modalidades de tratamiento que apuntan a la desaparición de esa conducta de goce que es juzgado como exceso, irracional, nocivo y se espera sea abandonado por completo.

El psicoanálisis se ha cansado de verificar los retornos feroces de ese goce desplazado en otro objeto o fijado con más fuerza en el mismo y el empeoramiento concomitante.

Una de las razones es la existencia del superyó del que también se hace mención en este libro.

Así las cosas, el amplio campo de la psicosis ordinaria no atenúa ni debilita la responsabilidad del analista en su formación. Al contrario, la acentúa, le exige una responsabilidad aún mayor, si esto fuera posible, en las tres condiciones que hacen a esa formación: análisis personal, control de los casos y estudio de los textos fundantes del psicoanálisis, los «antiguos» y los «modernos».

Quisiera agregar un punto más que hace más a la inserción del psicoanálisis en la sociedad, su horizonte y sus límites.

EL PSICOANÁLISIS Y LAS INSTITUCIONES

Lo diré de manera simple: más allá de toda ley que provenga del estado, de cualquier índole u orientación ideológica, independientemente de la burocratización creciente de las instituciones en general (hospitales públicos, clínicas privadas, obras sociales, etc.), sin considerar las condiciones de atención del ámbito del cual se trate, es un deber ético y hace a la dignidad del llamado paciente, facilitar el encuentro con un psicoanalista.

Deber ético porque la ética del psicoanálisis impide decirle a alguien que y cómo tiene que hacer con su vida.

Eso no significa que nos desatendamos del sufrimiento de la gente. Simplemente que sabemos, primero en nosotros mismos y desde allí lo observamos en los semejantes, que allí donde uno sufre también se satisface.

Esta última afirmación hay que enmarcarla asociada a la dimensión del síntoma que es donde el psicoanálisis puede intervenir con eficacia.

Por supuesto que hay sufrimiento humano, múltiple, que está por fuera de la dimensión del síntoma singular.

Pero aún en esos casos siempre se puede escuchar un *plus* en el sufrimiento en el que vale la pena la intervención del analista.

Por ello hablo de que se trata, muchas veces, de devolverle la dignidad al paciente, ante cualquier circunstancia, por mas adversa que ella sea.

Dignidad proviene del latín *dignitas* e implica valor personal en el sentido de lo mas singular de cada quién a tal punto que eso puede no valer para otros.

Pero la *dignitas* está muy asociada a la decisión individual que, en otra dirección, se lee como potencial de emancipación de un individuo.

Así que si hablo de devolverle la dignidad al paciente es porque pienso que el encuentro con un psicoanalista debe facilitar, causar, empujar la capacidad de decisión de ese ser sufriente.

No importa que eso se logre con o sin diván, caminando por los Alpes suizos o por un barrio pobre de Santiago, en un hospital o en un consultorio.

Si se consigue eso se viene abajo cualquier diagnóstico o clasificación.

Para ello el analista tiene que ir al encuentro del *partenaire*-paciente y no esperar sentado que él vaya a su encuentro. Y eso es inherente a su formación. ¿Los casos «graves» acaso no fortalecen esa formación?

Ese es el primer paso. El segundo paso es el cómo de la intervención.

La mayoría de los casos presentes en éste libro muestran el fracaso de la interpretación, de la asociación libre, de la articulación significativa, etc.

Pero sin embargo la intervención de los analistas resulta eficaz.

¿Quiere decir esto que se salen del campo de intervención del psicoanálisis y recurren a otra técnica? De ninguna manera. Todo lo contrario. Revelan la intervención «mínima» que corresponde a un psicoanalista y que es inherente al amplio campo de lo que llamamos el acto analítico.

Las comillas al término mínima están para subrayar que no se trata de una intervención de menor valor, menos importante. Muestra que si no está esa intervención, nada será eficaz.

Más que mínima es fundante.

Daré tres referencias que indica una aproximación a esa intervención que llamo fundante.

La primera la encontramos a la altura del seminario «La angustia». Allí Lacan realiza un estudio pormenorizado del par *acting-out*//pasaje al acto.

Insiste allí que se trata de pacientes donde les ha vacilado, se han desanudado de las coordenadas simbólico-imaginarias que sostenían sus vidas, siendo imposible hacer un diagnóstico en el estado que se presentan. No se puede advertir la dimensión del síntoma.

Asegura también de la inutilidad de la prohibición de las conductas de desborde en esos pacientes, así como también de la interpretación y del reforzamiento del yo.

Inventa entonces una fórmula: te deseo aunque no lo sepa. ¿Qué implica esa fórmula?

Dar certeza que el paciente tiene un lugar en el deseo del Otro.

Es un dar raro, es un dar de deseo sin esperar reciprocidad, es una oferta de lugar, de alojamiento de la locura del otro e, insisto, se hace por deseo.

Traduzcan deseo del Otro por deseo del analista y tienen ahí lo que llamé la intervención mínima.

En el seminario «O peor...» Lacan inventa otra fórmula: «te pido que rechaces lo que te ofrezco porque no es eso» ¡Cómo sería andar por la vida con esa posición!

Pero es una lección de humildad. Nunca se sabe si uno está a la altura de su intervención.

Y a la vez: cuánto se ganaría sin el cierre del «es eso». Si «no es eso» se causa una apertura que olvida el acto de la cual provino.

Finalmente en «RSI» Lacan elabora lo que llama la identificación a lo real del Otro real.

El semejante viene con su real auestas, los semblantes puestos en cuestión, un caso «grave», el analista se identifica a ese real del Otro real.

Pero ¿por qué hablar de identificación? ¿No decimos siempre que el psicoanálisis va en contra de las identificaciones del sujeto?

Vale aclarar que no se trata de la identificación histérica, imaginaria, ni de la identificación simbólica, a un rasgo, se trata de pescar el punto de desanudamiento ofreciéndose como *partenaire* de eso.

Estás fórmulas son pertinentes y acordes al excelente desarrollo sobre el estrago que encontrarán también en este libro.

Es notable la continuidad del tema en la obra de Lacan. En definitiva todos son nombres del deseo del analista y ahí se terminaron las fórmulas.

Este libro finalmente muestra eso, el analista interviniendo, no retrocediendo ante ninguna coyuntura y pensando su acto.

Saludo con el máximo énfasis posible su aparición.

Luis Tudanca

10 de septiembre de 2013

¹ Laurent, Eric: «El saco de los nudos» En: *Lacan cotidian*, N° 319. Publicación virtual.

² *Clarín* del 30/05/12.

³ Miller, Jacques Alain: *Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria*.

⁴ Miller, Jacques Alain: *Ibid.* 3.

Dedicado a Pamela, Sofía y Tomás
Mis causas

AGRADECIMIENTOS

EN PRIMER LUGAR QUISIERA EXPRESAR mis más sinceros agradecimientos a los compañeros de ruta, a aquellos colegas con los que he compartido instancias cómo la ALP, los seminarios, los grupos de estudio, las reuniones clínicas, proyectos universitarios, etc. La labor de producir un texto como el presente no es sin un contexto que lo hace posible. Todo discurso lleva las marcas de dicho contexto y esta no es la excepción. Indirectamente todos ellos tienen su cuota de participación en esta empresa.

En segundo lugar quisiera agradecer a Luis Tudanca, psicoanalista de la Escuela de Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis quien amablemente accedió a escribir el prólogo. La precisión y sistematicidad que corroboraran hace de esas páginas más que un prólogo un complemento de lectura indispensable al texto. Para el mis más sinceros agradecimiento por hacer del psicoanálisis un saber alegre y esclarecedor.

Por ultimo un agradecimiento familiar a mi nona, a mi abuela, sin cuyo apoyo este texto no podría existir dadas las condiciones adversas e inhóspitas que se deben sortear para publicar un libro en Chile.

PRESENTACIÓN

EL LIBRO QUE TIENEN EN SUS MANOS es un texto heterogéneo. Consta de tres partes.

La primera recoge un seminario dictado en la ALP en el año 2010 con el título «Intervenciones psicoanalíticas en Salud Pública». Se trató de un seminario que buscaba encontrar orientaciones prácticas para el trabajo en instituciones de salud pública a partir de lo que estaba siendo mi propia experiencia de trabajo en una de ellas. Mientras dictaba el seminario intentaba rodear la pregunta acerca de las condiciones y posibilidades de una clínica psicoanalítica de los casos graves. Sin haber abordado de manera explícita ese tema es que continué orientando mi trabajo de investigación en torno a lo que constituye la segunda parte de este libro. Se trata del seminario «Aproximación lacaniana a algunos casos graves: estrago y goce femenino» dictado en el año 2012. En él intenté buscar respuestas a preguntas que para mí habían quedado sin responder en el seminario anterior. Así es como estas dos primeras partes del libro están compuestas por las transcripciones de dichos seminarios. He tratado de mantener un tono coloquial, con la fluidez propia del discurso hablado para acercar al lector a contenidos que constituyen un proceso de exploración e investigación, más que la exposición doctrinaria de afirmaciones y teorías. Cabe señalar que los ejemplos clínicos fueron contruidos nuevamente para esta publicación.

Por último la tercera parte del libro reúne una serie de textos relativos con el tema de las políticas públicas, la salud mental y el psicoanálisis que he presentado en diversas instancias. Son textos con un claro hilo conductor, cuyos temas muchas veces se repiten, pero cada uno aporta una perspectiva distinta siempre del mismo problema: cómo practicar el psicoanálisis en contextos de instituciones de salud pública y de salud mental.

Finalmente puedo señalar que es un texto que testimonia un trayecto, de experiencias, preguntas, inquietudes y una que otra respuesta. Un trayecto aún en curso y que se inició a principios de los años noventa cuando compré mi primer libro de psicoanálisis en la ya inexistente librería Orellana, de la ciudad de Valparaíso. Comparto, con este libro, un fragmento de este trayecto que se inició hace prácticamente veinte años. Quedara al Otro, a ustedes, los lectores, valorar su propiedad. No es un libro escrito para ser valorado por su prolijidad ni por su sistematicidad, sino por su utilidad. De inicio a fin lo recorre ese espíritu propio de la orientación lacaniana, consistente en desarrollar un psicoanálisis lo más ajustado

posible a la experiencia clínica.

Ricardo Avezio
septiembre de 2013

INTERVENCIONES PSICOANALÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO I

LA REFORMA A LA SALUD EN CHILE Y LA CONCEPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO

14 de abril de 2010

Vamos a iniciar hoy el seminario sobre «Intervenciones psicoanalíticas en salud pública».

Me alegra la convocatoria que hemos tenido fundamentalmente porque implica la apertura a la discusión del rol del psicoanálisis en contextos de salud pública. Escuchamos permanentemente prejuicios que desconfían de la utilidad de nuestra clínica en salud pública, prejuicios que no tienen muchos fundamentos.

Este seminario es un esfuerzo de sistematización de la experiencia de trabajo en un hospital público, atendiendo pacientes. Si revisan el programa verán que este incluye varias clases en torno a temáticas clínicas bastante comunes en las instituciones de salud. Mi esfuerzo será intentar teorizar y organizar, desde la *orientación lacaniana*, algunos aportes para poder trabajar en esos contextos.

La clase de hoy tiene el objetivo de señalar al menos tres o cuatro grandes temas para que luego, a lo largo del seminario, los vayamos profundizando, ya que constituyen el marco conceptual general.

En primer lugar, ubicaré el contexto institucional y político de la reforma a la salud del año 2005. Comentaremos algunas líneas generales para luego tomar como segundo tema el sufrimiento psíquico y lo que he denominado la estructura. La estructura en el sentido amplio del término, no la estructura clínica intrapsíquica, sino definida como las condiciones sociales, la institucionalidad del Otro social desde la que el sujeto se constituye.

En tercer lugar, abordaré el concepto del goce desde una perspectiva particular, a saber, la irreductibilidad del goce.

En cuarto lugar, haré mención a la diferencia que existe entre definir el funcionamiento psicológico desde la lógica de la metáfora edípica o del conflicto psíquico, en comparación con la idea del anudamiento borromeo o el punto de calce en la última enseñanza de Lacan. Estos conceptos me parecen claves para radicalizar la idea de la función del analista a la hora de plantearnos la diversidad de la inserción institucional en salud pública. Ese es a grandes rasgos el panorama por revisar el día de hoy.

LA REFORMA A LA SALUD Y LOS DETERMINANTES SOCIALES: LA EQUIDAD EN SALUD

En términos de salud pública es necesario hacer una primera distinción entre un cambio en la posición y el espíritu político del concepto de salud pública, respecto a la implementación de dicho cambio en una reforma a la salud con todo lo que ello implica.

Hay un cambio político y luego una implementación de ese cambio de visión en una reforma que lleva a lo que se conoce como plan AUGE o GES.

¿En qué consiste el cambio de visión política en torno a la salud pública? Es un cambio trascendental porque no será sin consecuencias para la clínica, alcanzando un espacio tan específico como el de la oficina en la que nos corresponde atender a nuestros pacientes.

Junto al cambio al que aludo se introduce una dimensión que era inexistente en el campo de las demandas de atención y ayuda a las que estábamos enfrentados. La transformación consiste en redefinir la salud desde el enfoque de los derechos humanos. Esta transformación es trascendental porque desde hace algunos años en Chile la salud es un derecho; antes no era así. Con la reforma a la salud se redefine la salud en el marco de los derechos sociales. Un paciente, atendido en el contexto de las garantías Auge, ya no compra servicios, sino que ejerce un derecho. Cuando un clínico atendía a alguien deprimido se trataba de una relación de «compra de servicios» dentro de la lógica del mercado. Hoy eso está atravesado necesariamente por la temática de los derechos sociales y la igualdad de oportunidades. Se trata de los derechos sociales en el seno de una política de protección social implementada durante los años de Gobierno democrático. Esto no será sin consecuencia ya que introduce una serie de problemáticas en el contexto de los derechos; una de ellas, por ejemplo, es el problema de la calidad de las prestaciones, ya que si vamos a garantizar atención «para todos», no se puede garantizar una atención de mala calidad.

Un segundo aspecto que caracteriza este cambio de visión política de la salud pública, es la introducción de una mirada no médico-curativa, sino una mirada bio-psico-social, que es un término que todos conocen, lo que se traduciría en una preocupación y una actitud preventiva en salud que además evite el deterioro de la calidad de vida de las personas.

El concepto que ha materializado ese cambio de visión política es el de *determinantes sociales*, que se define como una serie de factores que interactúan permanentemente y de cuya interacción los problemas de salud son una consecuencia.

Los problemas de salud emergen de la complejidad de los determinantes sociales. Desde esta perspectiva, las problemáticas de salud ya no requieren para su resolución intervenciones puramente médicas, sino también la mejora de los determinantes sociales con el objetivo de disminuir el daño en salud, la inequidad y la desigualdad.

Hay distintos modelos de determinantes sociales que suelen incluir factores como:

- Cambios culturales
- Cambios en los estilos de vida: sedentarismo, tabaquismo, edad de iniciación de la sexualidad, estilos de conformación de pareja, etc.
- Condiciones ambientales: hacinamiento, ruido, contaminación, son todos focos de problemas de salud. Por ejemplo, el hacinamiento es un factor de riesgo en temas como el abuso sexual o la disfunción de los roles parentales.
- Condiciones socioeconómicas: es una cuestión interesante, por ejemplo, pensar la problemática psicopatológica en relación con los problemas económicos, es decir, preguntarse si la psicopatología distingue clases sociales.
- Condiciones psicosociales: por ejemplo, la presencia de violencia junto a los estilos de ejercicio de la autoridad al interior del hogar, embarazo adolescente, drogas, etc.

Todas estas temáticas, desde esta nueva perspectiva de la salud como derecho, debiesen consignarse para poder entender la salud de una manera proteccional, en el sentido de la protección social.

La otra perspectiva con la que quisiera caracterizar este cambio de visión política, en lo que respecta a la salud, es la enumeración de una serie de principios en los que se inspira o que son correlativos con la idea de salud como derecho.

Les leo algunos puntos centrales:

- En primer lugar un «marco ético» y moral de los derechos humanos. Hace unos años se instaló la idea de los derechos de los usuarios, reconfigurando las relaciones entre médicos y pacientes.
- La «universalidad» o la gran promesa de la salud es «para todos». Es la promesa del AUGE en la que el paciente de comuna pobre se supone que recibe la misma cobertura que un paciente de comuna acomodada.
- La «equidad», que es el principio que anima gran parte de las políticas públicas de los últimos años a partir de la aspiración a la igualdad.
- La «solidaridad», consistente en que los que tienen más financian a los que tienen menos.
- La «integridad», que alude al trabajo interdisciplinario.
- La «continuidad de los cuidados», que alude a la idea de seguimiento y atención continúa a lo largo del ciclo vital expresada en programas como «Chile crece contigo», que tiene por objetivo acompañar el desarrollo del individuo para pesquisar factores de riesgo que permitan prevenir y disminuir los factores de riesgo en salud.

- El «empoderamiento de la población», que corresponde a esta expectativa de que el usuario tenga un rol activo en la exigencia de sus derechos y se organice junto a otros en, por ejemplo, «asociaciones» de usuarios.
- Por último, podemos mencionar la «democratización» y la «descentralización».

Esos son algunos de los principios declarados que nos permiten dar cuenta de los ejes centrales del cambio de visión política. Estos principios, unidos a los determinantes sociales y a la idea de la salud como derecho constituyen un marco político general a partir del cual se gesta una reforma a la salud en Chile.

La reforma a la salud, que es lo que comentaré sintéticamente y que intenta garantizar la cobertura a un cierto número de patologías, posee un rasgo interesante y es que considera que una desigualdad en salud equivale al quebrantamiento de un derecho. Esto es importante ya que posee una lógica del «para todos» es decir, «para todo chileno se aplica el derecho a la salud».

Los psicoanalistas sabemos lo que ocurre con los «para todos» y es que siempre hay un malestar que retorna. Frente a todo «para todos» siempre aparece una excepción que no es otra cosa que la condición irreductible de lo que denominamos goce.

Por ejemplo, los pacientes policonsultantes que recorren todas las especialidades sin encontrar una solución a su problema de salud, como si su malestar no pudiese categorizarse en una «especialidad». Son pacientes que se hacen conocidos por todos los profesionales de la institución de salud y transitan de derivación en derivación. Finalmente, llegan a salud mental después de haber corroborado la impotencia de todas las otras especialidades. Recuerdo a una paciente con una cantidad incontable de enfermedades orgánicas y un momento en que le digo que tal vez ella no tiene depresión porque en realidad con todas las dificultades médicas que tiene sería muy lógico estar triste y me corrige diciendo: «No... doctor, si yo estoy deprimida» dando cuenta así de la enfermedad como una rasgo de presentación en relación al Otro. Situaciones como estas tienen relación con las consecuencias a nivel del goce del «para todos».

La reforma pretende, con el plan AUGE, disminuir las desigualdades en salud, mejorando los niveles de protección social. Se incluye, en la lógica de la protección, un movimiento que resulta sorprendente por el tiempo que demoró en realizarse. Sabido es que todo chileno con un contrato de trabajo debe pagar el 7% de su sueldo para un plan o un seguro de salud, estatal o privado, es decir, estamos obligados por ley a pagar. Sin embargo, había un vacío en esta situación; dicho vacío consistía en que no estaba especificado aquello que los seguros tenían que asegurar por ese 7% que estábamos pagando. La obligatoriedad iba en una sola dirección, en dirección a los contribuyentes y no a las aseguradoras (FONASA o ISAPRES). La reforma a la salud viene a equilibrar las obligaciones del usuario y las obligaciones del administrador del seguro de salud. Seguiremos estando «todos» obligados a pagar

nuestro porcentaje, pero ahora también FONASA e ISAPRES estarán obligados a darnos un piso mínimo de atenciones. Suena muy lógico y es inentendible por qué no se hizo antes. Había un desequilibrio, no existiendo ningún tipo de presión al prestador del seguro para que nos entregara algún mínimo de garantías por lo que estábamos pagando.

Ese es el movimiento que introduce la noción de las «garantías universales en salud». Todos pagamos, pero ahora también todas las instituciones que lucran y administran ese seguro, están obligadas a dar algo a cambio, es decir, que se restituye la lógica del intercambio. Este gesto se traduce en las enfermedades «GES» que serían las atenciones y coberturas que se encuentran garantizadas.

A nosotros nos interesa esquizofrenia y depresión⁵, que es lo que se ha incluido hasta ahora en el conjunto de las enfermedades cuyas atenciones están garantizadas.

En esta lógica de establecer garantías mínimas se introducen cuatro términos que organizan el espíritu de la reforma. Se trata de garantizar el *acceso, la oportunidad, la calidad y el financiamiento*.

Respecto a este grupo de patologías que FONASA e ISAPRES están obligados a asegurarnos y que constituyen el conjunto de enfermedades que la ley establece como prioritarias, existe obligatoriedad de garantizar, respecto a la atención, el «acceso», es decir, que la persona tenga asegurado que habrán prestadores disponibles para atenderla. La «oportunidad» consiste en parámetros temporales que regulan los tiempos de la atención; por ejemplo, desde que un caso de depresión es ingresado al AUGE hay que atenderlo en un plazo máximo de treinta días. La «calidad», que es interesantísima para nosotros en tanto clínicos «psi», está relacionada con el tema de la medicina basada en la evidencia. Finalmente, está el «financiamiento», que supone tratamientos gratuitos o con un copago muy bajo para las enfermedades clasificadas en el AUGE.

Resulta muy relevante la cuestión de la calidad, ya que el texto mismo de la reforma define como prestación de calidad aquella que tiene un aval científico. Esto introduce el problema de cómo verificaremos que es una prestación de calidad. La medicina basada en la evidencia es un intento de definir que es una intervención de calidad. El segundo paso, de toda esta programación de la atención en salud, es construir guías clínicas basándose en las evidencias y el tercer paso es la construcción de protocolos.

En Chile, por suerte, contamos con una guía clínica de depresión bastante deficiente, lo que es muy bueno ya que permite seguir practicando la clínica con algo de libertad. Esta es un área de interés, la protocolarización, que se abre con la perspectiva de la evaluación económica en términos de costo-eficiencia y costo-efectividad con todo lo que ello implica en términos administrativos.

No se trata solamente de si una intervención psicoterapéutica es efectiva, es decir si logra mejorar los síntomas, si logra hacer aquello que dice que hace, sino también

si es eficiente, es decir cuánto cuesta y cuánto se demora en hacer lo que dice que hace. La problemática de la calidad introduce todo el problema relativo a la evidencia, eficacia y efectividad de las intervenciones terapéuticas en el contexto de un derecho de las personas.

Voy a invertir el argumento imaginando lo que podría decir un administrador de hospital: «La persona tiene derecho a tener una intervención de calidad que funcione de manera rápida y con el menor costo económico para ella o para un tercero». Y nosotros podríamos preguntarnos: ¿La persona no tiene derecho a una intervención efectiva, es decir que le resuelva el problema, pero en el tiempo que ella estime conveniente? ¿Porqué se hace una relación tan directa entre el derecho humano a la salud y el ahorro de los fondos del administrador del seguro de salud? Me parece que es una superposición sospechosa y mínimamente discutible.

El riesgo es que dada la ausencia de diálogo y de participación que los ciudadanos y profesionales tenemos en el desarrollo y diseño de las políticas públicas, nos encontremos con un protocolo de psicoterapia diseñado por algún grupo de poder, universitario o profesional, que imponga sus propios paradigmas a los terapeutas y pacientes sin mayor dialéctica.

Ello aún no ha ocurrido, ya que por mucho que algunos administrativos-médicos digan que hay que contratar psicólogos de una u otra orientación teórica, lo que estrictamente ocurre es que en salud pública trabajamos los que aceptamos hacerlo por los sueldos miserables que pagan. Trabajan los que tiene vocación de servicio; la salud pública aún no se puede dar el lujo de elegir por criterios de calidad y formación a sus profesionales psicólogos ya que con un sueldo como los que pagan en la salud pública difícilmente se mantiene un hogar y se costea una formación postgrado.

Este problema de la calidad es un problema que pienso que recién se está instalando, y por eso creo que es importante prestarle atención, superar la inercia de nuestro gremio, que en nuestro país no se interesa en la participación y más bien permite que ciertas cúpulas médicas, en ocasiones sin mucho conocimiento de psicoterapia, determinen lo que se debe hacer respecto de este tipo de cosas.

Eso era lo que quería comentar en relación con el marco general de la reforma. Quisiera ahora pasar al tema del problema de la estructura y el sufrimiento psíquico, al malestar, a lo que hace que nuestros pacientes consulten y a cómo escucharlos analíticamente.

Cuando me refiero a la estructura estoy pensando en la institucionalidad. Recuerden que la familia, por ejemplo, es una institución. Cuando clínicamente hablamos de los padres como el soporte del proceso edípico, estamos hablando de una institución, de la estructura. El discurso de los padres, la cadena significativa de esos padres, es también la estructura y tiene por función darle consistencia a la institución de la familia. Señalo esto debido a una indicación muy importante de Lacan, de que «Los tipos de síntoma responden a la estructura». ¿Qué quiere decir eso? Que hay una tipificación de síntomas; nosotros conocemos varios, fundamentalmente el síntoma histérico y el síntoma obsesivo. Este punto me interesa porque lo que les quiero plantear es que antes de comenzar a pensar todo lo que detallé en el programa bajo la forma de los problemas clínicos con los que nos encontramos en las instituciones en tanto manifestaciones del malestar, es importante reflexionar respecto a las características de la *estructura del Otro social* a la que responde ese malestar.

Se trata de responder la pregunta acerca de que Otredad es un producto o una respuesta ese malestar. Evidentemente, sabemos que los tipos de malestar, en tanto manifestaciones del Otro social, cambian con el paso del tiempo, porque va cambiando la estructura, es decir, cambian los significantes, las figuras del Otro y el lugar de los ideales en la sociedad.

Nosotros, psicoanalistas, definiremos la estructura como el encuentro del campo del significativo con el campo del goce. Del encuentro del Otro del significativo con el cuerpo viviente que goza, resulta una estructura. No hay estructura sola porque para que exista la estructura tienen que existir seres hablantes. Sin hablantes que emitan significantes no hay estructura. Si alguien habla se asume que hay un cuerpo que goza con esos significantes. Una de las consecuencias del encuentro de esos campos, del significativo y del goce, es la constitución psíquica. Esto es lo que conocemos como el complejo de Edipo; lo que ocurre es que estoy intentando traducirlo en funciones lógicas más abstractas, generales y sistemáticas. Esa constitución psíquica es relevante porque desde allí se construyen los sujetos.

A la estructura la denominaremos el campo del Otro y será necesario distinguir varios ejes o versiones del Otro desde los que el sujeto se constituye y que determinan la formación del aparato psíquico. Les comento esto porque cuando escuchan a un sujeto que les habla, lo que está operando es la influencia de estos ejes en la determinación de ese discurso.

Les describo los ejes a los que me refiero:

- Los significantes del Otro
- La demanda del Otro

- El deseo del Otro
- El goce del Otro

Si se dan cuenta, ya estamos comenzando a operacionalizar la estructura. También podemos aventurarnos, como psicoanalistas, a decir que esto es en algún sentido equivalente a lo que en salud pública se conoce como *los determinantes sociales* constituidos por el nivel socioeconómico, estilos de vida, cambios culturales, condiciones psicosociales, etc. Por ejemplo, si la madre maltrata al niño, tenemos un problema que incluye a los significantes, el deseo, la demanda y el goce del Otro. Es una especie de traducción para comprender las implicancias en la distribución del goce de los determinantes sociales.

Hago este empalme porque pienso que cuando en salud se habla de que existen determinantes sociales, lo que se está diciendo es que hay un Otro, hay una «externalidad», algo ajeno al organismo que incide en sus condiciones de salud. Analíticamente, eso «Otro externo» al individuo se traduce en las versiones del Otro desde las que se produce la constitución subjetiva y la determinación del inconsciente y los desajustes del goce. Estas formas del Otro las desarrollaré en la próxima clase para dar cuenta de cómo determinan la organización interna del sujeto. Por ejemplo, las identificaciones, el superyó, los significantes del ideal, la localización de las pulsiones, y por supuesto las modalidades de transferencia, ya que será desde la incidencia que el Otro tuvo para el sujeto que se le otorgará un lugar al analista en tanto Otro, y en consecuencia, condicionará la efectividad de las intervenciones. La efectividad tiene que ver con esto que les describo ya que un paciente angustiado no puede asociar libremente, si esperan que asocie, lo único que va a ocurrir es que se va a angustiar más. A este tipo de problemas clínicos me estoy refiriendo.

Hago esta referencia porque lo que les quiero plantear ahora exige pensar acerca de cómo el funcionamiento psíquico depende de las contingencias desde las que se ha constituido el sujeto; nos interesan de sobremanera los efectos de goce que esas contingencias tienen para un sujeto singular. Si no consideramos estos aspectos, caemos en el error de pretender que los sujetos se constituyen desde un «para todos», lo que conduce a un prejuicio importantísimo que se ha difundido bastante y que se ve reflejado en el concepto de la analizabilidad.

La analizabilidad es definida como la capacidad de un individuo de someterse a un análisis. Es un concepto que incluso se aplica como requisito para formarse como analista en algunas instituciones. Lo interesante es que en este concepto la condición de lo analítico queda del lado de los pacientes. Podemos discutirlo ya que también es factible afirmar que se trata más bien de un problema del psicoanálisis que de los propios pacientes. Esto porque la denominada analizabilidad es la capacidad de un sujeto de realizar los procesos psíquicos necesarios para que el dispositivo analítico funcione, tal como ha sido descrito en la literatura o en contextos académicos. Cuando un practicante recién comienza, espera escuchar lo que le dijeron que iba y

tenía que escuchar, pero no cuenta aún con la capacidad de apertura necesaria para captar el problema clínico que se le presenta naturalmente. Entonces, lo que se hace es utilizar una teoría como clave de interpretación de lo que ocurre y esto ha contribuido enormemente a las críticas que ha recibido el psicoanálisis en torno a su condición inapropiada para las instituciones de salud pública. Se dice que «no sirve», como si la teoría psicoanalítica fuese un ser etéreo, no encarnado, como si los textos freudianos «caminaran» por los pasillos de las instituciones. Esto, además de contribuir a la generación de una idea peyorativa del psicoanálisis, genera también una idea deficitaria de los pacientes, dando lugar a nominaciones como «histeria bajita», que alude a la predominancia de mecanismos defensivos primarios, términos que circulan en el ambiente y que tienden a deslizar una serie de prejuicios acerca de los pacientes que no se adaptan al modelo clásico del tratamiento psicoanalítico.

Esto es interesantísimo porque finalmente lo que se produce es una cierta idealización normativizante del modelo clínico de la neurosis. Se supone que ciertos pacientes no pueden alcanzar un modelo de funcionamiento idealizado. La lógica del Edipo es el modelo de la neurosis. Me parece importante problematizar esta manera de concebir el análisis, y problematizarlo a partir del último Lacan y de los aportes de Jacques Alain Miller. Plantear esta «lógica deficitaria» es sostener una idealización de ciertas formas de articulación del significante y el goce que suponen que un sujeto sea analizable. Ahora bien, esas formas de articulaciones del significante y del goce no tienen por qué ser las únicas y las más relevantes.

Tengo una idea acerca de por qué ocurrió esto que les estoy diciendo. En primer lugar, mencionaría la construcción de la teoría psicoanalítica desde el modelo de la neurosis, que tiene como característica central el conflicto entre un deseo y una prohibición con la consecuente represión del deseo y el retorno de lo reprimido bajo la forma del síntoma. Ese modelo es el eje central de Freud y tiene una alternativa en Melanie Klein, quien realiza una lectura desde el funcionamiento psicótico. Recordemos que para ella la génesis de yo responde a una estructura inicial psicótica y desde ahí proviene una idea que sostiene que un neurótico podría desestructurarse hasta un estado de psicosis ya que existiría un continuo en el funcionamiento de la psiquis que tiene como origen un estado psicótico. La teoría lacaniana, centrada en la metáfora paterna como núcleo de la estructuración psíquica, posee las mismas dificultades que el modelo de la neurosis de Freud para abordar a ciertos pacientes.

Ante un paciente con conductas de autodaño, que se corta sostenidamente los brazos y que ha perpetrado varios intentos de suicidio, el concepto de neurosis histérica se ve ampliamente rebasado. Este modelo clásico de la neurosis freudiana no representa la totalidad de los funcionamientos psíquicos, de los arreglos del sujeto con el goce, y supone la constitución psíquica bajo ciertos ejes identificatorios en tanto reguladores del goce y del lazo con el Otro, que responden a ciertos sectores de nuestra sociedad. Esto es muy claro ya que quienes viven en las comunas más pobres

no asistían a «terapia» hace diez años atrás. La psicología clínica, no solo el psicoanálisis, estaba destinada a quienes tenían la capacidad de pagar por los servicios de un clínico. ¿De dónde piensan que provienen los casos clínicos de algunos textos con los que estudiaron en la universidad? Es muy interesante este punto ya que en la historia del psicoanálisis la problemática de los «casos graves» se introduce por las consecuencias de las guerras mundiales y por el acercamiento al psicoanálisis de algunos médicos que trabajaban en hospitales generales o psiquiátricos, en los que tomaban contacto con personas que no pagaban por una atención privada. Es en ese contexto que comienzan a aparecer los problemas clínicos con la teoría de la neurosis. Pacientes como Scrheber no llegan a la consulta privada de un psicoanalista. Parece de perogrullo lo que les voy a decir, pero la teoría que se construye depende de los pacientes que consultan. Hay una idealización normativa del modelo de la neurosis producto del tipo de pacientes que el psicoanálisis, por ser una práctica liberal, pudo recibir en sus orígenes.

Esto conduce a la introducción en la jerga conceptual del psicoanálisis la idea de pacientes en déficit como «histerias bajitas», «narcisismo maligno», etc. No tengo una posición absolutamente resuelta respecto al tema, pero creo que seguir pensando de manera restrictiva solo con el modelo del Edipo nos enfrasca en discusiones que nos impiden ver la posibilidad de sistematizar otros problemas clínicos que están presentes en la experiencia clínica. Temas como, por ejemplo, las denominadas adicciones, el «descontrol de impulsos», los «abusos sexuales», etc. Son problemas que en ocasiones se hace muy difícil de ubicar a partir de los parámetros edípicos. Con esto no quiero decir que haya que desechar el Edipo; el Edipo también da cuenta de esto en tanto es la estructura misma.

El segundo aspecto es el problema -relativo a la cuestión de la analizabilidad, de los pacientes que son analizables y los no analizables-, se refieren a la implementación del encuadre analítico y la estandarización de la técnica. Me refiero a la idea de que lo analítico tiene que ver con sesiones de una duración determinada, con una frecuencia determinada y con una duración del tratamiento extensa. Son ideas que todos hemos escuchado; es un clásico que se diga: «Es que es tan largo el psicoanálisis», lo que en sí constituye un problema. En este punto se ubica el que es tal vez el aporte más importante de Jacques Lacan, que tiene que ver con la definición de lo que es un psicoanálisis. Hay una observación en el seminario XI denominado «Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis», muy precisa, en la que define al psicoanálisis como el tratamiento dispensado por un psicoanalista. Es una definición que acentúa el término «psicoanalista», lo que se vuelve relevante ya que en la historia del psicoanálisis las transformaciones al encuadre han sido calificadas como transgresiones al ideal freudiano. En realidad, estas transformaciones son la consecuencia del encuentro de algunos analistas con contextos en donde el análisis, como práctica liberal tal como Freud la instituyó, no es viable al estar, por ejemplo,

insertos en instituciones como hospitales, trabajar con traumatizados de guerra, etc. En esos contextos se encuentran con que el encuadre se transforma en un obstáculo, ya que el encuadre y la consulta particular es una institución. La consulta particular no es una práctica etérea, neutral y pura, suspendida sobre cualquier contexto contaminante. Es una institución de prestación de servicios en una sociedad liberal en la que las personas compran y elijen prestaciones de un profesional o de alguien que ejerce un oficio. No hay que pensar que la inserción en las instituciones es algo distinto a la pureza de nuestra consulta privada, ya que esta es también una institución. Problematizo este punto, pues frente al conflicto de la aplicabilidad o no del estándar, del *setting* clásico, el psicoanálisis lacaniano tiene una propuesta clara: se trata del deseo del analista, o sea, la formación del analista. En nuestra comunidad de la Asociación Mundial de Psicoanálisis el año antepasado hubo un retroceso, por parte de Jacques Alain Miller, luego de la difusión de un significativo que no demoró en hacerse popular y que fue el de «psicoanálisis aplicado». Este retroceso responde a que lo que se entendió rápidamente como una práctica lacaniana más «light», es decir, que ocurrió algo como que se suponía que los analistas de menor experiencia hacían psicoanálisis aplicado y los de más experiencia hacían psicoanálisis puro. Entonces se reprodujo una diferencia respecto a que el psicoanálisis aplicado llega a ser incluso una práctica posible para el no analista, es decir, para aquel que no se analiza, que le «gusta el psicoanálisis lacaniano» y quiere hacer una clínica organizada por conceptos lacanianos. Frente a eso, Miller provocó un retroceso para señalar que se hace necesario volver a reinstalar la pregunta sobre la formación del analista, porque finalmente va a ser la función del deseo del analista, la que al orientar la cura va a posibilitar una nueva forma de articulación del goce y el significativo que reordene las problemáticas de la inadecuación del sujeto consigo mismo y con la ley de regulación del goce que le produce malestar. La ley que regula el goce, y que provoca malestar, es el fantasma en la primera clínica de Lacan, y el síntoma en la segunda enseñanza.

Si se dan cuenta, estoy planteando que la superación del problema del encuadre es la formación del analista. Por supuesto, no reducida a los estándares de los institutos, sino incluyendo la pregunta acerca de qué hay de la subjetividad de aquel que quiere soportar esa posición, y cuando digo qué hay de la subjetividad estoy diciendo: ¿A qué síntoma responde querer ser analista? Porque finalmente querer ser analista es un síntoma, edípico y con todas las identificaciones fálicas que ello supone.

Es la función del deseo del analista lo que permite entrar, como una cuña, en el problema de la articulación del significativo y el goce, lo que es una forma muy general para plantear todo el problema de la estructura clínica. Es con la función del deseo del analista que podemos alcanzar esa articulación, independientemente de la cantidad de sesiones. Se pueden sostener muchas sesiones sin que ese punto de empalme sea tocado por el análisis. En ocasiones, en una sesión se modifica algo de

ese empalme. La pregunta por el deseo del analista es una pregunta que no hay que olvidar, pese a que en Chile sea de «mala educación» preguntar con quién está uno en análisis, pues esa pregunta no tiene cabida en nuestra cultura psicoanalítica, lo que es uno de los factores que hace que existan sujetos trabajando sin haberse analizado nunca. A veces no se quiere saber mucho de la formación y se la pretende reducir a un patrón burocrático universitario. Estas son discusiones que pienso que hay que poner sobre la mesa.

Quisiera ahora introducir algunas observaciones sobre el concepto de goce. En primer lugar, diría que para poder entender el malestar desde la orientación lacaniana hay que precisar la manera en que el campo de la estructura significativa se empalma con el campo del goce para producir formas de articulación entre ambos campos.

¿Qué es el goce? El goce es una dimensión irreductible al significativo, es decir, no hay ninguna operación significativa que pueda incluir de manera absoluta el goce. Hay una operación significativa, que es la metáfora paterna, y que si bien organiza el goce como goce fálico, tampoco puede atrapar en su totalidad al goce porque siempre hay un resto de goce, que suele retornar bajo diversas formas. Una de ellas es, por ejemplo, el retorno de lo reprimido. En la teoría lacaniana han existido distintas maneras para pensar la articulación del goce y el significativo. Se las menciono:

- El estadio del espejo, que articula el goce del cuerpo fragmentado a la imagen unificadora y que tiene como resto la misma fragmentación, esta vez como amenaza constante a la totalidad consistente de la imagen.
- La metáfora paterna, que enlaza el nombre del padre y el deseo de la madre como forma del goce absoluto. Aquí el resto es el objeto del deseo, el falo que es siempre metonímico.
- La alienación y la separación, proceso en el que la pérdida de goce -que es propia de la alienación del viviente en el campo significativo- es irreductible. Hay pérdida de goce por estar alienado el significativo, y hay recuperación por vía de la separación que produce el objeto *a*.
- La sexuación es otra manera de articulación entre significativo y goce. Lo irreductible, el resto en esta teoría, es el goce femenino. Es el La/mujer que no existe.
- Finalmente, el anudamiento borromeo y el punto de calce. El resto de la operación simbólica está representado por una afirmación de Lacan: «No hay relación sexual». Esto implica que no hay relación entre el significativo y el goce; solo hay suplencias o conectores entre significativo y goce que no suprimen la ausencia de relación, sino que precisamente operan gracias a ella.

Hago esta breve reseña porque quisiera destacar que siempre existe algo, del encuentro de la estructura con el goce, que queda «molestando» como «piedra en el zapato» y que reaparece bajo la forma del sufrimiento psíquico. Algunas veces aparece como retorno de lo reprimido, como por ejemplo las formaciones del inconsciente, y otras veces como retorno de lo real. No solo a la manera de las psicosis, ya que en las neurosis también hay retorno de lo real; lo que ocurre es que el retorno de lo real en la neurosis puede transformarse en retorno de lo reprimido a

través de entrevistas preliminares en las que toma la forma del síntoma analítico.

¿Cómo definimos el goce? En primer lugar hay que decir que es una forma de satisfacción que no se rige por el principio del placer. Un ejemplo de esto es la resaca que provocan la borracheras, no precisamente placenteras; sin embargo, se reincide en ellas con insistencia. Ese es otro rasgo del goce. Ya el emborrachamiento no es muy placentero, pocas veces termina bien, sin embargo se lo sigue repitiendo.

Otro rasgo es la erogeneidad, que se define como el efecto de satisfacción que produce el contacto de un cuerpo con otro cuerpo; con esto también me refiero al contacto de partes de un cuerpo con otras partes del mismo cuerpo. Lacan define la sexualidad, en el seminario sobre la transferencia, como el contacto de un cuerpo con otro cuerpo, es decir, una dimensión de orden de la estimulación del cuerpo. En el seminario XVII se refiere al goce diciendo: «...se empieza con las cosquillas y se acaba en la parrilla. Esto también es goce»⁶, es decir, desde la risa que provocan las cosquillas hasta el dolor de la carne que arde. Es un continuo que transita entre el placer y el dolor, en el que la oposición de ambos términos tiende a desaparecer. A nivel del goce vemos que las categorías placer y dolor tienden a confundirse, fusionarse y perder su definición en términos de opuestos.

¿Dónde podemos captar el goce en la clínica? El goce se pesquisa en la repetición, ya sea en la repetición significativa como en la repetición en acto. En términos de Lacan, a la altura del seminario XI, la repetición significativa es el *automaton*, es decir, reiteración en el discurso del paciente de ciertos significantes o ciertos anudamientos de significación que determinan la posición del sujeto al momento de hablar. La repetición en acto tiene que ver con comportamientos que se repiten por fuera del significante, y que en ocasiones pueden ser incluidos en el significante. Los cortes en los brazos, que observamos en muchos adolescentes, por ejemplo, pueden ser del orden de la repetición en acto ya que se trata de una acción reiterada que tiene por objeto acotar un goce.

El goce posee el rasgo de «lo constante», de aquello que se mantiene y que no cambia en el destino de un sujeto; esa es la orientación del goce a la que Lacan llama, en su última enseñanza, el «sentido del síntoma», no aludiendo a la significación del síntoma, sino en términos de orientación, como cuando se dice «viajar en sentido norte», por ejemplo. El goce es una orientación en la vida de los sujetos, es una orientación que se organiza y cobra forma en las fantasías. Cuando escuchamos las fantasías de los sujetos escuchamos algo del goce escenificado en imágenes y en significantes. Además, el goce suele tener la forma de una plusvalía, de una recuperación; consentimos a una pérdida y recuperamos de otra forma. Esto porque precisamente a lo que el sujeto se resiste es a renunciar al goce; nunca se acepta perder, siempre se quiere recuperar algo. «Invertir», se dice en el contexto capitalista.

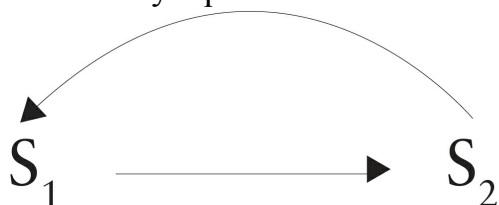
Voy a citar un texto de Lacan, citado en un libro sobre el concepto de goce de *Chemama. R.* El texto de Lacan no está publicado, por lo que no he podido corroborar

aún la cita que reproduzco acá:

¿Que se nos dice del placer? Que es la menor excitación, lo que hace desaparecer la tensión, lo que más la tempera, por tanto lo que necesariamente nos detiene en un punto de alejamiento, de distancia muy respetuosa del goce... lo que yo llamo goce, en el sentido en que el cuerpo se prueba, siempre es del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, hasta de la proeza⁷.

La idea de disminución de tensión está presente ya en Freud; observen que el argumento es que el placer detiene el goce. El deseo es la ley que regula el goce. Mientras más goce deslocalizado hay en un sujeto, menor es la relación que ese sujeto mantiene con la ley y con el campo del deseo del Otro y, en consecuencia, con el deseo propio. Esta es prácticamente una indicación clínica.

Hoy escuchaba a una histeria grave; cuando la vi por primera vez, pensé que estaba con dosis altas de medicamentos. Le pregunté al psiquiatra sobre qué estaba tomando la paciente. Resulta que no era una medicación fuerte y la paciente realizaba unos gestos suicidas bastante bizarros a partir de una celotipia. No presenta mucha plasticidad a un trabajo asociativo; no conecta S1 con el S2; ella se estabiliza momentáneamente, hasta que, por ejemplo, su pareja no la llama la cantidad de veces que ella esperaba que lo hiciera. Finalmente, la madre toma una actitud autoritaria y dice «basta, esto se acabó y de ahora en adelante la relación entre ellos la regulo yo». Yo asiento y le digo que me parece bien. Es una manera de introducir la dimensión de la ley, ya que su hija está excesivamente deslocalizada del campo del Otro como para que su posición de objeto se acote. A veces basta con introducir la ley vía la regularidad de la sesiones, pero en este caso no fue así ya que la llegué a citar dos veces por semana y no había estabilización. Veremos si la incursión de la madre en esa posición de autoridad la estabiliza y la reubica fantasmáticamente. Esto es importante para precisar las funciones que tiene el deseo y la ley en la regulación del goce. Con los pacientes cuyo goce está deslocalizado, no podremos hacer ningún trabajo analítico ya que el mecanismo de S1-S2 no funciona.



Ese mecanismo supone que el goce está localizado bajo la forma de objeto *a* en el fantasma. En esta mujer que hace intentos de lanzarse por la ventana estamos frente a una tendencia del pasaje al acto, ya que actúa la posición de objeto del Otro; en consecuencia, la estructura está desorganizada y, por ello, en ocasiones la introducción de la ley, en este caso vía la aparición de la madre, puede restituir la

posición en el fantasma.

Por último, quisiera plantearles la necesidad de ir más allá del mecanismo de la represión como recurso explicativo del psicoanálisis, apelando al Edipo o a la metáfora paterna como eje conceptual. Por eso es que les envíe la transcripción de un seminario sobre la cuestión del nudo borromeo y la lógica del calce, ya que eso permite precisar la lógica del «punto de calce», que es una manera de explicar la consistencia del funcionamiento psíquico ya no a partir del privilegio del registro de lo simbólico, que es toda la problemática del Edipo y del nombre del padre, en donde hay un privilegio de lo simbólico en la determinación del aparato psíquico. El viraje más trascendental que tiene la segunda clínica de Lacan es la homogeneización de los tres registros: lo real, lo simbólico y lo imaginario. Esto significa que los registros son equivalentes en su función, pudiendo cada uno de ellos cumplir el rol del calzar, de detener al Otro para dar consistencia a la estructura.

Un ejemplo, caricaturesco ciertamente, es que si alguien va a saltar por la ventana y otra persona ocupa el cuerpo para frenarlo, podemos decir que es el registro de lo real lo que detiene el salto del sujeto.

Una intervención en donde lo imaginario «calza», detiene el desplazamiento de los registros; es la que realicé con un niño que se angustiaba en el colegio luego del terremoto; por supuesto en el colegio decían que era déficit atencional, pero se angustiaba cuando oía ruidos fuertes, sobresaltándose. Yo le pregunto directamente si durante el terremoto pensó que se podía morir y me responde que sí, a lo que yo le confieso que a mí me pasó lo mismo. Esa confesión cumplió la función de soporte imaginario especular para que el niño pueda decir «a otros les pasó lo mismo que a mí». De esta forma, comenzamos a articular algo de la angustia. Esta idea de Lacan de la homogeneización de los registros permite pensar formas de funcionamiento psíquico, no solo desde la lógica del déficit, y pienso que ese es el gran aporte del último Lacan, ya que permite pensar el funcionamiento psíquico desde una perspectiva no deficitaria, dejando el camino abierto a lo que ha desarrollado Jacques Alain Miller en torno precisamente a la función del síntoma en términos de pragmática. Esto equivale a destacar el hecho de que el síntoma posee una «función» en la organización psíquica del sujeto. Revisando algunos textos, a última hora, me reencontré con un breve texto de Jacques Alain Miller que se llama «Breve introducción a un más allá del Edipo»; en ese texto reflexiona en torno al problema del goce más allá del Edipo y de la represión. Propone un mito de la libido, que complementa el mito del Edipo. En ese mito, lo que articula, es que la libido siempre logra huir de la cárcel en la que el padre la tiene encerrada. Y cuando libido se escabulle comienza a proliferar y producir consecuencias fuera del territorio del

padre, es decir, fuera de la lógica de la metáfora paterna. En realidad, no son problemáticas sin la metáfora paterna; no es lo mismo la ubicación de «libido» dentro del territorio paterno, organizando protestas al interior de esas paredes, que la estrategia de libido que construye territorios propios fuera de ellas. Eso es el goce más allá del Edipo, es pensar que hay fenómenos clínicos que trascienden a la lógica del nombre del padre, ya que finalmente este nombre del padre es un sesgo práctico, es decir, un instrumento clínico. La posición de Miller no es la del rebelde, ni la reivindicación del nombre del padre, es decir que salga de la ciudad con el propósito de rectificar a la libido en el interior de su distrito. Se trata de reubicar la función del padre a partir del semblante, y en ese punto convoca la observación de Lacan acerca de *prescindir del padre a condición de servirse de él*, es decir, instrumentalizar la función paterna para poder intervenir en las migraciones de la libido, en las migraciones del goce, posibilitando nuevas formas de vinculación entre el goce y el significante. No se trataría de deshacer, como en el modelo de la neurosis, la tramitación edípica de la conexión entre significante y goce, sino posibilitar la invención y la construcción de las conexiones que el sujeto necesite para poder hacer la vida un poco más grata.

Estas eran las ideas generales que hoy quería plantearles. Me interesaba dejar asentadas algunas bases conceptuales para pensar los contextos de intervenciones en la clínica del sector público.

Les ofrezco la palabra para algunas preguntas.

Intervención: Me queda una duda. Si bien entiendo planteas que con la lógica de los tres registros se puede trabajar analíticamente con pacientes graves, la pregunta por el fin del análisis me parece que esta presente en todo Lacan, ya que siempre está la idea del exceso; entonces me preguntaba ¿cómo se plantea el fin de análisis con estos pacientes?

R.A: Lo que ocurre es que en este contexto el fin de análisis no está planteado en términos de uno de los registros. En este momento de la enseñanza la cuestión del fin del análisis no se puede plantear con relación a «un tipo» de pacientes versus «otro tipo» de pacientes. El fin de análisis está en relación con la identificación del síntoma; el síntoma será el cuarto nudo. Lo que se puede llamar un fin de análisis tiene que ver con la función del síntoma.

Intervención: Me quedé pensando en la diferencia entre una estructura articulada y una estructura en una posición más del orden de la urgencia subjetiva. La pregunta es si hablar del goce fuera de la regulación del nombre del padre versus un goce al interior no sería también una perspectiva del orden del déficit.

R.A: Bien, yo creo que aludes a un problema que retorna de distintas maneras, porque se encuentra en la conceptualización que utilizamos. Hay algo en que no podemos ceder, porque se corre el riesgo de que finalmente no estemos haciendo psicoanálisis; me refiero al lugar del inconsciente en la clínica. Eso no lo podemos perder de vista.

Es un signo orientador porque cuando el inconsciente no está en función ocurre que el goce se deslocaliza; cuando el inconsciente está en función, el goce se localiza bajo la forma del objeto *a* en la estructura del discurso del amo, que es también la del inconsciente. Efectivamente, uno puede hablar de que hay funciones que están operativas y funciones que no lo están; esto no lo podemos dejar de lado porque si lo hiciéramos no tendríamos conceptos para leer la clínica. Mi impresión, y mi crítica a la teoría del déficit, tiene que ver con la consideración de estructuras clínicas en déficit y no con funcionamientos en donde hay ciertas operaciones que dejan de funcionar o cuyo funcionamiento se encuentra suspendido. Se trata de cuestionar la idea de tipos clínicos que más que caracterizarse a sí mismos a partir de una estructura de funcionamiento, se terminan caracterizando por vía de la comparación con otros respecto a los cuales resultan deficitarios. Cuando eso ocurre, termina siendo el argumento del déficit el que explica el funcionamiento del sujeto, cristalizando una devaluación y estigmatización de ciertos pacientes. Esto no quiere decir que no podemos pensar en funciones y operadores que en ocasiones funcionan bien y en otras no, ya que si no lo hacemos se nos desarticula el marco conceptual y explicativo. Mi alerta tiene que ver con el riesgo de correlacionar la concepción deficitaria, de una cierta tipología de estructura clínica, con un cierto tipo de paciente asociado a un sector social específico. Esta perspectiva tiene una consecuencia que no me parece y que consiste en terminar diciendo que los pacientes que se atienden en el sector público no son susceptibles de tratamiento analítico. Este es el foco de mi crítica.

Intervención: Te quería preguntar acerca de la estructura pensada desde el nudo borromeo. Me da la impresión de que de alguna manera está construida para la neurosis. La pregunta es, entonces, cómo aparece la estructuración de los nudos en el caso de la psicosis, y qué pasa ahí con el tema del calce y con un anudamiento posible.

R.A: Esa es una pregunta que no tiene una respuesta acabada en Lacan, porque en Lacan la verdad es que los seminarios de su última enseñanza no son sistemáticos en el abordaje del problema. Es una discusión que se da en las bibliografías y se da en función de que Lacan comienza hablando del nudo borromeo de tres redondeles; esa noción se encuentra presente desde la mitad del seminario R.S.I hasta el seminario sobre Joyce, en el que introduce la idea de la psicosis como el resultado de un lapsus del nudo. Sin dudas, sigue siendo una concepción deficitaria. Sin embargo, en esos seminarios el mismo Lacan plantea que el síntoma es el cuarto nudo que anuda borromeamente a los otros tres registros que están sueltos; eso nos conduce más bien a una teoría de la suplencia generalizada en la que no hay lógica del déficit, sino formas de anudamenineto, algunas borromeas y otras no borromeas. Estas anudan porque hay un desanudamiento originario que Miller denominó *forclusión generalizada*. Estos elementos permiten pensar en una lógica no radical respecto al

tema del déficit. Es algo que se trabaja en la conversación de Arcahon en el sentido de pensar en una teoría de la psicosis generalizada diciendo que dentro del gran conjunto en el que «no hay relación sexual», y que por tanto dicha relación esta forcluida de manera general, hay anudamientos neuróticos y otros anudamientos de otro tipo. Eso nos hace redefinir el anudamiento desde la pragmática del síntoma. Esta es una clave de lectura muy útil a mi juicio.

⁵ Actualmente también se han incluido el consumo de alcohol en menores de 15 años y el trastorno bipolar.

⁶ LACAN. J. (1992) Seminario XVIII El reverso del Psicoanálisis. Primera Edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 77.

⁷ Chemama. R. (2008) *El goce contextos y paradojas*. Primera Edición. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión. Página 22.

CAPÍTULO II

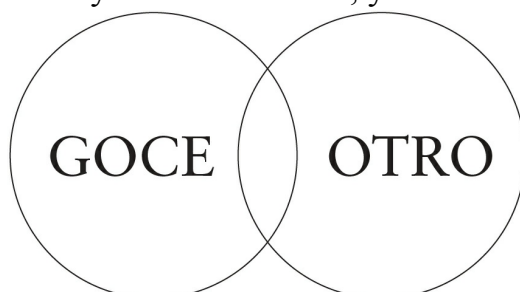
DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD Y EL CAMPO DEL OTRO EN PSICOANÁLISIS

21 de abril de 2010

Vamos a comenzar la segunda clase que continúa los contenidos de la clase pasada. Hoy intentaremos anudar algunas cosas que quedaron planteadas. Trabajaremos en torno a dos grandes bloques. El primero está dedicado a lo que denominamos el campo del Otro y la constitución psíquica y el segundo bloque estará dedicado a los determinantes sociales en tanto marco conceptual a partir de los cuales las instituciones preocupadas por el desarrollo social han abordado el problema de la inequidad en salud.

INSTITUCIÓN Y SINGULARIDAD

Quisiera comenzar centrándome en el problema del empalme, del encuentro entre lo Otro como campo de lo social y las instituciones; y en el campo del goce.



Podemos pensar la constitución psíquica como respondiendo a una lógica del encuentro. Del encuentro entre el viviente con el campo del Otro del significante, el Otro de lo social.

Cuando digo *viviente* me refiero a la idea de Lacan de que el goce solo es posible por la vía de un cuerpo vivo; viviente equivale a goce. En el viviente la vida es goce.

Muchas de las problemáticas que enfrentamos los analistas en el terreno de la salud pública, suelen ser abordadas desde el terreno de la inserción institucional, es decir, suponiendo una tensión inherente al ejercicio del psicoanálisis en una institución. Les recomendé la lectura de un texto de Francisco Aliste, que es miembro de la ALP, precisamente porque en ese texto él plantea que ese es un falso problema, ya que la consulta privada también es una institución. Si reflexionamos aún más, verificamos que no podemos escapar de los contextos institucionales. La familia es una institución, la pareja es una institución; tendemos a la institucionalización y cuando uno institucionaliza, rápidamente hay cosas que quedan adentro de la institución y cosas que quedan fuera. La teoría de Edipo es eso también, es el surgimiento de un sujeto psíquico en el seno de una institución particular que se llama la familia. Rene Loreau define la institución como «Una norma universal que instituye de manera determinante formas de comportamiento de los individuos»; esa definición me permite pensar que todos los individuos hablantes al nacer, nos encontramos con esta institucionalidad desde la que nos erigimos como sujetos. Surgimos precisamente como una suerte de «resistencia» a esta inercia, a este empuje determinante que producen las instituciones. Uno podría decir, por ejemplo, que las VDM⁸ son una resistencia en su carácter insistente. Las VDM es un término despectivo para esas pacientes policonsultantes que enloquecen al sistema médico con su demanda. Son una resistencia a las instituciones, llegando a ser el mejor signo del sujeto, porque una VDM dice: «Doctor, es que a mí me gustaría que me traten distinto que a todas las demás». Es decir, hacen emerger algo del orden de la singularidad ante la universalidad de las instituciones. ¿Por qué a nosotros,

psicoanalistas, nos interesa la singularidad? Porque precisamente la singularidad es lo que da cuenta del carácter único que posee la organización del goce para un sujeto, como consecuencia del encuentro de un sujeto con el campo del Otro.

La cuestión es clara: todo sujeto viene de una familia en tanto universal social; en ese universal tenemos, además, una existencia particular: somos hijos, nos guste o no. Pero además si bien todos los particulares comparten la condición particular de hijos, cada uno puede hablar de esa condición de manera distinta; escuchar esa singularidad constituye el carácter ético de la posición del analista. Esa singularidad resulta del encuentro de un viviente que habla con las instituciones. Esto es demostrable en las primeras entrevistas que tenemos con una paciente, ya que un paciente llega siempre adherido a una categoría particular como, por ejemplo, «tengo depresión» y los profesionales de la salud mental pueden suponer que la depresión de esa persona es igual a la depresión de los otros pacientes con el mismo diagnóstico. Si suponemos eso, quedamos absorbidos por la lógica universal-particular, asumiendo que cada caso particular es un representante fiel de la descripción del DSM y el CIE 10. Desde nuestra orientación, no le creemos a la señora y al señor que dicen ser depresivos y hacemos existir la singularidad; preguntamos: «¿Qué es lo que le pasa? ¿Usted está de acuerdo con que tiene depresión?» Y los paciente a veces se sorprenden y dicen: «Bueno, me dijeron, el doctor sabrá».

Si hacemos aparecer la singularidad nos vamos a dar cuenta de que cada depresivo es distinto a otro. Esa tensión necesita ser introducida para que aparezca la singularidad del goce del síntoma. Esa singularidad es el resultado del encuentro con lo Otro que posee el objetivo de ofrecerse para dominar el goce. El ideal social es eso, dominar el goce. ¿Que es la psicoeducación a la que apelan nuestras instituciones de salud mental? Es restablecer el orden. El seminario XVII, que es un seminario post-mayo del 68, es bastante político y en el que Lacan va a consolidar sus cuatro discursos, que dan cuenta del lazo social. Allí Lacan afirma que todo discurso es siempre político, y es siempre político, señala, porque siempre pretende dominar el goce, dominar una forma de satisfacción. La clínica también lo es. En ocasiones escuchamos en nuestro ambiente psicoanalítico posiciones que suelen plantearse como si el psicoanálisis fuese una suerte de práctica de liberación; la verdad es que el análisis también es una práctica de poder. Lacan incluso tiene un texto que se llama «La dirección de la cura y los poderes de la palabra». La diferencia está en que lo que persigue el psicoanálisis es un ejercicio de dominio que no es del Otro sobre el sujeto, sino del sujeto sobre su propio goce. Ello también es una reconfiguración de una relación de poder. Esto es importante porque cuando se ejerce la clínica asistimos al encuentro con un segmento, de una red de articulación mucho mayor, y lo que allí aparece es el resultado de una serie de fuerzas que están ejerciendo presión. Eso que aparece, es el malestar y si le damos un lugar verificamos que es del orden de la singularidad. Es lo que denominamos el síntoma en tanto irreductible, esto es, que no

todo lo que es del orden del goce puede ser absorbido por las contingencias sociales.
Los fenómenos de malestar son producto de lo irreductible.

EL ENCUENTRO DEL GOCE CON EL OTRO: LA IDENTIFICACIÓN

En esta parte de la clase me interesa reflexionar acerca del encuentro del goce con el Otro de lo social bajo la forma de los denominados determinantes sociales. Desde el psicoanálisis podemos afirmar que si hay algo que los determinantes sociales no incluyen, en su intento de dar cuenta de los problemas de salud, son los procesos de constitución psíquica. Por ejemplo, la cuestión de la vulnerabilidad de la infancia, que hoy es una prioridad de las políticas públicas, se soporta en la existencia de factores psicosociales de riesgos, pero se mantiene inabordado el nexo entre la subjetividad y las condiciones sociales, que se requiere para que se produzca lo que llaman una «vulneración». Ese es el campo del psicoanálisis. Hacia el final de la clase les comentaré dos ejemplos clínicos de pacientes que crecen en condiciones de abandono y sin embargo para cada uno hay consecuencias distintas. Son adultos y por lo mismo no gozaron de los privilegios que hoy entregan las políticas públicas.

Si pensamos que la constitución psíquica se realiza siempre con la lógica del Edipo, terminamos siempre organizando nuestra clínica con el modelo de la represión, del conflicto psíquico, y ello conduce a dirigir la cura hacia la asociación libre. El problema es que muchos pacientes no asocian y los clínicos se inquietan y comienzan a demandar al paciente; cuando ello ocurre, evidentemente el paciente se resiste a asociar. Mientras más se le pide a un paciente que asocie, este menos lo hace, ya que la relación de los neuróticos con la demanda tiene las particularidades del fantasma. Mientras más se demanda, menos deseo. El problema es que se les «pide» porque se cree que el paciente tiene que asociar para poder hacer un trabajo analítico. Pero esa creencia es un problema ideológico de los clínicos, ya que finalmente es como que se termina educando a los pacientes. Y en ocasiones hay análisis que terminan funcionando con el S2, educando, con consejos. Eso ocurre cuando se intenta resolver el problema de la resistencia a la asociación libre con el S2, con un saber sugestivo.

Esto es importantísimo porque hay que entender cómo se dio la historicidad de un sujeto para entender de qué está sufriendo, y en ese contexto que la intervención sirve para rearticular de otra forma la problemática que produce malestar. Por ello, les mencionaba que en Lacan hay al menos cuatro ideas de procesos de constitución psíquica. En este sentido es que quiero introducir la noción del punto de calce ya que si nos quedamos con la teoría del espejo, vamos a estar siempre preocupados acerca de cómo lo simbólico se las arregla con lo imaginario. Si nos quedamos en la metáfora paterna vamos a estar siempre preocupados por el simbolismo y terminaremos demandándole al paciente que asocie con «¿qué quiere decir... eso?», con ello nos restringimos a la teoría de la sustitución. Ya la lógica de la alienación y

la separación permite pensar en algunas problemáticas clínicas de manera distinta. De hecho, Lacan tiene una idea muy interesante, que es la de la holofrase, y que se define como el pegoteo entre S1 y S2. Esta noción la introduce para pensar las cuestiones del orden de lo psicosomático y algunos problemas de la psicosis ya no en la línea de la teoría de la sustitución.

A mi juicio, es con la idea del punto de calce, propio de la teoría de los nudos, con la que Lacan va a poder hacer el gesto de homogeneizar la función de los tres registros, siendo lo real, lo simbólico o lo imaginario lo que puede detener y calzar el desplazamiento de otro registro. Un ejemplo clínico de ello son las conductas denominadas de autodaño por parte de la psiquiatría, es decir, los cortes que los adolescentes se hacen en los brazos.

El corte es una detención por vía de lo real del cuerpo. Lo real del cuerpo se detiene; por ello, los cortes alivian, y eso muchos psiquiatras no lo entienden, ya que el corte es una solución y clínicamente no podemos desconocer las soluciones que las personas han encontrado en la vida. Ejemplos como este permiten entender la idea de la funcionalidad sintomática, que en Lacan va a aparecer como el cuarto nudo del síntoma. Para avanzar diría que podríamos encontrar a lo largo de cada una de estas problemáticas de la constitución subjetiva (estadio del espejo, metáfora paterna, alienación y separación y el anudamiento), un concepto clave que es transversal a todos estos procesos de constitución psíquica; este concepto es la identificación. Todas las teorías de Lacan acerca de la constitución psíquica giran en torno a la identificación, «a qué me identifico», a que se identifica un sujeto, independientemente de las clases sociales. Ahora bien, a qué significante y a qué formas del ideal nos identificamos, eso sí depende de las clases sociales.

¿Qué es la identificación? Una primera, definición suficientemente difundida, proviene de Freud, quien la define como un rasgo que el sujeto toma de un objeto y se introduce en su interior para pasar a formar parte del propio sujeto. Es decir, que la identificación es una apropiación. Algo que es externo, se hace propio. La identificación es algo así como apropiarse de algo ajeno, que proviene del discurso del Otro, y es por eso que podemos decir que se encuentra determinado por las contingencias.

Me interesa ubicar el problema de la relación entre la identificación y la erogeneidad, problema que surge del encuentro con el Otro. La erogeneidad es un fenómeno del orden del encuentro. Por eso Freud decía que cuando se le cambiaban los pañales a un niño se producía satisfacción erótica, porque era un cuerpo ajeno estimulando a otro cuerpo, y de ese contacto se desencadena un resultado, a saber, la libido. El nombre lacaniano de la erogeneidad es el goce. El goce es sexual, porque implica el encuentro entre dos cuerpos, tal como les decía que lo define Lacan. Del encuentro entre el viviente y el Otro surge la erogeneidad, quedando como resultado la identificación. Ciertamente, esta es una simplificación, pero me interesa aislar el

movimiento lógico. Recordemos que la idea de Freud acerca de la pérdida de objeto tenía que ver con este punto que les señalo. Hay el encuentro con el objeto, por ejemplo, el pecho materno; hay la experiencia de satisfacción, se retira el pecho materno y luego viene la tendencia del niño de querer repetir la experiencia de satisfacción. Vean que de entrada está la repetición; si hay algo constante en Lacan es la idea de que el psiquismo funciona por repetición. Entonces, cuando el niño quería repetir la experiencia de satisfacción podía hacerlo por varias vías; por ejemplo, chupándose el dedo. También puede repetir la experiencia en la fantasía, utilizando lo que Freud llamaba huellas mnémicas. En estos ejemplos ya está la noción de identificación, definida como lo que queda, el resultado del encuentro con el Otro.

Si revisan el texto «Introducción al narcisismo» van a verificar que Freud describe la génesis del yo a partir de la acumulación de representaciones de experiencias de satisfacción, y a esa acumulación le llama el *lust-ich*, el yo-placer. Entonces tenemos como base de la teoría de la identificación la experiencia de goce, no como placentera, sino como repetición.

El goce está siempre en relación con la generación de una tensión; la repetición es eso, es la búsqueda de una tensión, lo que no equivale al deseo, porque el deseo es la reducción de la tensión. Tenemos, entonces, en la repetición, una correlación entre identificación y goce. Dicha correlación se escribe en los matemas de Lacan como

$$\frac{S_1}{a}$$

Esa es otra de las funciones del S1, a saber, es el significante de la repetición y de la identificación, porque es el que condensa, marca y fija al sujeto a una forma de satisfacción. Una última referencia al problema de la identificación, que quisiera comentar, sería lo que Freud menciona en el texto «El yo y el ello» en el que define al yo como la sedimentación de las investiduras de objeto. Es debido a que algo se erogenizó desde fuera que el yo se puede constituir. Me interesa destacar este punto porque en la clínica, de una u otra manera, trabajamos siempre con un problema de identificación.

Por ejemplo, muchos problemas clínicos, psicoanalíticamente hablando, confluyen hacia un problema en relación con la identificación. Inclusive el problema del síntoma analítico, ya que cuando se instala la pregunta acerca de qué quiere cambiar de sí mismo un paciente, lo que estamos explorando es la distancia del yo con el ideal del yo. La distancia entre cómo se cree que se debería ser y cómo se cree que se es. El «debería ser» conecta con el ideal del yo. En el texto «La descomposición de la personalidad psíquica» Freud señala que si el yo está muy distante del ideal del yo, se presenta la melancolización. Si está muy cerca se produce el narcisismo exacerbado, el yo cree que el mismo «es el ideal». Pongo el acento en la identificación porque la clínica psicoanalítica, pensada desde el modelo del Edipo y del conflicto psíquico, es

una clínica de la desidentificación fálica. Eso desde la lógica del Edipo. Sin embargo, podemos también poner el acento en la identificación, para pensar una clínica de la «utilidad» de la identificación. Es lo que podemos observar cuando en algunos casos se requiere facilitar restituciones imaginarias por vía de la identificación para, por ejemplo, producir una separación y mantener a raya la intrusión del goce del Otro. Elegí el problema de la identificación porque pienso que este concepto pretende dar cuenta del empalme, del encuentro del viviente con el campo del Otro.

Lo que he designado como las dimensiones del Otro se traducen en, el aparato psíquico, en la identificación con las distintas problemáticas clínicas que ello implica.

LAS DIMENSIONES DEL OTRO

Vamos entonces a revisar las dimensiones del Otro y sus implicaciones clínicas.

En primer lugar, está el *Otro del significante* que consiste en las palabras dichas por el Otro. Son los enunciados del discurso del Otro. La gran mayoría de las cosas de las que les hablan sus pacientes corresponden a cosas que escucharon y que otros les dijeron; es en algún aspecto lo que Freud denominó la novela familiar del neurótico. A veces ustedes les preguntan a sus pacientes acerca de cómo llegaron a pensar tal cosa y dicen: «Bueno, es que una vez me dijo que...». Y uno piensa: «¿Cómo es posible que aún se acuerde de eso?». Pero justo ahí aparece una palabra que atrapó al sujeto, al paciente, un significante puntual. Es el «baño del lenguaje», los significantes que el Otro le ofrece al sujeto. También Lacan lo llamaba «molino de las palabras» y «tesoro del significante». Los significantes le caen al sujeto del campo del Otro y el sujeto se «viste» con ellos de la mejor manera posible. Esto ocurre con independencia de la intención del Otro, pero a veces los sujetos hacen «cualquier cosa» con las palabras del Otro. Es con esos significantes con los que se pretende regular el goce. Son significantes que permiten representarse frente al Otro. Por ejemplo, hay una experiencia en extremo desagradable y que todos vivieron en su época de estudiantes, y es cuando los hacen presentarse ante un curso el primer día de clases. En esa pequeña presentación están obligados, es una elección forzada, a elegir significantes con los que representarse. Esto que les describo está en relación con esa definición clásica de Lacan que dice que «un sujeto es lo que representa un significante para otro significante». Aludo a esto porque en las sesiones con un paciente, uno tiene que hacer, que producir, que el paciente se haga representar en la experiencia clínica con uno o varios significantes que lo dividan. El Otro del significante determina los significantes de la identificación, los S1. Esos significantes, o más bien esa función significante, se caracteriza por ubicar al sujeto a partir de una diferencia con el Otro de los amigos, la familia, la profesión, etc.

En segundo lugar tenemos al *Otro del deseo*, es el que desea algo del sujeto. Piensen en el niño; el Otro del deseo es el que desea que el niño sea sujeto. El Otro del deseo es el que le interpreta, le atribuye un deseo al viviente. Es fundamentalmente un Otro que interpreta. Es el que tras el llanto del bebé interpreta que hay un deseo e interpela al niño preguntándole: «¿Qué quieres?».

Se trata un fenómeno básico en todo amor. Cuando empiezan a conocer a alguien, y ese alguien les lee las identificaciones, y es capaz en un acto de suma seducción de adivinarles el color que les gusta o el sabor de helado que prefieren, el amor se potencia inmediatamente. Pasado el tiempo, ya no les preguntan nada y ahí empiezan los problemas: «No me preguntaste si yo quería ir o no». Porque lo que interesa es la

pregunta, que es la que a un individuo lo instituye como sujeto frente al Otro.

La cuestión del amor está en directa relación con la interpretación del deseo.

Intervención: Estaba pensando en cómo desde el SENAME hay algo de esta figura a partir de la lectura de la vulneración de derechos del niño. Cómo desde esta lectura emerge el discurso del Otro como una estandarización absoluta. Hay criterios y marcos reguladores que obligan a los profesionales a leer la vulneración del derecho desde un lugar específico. No desde cualquier lugar.

R. A: Bueno, el significante «vulneración», por ejemplo, es un significante ofrecido por el Otro que «pide», que demanda que el niño se reconozca vulnerado. Que se apodere de su vulneración, y se transforma en un vulnerado cuando se identifica a dicho significante y desde ese momento se hace representar con ese significante. Es interesante este punto ya que es el Otro social interpretando. Es importante porque los dos ejemplos clínicos que quiero comentarles aluden a sujetos que llegan, entre comillas, «vulnerados», pero tienen más de cuarenta y cinco años, por lo que al final de cuentas lo que podemos decir es que crecieron en un contexto donde simplemente eran pobres, no eran vulnerables. La diferencia entre «ser pobre» y «ser vulnerable» es radical a nivel de la significación. Sabemos que la «vulnerabilidad» es un significante que el Otro social ha introducido como consecuencia de las políticas de protección social de los últimos 20 años. Una de las diferencias entre ser pobre o ser vulnerable es que la demanda del y al Otros social, se articula de manera distinta. El pobre no pedía al Otro una salvación. No esperaba el bono de la presidenta o del presidente. Los pobres se las tenían que arreglar solos, sin un Estado que los protegiera. Por ejemplo, quienes trabajan con los sectores menos acomodados constatan que el discurso de «los derechos» está presente en las personas de menos de treinta y cinco años.

En términos de constitución psíquica, el deseo es una interpretación del Otro al sujeto, para que luego ese sujeto adquiriera el estatuto de sujeto deseante.

Intervención: Cuando yo trabajaba en sectores de gente con menos dinero me impresionaba las pocas palabras que mediaban la relación de las madres con los hijos. Por ejemplo, las madres golpeadoras. Por lo que pienso que este es otro aspecto ausente. No había una lectura del deseo del Otro.

R. A: Ese es el punto problemático, esa es la hipótesis que estoy tratando de construir: algo se juega distinto en los procesos de distribución y localización de goce, propios de la constitución subjetiva, a partir de las condiciones sociales. Por eso recurrí a los determinantes sociales. Por ejemplo, en los sectores pobres de la población las constituciones familiares no se tienden a producir por la dinámica del deseo y del amor, necesariamente. Se producen, por ejemplo, para salir de la casa y escapar de los malos tratos de la madre, de los abusos del padrastro alcohólico, etc.

Intervención: Es como que se reproducen ciertas dinámicas particulares. Recuerdo que cuando trabajaba en los campamentos, uno escuchaba a las madres tratando de

hacer que los hijos obedecieran mediante un gran «charchazo» (golpe), donde lo importante es que el hijo obedezca: entonces, ese va a ser un buen «obedecedor»...

R. A: Ya no pasa tanto porque hoy frente a ese golpe aparece la... ¡¡¡OPD!!! (Oficina de Protección de Derechos) (risas). Ni siquiera es necesario que alguien vaya a quejarse de que le pegan, basta que en un control de «niño sano» algún profesional de la salud escuche que al niño lo golpearon y raudamente el asistente social junto al psicólogo acuden al rescate del niño vulnerado y demandan a la madre. Si bien en ocasiones estos procesos toman la forma de una medida policiaca, también tenemos que mencionar que dada la deflación del deseo, se producen situaciones e historias de maltrato y abandono que no tienen instituciones dignas que ofrezcan al niño la posibilidad de desarrollarse de manera distinta. Pero también creo que eso sería más costoso, en términos económicos, para nuestras autoridades; entonces, se insiste e insiste con que la familia se haga cargo, aludiendo a la familia como un «bien superior del niño», cuando en muchas ocasiones en esa «familia» no hay nada del orden del deseo, el amor y el goce que le permitan cumplir con las funciones de una familia. Cuando no hay el deseo del Otro, el niño queda en posición de objeto del goce del Otro. Este es un aspecto clave para pensar las políticas de protección social. ¿Por qué no podría haber instituciones desde el Estado que faciliten la función del deseo del Otro? Me refiero a que «faciliten», porque el deseo no es una función institucional, sino que es la función de un sujeto encarnado en el seno de una institución. Pero comprenderán ustedes que medidas institucionales, como negar la historia de los niños adoptados, o evitar que los niños posean objetos propios en nombre del ideal de la «igualdad» y el «compartir», no son medidas que facilitan la función de transmisión del deseo. Necesitamos instituciones que faciliten la dimensión del deseo, que faciliten la circulación y la localización de la libido. Comento esto porque escuchamos que los niños son engendrados por razones que no siempre representan un deseo, como por ejemplo, que el marido llega borracho y fuerza a la mujer a tener relaciones.

Tengo la idea de que el deseo, como articulador, muchas veces se encuentra ausente en la cohesión para formar instituciones como la familia; por el contrario, uno observa que los sujetos intentan regular y acotar fenómenos del orden del goce del Otro y son esos movimientos los que muchas veces instituyen nuevos espacios sociales. Tengo esta idea, que no es concluyente, pero que la experiencia clínica me obliga a darle un lugar a este tipo de fenómenos. Por ejemplo, un tema que alguna vez tenemos que pensar, es que en Chile hay un SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer), pero no hay un Servicio Nacional del Hombre. Los hombres aparecen como objetos de la salud pública en tanto victimarios, es el borracho que maltrata a la mujer; pero una pregunta mínima, desde el punto de vista clínico, es cuál será la historia de ese sujeto, cuál será el peso del ideal y el falo en esa masculinidad. Pongo el énfasis en estas dimensiones del Otro porque determinan la diversidad de las

formas de subjetividad. Por ejemplo, la modalidad del deseo del Otro, que es siempre dialéctico, determina la significación fálica y la represión como efecto psíquico. La significación fálica es la significación de ser el objeto del deseo del Otro. A veces sorprende ver la ausencia de identificación fálica en un sujeto deprimido de manera grave.

Pasemos ahora a algunas observaciones sobre la dimensión de la *demanda del Otro*. La demanda es definida por Lacan como un pedido, una petición. La demanda y el deseo en un primer momento lógico están juntos, porque cuando la madre le dice al niño «¿que quieres?», si bien le interpreta el deseo, también lo está demandando y le está diciendo «¡quiere!». Este es un punto importante porque en la clínica, incluso con el silencio, se demanda, se demanda al otro a que hable. La importancia del registro de la demanda es que permite la introducción del mandato superyoico. El registro de la demanda también nos conduce a la cuestión del amor; Lacan sostenía que la demanda es siempre demanda de amor, porque cada vez que uno le pide algo a alguien, uno le pide al otro que desee satisfacer nuestro deseo. En el fenómeno depresivo muchas veces los sujetos dejan de pedir porque hay una deflación de la identificación fálica; en consecuencia, ¿desde dónde se pide si no funciona la identificación fálica? La dimensión de la demanda del Otro determina también, además de la identificación fálica, la pulsión y el súperyo. Lacan escribe un matema en el que la pulsión es definida a partir de la relación del sujeto con la demanda del Otro.



Para el obsesivo, por ejemplo, la demanda del Otro tiene como resultado la imposibilidad del deseo. Esta imposibilidad toma, entonces, la forma de la impotencia; por ejemplo: «No puedo ir porque tengo que trabajar». La histeria, en cambio, frente a la demanda, se tiende a sustraer, porque le aplasta el deseo. Con dicha sustracción genera un intervalo en la demanda y hace aparecer el deseo del Otro posibilitando, por tanto, la aparición del propio deseo. Este es el problema de la histeria, que mientras más presente se le hace el deseo del Otro más evanescente se le vuelve el propio deseo.

La pulsión tiene que ver con el circuito de la demanda del Otro y de las demandas del sujeto al Otro. Este circuito se manifiesta como repetición. Por eso es que Lacan en el texto «Dirección de la cura y los principios de su poder», señalaba que la regresión es la reaparición de formas de demanda infantiles. Lacan, en los años cincuenta, piensa la pulsión como el retorno de la forma de pedir. Algo así como que el sujeto le pediría al Otro a partir de los significantes que recortó de los pedidos que el Otro le hacía a él. En esa reiteración del pedido aparece la pulsión por vía de la repetición, la inercia, la fijación. La teorización de Lacan de esos años no hace pasar la pulsión por el objeto ni por el cuerpo. La pulsión queda todavía del lado de lo

simbólico y no de lo real.

Una última observación respecto de la relación de la pulsión y el superyó. El superyó, para Lacan, está relacionado con el carácter intransitivo de la demanda: «come», «mira», «bebe», «escucha», etc. Es el carácter imperativo con independencia de aquello que se pide. «Lo superyoico» incluye fundamentalmente los imperativos.

Finalmente, quisiera proponer la dimensión del goce del Otro como una clave para pensar algunos fenómenos clínicos graves. El goce del Otro es la satisfacción del Otro. Es necesario que el Otro goce de un recién nacido como objeto, no del todo, pero que goce. Si el Otro no se satisface con un niño como objeto, el niño no podrá acceder a la posición de ser el falo del Otro. Por supuesto que luego es necesario que el Otro le interprete al niño un deseo bajo la forma que ya hemos descrito como «¿que quieres?»; este aspecto introduce el límite al goce del Otro. La suposición de que tras el llanto hay un sujeto, introduce la opacidad del goce del Otro. Si ello ocurre, podemos considerar que el nombre del padre funciona a nivel del discurso del Otro, introduciendo una barra en el Otro. La inquietud, la angustia, las preguntas del Otro son los signos de esa barredura, de esa división. Si ello no ocurre, el niño queda en posición del objeto de goce del Otro y si un niño queda en ese lugar tendremos dificultades a nivel de la constitución de la estructura. La incidencia en la constitución subjetiva no es la única consecuencia del goce del Otro, ya que también hay fenómenos de irrupción del goce del Otro.

En Lacan, a diferencia de Klein, la angustia no es producto de la separación del Otro, sino de la cercanía, de la intrusión del Otro. Para Lacan, la angustia es por intrusión del goce del Otro. Es una indicación clínica muy precisa ya que para Lacan, la castración no angustia, sino que pacifica porque articula el goce a la dialéctica del deseo. El goce del Otro no es del orden del deseo, no pregunta, por eso la problemática clínica del abuso sexual nos conecta con la clínica del goce del Otro. Después ciertamente tenemos que detectar las respuestas de los sujetos a la intrusión de ese goce. Por supuesto, no todo abuso queda del lado de la intrusión del goce del Otro, pero sí muchos, y luego observamos el segundo tiempo que implica el intento de fantasmización.

La neurosis vela, opaca el goce del Otro con el fantasma interpretando, en el lugar del goce, el deseo del Otro, siempre que existan las condiciones para ello. La fantasía taponar el goce del Otro interpretando ahí el deseo del Otro. El problema es cuando el fantasma fracasa en velar el goce del Otro, porque allí se produce un estrago, desorganizando el goce del sujeto, ya que era precisamente el fantasma el que organizaba dicho goce. Se produce así un fenómeno de deslocalización del goce que se manifiesta clínicamente como impulsiones, suicidabilidad, adicciones, etc; todos estos fenómenos son esfuerzos por hacer algo con un goce deslocalizado de la función fálica.

Otra línea definitoria del goce del Otro, por parte de Lacan, era definirlo como

inaccesible. Señalaba que por mucho que un individuo abrace con fuerza a otro individuo, es imposible acceder a cómo goza el Otro con ese abrazo. Solo accedemos a cómo gozamos nosotros apretando al Otro. Se puede imaginar el goce del Otro, pero no acceder a él. El problema es cuando el goce del Otro se entromete en la subjetividad. Es un problema porque lo que ocurre es que se desarticula la localización del objeto *a*. Por eso es que las incidencias clínicas del goce del Otro son a nivel del objeto y la angustia. Es común escuchar en esos pacientes que se denominan «límites» el relato de puntos de intrusión del goce del Otro, como, por ejemplo, algunos abusos sexuales, que han desarticulado la tramitación fálica del goce; esos abusos que no pasan por vía de la seducción, y que por tanto no permiten la operación de la fantasía como forma de interpretar algo del orden del deseo. En ellos se produce un efecto de deslocalización de la falta, del $-\phi$. De allí que el paciente no se ubica desde la significación de la falta y la queja típicamente neurótica que denuncia la insuficiencia del Otro, sino más bien escuchamos significantes que remiten a un cierto daño, a una cierta privación. No aparece imaginario como falta. De todas formas, hay que evaluar caso a caso. Ahora bien, hay pacientes que sí tramitan lo traumático con la identificación fálica. Como una paciente que me decía que prefirió guardar silencio porque si hubiese dicho algo, el padre mata al abusador y estaría en la cárcel. Ella no quería eso para su padre. Esa es una posición fálica con todas sus letras, ya que la paciente queda en posición de salvar al padre.

Intervención: ¿Cómo se articula la identificación en este punto, porque el goce del Otro es inaccesible, entonces uno no puede identificarse al objeto del goce del Otro?

R.A: Exactamente, porque si un sujeto queda identificado al objeto de goce del Otro obtenemos la psicosis como estructura. Ahora bien, en estructuras no psicóticas hay puntos de fijación y encuentro con esa dimensión, perversa si se quiere, del goce del Otro. El paranoico es un identificado al objeto del goce del Otro. La psicosis queda en ese lugar. En las neurosis me estoy aventurando a pensar que hay efectos de deslocalización de goce, producto de un fracaso de la identificación como consecuencia de intrusiones del goce del Otro.

Voy a dejar el tema de los determinantes sociales para el inicio de la próxima clase porque quisiera hacer algunos comentarios respecto de que si dejamos de orientarnos únicamente por el modelo de la neurosis, como ideal normativizante, entonces tenemos recursos conceptuales para poder pensar los nuevos problemas clínicos y a partir de ello proponer estrategias de intervención que rearticulen las maneras en que el goce y el significante se articularon para un sujeto en particular, confrontado a las contingencias que le toco vivir. Por ejemplo, me parece interesante que en distintas clases sociales cuestiones como la maternidad y la formación de familia se juegan de manera distinta, no necesariamente desde la dimensión del deseo, como ya lo he mencionado. No se cómo será la experiencia de ustedes que trabajan en salud pública, pero me ha tocado escuchar a muchas mujeres que tienen un hijo cerca de la

adolescencia y luego pasan varios años y tienen dos o tres hijos más. El primer hijo no siempre está inscrito en la historia como un hijo asociado a un proyecto amoroso. Ni hablar, por ejemplo, de los hijos engendrados en contextos de violación. Hay una temática interesante, como es la legitimación del deseo sexual y que hasta ahora ha sido asumido por los discursos más feministas, pero ello no «empodera» a las mujeres pobres. En los sectores más pobres el lugar de la mujer a veces es otro. Por ejemplo, me ha tocado escuchar a mujeres, de cerca de cincuenta años, que al preguntarles si han tenido una sexualidad placentera, algunas responden que no, que toda su vida han tenido relaciones con dolor y sin inscripción de placer en el cuerpo. No hay un acontecimiento de cuerpo que ligue deseo, placer y sexualidad. Dejo hasta acá este paréntesis.

Hacia el final de la enseñanza de Lacan, la cuestión del goce del Otro varía un poco, ya que el Otro pasa a ser el propio cuerpo, por lo que también hablar del goce del Otro es hablar del goce del propio cuerpo que siempre es algo del orden de lo que un sujeto «tiene», lo que no se resuelve a nivel de la identificación y de lo que se «es».

Hoy día, en una sesión, una joven que realiza impulsiones bajo los efectos del alcohol, me cuenta que los amigos hombres se sorprenden porque ninguna otra mujer consume alcohol como ella, que lo hace a la par de los hombres. Ella tiene su primera relación sexual «borrada» por el alcohol, por ello le pregunté si al menos lo había disfrutado y me dice algo así como «me acuerdo de algo y como que sí, que lo estaba pasando bien»; yo le indico que no está segura de si lo pasa bien o no. Eso como una forma, no de introducir la psicoeducación moral, sino de traer al sujeto para poder indexarlo al cuerpo, para que haya un goce articulado al deseo, para que no se deje caer a la posición de objeto sin responsabilidad subjetiva y, además, identificaba a los hombres a partir del consumo de alcohol.

Intervención: Hay que hacer una observación y es que en muchos embarazos hay un deseo de embarazo, que no es lo mismo que un deseo de un hijo.

R. A: Es una diferencia muy interesante entre el deseo de convertirse en madre y el deseo de tener un hijo. Yo creo que ahí está el problema clínico de la madre. Por ejemplo, con los duelos arrolladores para algunas mujeres con relación a la muerte de la madre. A veces no se entiende cómo mujeres grandes que han sufrido bastante en la vida, saben de privaciones y dolores, frente a la partida de la madre se devastan. Y no se trata de muertes repentinas, sino de partidas acorde a la «ley de la vida», o sea, a una edad claramente avanzada. En esos casos yo creo que hay algo de la identificación fálica a la madre, que no es lo mismo que hacer del hijo un falo. Es la identificación fálica a ser madre. Recuerdo a una mujer que llegó con una depresión severa, con intentos serios de suicidio, porque el hijo se había emparejado y se había ido de la casa. La significación que no se movía era la de «esa mujer que me lo quitó». Hay algo ahí que tiene que ver con que cuando la falicización cae del lado de

la madre, no puede hacerlo del lado de la mujer. La sexualidad femenina se tiene que jugar en el «no toda madre». Se requiere la dimensión de un goce otro que no sea el que queda tomado bajo la identificación fálica de la madre. Es interesante el lazo-sacrificio que une a algunas mujeres con la madre, ya que llegan a dejar de lado su vida, por ejemplo para cuidarlas en una enfermedad grave. Recuerdo haberle preguntado a más de una paciente, en un profundo duelo por la muerte de la madre a una edad avanzada, ochenta y siete años, por ejemplo, si no había pensado en el último tiempo que su madre estaba cerca de la muerte y responde que no, que nunca pensó que podría fallecer.

Podríamos pensar todos estos fenómenos desde la lógica del déficit; por ejemplo, déficit de integración yoico, déficit en la función simbólica, etc. Creo que la clave del déficit es producto de que los analistas se confrontaron con sectores sociales menos acomodados y corroboran que la organización del goce se juega de maneras diversas. Recordemos que en la historia del psicoanálisis los casos graves y la clínica de las psicosis, es producto de los traumatizados de guerra y de la inserción del psicoanálisis en los hospitales.

Los ejemplos clínicos que les quería comentar aluden a dos pacientes adultos, de la atendidos en instituciones de salud pública, que tienen más de cincuenta años. Ambos crecen en condiciones de extrema pobreza. Uno de ellos es un paciente hombre, derivado por depresión. Ha hecho un intento de suicidio por ahorcamiento bastante grave. Era un hombre que trabajaba y tenía un sueldo bastante alto para el ambiente social en el que vivía. El compartía su dinero ejerciendo una identificación fálica en la línea de la potencia. Su hija hace un intento de suicidio y él comienza a endeudarse, no pudiendo seguir siendo «el que da». Luego de dos años de esta crisis fálico-narcisista hay un cambio en el trabajo: él pasa de su condición jerárquica de excepción a ser como los otros, todos iguales. Eso lo devasta. Lo interesante está al nivel de la su historia. La única asociación que él hace respecto a por qué para él era tan importante tener recursos económicos, es en un momento en el que rompe en llantos y me habla de «la falta de cariño». Me cuenta una historia en la que eran cinco hermanos, la madre los abandona y el padre queda a cargo de ellos, sacándolos adelante con apoyo de los vecinos, quienes se repartían a los niños para darles comida. Cuenta cosas como que iba al colegio con zapatos diferentes; es decir, una historia radical de privación. La significación que él plantea es que con su actitud tendiente a «dar» él está devolviendo todo lo que le dieron a él esos vecinos. Es interesante cómo la capacidad de reelaboración no se expresa en este paciente; él identifica esta significación, pero no se desplaza ni se modifica la posición; me preguntaba: ¿Con qué tendrá que ver esto? Hay un problema del sujeto en perder algo de esa identificación fálica. El problema es que poder alojar algo de la falta, eso no lo tolera y pienso que eso tiene que ver con las marcas del abandono y el haber sido objeto de ello. ¿Como se libidiniza este sujeto para poder alojar en sí mismo la falta(-

φ) y el plus de goce (a)? Eso que constituye precisamente a la neurosis. Se acepta la castración, la pérdida de goce por un lado, y se la recupera por otro bajo la forma de plus de goce. Eso en algunos pacientes graves no ocurre, porque pareciera existir una cierta falla imaginaria en torno a la cuestión de la castración. En este caso, creo que tiene que ver con que el sujeto queda ubicado como un objeto deslibidinizado del campo del Otro.

El otro ejemplo es de una mujer, que a diferencia del paciente masculino, no realiza una recuperación fálica. Presenta un estado «depresivo» estable. Su herida narcisística es no haber terminado la enseñanza básica. Tiene una historia de vida campestre; escapó de su casa a los ocho años para evitar los maltratos y abusos del padre; vagabundea y es acogida en una iglesia; trabaja allí ayudando en el aseo. Me da a entender que realiza algunas labores ilegales para ganarse la vida. Hasta que conoce un hombre, se enamoran, tienen hijos y una vida medianamente estable. Ahora bien, esa mujer carga con una depresión sostenida en una deslibidinización del ideal de sí misma, fundamentalmente porque no fue un objeto valioso para nadie. No fue objeto de deseo, es como si se hubiera hecho sola. La pregunta en casos como este es: ¿Podría estar de otra manera? Tal vez ha hecho lo que ha podido con las marcas de la historia que le tocó vivir. ¿Podría histerizarse alguien que difícilmente ocupó el lugar de falo para el Otro? Pareciera ser entonces que ese síntoma permite una cierta estabilidad en la vida, y habrá que cuidar que no caiga más abajo en el ánimo. Es una vida que no está mal, pero que tampoco la hace feliz.

Introduzco estas observaciones para destacar las condiciones contingentes de sujeción con las que los sujetos construyen una manera de arreglárselas con el goce.

⁸ VDM es un sobrenombre despectivo que se suele utilizar en algunas instituciones de Salud y que significa «Vieja de mierda».

CAPÍTULO III

DE LOS DETERMINANTES SOCIALES A LA PRAGMÁTICA DEL SÍNTOMA

28 de abril de 2010

Vamos a retomar el tema de los determinantes sociales. Les recuerdo que la dirección que estamos siguiendo es traducir los determinantes sociales en estas figuras del campo del Otro. El Otro de la demanda, el Otro del deseo, el Otro del significante y el Otro del goce, serían los elementos que nos permitirán entender las formas de organización del sufrimiento, o si prefieren, del goce.

DETERMINANTES SOCIALES E INEQUIDAD

Los *determinantes sociales* constituyen un concepto que se introdujo en los últimos diez años para dar cuenta del problema de la inequidad y de las desigualdades en salud, que no son sinónimos. Uno de las grandes temas de las políticas públicas es la noción de igualdad y de desigualdad; es por eso que uno de los objetivos importantes de la reforma a la salud es que todos los chilenos tengamos los mismos derechos respecto a la salud.

Los determinantes sociales dan cuenta de los factores que determinan situaciones de desigualdad y, en consecuencia, de inequidad. La desigualdad es algo que siempre existe en toda sociedad; sin embargo, la resignificación de la desigualdad como inequidad, introduce la idea de justicia social. En el contexto de definir la salud como un derecho, podemos llegar a concluir rápidamente que la existencia de desigualdades en salud equivale a la vulneración de un derecho. Por lo tanto, desde la perspectiva de salud pública, se hace necesario que el Estado garantice esas igualdades en salud. Los Gobiernos de la Concertación han tenido una idea del rol del Estado que incluye garantizar la igualdad y la universalidad, es decir, considerar el «para todos». He leído algunos textos vinculados a sectores más neoliberales, en los que se designan dos orientaciones respecto a la salud pública. Desde una perspectiva podríamos decir que el rol del Estado es garantizar la igualdad de oportunidades en salud. Desde otra perspectiva, la salud debería ser el resultado del esfuerzo individual de un ciudadano. Tener acceso a la salud es la consecuencia del empeño de un individuo en el mercado. En este contexto, el rol del Estado sería entregarles medidas reparatorias a aquellos individuos que por diversas razones no logran proveerse ellos mismos los recursos necesarios para la obtención de la salud. Es una diferencia no menor, ya que se trata de una diferencia de visión y concepción política. Actualmente estamos aún bajo el marco de la protección a los derechos. En esta perspectiva, de los derechos y la justicia social y por tanto de la disminución de las desigualdades, lo que se pretenderá es disminuir las diferencias injustas o evitables entre grupos y poblaciones definidas socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente. Recuerdo el caso de una paciente que tenía una debilidad en el cuello, que le impedía mantenerlo firme. Fue derivada por trastorno conversivo pero ella insistía en que tenía algo en el cuello que había provocado esta situación; incluso ella misma se había comprado un cuello ortopédico y tenía una decidida posición de demanda de solución al Otro institucional. Luego de siete meses, pidió un préstamo, se hizo una resonancia nuclear y resultó que tenía una patología vertebral que al parecer explicaría la situación médica. Este ejemplo muestra cómo un diagnóstico del campo «psi» puede encubrir una inequidad en el acceso a cierto tipo de exámenes. Otro ejemplo es lo que ocurre

con los intentos de suicidio en personas de clase media, ya que el primer impulso es llevar al paciente a una urgencia psiquiátrica de las que a nivel del sistema público hay solo dos. Si se trata de una clínica, el costo sube de manera inmediata. La verdad es que todo intento de suicidio es primero una urgencia médica, antes que una urgencia psiquiátrica. Les comento esto porque he visto pacientes que al hacer un intento de suicidio son llevados a una clínica por su familia y el resultado es un inmenso conflicto familiar por los costos que genera la situación, esto potenciado porque los servicios médicos generales no se encuentran capacitados para afrontar la estabilización de un paciente psiquiátrico. El paciente rápidamente comienza a ser culpabilizado por un problema económico, resultado del estrato social en el que la familia se ubica. En ocasiones pareciera ser como si la patología distinguiese clases sociales, ya que surge y es resultado de las condiciones psicosociales en las que los sujetos se constituyen.

¿Qué son los determinantes sociales? Los determinantes sociales son la explicación a las desigualdades en salud. Hay desigualdades e inequidades producto de determinantes sociales que condicionan diferentes grados de exposición a circunstancias que influyen en el estado de salud de las personas. Esta idea de los determinantes sociales me pareció muy interesante, porque lo que hace es restituir a la institucionalidad del entorno, y de las condiciones sociales, un rol determinante en lo que acontece en salud, agujereando, poniendo en falta al modelo biomédico.

No es una perspectiva menor, es una tremenda oportunidad, porque el concepto mismo de determinantes sociales sugiere que son las condiciones sociales las que se traducen en consecuencias directas para la salud y esto nos permite, incluso, rescatar todas las discusiones en torno, por ejemplo, a los problemas biopolíticos, ya que el modelo de los determinantes sociales reinstala el problema acerca de las condiciones en las que la vida se desarrolla y de la manera en que esas condiciones intervienen en el curso de la vida. Por ejemplo el programa «Chile crece contigo», que es el programa de Gobierno que acompaña a los recién nacidos para hacerles un seguimiento a las condiciones de vida, a los entornos sociales en los que la vida se desarrolla. Ese tipo de programa pretende reducir el impacto, en la salud de las personas, de las condiciones sociales. Esto es muy relevante para nosotros, psicoanalistas, ya que reintroduce en los problemas de salud pública a las ciencias sociales. Indirectamente, se cuestiona el concepto de salud pública pensada a partir del modelo biomédico, provocando tensiones y contradicciones que para nosotros son tremendamente interesantes. Hoy escuchaba al nuevo Ministro de Salud proponer impuestos para la «comida chatarra». ¿Por qué hacer algo así? Porque uno de los problemas que tiene la salud pública es enfrentar las consecuencias de los hábitos de vida de las personas. El problema de los hábitos, que dentro de los determinantes sociales se los define como *estilos de vida*, es que no se fijan según las normas estandarizadas de lo que sería positivo para la salud. Nosotros tenemos otro concepto

para nombrar lo que llaman los «hábitos»; para nosotros se trata del goce: «Me hace mal, pero me gusta». Esa es otra forma de representar el goce. Ese problema del goce produce una intersección vacía entre el modelo de los determinantes sociales, que intentan incluir del lado de las ciencias sociales los impactos en salud, y el modelo biomédico de la salud. El problema que quiere resolver el Ministro, al subir el impuesto de la comida chatarra, es desincentivar su consumo y así mitigar los altos costos de las patologías metabólicas como la hipertensión y la diabetes o la enfermedades cardíacas. Es más barato intentar controlar los hábitos de las personas que pagar los costos de los tratamientos a las enfermedades que son consecuencia de los hábitos. Irónicamente podríamos decir que no es un problema de mejoramiento de la salud, sino que se trata más bien de un problema de control de costos. Quisiera destacar estos puntos ya que pienso que la introducción de los determinantes sociales es un terreno fértil para los analistas, ya que corresponde a un paradigma muchos más permeable a nuestras intervenciones en comparación con el modelo biomédico, sobre todo si consideramos las dificultades del modelo biomédico para responder a los problemas propios de la psicopatología. Hace unos días discutíamos acerca de dos familias, una que se mostraba más interesada en el diagnóstico de esquizofrenia de su hijo y otra que no quería bajo ningún punto de vista que ese diagnóstico de esquizofrenia se realizase. Esta última no tuvo ningún problema en inscribir al joven en cursos de guitarra y ubicarlo bajo el significante «raro». Con la otra hemos retrasado la introducción del diagnóstico, ya que queremos evitar la estigmatización, dado que aún estamos en una fase más bien prodrómica. Lo interesante es ver cómo en ocasiones la red social puede inocular los efectos de segregación de una patología, algo que el modelo biomédico no considera desde ningún punto de vista.

Las depresiones están enloqueciendo al modelo biomédico, ya que se reciben como depresiones un gran número de casos que van desde duelos normales, pasando por trastornos de personalidad con labialidad emocional, hasta trastornos de ansiedad que nadie sabe por qué terminan siendo calificados como depresiones; pero lo más sorpresivo es que un gran número de casos las personas se resisten a los tratamientos, retornando bajo la forma de reingresos permanentes al sistema de atención. Esto es producto de la inclusión de la depresión en el GES, con todo lo que ello implica, ya que cuando uno institucionaliza las cosas nunca funcionan de acuerdo con las normas de institucionalización, porque el goce siempre escapa a ello.

MÁS ALLÁ DEL MODELO BIOMÉDICO: HACIA UNA POLÍTICA DEL PSICOANÁLISIS

El siguiente tema que tengo que poner en el tapete es el entrecruzamiento del modelo psiquiátrico biomédico y el psicoanálisis, al que lo ubico más del lado de los determinantes sociales. Hay médicos que piensan que la psicología debiese ser parte de las ciencias de la salud; es una posición que se encuentra presente en los orígenes de la psicología, ya que hubo países en los que la psicología pertenecía a las facultades médicas y de la salud, mientras que en otros pertenecía a las facultades de humanidades de la universidad respectiva. Un psiquiatra me decía el otro día que los psicólogos debiésemos saber más de neurociencia, ya que los psicólogos debiésemos ser los colaboradores, en términos cognitivos conductuales, de un modelo neurocientista. Ahora bien, posiciones como esa son a mi juicio intentos de defender una posición gremial; no es un problema epistemológico, sino que se trata de un problema político. Lo interesante es que del lado de los determinantes sociales podemos encontrar una vía para problematizar la salud mental desde una perspectiva no solo biomédica. Les doy un ejemplo, a propósito del comentario de que la psicopatología sí distingue clases sociales; hoy discutíamos sobre el problema de los «duelos patológicos». Se trata de duelos de tristeza referidos a pérdidas de muchos años; cuando le preguntamos a los pacientes suelen contestar, con algo de vergüenza, que su familiar falleció hace doce años, por ejemplo. Uno se impresiona ya que por la apariencia emocional del paciente da la idea de que ha pasado menos tiempo. Una paciente tenía la pieza del padre intacta en circunstancias que su padre había fallecido hace diecinueve años, siendo inclusive la madre la que le pedía que por favor aceptara la situación. Hay que destacar lo que suele acontecer en ese tipo de situaciones, ya que se trata de lazos muy cercanos con padres o madres muy sobrevalorados, o bien una posición de hijos o hijas que han sido muy degradados por parte del padre o de la madre. Es como si al morir el progenitor, el hijo desde su posición devaluada, lo levanta y lo idealiza. Se produce un lazo de dependencia radical que se puede ejemplificar, por ejemplo, en mujeres que se entregan al cuidado del progenitor enfermo durante una gran cantidad de años, sin existir otro polo de atención. Hoy una paciente me decía lo siguiente: «Yo no tuve el privilegio de cuidar a mi madre, limpiarla y mudarla porque se murió en el hospital». En la familia pequeño-burguesa, un familiar enfermo es un problema, ya que no hay quien lo cuide, porque todos están trabajando.

Esto es muy interesante porque en los contextos sociales donde hay ideales que se traducen en proyectos individuales y personales, el tener que cuidar a alguien se transforma en un obstáculo a ese proyecto personal. En cambio en los sectores socioeconómicos más pobres, en los que no existe la idea de un proyecto de

desarrollo personal, la idea de una trascendencia individual cristiano-capitalista, no se experimenta como tan grave el problema de dejar de trabajar para ir a cuidar a la mamá; no se trata de un obstáculo al proyecto personal. En las clases medias se trata de «no puedo dejar de trabajar para cuidarlo», mientras que en los contextos de pobreza es «dejé de trabajar para ir a cuidarlo». Finalmente podríamos preguntarnos acerca de la medida en que el nivel socioeconómico en que se desarrollan ciertas relaciones subjetivas, contribuye a la generación de ciertas posibilidades de articulaciones sintomáticas, de organizaciones de goce que determinan el sentido de la vida de un sujeto y en consecuencia las manifestaciones psicopatológicas. Creo que esta es una reflexión no menor ya que finalmente estos determinantes sociales se traducen en determinantes de goce o figuras del Otro, desde los cuales el sujeto puede obtener una respuesta de goce.

Esta es una enorme posibilidad para problematizar la concepción reduccionista de la psicopatología desde la mirada biomédica. Digo biomédica, porque como todos saben, en la psicopatología hay tradiciones arraigadas en la medicina biológica versus tradiciones arraigadas en las ciencias sociales. Ello nos conduce también a discusiones del tipo «dualismo-monismo», que podríamos pretender resolver con un análisis epistemológico, pero creo que ello no resulta adecuado ya que a mi juicio ese es, por ejemplo, un problema político que se podría expresar a partir de la pregunta: ¿Qué podemos gobernar o calcular con una certeza absoluta? Con esto me refiero a que desde los inicios de la práctica psiquiátrica uno de los primeros problemas fue el discernimiento, es decir la inquietud acerca de si una persona está en condiciones de responder ante la justicia por sus actos, si era plenamente consciente de lo que hacía, y por lo tanto responsable.

Finalmente, un problema como ese es el problema político de la «libertad». Lo que se le dice, indirectamente a un enfermo mental, cuando comete un crimen y lo exculpamos, es que él no está en condiciones de responder por sus actos, es decir, que él no era «libre», que el no estaba eligiendo libremente al momento de cometer su acto «criminal». Fue su patología la que lo empujó a su acción; el problema de base es, entonces, un problema político, porque tiene que ver con la condición «libre o no del sujeto al momento de actuar». Les planteo estas cuestiones ya que si optamos por una orientación en la que la psicopatología es definida del lado del sujeto o del lado del organismo, las consecuencias que se derivan son distintas, ya que del lado del sujeto obtenemos la «intencionalidad» y del lado del organismo obtenemos la «objetividad». De un lado está lo incalculable y del otro la estadística que calcula. De un lado están quienes hablan, se quejan y, del otro, el silencio del organismo. Cuando un médico escucha a un paciente siempre hay un efecto de transferencia, es decir el paciente siempre sale contento aunque siga con molestias, porque lo que anhela el sujeto siempre es ser escuchado por el Otro. Del lado del organismo, el ideal es la «imagen tecnológica» que nos revela en silencio el lugar del sufrimiento.

Recuerdo algo que me marcó; durante una conferencia de Eric Laurent en Buenos Aires, le preguntan acerca de la arremetida de las estadísticas y del DSM que «demoniza» a todo el modelo más clásico de la psiquiatría, y de cómo vamos a hacer para rebelarnos contra eso. Laurent responde que una buena manera de arreglárselas podría ser que para la elaboración del próximo manual hayan psicoanalistas lacanianos trabajando al interior de las comisiones. No responder desde la oposición, sino desde el saber, para ir produciendo espacios en que advenga el sujeto. Una posición así es muy importante, por ejemplo, en las reuniones clínicas de las instituciones, para que no se produzcan efectos segregativos que hacen que los psicoanalistas aparezcamos como anatemáticos. Cuando se habla de eficacia en psicoterapia no siempre se está aludiendo a un saber objetivable; más bien se alude a una opinión de dudosa procedencia, sin mucho fundamento sólido. Hay que solicitarles, amablemente, a nuestros colegas cognitivo-conductuales, que hagan presentaciones clínicas. Hay que interesarse en eso, ya que sino el efecto es siempre segregativo. Es muy importante que nuestra posición no sea la de oponernos al modelo biomédico, sino favorecer una «y» conjuntiva y no un «o» disyuntivo. No se trata de «esto o esto», sino de «esto sí y esto otro también», porque si entramos en la lógica de la disyunción, lo que se genera luego es el rebrote de la rivalidad imaginaria de a con a' .

Intervención: Tengo la impresión de que en algunas instituciones están más dispuestos a ese diálogo a un nivel temático. Fui invitada, por ejemplo, a un congreso de endocrinólogos para que hablara de la perspectiva de género con señores que hablaban de hormonas. Creo que el punto más extremo, de ausencia de diálogo, es cuando media el dinero, cuando llega el encargado de los dineros y pregunta: «¿Cuánto cuesta?», «¿cuánto nos ahorramos?» Pareciera que es ahí donde el diálogo se rompe. Pareciera ser que el problema es con la efectividad; los cognitivo-conductuales ofrecen sanar en ocho sesiones y los psicoanalistas a veces decimos «no sé, no sé cuándo se va a curar».

R. A: ¡¡Yo digo que soy igual de rápido que los cognitivo-conductuales!! (Risas).

Es cierto, ese es el problema; en el ambiente académico podemos dialogar perfectamente, pero cuando se trata de implementar el dispositivo empiezan los problemas. Basta ver la guía clínica de depresión, donde los psicólogos no tenemos un papel relevante, ya que quien dictamina el diagnóstico es el médico; no estamos habilitados para hacer un diagnóstico, o sea, se supone que un médico general sin ninguna formación en temas psicopatológicos, estaría habilitado para hacer un diagnóstico y los psicólogos clínicos no. No se trata de un problema de «saber», sino de poder y de jerarquía gremial. A nivel académico podemos mostrarnos dialogantes, pero a nivel de implementación de dispositivos no hay ese diálogo «interdisciplinario»; en ese punto la medicina une fuerzas y defiende su posición gremial.

Intervención: También nosotros pecamos de no tener investigaciones. Me tocó estar en la reunión del Ministerio de Salud cuando hubo que implementar el «Manual para el manejo de la depresión en atención primaria», que antecedió a la guía clínica, y el encargado solicitó investigaciones que avalaran la terapia psicoanalítica y no encontré, había solamente investigaciones cognitivas, y eso fue lo que finalmente se tradujo en un modelo de atención.

R. A: No hemos investigado porque hay un temor y una suerte de prejuicio con términos como «eficiencia» y «eficacia». Tampoco hay mucho interés. ¿Quién investiga en Chile? En nuestro país la investigación es mínima; si revisan la guía clínica de depresión verán que las investigaciones son todas de segunda fuente.

Intervención: Yo creo que hay ejercicios de construcción de conocimiento; lo que pasa es que la validación de esos ejercicios es lo que entra en tensión. A mí me tocó trabajar en la atención de agresores y cuando nosotros mencionamos que teníamos una mirada psicoanalítica de construcción de subjetividad, inmediatamente se nos desechó y habíamos sistematizado una experiencia de un año y medio de tratamiento a hombres que ejercían violencia. El pecado nuestro fue decir que la justicia no funcionaba; el tema es que el Otro que paga no lo válida porque no le conviene, es un problema político en el que conviene tener cierto modelo de familia funcionando y cierta dinámica patológica en un círculo vicioso, en el que el paciente va del consultorio al hospital, y luego vuelve al consultorio. Es una forma de control.

R. A: Estoy de acuerdo, solo que hay que considerar una vieja indicación técnica de Freud para nuestra posición política. Freud decía que cuando un paciente esta en análisis, más allá de que uno como analista tenga la convicción de cuál es el complejo inconsciente reprimido, uno no se lo debe comunicar al paciente hasta que el mismo paciente haya reconstruido por su propio proceso de elaboración los eslabones que conectan el inconsciente con el consciente. Con estas instancias pasa lo mismo, no podemos denunciar los semblantes del Otro insistentemente, tenemos que entender que cuando los analistas generamos un efecto de resistencia es porque a veces nos apresuramos en decir cosas que denuncian el semblante del Otro, es decir, que muestran lo que toda institución trata de cubrir, que no es otra cosa que el hecho de que a nivel del goce hay siempre algo que no anda, pero eso no lo podemos decir permanentemente porque lo que ocurre es que nos instalamos agrediendo, interpretando, y eso es muy amenazante para el Otro social, porque el Otro social y las instituciones no buscan develar lo que los psicoanalistas queremos develar. Lo que buscan es dominar y gobernar lo que los analistas tratamos de problematizar; entonces, el tema es cómo hacernos un lugar en relación con las instituciones, sin dejar de lado nuestra orientación al enigma, pero también sin hacernos expulsar. Soy un convencido de que los únicos responsables de las ocasiones en que el psicoanálisis ha sido segregado, somos los psicoanalistas. No son los cognitivistas, ni los administradores de finanzas. Hay que reflexionar críticamente sobre nosotros

mismos. Los que fomentamos el prejuicio de que los pacientes de la salud pública no son analizables, o no son para un tratamiento de corte analítico, fuimos nosotros los analistas, no fue nadie más. Es desde aquí que tenemos que orientar nuestra posición política ya que desde una perspectiva analítica, se trata de saber leer qué es lo que se puede decir y que no para hacerse escuchar; es lo mismo que hacemos en un análisis. Hay elementos de la dinámica del fantasma que no se dicen en los primeros momentos del análisis, por muy claros que aparezcan, porque el paciente no lo va a escuchar; antes hay que destituir identificaciones. En consecuencia, no podemos decir en una primera reunión clínica que no estamos de acuerdo y que nosotros lo hacemos distinto. Esto con el objetivo de evitar efectos segregativos.

Paso ahora a otro tema que tiene que ver con el problema de la intencionalidad del sujeto. Cuando digo esto, ustedes saben ya que esta «intencionalidad» en psicoanálisis tiene dos nombres posibles: el deseo o el goce. No son equivalentes, pero ambos términos designan, en momentos distintos de la enseñanza de Lacan, la problemática de la satisfacción singular del sujeto en el individuo.

Hay fenómenos que ponen en jaque al modelo médico, como por ejemplo el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, etc.; en síntesis, los «malos hábitos de vida» que finalmente son problemas de goce. Por muy insistentes que sean con un señor que no desea cuidarse su diabetes, él puede decirles: «No, yo ya cumplí con lo que tenía que hacer en la vida y ahora quiero comer dulcecitos». Desde la salud pública el problema es que este deseo cuesta dinero, ya en estos tiempos hay «derecho a la salud», por lo que hay que atenderlo de todas formas. Es un problema porque la política del derecho humano dice que «hay que atenderlo» y el paciente no quiere entender que le hace mal comer dulces. ¿Por qué no quiere entender, porque insiste? Porque ahí está el goce. En las instituciones de salud el problema del goce ya está apareciendo de diversas formas; por ejemplo, bajo la forma de los problemas de personalidad, ante los cuales el psicofármaco fracasa. Ahí tenemos un lugar donde ubicarnos y podemos decir: «Si frente al organismo hay que utilizar el fármaco, pero también....». Es algo así como una posición propia del discurso histérico.

Paso ahora a la cuestión del goce y de la función del síntoma, que es otro de los temas de la clase de hoy.

LA FUNCIÓN DEL SÍNTOMA

Desde la perspectiva del psicoanálisis no tenemos la misma definición de síntoma que en psiquiatría. El síntoma en psicoanálisis «sirve para algo», tiene una utilidad. En Freud era útil para alcanzar la satisfacción sustitutiva que permitía alcanzar satisfacción a la representación reprimida, luego de un recorrido a través de representaciones del preconsciente. En los primeros textos de Freud, el síntoma sirve para descargar. En Lacan el síntoma sirve para hacer llegar un mensaje al Otro, y en el «segundo Lacan» el síntoma sirve para «hacer que las cosas funcionen». En la medida en que hace funcionar las cosas en la vida, sirve también para producir un goce. Hablamos de la función del síntoma porque la función siempre es algo que se replica, que se repite, es estable y consistente, es decir, no cambia. Por eso es que esta perspectiva es aludida en las instituciones bajo la forma de los «trastornos de personalidad». Los trastornos de personalidad que, en la historia del psicoanálisis, se opusieron al síntoma vía la distinción entre neurosis de transferencia y neurosis de carácter.

Jacques Alain Miller, a partir del último Lacan, destaca la idea de una pragmática del síntoma, un uso práctico del síntoma en el entendido de que el síntoma tiene dos caras. Una cara de disfunción y una cara de funcionalidad. En el artículo sobre el nudo borromeo mencionaba que Lacan da al síntoma el valor de un cuarto nudo, es decir, precisamente aquello que permite que los tres registros queden anudados; el síntoma le daría consistencia al aparato psíquico. ¿Qué quiere decir darle consistencia al aparato psíquico? Quiere decir que el síntoma es una respuesta del sujeto a lo real.

Esta concepción permite una generalización del síntoma, sin restringirlo al campo de las neurosis, para poder hablar del síntoma en la psicosis aludiendo a aquello del sujeto que es del orden de una producción que persigue una localización del goce. Es otra función del síntoma, que en tanto respuesta localiza y organiza una forma de goce. Esta organización de goce se capta en el fenómeno de la repetición. Por eso se suele preguntar tanto a los pacientes si aquello de lo que se queja le había pasado antes o no; es una manera de buscar la repetición.

Intervención: Quiero decir algo acerca del tema anterior, manifestar cierto escepticismo fundado en una reunión clínica que tuve hoy. Es un escepticismo sobre la idea de que los determinantes sociales pueden agujerear a la medicina. Lo digo porque aunque la medicina reconozca que hay algo de lo social, seguirá creyendo que con el fármaco puede resolver el síntoma. No se sí agujerea; hoy mi experiencia fue hablar de una paciente que había sido violada sistemáticamente en su infancia; cuando lo denuncia, es ella la acusada y la expulsan de la casa; actualmente se representa con síntomas psicóticos e ideación suicida y con un insomnio absoluto, por

lo que consume benzodiasepinas que ya no tienen para ella un efecto ansiolítico. Entonces el médico psiquiatra dice: «Pero con clorpromazina va a andar súper bien». Lo que quiero expresar es que pese a la fuerza de los determinantes del Otro, el médico cree que con un fármaco puede «hacer andar» las cosas.

R. A: Evidentemente, no se trata de convencer a los médicos, ya que ellos finalmente defienden su posibilidad de trabajo; se trata más bien de limitarlos, de localizarlos.

Algo así como acotar el ego para que se puedan restringir a lo que les corresponde, para que en algún momento reconozcan que «no-todo» les corresponde; basta con introducir algo de la lógica del «no-todo». Podemos decir que es cierto y que los medicamentos pueden ayudar en el ánimo, pero que «no-todo» el problema clínico de esta paciente se resuelve con un fármaco. Eso ya sería bastante terreno ganado. No se trata de agujerear el saber médico, sino de agujerear el rol político del saber médico o del discurso universitario. Es claro que no los convenceremos, y por lo mismo hay que intentar neutralizar el discurso introduciendo un efecto de impotencia, de «no-todo» se puede. Es hacer aparecer esa frase que en más de una ocasión he escuchado: «He probado con todos los esquemas farmacológicos y no pasa nada, debe ser la personalidad». En ese punto nos convocan y tenemos que responder, para luego tomar esos casos y presentarlos en las reuniones clínicas. Es un juego político, no epistémico. Se trata de comenzar a introducirnos desde la posición de interlocutores. Insisto en que no se trata de convencerlos e igualarnos; nosotros creemos en el inconsciente y ellos en el organismo; lo importante es que cuando operen sobre la vida no lo hagan con la lógica del «para-todos», sino del «no-todo». Y los psicoanalistas también, porque de lo contrario podemos terminar pensando que «todo» psicótico puede hacer *sinthome* y en realidad en muchas ocasiones se requiere la utilización de un fármaco; para nosotros también se aplica el «no-todo».

Intervención: Pensaba en que así como hay una oportunidad en la noción de determinantes sociales, también esta la peligrosidad del «todo» del lado de los determinantes sociales. O sea que haya una suerte de tendencia al determinismo desde lo social.

R. A: Bueno, alguno de ustedes comentaba acerca de la vulneración de derechos en la infancia, que es producto de los determinantes sociales; en ocasiones no hay aun vulneración y los equipos psicosociales sobre-reaccionan antes de que la misma vulneración ocurra. Eso instala una lógica de la vulneración, ahí donde ello aún no ocurre. Llama la atención cómo en el modelo de los determinantes sociales se nombra lo psicosocial, pero no aparece el empalme con lo psíquico, el empalme que da cuenta de la construcción de una subjetividad. Tenemos los dos extremos; tenemos políticas basadas en el modelo biomédico y otras que podrían dar cuenta de la influencia de lo social, pero no hay por ningún lado las razones del empalme entre lo social y lo psíquico. Por eso es que he intentado traducir en operadores psíquicos los

determinantes sociales, y los denominé el Otro del deseo, del significante, de la demanda y del goce. Creo que es una traducción posible de los determinantes sociales en operadores psíquicos para el sujeto.

Intervención: A propósito de lo que decías en torno a la responsabilidad, recuerdo cuando Lacan en el texto «La cosa freudiana» hace referencia al *reus*, que es el tomar posición respecto a la falta y eso habilita la responsabilidad. A propósito de que algo de estos espacios sociales quedan en el lugar de deuda simbólica habilitando la posibilidad de responsabilizarse.

R. A: Efectivamente, las teorías del déficit están basadas en la psicológica del yo y no incluyen el tema de la responsabilidad por el goce. Recuerden por ejemplo que el concepto de inconsciente y de pulsión desapareció en la obra de O. Kernberg. El inconsciente, para él, es simplemente «no-consciente», pero no hay un inconsciente dinámico en la obra de Kernberg, no hay el inconsciente del conflicto y de motivador del comportamiento.

Intervención: Con eso que se decía de la responsabilidad sobre el goce recordaba esto que tiene el modelo de salud pública y que es el paternalismo. Tomando el caso del diabético que no se hace responsable de su tratamiento y al momento de la petición de ayuda, simplemente va y no se responsabiliza por lo que no hizo. Pensaba en esa posición del uso «gozoso» o perverso de «los derechos del paciente», en esto de que aunque llegue atrasado un mes al control hay que darle de todas formas el tratamiento. Y si es AUGÉ, peor.

R. A: Una de las cuestiones importante es la pregunta acerca de cómo introducir la dimensión del límite, que es la ley que articula el deseo, en el contexto de los derechos, ahí donde el paciente puede faltar y continuar faltando sin consecuencias, sin pérdida. Es un problema porque el paciente puede continuar demandando y al no tener que pagar queda abierta la cuestión de la pérdida de goce en relación con el dispositivo. ¿Cómo hacemos de la instancia de la sesión una restricción al goce? Restricción que sabemos que relanza el deseo y la pulsión de vida. No tengo una claridad absoluta de cómo resolver este problema, pero creo que tal vez sería relevante que en algún momento pudiesen funcionar las canastas de atención que establecen topes de cantidad de sesiones en relación con la atención de la patología. Eso permitiría decirle al paciente: «Usted tiene derecho a la atención garantizada, pero con un cierto límite». Eso lo pondría, rápidamente, entre «la espada y la pared», y se resguardaría la necesidad de usar y aprovechar de buena forma lo que se tiene. Introduce la limitación y la significación fálica.

Intervención: Se podría pensar en «para todos la canasta», incluyendo el «no-todo».

R. A: Exacto. Se trata de qué va a hacer cada uno, en su singularidad, con la medida «para todos» de la canasta. El problema es que ahora existe la demanda ilimitada de los pacientes: puedo venir cuánto y cómo quiera, sin consecuencias. El

«alta administrativa» es, en estricto rigor, ilegal porque el Estado no le puede negar a alguien el derecho a ser atendido. A diferencia de quienes tienen un poco más de recursos económicos, a los que el mercado sí les puede negar la atención ya que en ese contexto no es un derecho. En algunas instituciones para sortear este obstáculo se le dice al paciente que debe volver a hacer un ingreso; entonces se lo pone en la lista de espera, que siempre es grande, y de esa forma, en alguna medida, se lo restringe.

Voy a avanzar sobre el tema de la función del síntoma ya que es un tema que interesa a propósito de la responsabilidad subjetiva o de la responsabilidad por el goce.

Este es un movimiento al que hay que apuntar siempre en las primeras entrevistas, ojalá en la primera incluso. Como les decía, tenemos dos versiones del síntoma. El síntoma en una versión disfuncional, que es cuando el síntoma se transforma en un obstáculo, designando lo que no marcha. Se trata de un síntoma descalibrado en su capacidad de engranar, de hacer de engranaje entre lo real y el significante. Pierde la capacidad de localizar y regular el goce. Es un síntoma-fracaso, y eso hay que buscarlo en las primeras entrevistas. «¿Por qué consultó?» «¿Por qué ahora?» «¿Qué es la depresión para usted?». Se trata de un movimiento de singularización del sufrimiento. Hay que localizar qué es lo que al sujeto se le opone como displacentero de sí mismo, porque de los demás cualquiera puede quejarse siempre. Se trata de oponerle al sujeto algo de sí mismo que tenga relación con el malestar. Esto por supuesto cuando sea posible, ya que hay pacientes cuya capacidad de asociación es muy difícil dada su condición de gravedad. Hay que situar la ruptura de la continuidad del sentido de un sujeto neurótico. La ruptura no está solo en la psicosis; para los neuróticos también hay desestabilizaciones bruscas, y estas se producen cuando el síntoma pierde la capacidad de engranaje y eso hay que ubicarlo para poder trabajar con ello. Se trata de precisar qué fue lo que transformó el síntoma en displacentero. ¿En qué lugar hay un exceso de goce que el síntoma ya no puede regular? Ese proceso me parece que se puede denominar, utilizando un término de Jacques Alain Miller, la localización sintomática. En el seminario «La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica» hace todo un desarrollo dialogando con la obra de W. Reich para destacar la función terapéutica del síntoma, señalando que el síntoma es un intento de resolución de un conflicto psíquico y que cuando no hay síntoma el conflicto se disemina en todo el carácter, o en toda la personalidad. En ese punto, Miller es enfático, insistiendo en que la clínica psicoanalítica es una clínica del síntoma. La diferencia entre el síntoma y el problema del carácter es que el primero es siempre egodistónico; en cambio el segundo es egosintónico. Por eso les decía que en este movimiento de localización sintomática hay que poder extraer algo que se le presenta como displacentero al sujeto y que se le opone, para luego comenzar a analizar. Pero ese primer momento es trascendental; de lo contrario, los pacientes asisten a terapia sin saber a qué van; cuando eso ocurre es cuando no hay localización

sintomática.

La otra cara del síntoma es la funcional. En este punto es cuando nos amparamos en una observación de Lacan del seminario XXI, en la que señala que todos inventamos un artificio para llenar el agujero en lo real, ese agujero que se llama «no hay relación sexual». Eso que inventamos para poner en ese lugar es el síntoma que permite un saber-hacer con lo real. En este sentido, el síntoma es una respuesta a lo real, una solución. La vertiente gozosa del síntoma es una solución; el ejemplo clínico más claro es cuando hablamos con un adolescente con conductas de autodaño que nos relata que al cortarse disminuye la angustia.

Les leo una cita de Jacques Alain Miller del texto *El ruiseñor de Lacan*, en el que define el síntoma de la siguiente manera: «El síntoma en este sentido sería la regla propia de un sujeto, según la cual se distribuye su libido»⁹. Es la regla de distribución libidinal que organiza el psiquismo; es por esa cualidad organizadora que es necesario como paso previo a lo analítico de la asociación libre, localizar sintomáticamente al sujeto. Previo a disponernos para que un sujeto asocie hay que haber delimitado algo sobre lo cual asociar, y ese algo es el síntoma como formulación que ubica al sujeto.

Intervención: Por eso a veces no es bueno descartar diagnósticos, esto pensando en las instituciones públicas, ya que hay pacientes que llegan diciendo que tienen una depresión. Desde lo psicoanalítico la tendencia podría ser cuestionar esa posición y a veces la depresión ahí le permite a ese sujeto localizar algo.

R. A: Es el ejemplo de la paciente a la que le digo que tal vez, con todos los problemas de salud que ella tiene, no sea depresiva; y ella va y me dice: «No doctor, si yo tengo depresión...». Ella defendió su diagnóstico porque eso era parte de su identidad.

Traje dos pequeños ejemplos de primeras entrevistas en donde lo que intento es hacer operar la localización sintomática como un S1. Habrá que ver, ya que son entrevistas recientes, pero algo que suelo hacer es preguntarles de qué se acuerdan de la primera entrevista, para así evaluar si operó la función significante y luego continuar trabajando en la segunda entrevista como un S2 que retroactivamente lee al S1.

Intervención: Pensando en lo que se decía en la intervención anterior, me acordé de la función de nominación, en que el sujeto elige un significante, como por ejemplo depresión, para poder representarse frente al Otro.

R. A: Sí, hay algo de la localización sintomática que tiene relación con la función de la nominación, en el sentido de lo que permite ubicar un goce, inscribirlo.

A propósito de este tema, quería comentarles el ejemplo de una paciente derivada por crisis de pánico y cuando se le pregunta acerca de cuándo fue su última crisis de pánico dice que no lo recuerda, dice que sufre de crisis de pánico pero que no recuerda cuándo fue su última crisis porque hace mucho tiempo que no tiene una. Ella me decía «tengo miedo a que me pase algo y estar sola»; ella no sale sola,

siempre tiene que haber alguien que la acompañe. Le basta con la presencia de algún familiar en la casa para estar tranquila. Le planteo, como un intento de localización sintomática, que en realidad ella necesita una presencia porque eso la tranquiliza; por otro lado, le digo que tiene un temor y una incertidumbre a que le ocurra algo y que a causa de esos dos elementos ella no puede salir de la casa. A eso ella responde que en realidad eso es lo que le ocurre y le digo que eso suena muy distinto a crisis de pánico. Es cierto ella no tiene recuerdos de crisis de pánico cercanas. Actualmente ella sufre de necesitar una presencia, de temer a que le pueda pasar algo y tiene finalmente una inhibición, ya que hay una suspensión subjetiva a partir de esos dos elementos. Es interesante porque su necesidad de una presencia indica un relativo fracaso de la pareja alternante presencia-ausencia, que es la base del registro de lo simbólico. Hay algo de lo simbólico que cojea; cuando la presencia del Otro no está asegurada se produce la angustia. En esa primera sesión me dedico a dejar formulado esto: que el problema de ella es ese, la presencia y la incertidumbre, y ante eso ella suspende el salir de su casa. Sobre eso se trabajará, desmarcándonos del problema de la crisis de pánico. Tomamos significantes de los dichos del sujeto para mostrárselos y que el sujeto pueda captar el efecto de limitación que eso tiene en él, ya que el síntoma es siempre una limitación, un problema, un obstáculo.

El otro ejemplo es el de una señora de sesenta años que viene con el diagnóstico de una depresión. Rápidamente aparece el significante «responsabilidad» ante el cual ella hace una revisión histórica en la que incluye su embarazo a los quince años y un matrimonio que no fue bueno; sin embargo, ella siempre estuvo con él. Ella se define como una «luchadora», ya que siempre asumió la responsabilidad por sus hijos. El problema ahora es que sus hijos están grandes y lo raro para ella es que siempre esperó no tener responsabilidades para pasarlo bien y ahora que no las tiene se deprime. ¿Por qué ocurre eso? Porque cae la identificación fálica. Yo le digo directamente que al parecer ella no le puede encontrar sentido a su vida sin responsabilidades. Y ella me dice que sí, que eso es lo que le pasa, ya que siente que su vida perdió sentido desde el momento en que no tiene responsabilidades; ella no puede disfrutar si no tiene responsabilidades. Se ubica a partir de ese punto que le organiza la vida. Ella responde al encuentro con la sexualidad, en el que queda embarazada, con el «hacerse responsable», y esa es su respuesta sintomática. De esa forma pasó toda su vida; el problema aparece cuando sus hijos crecen y quieren comenzar su propia vida. Si no se produjo ninguna relación de dependencia de algunos de los hijos, es decir que alguno se quede a su lado llenándole la vida, entonces se le instala un gran vacío. Y esto tiene relación con la cuestión de los determinantes sociales, ya que en la vida de las personas de escasos recursos no aparecen los proyectos personales que aparecen en la clase media como viajes, estudios, cambios de estilo de vida, etc. No sabe qué hacer con una vida sin responsabilidades, esa es la localización sintomática de su padecimiento. La

responsabilidad es una manifestación de lo sintomático que dejó de funcionar cuando los hijos crecieron. Ahora hay que tratar de reorganizar la «responsabilidad» como la ley que distribuía su libido.

Hay que intentar ubicar algo de la lógica de esa ley y del fracaso de esa ley en la distribución libidinal del sujeto, para trabajar sobre ese fracaso. Este es un antecedente lógico de cualquier proceso posible de analizabilidad; en ocasiones, cuando localizamos algo sintomático de este orden obtenemos un alivio terapéutico que resulta suficiente para la demanda del paciente. Si hay localización sintomática, el goce se acota y en consecuencia aquellos pacientes que se tienden a definir como «límitrofes» se logran estabilizar. Cuando, por ejemplo, sujetos masculinos logran ubicar que en realidad tienen «rabia» y que por eso discuten con su entorno y, además, logran relacionar la rabia con algo de ellos mismos, comienzan a estabilizarse, disminuyendo la tendencia a la actuación de la rabia. Cuando la histeria logra darle alguna formulación a la significación fálica, por ejemplo una paciente que decía «es que en realidad yo siempre he querido ser la guinda de la torta», al menos ya logra reconocer que esa es una tendencia de ella y que no tiene absolutamente nada que ver con los demás. Movimientos como este evitan la dispersión del sujeto en una tensión con el Otro, porque ponemos entre el sujeto y el Otro al síntoma como conector.

Intervención: ¿Estás distinguiendo, en este análisis, el concepto de síntoma y el concepto de *sínthome* o estas haciéndolos equivalentes?

R. A: Los estoy tratando como un único concepto. Pienso que la diferencia entre síntoma y *sínthome* no está clara en la enseñanza de Lacan; pienso la diferencia en el sentido de que del lado del síntoma aparece la cara disfuncional; por eso es que podemos definir un análisis como un pasaje del síntoma al *sínthome*, en la medida en que se desmonta la disfuncionalidad del síntoma para transformar esa disfuncionalidad en funcionalidad, es decir, la identificación al síntoma en términos de saber-hacer, y en consecuencia en *sínthome*. Esto lo sostengo debido a que Lacan introduce la noción de *sínthome* en relación con Joyce en tanto desabonado del inconsciente. A fin de cuentas, el proceso analítico es tratar de «desabonarse» del inconsciente, es decir, hacer desaparecer la disfuncionalidad del síntoma. Al menos en sus efectos de división subjetiva. Si quieren, del lado de la funcionalidad ponemos *sínthome* y del lado de la disfuncionalidad el síntoma. Jacques Alain Miller, en el seminario «El partenaire-síntoma» los toma como equivalentes y señala explícitamente que dejará de hacer la distinción para hablar solamente de síntoma. Pienso que hay que hablar de *sínthome* cuando aparece la vertiente de la funcionalidad.

[9](#) A.A.V.V. (2001). *Del edipo a la sexuación*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 261.

CAPÍTULO IV

OPERACIONES SUBJETIVAS EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA

5 de mayo de 2010

Vamos a comenzar nuestra cuarta clase. Hoy ingresaremos en temas clínicos; las tres primeras clases han sido clases de contextualización política. Hoy pretendo sistematizar algunas observaciones de Jacques Alain Miller que se encuentran diseminadas en varios textos de él y que se refieren a lo que llamaría *operaciones subjetivas*, que podríamos ubicar como formando parte de las entrevistas preliminares, un tiempo previo a lo que se suele considerar entrada en análisis. También las podemos definir como operaciones psíquicas, que nos permitirán pensar lógicamente, intervenciones que realizamos en los contextos de instituciones de salud pública en las que suele estar difundida la idea de que no se hace psicoanálisis propiamente tal. Las cuatro operaciones psíquicas son:

- La significación de lo real.
- La subjetivación.
- La localización sintomática.
- La rectificación subjetiva.

Esta última es la única que encontramos en los textos de Lacan; las otras son fundamentalmente propuestas de Miller. No pienso que cada una sea un concepto con una definición precisa, sino más bien diría que son intentos de nominar fenómenos que ocurren en el discurso del paciente, dando cuenta de su posición subjetiva y permitiéndonos orientar la lógica y la dirección de nuestras intervenciones.

¿QUÉ ES PSICOANÁLISIS?

Comenzaremos con una problematización sobre el tema de «lo analítico» o «lo analizable». Con esto me refiero a la gran pregunta de ¿qué es psicoanálisis y qué no? Digo la gran pregunta porque hay una serie de discusiones en nuestros ambientes analíticos y académicos en torno a la distinción entre psicoanálisis y psicoterapia. En la historia del psicoanálisis, esto se ha resuelto de varias maneras. Hay divisiones clásicas que vienen de la época de Franz Alexander, que es uno de los primeros analistas en hacer distinciones entre psicoanálisis y psicoterapia. A modo de síntesis, uno podría decir que la gran oposición que se hace en la historia del psicoanálisis es entre análisis propiamente tal, con la interpretación como técnica privilegiada y con el objetivo de acceder a lo inconsciente, versus la psicoterapia como un trabajo de reforzamiento del yo.

En el «lacanismo nacional» en ocasiones nos encontramos con actitudes muy atentas a esta distinción, dispuestos incluso a la denuncia de lo que no sería psicoanálisis. A veces eso se sostiene en identificaciones, obviamente no analizadas, al Lacan expulsado de la IPA, lo que resulta muy dañino para el psicoanálisis mismo. Dentro del psicoanálisis lacaniano, fundamentalmente de la orientación de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), asumimos durante varios años la propuesta de distinguir psicoanálisis aplicado de psicoanálisis puro. Es una distinción que se basa en una indicación de Lacan, en el Acta de Fundación de la Escuela, donde ubica el psicoanálisis puro como aquel que culmina con la producción de un analista y al aplicado como aquel que enfatiza su rol terapéutico y su empuje al alivio sintomático.

La AMP, para que conozcan el panorama, agrupa a varias escuelas. La EOL, de Argentina; la NEL, que reúne a los países de América Latina; la NLS, que reúne a países de Europa y Estados Unidos; la ECF de París; la EBP de Brasil; la SLP de Italia y la ELP de España. Al interior hay una serie de redes de trabajo que contribuyeron a la creación de los Centros de Psicoanálisis Aplicado en Francia, los que fueron bastante novedosos y recibieron financiamiento del Estado. Así fue como el tema del psicoanálisis aplicado se difundió ampliamente en toda nuestra comunidad hasta que en algún punto Jacques Alain Miller retrocedió frente al despliegue del psicoanálisis aplicado debido a que su éxito contribuyó a restarle importancia a la formación del analista. En ese contexto, Miller señaló que al parecer el psicoanálisis aplicado estaba destinado a ser practicado por los analistas con menos experiencia y los analistas con más experiencia no formaban parte de los Centros de Psicoanálisis Aplicado. Entonces, el psicoanálisis aplicado terminó siendo un psicoanálisis de segunda categoría respecto al psicoanálisis puro. La observación

interesante de Miller es que el énfasis no debe ponerse en el contexto donde se practica el psicoanálisis para considerarlo como tal; más bien hay que dirigir la pregunta hacia la función del deseo del analista, es decir, sobre la formación. De lo que se trata es más bien de un «psicoanalista aplicado», es decir de un psicoanalista que producto de una formación puede instalar la función del deseo del analista en distintos contextos.

Intervención: ¿Cómo es el tema del dinero? En Chile las diferencias son brutales entre trabajar en un hospital y la consulta privada.

R. A: El tema del dinero también es del orden del deseo del analista. De la relación que tienen analistas con el dinero. ¿Por qué no hay analistas en el sector público? Bueno, eso es porque tenemos ciertas expectativas de lo que queremos ganar por nuestro oficio y eso tiene que ver con el deseo del analista, con el lugar que el dinero ocupa en la subjetividad del analista.

Intervención: También está la queja en torno a lo difícil que es estar en instituciones ya que también es otro costo.

R. A: Claro, pero es lo que yo planteaba la semana pasada. Alguien se puede quejar de que la institución no lo acoge como quisiera que lo acogiera, y eso no es otra cosa que una demanda fantasmática propia de la neurosis. Estar en una institución, desde la lógica del discurso analítico, es poder saber que mucho de lo que ocurre en la institución no tiene nada que ver con uno mismo ni con el psicoanálisis; es la lógica del fantasma de la institución y habrá que ver cómo un analista se hace un lugar ahí para poder instalar una escucha analista. Desde esa perspectiva, en casi cualquier institución podremos instalarnos. Desde la otra perspectiva, se entiende que la institución tiene que instituir un lugar para el psicoanálisis; eso me parece un poco más complejo. La consulta particular es también una institución; es una ilusión pensar que la consulta es un lugar puro, sin la contaminación de lo institucional. La reiteración de dos personas que se reúnen, una o dos o tres veces por semana, en la que una habla un poco más que la otra, no deja de estar sometida a los avatares propios de las instituciones. Creo que lo analítico no hay que definirlo desde la perspectiva de la institución como una Otredad ajena y opuesta a la posición analítica. Lo analítico, en cambio, podría quedar ubicado en función de que el deseo del analista tiene la responsabilidad de hacerse un lugar, sin desconocer que hay instituciones más permeables que otras.

Esto que les menciono abre otro debate también clásico; me refiero al debate respecto al encuadre analítico y a la noción de analizabilidad, la que alude a que existirían tipos de pacientes, unos analizables y otros no. Esto nos obliga a precisar una definición de lo que es analizar.

¿Qué consideramos que es analizar? Por ejemplo ¿lo qué se hace en las entrevistas preliminares es analizar? Algunos podrán pensar que no, porque aún no se ha entrado en análisis. Ahora, si lo vemos desde la perspectiva de que en las entrevistas

preliminares está presenté la función del deseo del analista, orientado por una singular manera de entender el problema de la articulación del goce y el significante, podríamos también decir que perfectamente puede ser una experiencia analítica. El tema de la analizabilidad no es menor, ya que incluso en algunas instituciones analíticas se decide si alguien puede o no ser analista, a partir de la idea de que hay algunos pacientes analizables y otros que no lo son. Insisto en que pienso que «lo analizable y lo no analizable» es más bien un problema del psicoanálisis y de cómo se constituyó la teoría psicoanalítica.

Otra pregunta interesante es si lo que hacemos con la psicosis es psicoanálisis o no. Es el mismo problema: si no hay inconsciente, ¿entonces no hay cura psicoanalítica? Depende, nuevamente, de cómo abordemos el problema; es decir, si lo abordamos dogmáticamente, restringiendo el psicoanálisis a lo que tiene que ver con la interpretación y el desciframiento de lo inconsciente o si lo abordamos a partir del señalamiento de Lacan de que el psicoanálisis es el tratamiento dispensado por un analista y acentuamos la cuestión del deseo del analista; entonces, perfectamente, podríamos afirmar que sí hay psicoanálisis en las psicosis.

Pienso que para poder pasar a una clínica no del lado de la metáfora paterna, sino más del lado del punto de calce y el anudamiento borromeo, tenemos que abordar la experiencia analítica considerando que el «no hay relación sexual» es un agujero de lo real y cada sujeto inventa una solución conectora entre el significante y goce, o sea un tapón a ese agujero. El tapón de la época de la metáfora paternal es el Edipo; en la última clínica, es el síntoma.

El sufrimiento, el padecimiento, el malestar son el signo de que sea lo que sea que inventamos, esa invención fracasa. Fracasa porque el agujero de la «no relación sexual» es del orden de lo imposible. En consecuencia, la dirección de la cura tiene como objetivo perturbar y transformar la solución que el sujeto ha inventado.

La semana pasada discutíamos acá mismo que una interpretación posible de la finalidad de análisis es que el pasaje del síntoma al *sínthome* sería la transformación de esa invención. Así, el análisis transita desde una desestabilización de esa solución neurótica en dirección a la identificación del síntoma. De esta manera se podría producir un reordenamiento de la inadecuación del sujeto consigo mismo. Una de las maneras, por ejemplo, de pensar la finalidad del análisis es en relación con el acuerdo que el sujeto alcanza consigo mismo, y no con ciertos criterios objetivos ni mucho menos la adaptación a la realidad de la psicología del yo, que define la buena funcionalidad del yo como la capacidad de adaptarse a la realidad. Esto lo destaco porque el anzuelo para nuestro trabajo es introducirnos en la inadecuación del sujeto consigo mismo y no con el entorno o con los demás. Es entusiasmar al sujeto con estar descontento de sí mismo; estar descontento con los demás es muy fácil. Y además necesitamos que el sujeto, estando descontento de sí mismo, quiera dejar de estarlo; eso tampoco es menor ya que hay muchos sujetos que quieren seguir por la

senda de la repetición.

Entonces, desde esta respectiva que les comento, es que podemos pensar ciertos movimientos en términos de procesos psíquicos que nos permiten dar la lógica de ciertas intervenciones. Eso es lo que les quiero plantear con los cuatro movimientos o transformaciones subjetivas que se pueden extraer de los desarrollos de Lacan y Miller. Los remito a textos de Jacques Alain Miller como «Introducción al método psicoanalítico», «La experiencia de lo real en la cura psicoanálisis», «Los signos del goce» y «El partenaire-síntoma». En ellos se encuentran los fundamentos de lo que aquí expondré.

LA SIGNIFICANIZACIÓN DE LO REAL

Vayamos al tema de la *significanización de lo real*. Es una operación interesante ya que podemos definirla como una razón conducente a un efecto terapéutico y también desde la perspectiva de un proceso de constitución psíquica. Podemos comenzar con un pequeño matema.

$$\uparrow \frac{S}{R}$$

Escribimos lo simbólico, abajo lo real y decimos que la significanización de lo real es la elevación de algún trozo de lo real a la dignidad de un significante. ¿Qué es lo real? Es una de esas nociones escurridizas en Lacan. Tuvimos la mala suerte de haber experimentado lo real como es el terremoto que vivimos hace unos meses. Agregaría una definición que da Lacan en el seminario XXIII, en la que dice que lo real se define por ser lo que no se enlaza con nada, lo que no hace lazo. La experiencia del terremoto fue algo así, algo que costó enlazar, costaba ubicar subjetivamente ese movimiento. A muchos de los que lo vivieron por primera vez les surgía la pregunta de ¿qué está pasando?, ¿qué es esto? Y surge la necesidad de nombrarlo y decir «es un terremoto». Lo real va irrumpiendo en esta experiencia como lo que no hace lazo y se presenta además como ajeno al sentido, opaco al sentido, dice Lacan. Es lo que tiende a no tener sentido.

En la conferencia sobre Joyce, Lacan define a lo real como opaco al sentido. El sentido le agrega colores a la experiencia porque el sentido es fálico, lo que hace que las cosas se vivifiquen; pero lo real en su opacidad escapa a la brillantez que introduce el falo. Entonces la significantización de lo real podríamos definirla a partir de la operación de enlazar, de hacer de eso que no se enlaza con nada un signo, para luego ponerlo en relación con otra cosa. Elementarizarlo primero, transformarlo en un elemento contable para luego darle una articulación con otros elementos. Con la angustia pasa algo similar: necesitamos producir, localizar algún significante, para luego comenzar a pedir asociaciones.

Intervención: ¿Es como el concepto de lo ominoso en Freud?

R. A: Sí en mi opinión lo real tiene que ver con lo ominoso en el sentido de lo que se presenta como extraño al sujeto. Lo que ocurre es que lo real lo podemos pensar de dos maneras en Lacan. Una en la que lo real es exterior al sujeto, es decir que en algún punto traumatiza al sujeto, se le impone al sujeto. Pero también está lo real del cuerpo, del goce del cuerpo que viene del propio cuerpo transformándolo en traumático. Es la hipótesis de Lacan de que Juanito se traumatiza con su propia erección, su propio goce fálico. Una paciente lleva a su padre por algo considerado

simple y el padre internado se agrava y muere. Ella me dice: «Pienso que le apuraron la muerte». Observen la significación que hace de la pérdida, tiene un tono incluso paranoide ya que atribuye intencionalidad al Otro, ese es su intento de enlazar algo de lo real de la muerte. ¿Cómo enlazan lo real los neuróticos? Con el inconsciente y la significación fálica haciendo entrar lo real en el fantasma. El fantasma es una máquina de significación, que vía las posiciones histéricas y obsesivas, lo que hace es enlazar lo real y darle sentido, intentando mantener alejada la opacidad de lo real. La histeria enlaza lo real de una manera y la obsesión de otra.

Intervención: ¿Lacan abandona la definición de lo real como lo que vuelve siempre al mismo lugar?

R. A: Esa definición es del seminario XI y está en la lógica de lo real definido como obstáculo a la cadena significante; esa definición está en la lógica de la primera enseñanza. Recuerdo el ejemplo del sol y la luna, que da en el seminario II, diciendo que ambos una y otra vez vuelven al mismo lugar, instalando una alternancia simbólica. Creo que es un momento en el que Lacan toma la cara significante de lo real. La cara significante de lo real es la repetición, es el intento simbólico de enlazar. La repetición es el signo de que el objeto a , en tanto trozo de real, está obstaculizando el enlace absoluto, que es imposible. Si fuera posible el enlace absoluto, diríamos que existe la relación sexual. La repetición es un testimonio del fracaso de lo simbólico en significantizar de manera absoluta lo real.

Intervención: Estaba pensando, a propósito del seminario XI, que había leído que Lacan reformula la dirección de la cura como destitución de las identificaciones, porque ello tendería a una afánesis, y la solución de fin de análisis más que del lado de la relación al Otro estaría por el lado del fantasma fundamental y del objeto a , que Miller define como un falso real, siendo el fantasma una significación absoluta que no remite a nada más.

R. A: Sin entrar en la discusión del fin de análisis, lo importante de la dirección de la cura, a la altura del seminario XI, es reorientarse, no hacia la identificación fálica, sino hacia el problema del objeto. Hoy mismo leía una definición de Jacques Alain Miller en la que decía que el objeto a es el «quantum», es una cantidad de libido que no es posible reabsorber en el significante. El problema de lo real y del objeto es, finalmente, qué hacemos con esa libido que no entra en lo simbólico. La investidura que no se puede investir en ninguna representación. Se trata de qué hacer con la experiencia de goce. Lo importante es comenzar a ubicar, en nuestros pacientes, que hay una dimensión que no es del orden del significante.

No todos nuestros pacientes se pueden abordar con preguntas como: «¿Y usted qué piensa de eso?» «¿A usted qué se le ocurre en torno a eso?» «¿Qué cree usted que querrá decir?». Preguntas como esas responden a la teoría de la representación; digo esto ya que cuando se trata de lo real la posición del analista tiene que ser distinta. Se

trata a veces de no suponer a esa experiencia de goce una «otra significación», sino por el contrario, hay que impulsar a que eso cobre primero «una» significación. Mucha de la clínica de lo traumático tiene este problema: cuando nos ubicamos frente a un paciente abusado o traumatizado con la posición de invitar a reelaborar, en ocasiones erramos el blanco. Yo he dado tumbos intentando que el paciente reelabore la escena traumática, porque el problema es que a veces no es una escena, es un pedazo de real que no puede «significar otra cosa», no puede desplazar el sentido, y por eso retorna al mismo lugar. Es frecuente escuchar intrusiones de aspectos del trauma cuando un paciente dice: «Se me impone la cara de quien abuso de mí», «Siento todavía la presión en el pecho del cuerpo del hombre». Eso es un retorno al mismo lugar de algo que no se enlaza y que no tiene «otra significación»; es simplemente una insistencia y en ocasiones hay que encontrar alguna manera de eludir esa insistencia, de rechazar ese exceso de goce por una vía que no es la de la reelaboración.

En ocasiones, intervenciones como «¿tal vez no fue tan importante?» permiten que el paciente pueda desestimar y aislar ese exceso. Como lo señalaba Miller; se trata de elementalizar lo real, darle un carácter de elemento, como por ejemplo, «eso es algo que nunca voy a poder entender». Se lo nombra y se le da un lugar.

Intervención: Hay algunos pacientes que frente a lo traumático comienzan a dudar de si eso realmente ocurrió. Eso tendría que ver con otro manejo ya que no correspondería a lo real porque lo real, según entiendo, tiene un carácter de certeza.

R. A: Se me ocurre que podríamos considerar ese tratamiento de lo traumático como un recuerdo encubridor a la inversa, algo así como tratar lo real opacándolo, fatasmaticizándolo, diciendo «eso no fue tan así». Opacarlo es darle un sentido escondido y eso lo deja como una sombra en el rincón. Creo que de todas formas habla de otro proceso psíquico, ya que al incluir la duda, la vacilación, alude al encadenamiento de S1 y S2; por lo tanto, a algo más bien del orden de la represión.

Otra cuestión importante que quisiera destacar es que Jacques Alain Miller ubica esta significantización de lo real como una operación de defensa, porque actúa excluyendo lo real, forcluyendo lo real. Eso alude a que el goce hay que rechazarlo. En el seminario «Sutilezas analíticas» inclusive define al inconsciente como una defensa frente al goce; cuando hay inconsciente hay una maquinaria significativa funcionando que permite defenderse del goce. Eso es muy relevante ya que cuando hacemos funcionar el inconsciente y los procesos de asociación, la deslocalización del goce retrocede. Por eso hay pacientes a quienes, en ocasiones, se los recibe muy «graves», muy impulsivos, angustiados, deprimidos, muy peleadores con los demás y se comienza a trabajar con ellos y el paciente empieza primero a historizarse, a asociar y basta que piense en «¿tal vez esto que me pasa tiene que ver con...?» para que se inicie una estabilización. Ello ocurre porque se instala algo de la función del inconsciente. Poniendo en función la suposición de que eso que le ocurre tiene que

ver con algo que desconoce, ese movimiento de suposición inmediatamente articula significativo y hace funcionar el fantasma; cuando eso ocurre, el goce se localiza en el objeto *a* del fantasma. El paciente disminuye su pasaje al acto, se vuelve menos peleador, merman las ideas suicidas, perdiendo los indicadores tradicionales de lo «grave». Basta que aparezca la suposición para que pueda comenzar a experimentar los alivios terapéuticos. Esta idea a mi me parece interesante, porque uno puede construir ciertas rutas. Por ejemplo de lo real al S1 y del S1 al S2. Es hacer un cierto circuito.

$$\begin{array}{c} \uparrow \\ \frac{S_1}{R} \end{array} \longrightarrow S_2$$

SUBJETIVACIÓN

Pasemos ahora a intentar circunscribir la *subjetivación*. Jacques Alain Miller se refiere a esta en el seminario «Los signos de goce», señalando que consistiría en hacerse representar por el significante de la identificación del sujeto. Es operar con un S1 como representante. Tendrían que presentarse muy graves los pacientes como para que no podamos llegar, después de una o dos sesiones, hacia el final de una sesión, a que alguien pueda nombrarse y decir «soy nervioso», «soy distinta», «todas menos yo», etc. Es decir que no pueda representarse con algún significante respecto al Otro.

De todas formas, siempre se puede encontrar un paciente suficientemente grave que no se ubica bajo los efectos de un S1. Por ejemplo, la paciente de la que ya les he hablado, que permanentemente intentaba quitarse la vida de maneras un poco burdas, hasta que la madre comenzó a regularle los encuentros con la pareja y al menos por un tiempo, con la introducción del Otro de la ley, los deseos de quitarse la vida disminuyeron. La subjetivación la podemos escribir de la siguiente manera:

$$\frac{S1}{\text{S}}$$

Como ven, se trata de la primera parte del discurso del amo. Se lee como el significante que representa al sujeto. Creo que gran parte de trabajo de Miller en el seminario «Los signos del goce», es un trabajo sobre esta función del S1. Es un seminario que en su título en francés equivoca con «*lo que hace insignia*», aludiendo precisamente a la insignia que identifica al sujeto. Otra cuestión importante de la subjetivación es que la significación que puede comenzar a obtener ese S1 es variable. Me refiero, por ejemplo, a que cuando un paciente dice «al parecer yo soy un poco intolerante», uno puede introducir la variabilidad y tomar ese «intolerante» en tanto S1 y vaciarlo de sentido, preguntando al sujeto; «¿Qué quiere decir usted con *intolerante*?». En su respuesta va a aparecer otro significante que remplazara al primero, quedando amos enlazados. Entonces podemos decir que hay un S1, un S2, un S3 que se articulan por una función. Esos significantes serían los que nos conducen a la repetición, a lo que se repite. Por eso invitamos al paciente a que nos hable de su pasado, porque en el pasado uno encuentra la repetición.

La repetición es conmemoración de goce, o sea se sostiene en el S1. Es ahí donde uno va a encontrar los efectos de goce que las contingencias históricas tuvieron para un sujeto.

Hay cosas muy interesantes, como cuando uno le pide detalles a los pacientes sobre alguna experiencia y dicen: «Es que me da vergüenza porque es una tontera». Precisamente a veces ahí, en esa *tontera*, está la clave. Una paciente que vi en un

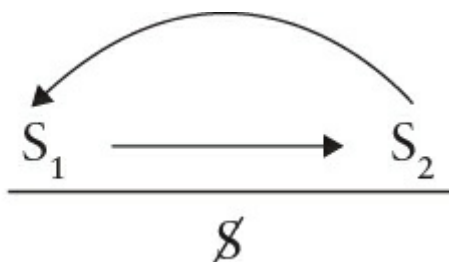
enlace por una hemiplejía histérica, era una caso extrañísimo; de hecho, los médicos internos estaban muy asombrados, ya que ella tenía la mitad del cuerpo absolutamente paralizado, pero no la cara, lo que contribuía a descartar el daño neurológico. El síntoma se levantó y aún no entiendo muy bien por qué. La primera sesión ella estaba en silla de ruedas; a la segunda, llegó cojeando y, en la tercera, caminaba de manera normal. Algunas cosas que hice fue, por ejemplo, no tomar en cuenta el síntoma conversivo; no la hice hablar de la parálisis; comenzamos a hablar de ella y lo que apareció fue que la madre había hecho muchas diferencias con ella respecto a sus hermanos, sin saber ella por qué, y lo que había interpretado es que ella era *culpable*. Ese era un S1 que aislamos en una primera sesión y ella se sorprendió mucho con que yo le comentara algo que introducía un cierto tono de incertidumbre respecto a esa culpabilidad, algo así como que tal vez ella no era tan culpable como pensaba. Y le señalé que *culpable* había sido una interpretación propia de la diferencia de trato que su madre hacía. Nosotros podríamos decir que es una interpretación desde el fantasma histérico, porque ella, con el significante *culpable*, se ubica como la causa de la diferencia que el Otro hace respecto a los dos hermanos: «Yo causo ese maltrato hacia mí». Esa es una interpretación histérica. ¿Qué le hizo pensar a ella que era la causa de lo que le pasaba a la madre con ella? Esa pregunta la alivió en la primera sesión; le señalé que a la madre le podían haber estado pasando cosas que no tenían que ver con ella, sino con la madre misma; eso la distancia un tanto de la significación fálica. En ocasiones, esta idea de aislar el significante que representa al sujeto nos permite avanzar hacia el siguiente movimiento.

LA LOCALIZACIÓN SINTOMÁTICA

Se trata de lo que llamaremos *localización sintomática*, respecto a la que les voy proponer una cierta escritura, ya que consiste en precisar la división del sujeto entre dos significantes y, en consecuencia, la experiencia de sufrimiento. Cabe aquí otra distinción que es importante, ya que cuando subjetivamos un S1, quedando el sujeto ubicado bajo su efecto, y desde la posición del analista se empuja o se alienta a que el paciente enlace ese S1 con un S2, lo que aparece es la función del ideal del yo. Porque el S1, al ser un significante identificadorio, representa la manera en que para el sujeto se presentifica la instancia del ideal del yo. Este aspecto lo pongo en relación con la localización sintomática, ya que el síntoma es una distancia, una falta respecto al ideal del yo.

Se trata de una disconformidad con uno mismo, debido a que uno estaría conforme si calzase con el ideal del yo; para decirlo en clave freudiana, si se juntase nuestro yo ideal con nuestro ideal del yo. Los neuróticos siempre padecen una distancia entre el ideal del yo y el yo ideal. Entonces, la localización sintomática o localización subjetiva persigue precisar, junto con la relación del sujeto con el S1, en qué punto se produce un fracaso del significante en la articulación del goce. Les doy un ejemplo de una paciente que entreviste hace días. Ella llega con una nota que dice «Obs. Trastorno bipolar». Había hecho lo que llamaba una «crisis» que consistía en una gesto suicida que no era del orden del querer morirse, pero sí del querer dormir y no despertar. Me cuenta que las crisis aparecían en su historia cuando algo pasa en su relación con la pareja; ella reconoce que siempre algo lo arruinaba todo, como por ejemplo, que ella había tenido un hijo con un hombre que desaparece y luego comienza una nueva relación. Con el hombre de esta nueva relación estaban esperando los cinco años que especifica la ley para que la actual pareja reconociera al hijo, y al padre biológico se le ocurre aparecer, obstaculizando la planificación. Lo que ella comienza a precisar es que cuando tiene todo el paisaje idealmente armado y aparece algo que no encaja, entonces ella tiene una crisis y se deprime. El final de la sesión es una observación muy interesante, en la que le digo que me parece raro esto de las crisis, porque entiendo que es complicado que apareciera el padre de su hijo, pero que tampoco es tan grave. Me dice que sí, que es cierto, que en realidad no tiene grandes problemas. Me cuenta que el fin de semana le paso algo raro y es que «estábamos durmiendo y yo miraba a mi pareja dormir tranquilo y pensaba estamos tan bien; y me pareció raro estarlo». En ese punto le interpreto que para ella el problema no es que las cosas no anden, sino que anden muy bien porque pareciera ser que le extraña que las cosas anden bien. Le resulta más familiar que las cosas anden mal, con todo el sufrimiento que eso implica. Me responde que así es. Ahí tenemos

un ejemplo de la división del sujeto; para graficarlo, uno podría poner «las cosas bien» de un lado y «las cosas mal» de otro, o sea el S1 y el S2, y obtendríamos la división del sujeto.



Le llamo a esto localización sintomática porque lo que este sujeto dispuso para su vida es introducir un problema en las cosas cuando están bien, produciendo cierto nivel de fracaso, lo que mantiene la insatisfacción. Se trata de una localización que deja al sujeto articulado, fuera de la crisis, confrontado a un enigma: «¿Por qué para mí es más raro que las cosas anden bien a que anden mal, cuando siempre me he quejado de que andan mal?» No hay lugar para los «buenos momentos» en el yo ideal cuando se compara con el ideal del yo. Recuerdo a otro paciente que durante aproximadamente doce sesiones de tratamiento, concluye con una salida del fenómeno depresivo con el que había sido diagnosticado. Concluye con una certeza importante: que era «el tonto inútil». Llega deprimido y en las primeras sesiones aparece una escena, un recuerdo con el que trabajamos esas sesiones. El recuerdo consistía en que él estaba con el padre en un taller, él ayudando al padre y de pronto llega el hermano mayor y el padre le dice al hermano: «¡Qué bueno que llegaste para que me ayudes porque este tonto no sirve para nada!». Estamos hablando de un hombre de más de cuarenta años, al que esas palabras le marcaron la vida. Además, tenía la fantasía de que su padre no lo quería. Se sentía la oveja negra respecto al ideal del padre; se trataba de la fantasía de exclusión del obsesivo. Él me decía que realmente se comportaba como un «tonto inútil», ya que cuenta que siempre decía que él no sabía hacer ciertas cosas, cuando en realidad sí sabía. En la última sesión me cuenta que un hermano le ofrece hacerle los arreglos del auto la próxima semana, y el paciente le dice que gracias, pero que lo va a hacer él, y el hermano le contesta, en tono de broma, que pone en duda que él lo pueda hacer. El «tonto inútil» era un exceso de significación imaginaria que inhibía al paciente. Finalmente, él arreglo su auto y los familiares se impresionaron porque lo había podido arreglar. Aludiendo a Freud en «Inhibición, síntoma y angustia», hay un cambio de posición subjetiva a partir de una localización y de un trabajo de drenaje de esa significación que obstaculiza la función del sujeto.

Otro aspecto importante, respecto de la localización sintomática, es que tiene que incluir un elemento trascendental, para nosotros en psicoanálisis, como es la suposición. La suposición es lo que todos conocen como «una pregunta», es la idea de que lo que al sujeto le pasa tiene que ver con algo que este desconoce.

La suposición instala la idea de que puede haber otro contenido, un otro significativo que aclare al que se vuelve enigmático. Sin suposición no se avanza mucho. La paciente de los intentos de suicidio, de la que les hablaba, no está en este punto aún, porque no hay suposición. Si la hubiera, ella tendría que preguntarse acerca de por qué le cuesta tanto aceptar que le digan que no, y comenzar a desplegar las implicaciones de ese no en su narcisismo. Cuando ella dice «me cuesta mucho aceptar que me digan que no», tenemos subjetivación con una cierta localización, no sintomática, pero sí algo de la fijación del sujeto por por parte de los efectos significantes.

Intervención: ¿Cuando aparece la pregunta aparece también la demanda al Otro?

R. A: Efectivamente, la pregunta actualiza la demanda y ahí tenemos el problema acerca de qué posición tomar frente a la demanda. Hay que ubicar de dónde proviene la demanda. Hay sujetos que llegan con demandas, pero sin preguntas; no llegan con una demanda analítica. La demanda analítica, como la mencionó Lacan en la «Conferencia sobre el síntoma», es el síntoma analítico que no es la misma demanda que la demanda de amor, que se formula como un «dame eso que yo no tengo». Es importante este punto, porque el analista tiene que darle forma a eso, y darle forma a eso es una intervención. Esa demanda no viene dada; el paciente no llega y comienza a asociar sobre una pregunta. Tengo pacientes a los que les pregunto si saben para qué sirve un psicólogo, y me dicen que no; así es que les explico un par de cosas. Cuando uno hace eso, se abre el campo de la demanda. Lacan era claro y decía que es con oferta con lo que se crea demanda. Los analistas, en el campo de la salud mental, tienen que ofertar algo que no sea el medicamento; si no lo hacemos no podemos esperar que los pacientes demanden otra cosa que no sea el fármaco.

LA RECTIFICACIÓN SUBJETIVA

Por último, me referiré a la *rectificación subjetiva*. La rectificación subjetiva es un momento siguiente, en el que el sujeto se queja de sí mismo, o si prefieren, de su relación al S1, y empieza a instalarse la inquietud por la *causa*. Es la inquietud acerca de «¿qué causa este malestar?». Lo fundamental para poder hablar de rectificación subjetiva es ubicar que en psicoanálisis la causa siempre es el goce. No es el Otro, no es el azar, etc. La causa es que el sujeto encuentra alguna satisfacción.

Una paciente, que había sido abusada en su infancia y que ahora de adulta presentaba lo que llaman una depresión grave, logra entrar en un tema muy importante y además muy doloroso para ella, que implica contar que luego de que el abusador interrumpe los abusos, paradójicamente, ella lo extrañaba y lo que más le angustiaba es la pregunta acerca de cómo podía ser que ella lo extrañara siendo que él le hacía tanto daño. La intensidad de ese momento en el que ella reconoce un goce es muy grande, y ella comienza a encontrar algunas vías para poder explicarse ese goce propio que estuvo en juego. Por supuesto, esto en ningún caso justifica los abusos, que corresponden más bien a un Otro perverso. El reconocimiento de la existencia de una experiencia de goce permite la implicación del sujeto. En otros casos eso también existe.

En la rectificación subjetiva la causa es siempre el goce, y está del lado del sujeto, no del lado del Otro. Es necesario explicitar que responsabilidad no es culpa; digo esto porque a veces los intentos, un poco frenéticos, por responsabilizar al paciente, pueden entenderse como que le estamos diciendo que la culpa la tiene él. Hay que cuidarse de no quedar ubicado del lado del superyó en la transferencia; ello conduce a la instalación de un fantasma y a la reiteración de un circuito pulsional, no abriendo el camino al inconsciente.

Una de las indicaciones interesantes para distinguir responsabilidad de culpa es que la primera proviene de la palabra «respuesta», de responder; y responder es responder por las consecuencias. Para mí una distinción fundamental, hecha por Jacques Alain Miller, es remarcar la diferencia entre la ética de las consecuencias y la ética de las intenciones. La ética de las intenciones está del lado de la ética del cristianismo, en la que el arrepentimiento es fundamental, porque finalmente lo que cuenta es la intención; si no se tiene la intención de dañar, entonces el daño que se hace es menor. Así por ejemplo si alguien no tenía la intención de matar la condena es menor; sin embargo, una muerte con o sin intención sigue siendo una muerte a nivel de las consecuencias. La ética psicoanalítica es la ética de las consecuencias, consistente en que hay que asumir las consecuencias de la forma de goce.

Para el analista esto también cuenta; por ejemplo, si reciben un caso de psicosis

grave hay que atenerse a las consecuencias de ese lugar que se ocupará como Otro.

El analista debe asumir las consecuencias de lo que quiso interpretar, e incluso de lo que no quiso interpretar, pero lo interpretó igual. En relación con el goce, la orientación es a asumir consecuentemente el propio modo de goce; esa es finalmente la identificación al síntoma. Se trata de eliminar la queja a la pulsión, previa transformación de esta misma.

Cuando hay la rectificación subjetiva ya estamos más cerca de la entrada en análisis. En ese punto tengo una opinión, y es que para que haya entrada hay que esperar a una articulación del síntoma con el analista. Con aquello que Lacan llamó el significante de la transferencia, para que así el analista pueda quedar ubicado del lado opuesto al de la repetición de goce. Siempre hay significantes transferenciales que se repiten, pero si lo hacen del lado del fantasma y se sanciona la entrada en análisis a partir de ellos, entonces la tendencia es a una repetición que cierra la puerta al inconsciente y no la abre ya que el goce queda capturado en el dispositivo analítico mismo. Por ello es conveniente sancionar la entrada en análisis cuando aparece un aspecto de la transferencia que toma la forma de un obstáculo, de un límite a lo que venía ocurriendo en la línea de la repetición sintomática. Así la transferencia provoca una apertura hacia algo distinto, sino lo que aparece en la transferencia conduce hacia la inercia de lo mismo.

Intervención: Tengo algunos problemas con los matemas de los ítemes que estabas presentando. En la subjetivación hecho de menos el objeto a , porque me da la impresión que decir S1 sobre sujeto supone que existe la posibilidad de determinar al sujeto en ese significante y estoy pensando en que el sujeto es indeterminado; por ejemplo, como se lo desarrolla en el seminario XI, cuando se señala que el sujeto es indeterminado porque hay una causa que no se inscribe en la legalidad de la cadena, no está ni en el S1 ni en el S2, sino en otro lado. Al pensar la subjetivación desde un determinante se hecha de menos lo indeterminado y la indeterminación del sujeto. Luego, respecto de la localización sintomática, me cabe la duda cuando tú la definías como un efecto de la división entre el S1 y el S2, pues la localización sintomática más que ubicarse en la división es la urgencia de desmentir la división a partir del S2 que pretende darle un significado cerrado a la búsqueda del sujeto. Pareciera que la localización sintomática supusiera que hay algo de la división y a mí me parece que la división corresponde más a la rectificación subjetiva y que en la localización sintomática habría más bien una urgencia de engrosar el S2.

R. A: Lo que ocurre es que concibo la localización sintomática como una especie de detención de esa urgencia que mencionas, una suerte de atisbo de pérdida de la inocencia respecto a ese llamado al S2 para engrosar el síntoma que come sentido, es decir, que el paciente lo pueda escuchar. Por eso es que terminar una sesión en esos puntos ayuda precisamente a detener, a poner una pausa...

Intervención: Pero esos no son precisamente puntos de rectificación, sino de

localización sintomática.

R. A: Es que la localización es previa a la rectificación porque no hay rectificación sin localización. Para decirlo de otra forma, ¿respecto a qué vamos a rectificar a una paciente? La rectificación es siempre respecto al goce, la localización es un efecto del significante sobre el goce como momento lógico previo, como lo señala Lacan en «La dirección de la cura...». Se trata de la pregunta acerca de cómo contribuyo yo al desorden del mundo que denuncio; eso es equivalente a decir: «Cómo gozo yo produciendo esto». Esa implicación con relación al goce requiere que las cosas ya hayan estado localizadas primero, porque en el fondo se está rectificando respecto al goce fantasmático, y el goce fantasmático es el goce localizado en el objeto *a*. La diferencia está en que si no hemos localizado el síntoma, en relación con el significante, no es posible localizarlo en relación al goce. Por eso es que si tenemos un caso, de los que típicamente denominan funcionamiento limítrofe y que a nivel estructural se trata de una neurosis, el denominado funcionamiento límite es producto de una desestabilización del fantasma neurótico. El trabajo consiste en localizar sintomáticamente, para luego rectificar en relación con el goce. No es posible la rectificación subjetiva, que supone poner al sujeto en relación con el goce, cuando el goce está deslocalizado, por ejemplo tendiendo al pasaje al acto.

Intervención: Es que ahí es donde me hace sentido que se localice en el S2, que lo fálico, el sentido, el ordenamiento sea lo que se localiza para que luego haya algo del orden de la pregunta de «qué tengo que ver yo con esto».

R. A: En la localización sintomática quien está en el lugar del S2 es el analista; cuando la paciente termina diciendo «me resulta extraño que las cosas estén tan bien», esa proposición puede ubicarse como un S1, que puede abrir hacia un posible S2, pero quien ocupa el lugar del S2 ante el que el sujeto se está representando es el analista; eso es lo que está escrito en el matema de la transferencia.

Intervención: Ahí está el analista como supuesto saber.

R. A: No del todo, sino un S2 frente al cual el sujeto se puede representar; por eso la localización sintomática implica la división subjetiva, porque el sujeto se percibe dividido por algo que lo hace sufrir; eso por sí mismo apacigua a un paciente desestabilizado, lo arma, permitiendo que el paciente salga «aprobado» de una sesión, que es mejor que angustiado o desestabilizado. Por eso es que lo que recogía Jacques Alain Miller, de Franz Alexander en el seminario sobre «La experiencia de lo real», es que Alexander decía que el síntoma era una solución porque permitía que no se perjudicase todo el aparato psíquico, dañando solamente un área de la vida del sujeto; por eso la llamó localización subjetiva, porque el síntoma circunscribe al goce evitando su derrame.

Intervención: Localización sintomática sin problematización.

R. A: Por supuesto, se trata de localización sintomática y no de síntoma analítico, porque lo que estoy destacando es la función del síntoma de localizar el goce. No se

trata de síntoma analítico todavía porque este requiere de la rectificación subjetiva y de la transferencia analítica con relación al significante de la transferencia, porque transferencia hay desde un inicio. Es cierto, no es el síntoma como algo analizable aún, sino síntoma como localización, como formación de compromiso; es producirla, precisarla y explicitarla.

Intervención: Pero la formación de compromiso no es justamente una manera de resolver la división subjetiva.

R. A: Pero sí de indicarla; son las dos caras de una misma moneda; no hay formación de compromiso sin división subjetiva. En consecuencia, si hay un paciente que llega demandando a partir de una formación de compromiso y es una neurosis en posición de división, claro que tenemos que avanzar hacia alimentar la división subjetiva. Pero si el paciente es un paciente que viene en un estado de mayor gravedad, por ejemplo angustia desbordante con una tendencia al pasaje al acto, etc.; lo que tenemos que producir es la formación de compromiso porque es psíquica y va a detener la deslocalización de goce. Por eso es que quise rescatar la lógica de los puntos de calce, porque me interesa destacar funcionalidades de operaciones lógicas psíquicas dependiendo del caso clínico.

Una última cosa respecto a lo primero que señalabas: es confuso esto de los matemas y para ubicar lo irreducible habría que agregar algo que no alcanzo a desarrollar y es una escritura que da cuenta del aparato psíquico de manera más amplia.

$$\frac{S_1}{S} \xrightarrow{\quad \diamond \quad} \frac{S_2}{i(a)}$$

Podemos partir con la estructura del discurso del amo y acá está el objeto a . Respecto a la subjetivación, uno podría agregar una flecha porque hay que provocar al sujeto para que produzca el S_1 . No se trata de un S_1 en relación con la posición pasiva del sujeto.

Lacan lo escribe en el Seminario XI así:

$$\frac{I}{a}$$

Finalmente, cuando yo resumo supongo que el S_1 , al ser un significante del goce, cifra también al objeto a ; ahí está lo irreducible. Este es el aparato psíquico que funciona a partir de la cadena significativa y del fantasma en «estado reprimido». En la neurosis el fantasma, como máquina de organización de goce, funciona y la cadena significativa se desplaza sobre dicho funcionamiento. Están los enunciados arriba, si se quiere, y la enunciación abajo. En ocasiones, todos estos circuitos dejan de funcionar por alguna razón. También podemos observar el recubrimiento imaginario del objeto, lo que permite escribir la estructura del yo. Con este matema podemos describir muchos fenómenos como la subjetivación, la suposición, la división, la

asociación, incluso relaciones como la resignificación de los S1. Este matema permite hacer muchos movimientos; por eso son matemas, porque son letras cuyo significado puede variar.

Con estas reflexiones intento proponer algunas ideas que permitan establecer una lógica de trabajo con casos clínicos donde lo que encontramos de entrada es la deslocalización del goce. Se trata de pensar cómo orientarnos para que este mecanismo pueda funcionar, para comenzar a trabajar en lo que tradicionalmente se denomina «lo analítico».

En ocasiones, nos enfrentamos con pacientes en que esta «maquinaria» no se encuentra operativa y necesitamos generar otros movimientos para que esto se ponga en marcha.

El yo, por ejemplo, ciertamente tiene una función de desconocimiento, pero ¿desconocimiento de qué? Del goce parcial, por lo que es el «yo neurótico» al que tenemos que destituir para rectificar subjetivamente al paciente, poniéndolo en relación con el goce; pero con los pacientes desestabilizados el problema es que en ocasiones no hay la función de desconocimiento del goce por parte del yo; entonces no hay posibilidad de rectificación subjetiva. En esos casos a veces hay que servirse del yo y del registro de lo imaginario como primera estrategia de intervención.

CAPÍTULO V

OPERACIONES SIGNIFICANTES EN LA EXPERIENCIA CLÍNICA

12 de mayo de 2010

Hoy continuaré en la línea de la clase anterior, antes de cambiar de tema para abordar problemas más psicopatológicos, como la depresión, la angustia, la personalidad, etc.

Realizaré una modificación en el programa, debido a que cuando estuve pensando en la clase sobre depresión, se me vino a la mente la siguiente pregunta: ¿Cómo ubicar, dentro de fenómenos depresivos, ciertos casos que son diagnosticados como depresiones y que uno como analista comienza rápidamente a detectar que se trata de psicosis? Psicosis desde el punto de vista de la estructura. Incluyo por ejemplo ciertos casos de adolescentes que tienen el rasgo de la ruptura con el lazo social, del ensimismamiento, y de los que psiquiátricamente se sospecha de un primer brote de esquizofrenia, pero en ausencia de los denominados síntomas positivos. Recordemos que para la psiquiatría no existen las psicosis no desestabilizadas o desencadenadas; se diagnostica depresión o a veces TOC (Trastorno obsesivo compulsivo). Sin embargo, con nuestras referencias a la estructura psíquica podemos pensar en un funcionamiento psicótico que no aparece bajo la forma de un desencadenamiento clásico, sino más bien del lado de una psicosis estabilizada, no desencadenada o una psicosis ordinaria.

Por ello decidí hacer una clase de psicosis ordinaria. El término psicosis ordinaria es una propuesta de Jacques Alain Miller, luego de una serie de encuentros de trabajo en torno al tema de los casos raros y de las psicosis no desencadenadas. Fue una discusión interesantísima respecto a si se puede o no hablar de psicosis no desencadenadas y con qué elementos teóricos se las puede pensar. Dicha propuesta, bastante sólida, consiste en pensar la psicosis no desencadenada a partir de los signos de la ausencia de la significación fálica, a diferencia de la psicosis desencadenada que presenta signos de la forclusión del nombre del padre. Los fenómenos clínicos de cada lado tienen siempre un matiz distinto. Cuando hay psicosis extraordinarias que presentan delirios y alucinaciones, no tenemos ningún problema de diagnóstico. Menos aún en un país como el nuestro, donde tener un primer brote de esquizofrenia garantiza la gratuidad de la atención y la entrada al sistema de salud. Lo interesante es que trabajar con un paciente, fuertemente angustiado o fuertemente deprimido, es distinto dependiendo de si se trata de una neurosis o una psicosis.

LA ASOCIACIÓN LIBRE Y LA SUPOSICIÓN

Voy a desarrollar los siguientes temas: la asociación libre y la suposición, las operaciones significantes y los efectos de las intervenciones.

Mi idea es que continuemos funcionando en un nivel concreto de la clínica y del fenómeno del discurso frente al que se suele intervenir. Por ello quisiera comentar hoy con el tema de la asociación libre. Cuando les comentaba en las primeras clases que había existido todo un debate sobre el tema de la analizabilidad, es decir la diferencia entre los pacientes que pueden ser analizados versus los que no, ese debate tiene que ver puntualmente con la capacidad de asociación psíquica. Se trata de la capacidad del paciente de poder producir asociaciones y nexos entre representaciones, para poder por esa vía, como diría Freud, reorganizar su libido. Por ejemplo, con la paciente que intentaba permanentemente suicidarse, apostamos con el psiquiatra a bajar un poco la dosis de medicamentos para que pudiese realizar un trabajo más asociativo. Lo que ocurrió fue lo contrario: recayó, es decir que con la disminución de medicamentos aumentaron los síntomas; ella los describía diciendo «mi cabeza no para». Además, reaparecieron los pensamientos celopáticos. En esas circunstancias, se volvió imposible abordar el caso por una vía asociativa. Entonces toma para mí más fuerza la hipótesis de que se trata de una psicosis. Si está muy medicada, no puede pensar; pero si se le baja la medicación, tampoco logra hacerlo.

Es un caso sin capacidad psíquica de hilvanar el goce; sin ello, para nosotros es complejo el trabajo. Abordo este tema porque uno de los grandes desafíos de los primeros encuentros con una paciente es poder causar el trabajo psíquico, la asociación. Poder producir ese trabajo psíquico requiere ciertos trabajos previos a lo que conocemos como asociación libre, esto en el entendido que cuando se asocia libremente lo que se pretende es develar un significante reprimido.

Cuando se hace asociación libre funciona todo el tiempo la lógica de la sustitución, es decir, todo el tiempo se esta en la lógica de la pareja S1-S2 y del proceso de sustitución de un significante por otro significante. A dichos procesos conducen preguntas como, por ejemplo: «¿Qué significará...?». Es el trabajo de desciframiento, como lo llama Lacan, en el texto «Autocomentario». Ciertamente lo que planteé en la clase pasada apunta a señalar que ese trabajo de desciframiento requiere ciertos pasos lógicos previos, y esos pasos no implican una visión «desvalorizada del tipo de paciente». Cuando no hay estas distinciones conceptuales que les presenté, tendemos a pensar que los pacientes en instituciones a veces no son analizables, y por ello no podemos trabajar analíticamente. Recordemos que esta perspectiva ha difundido el prejuicio de que en instituciones de salud pública el psicoanálisis no tiene nada que hacer. A mi juicio, este problema consiste en suponer que el único método analítico

de trabajo es la lógica del desciframiento asociativo, y algunos practicantes se topan con pacientes a los que les dicen en la primera sesión: «¿Y usted, con qué cree que tiene que ver lo que le pasa?». Y el paciente responde: «¡No sé! Si para eso vengo». Ese abordaje que hacemos del paciente tiene que ver más con lo que nosotros queremos producir en el paciente que con lo que se necesita hacer para que eso se pueda producir. Operaciones como la significanización, subjetivación, localización sintomática y rectificación subjetiva, son movimiento previos, lógicamente hablando, no temporalmente. A veces hay pacientes que en la primera sesión hacen una rectificación subjetiva y produce una pregunta hacia el propio goce.

Si no pasamos por algunos de estos pasos lógicos nos encontramos con el fenómeno de la resistencia. La resistencia, más allá del señalamiento de Lacan de que son siempre del analista, si la pensamos del lado del paciente es la inercia del goce. Hay un texto de W. Reich sobre la resistencias, incluido en su libro «Análisis del carácter», en el que identifica el problema del carácter a partir del fenómeno de la resistencia en sesión. La resistencia, junto con el rasgo de carácter, viene a designar la inamovilidad de una forma de goce. En el seminario «La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica» Miller propone leer el S1 como el rasgo de carácter, por representar la inercia del modo de goce; son esos S1 los que luego constituirán el síntoma como función de goce que tiende a impulsar el automatismo, autónomo e involuntario para el sujeto. Lo que resiste es el goce, y la resistencia es signo de que hay goce. Inclusive podríamos decir que a veces hay resistencia cuando el sujeto atisba el avance del goce del Otro, y hay que estar atento porque a veces el mismo clínico puede quedar como un Otro que goza y en esos casos la resistencia es una protección; por eso Lacan dice que la resistencia es del analista porque no se ha ubicado de buena manera para conmovir la inercia sintomática del sujeto.

Si no podemos poner en función la cadena de la asociación libre, aquí repito el esquema de la semana pasada,

$$\frac{S_1}{\S} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

entonces no podemos hacer trabajo analítico. Otra manera de decirlo es que tenemos que obtener el consentimiento del sujeto a hacerse representar por un significante para Otro significante.

El sujeto es lo que un significante representa para otro significante. Por lo tanto, asociar libremente es de alguna manera querer hacerse representar, es decir: «Sí, bueno, en realidad parece que a mí esta sensación me empezó porque yo tuve una infancia en la que...». Yo me tranquilizo cuando le preguntó a una paciente acerca de por qué cree que esta así y me dice: «¡¡¡Uf!!!! Si yo le contara, supiera usted la vida que a mí me ha tocado?». A partir de ahí podemos dedicar algunas sesiones a desplegar esa vida que le ha tocado. Y obtenemos ,de entrada, un fenómeno de

suposición: «La vida que a mí me ha tocado» señala el lugar de la verdad, porque es lo que opera como «causa supuesta» del dolor, es un S1 que llama a un S2 que se desplegará cuando damos lugar a que el sujeto relate esa vida. Recuerdo una mujer que llegó bastante deprimida y comenzó a contarme su vida desde que era muy pequeña; en su pubertad, a ella la habían enviado del sur a trabajar a una casa como empleada doméstica, en donde era golpeada por la dueña de casa y su sueldo era enviado al sur a los padres de la paciente. Pese a ello, me decía que eso era mejor que lo que vivía en su casa ya que al menos tenía abrigo y comida. Fue interesante porque me di cuenta de que ella, por sobre todo, necesitaba contar a un Otro esa historia; se lo comuniqué y me dijo que efectivamente necesitaba decirle a alguien todo por lo que había pasado. Esta es una paciente que necesita hacerse representar ante el Otro. No siempre los pacientes se presentan así; en ocasiones, también tenemos que hacer otros esfuerzos para causar la asociación. Por ejemplo, aquellos pacientes que vienen derivados y sin ninguna idea sobre por qué los derivaron. A veces hay modas, como ahora que los adolescentes que no quieren ir al colegio, entonces van al psicólogo. Es un cambio en el lazo social, ya que hace veinte años no existía la posibilidad de no ir al colegio por el solo hecho de no querer ir; más interesante aún es que por esas cosas los padres se dividen subjetivamente. Muchas veces les preguntó a los padres qué piensan, cómo y qué han hecho para solucionar el problema; incluso agrego que el chico no tiene ningún problema psicológico que justifique no asistir a clases. Es muy singular porque los padres en ocasiones no quieren pronunciarse sobre lo que «hay que hacer» y el bienestar de su hijos, pretendiendo dejarlo en las manos de un profesional. Son padres que optan por el discurso universitario como forma de autoridad; la caída de la función del padre es una transformación desde una lógica del discurso del amo a una lógica del discurso universitario. Esto hace que los padres, antes de tomar una decisión, le quieran preguntar al psicólogo o al profesor.

De alguna manera, es necesario histerizar al paciente, pues como ustedes saben en el discurso histérico el sujeto barrado interpela al S1 que se encuentra en el campo del Otro y, por lo mismo, para poder producir esto se requiere el S1; si no lo hay no es posible que el sujeto se ubique en estado de sujeto barrado ($\$$). Una intervención desde el S2 es cuando se le explica algo al paciente. Por ejemplo: «Mire, señora, lo que ocurre es que usted tiene un problema de autoestima a causa de todo lo que vivió en su infancia». Esa es una explicación desde el lugar del saber. Cuando se interviene dando una articulación de varios significantes se está interviniendo desde el lugar del S2, es decir, desde el discurso universitario.

Les planteo esto porque para producir el sujeto barrado es necesario que intervengamos en la estructura lógica del discurso, calibrando en qué posición viene el sujeto. Si logramos hacer eso vamos a quedar ubicados, como consecuencia, en el lugar del S2. En el primer momento de localización sintomática lo que aparece del

lado del Otro, como el significante que podría responder, es el analista como S2 supuesto. Lacan llamó a eso *significante de la transferencia*. Esto puede darse cuando toman un rasgo del paciente, a través de recortar un significante, y el paciente les reporta que piensa que efectivamente eso es lo que le ocurre; siente que ustedes captaron lo que le ocurre y se produce rápidamente un efecto de suposición.

Una paciente que hace dos meses hizo un intento de suicidio, luego que se descubre una infidelidad de ella, me relata que siente que el problema «es ella»; no se trata de que tenga un problema grande, no, ella «es el problema», por lo que eliminándose ella, se eliminaba el problema. Entonces yo le digo que «es un problema sentirse el problema» a diferencia de tenerlo; además, le pregunto desde cuándo y me dice: «¡No! Yo siempre he sentido que yo soy el problema». En ese punto corto la sesión y le digo que no es lo mismo tener un problema que ser uno mismo el problema.

Con esa intervención ella podrá traer otros significantes, pero primero había que «pescar» un rasgo, un S1 que se repitiera representando al sujeto ante otro significante. Ese fenómeno es básico y hay que esperar su tiempo lógico.

Si el analista se apresura, tiende a quedar ubicado del lado de la demanda del Otro y el paciente recurre a las resistencias como defensa ante la demanda superyoica del Otro.

Por eso es que hay que tener cuidado y abstenerse de insistir en intervenir por una línea asociativa con el paciente, ya que si no hay una facilitación asociativa, será el paciente quien tendrá que encontrar su rumbo. Es muy indicativa la presencia de impotencia en la subjetividad del analista; cuando ello ocurre, generalmente es porque algo de la función del deseo del analista está flaqueando. Recuerden siempre que lo peor que puede pasar es que no pase nada; por ello, siempre es recomendable la abstinencia. A esto que les señalo se suma que cuando estamos frente a requerimientos institucionales de brevedad, se suele tender a querer que las cosas anden más rápido. Los pacientes tienen sus tiempos; algo que me llamó mucho la atención fue encontrar pacientes para los que la citación cada quince días tenía una forma particular de alojarlos. Recuerdo una paciente que había sufrido importantes abusos de los que le era muy difícil hablar, y consentir a que viniera cada quince días fue para ella una prueba de incondicionalidad, lo que favoreció la transferencia, ya que ella pudo decidir cuando venía, pudo elegir. Se trataba de una paciente grave que cuando la recibí ya había comprado lo necesario para quitarse la vida y era un desafío importante encontrar un lugar que ocupar en tanto Otro.

AMPLIFICACIÓN Y REDUCCIÓN SIGNIFICANTE

Retomo nuestro tema con la pregunta acerca de cómo causar la asociación.

Lo que traigo para trabajar a continuación, y que he planteado como operaciones significantes, remite a una distinción que tal vez por su evidencia pasa un poco inadvertida. Jacques Alain Miller detectó y desarrolló estas nociones, con la precisión que le caracteriza, en un seminario en Bahía, que está publicado en un libro que se llama «El hueso de un análisis», y en el seminario «El *partenaire*-síntoma». Se trata de la *amplificación significativa* y la *reducción significativa* que se definen como dos movimientos que se realizan con la cadena significativa, sobre el discurso del paciente; son dos procesos significantes que constituyen el mecanismo de la asociación libre.

La *amplificación* podemos definirla como el despliegue del sentido. Es lo que en la dirección de la cura, tradicionalmente entendida, se tiene que ir reduciendo, acotando a medida que un análisis avanza. En las entrevistas preliminares, en cambio, tenemos que desplegar el sentido, tenemos que invitar al paciente a desplegar el sentido con su discurso. Frente a un paciente angustiado, en un momento de urgencia subjetiva, de crisis, la indicación clínica es hacer aparecer algo del sentido recurriendo a los registros imaginario-simbólico para enmarcar lo real. El movimiento de la amplificación significativa tiende a la conexión de S1 con S2, desplegando la cadena significativa. Es lo que se hace cuando se le dice a un paciente: «Hábleme un poco más de eso... Explíqueme de qué se trata...», etc. La amplificación significativa es una indicación de un primer movimiento para comenzar a trabajar con un paciente, desplegar el sentido, permitiendo que un significativo llame a otro.

¿Por qué medios incentivar a la amplificación? Miller menciona cuatro. La *memoria*, que consiste en pedirle al paciente que cuente su historia, que diga lo que pasó, cómo fue que ocurrió; consiste en estimularlo para que revise las etapas de su vida. La siguiente estrategia es el *acontecimiento*. Es importantísimo para producir la localización sintomática, porque muchas veces los pacientes nos relatan un hecho, por ejemplo «estoy mal desde que me echaron del trabajo» y frente a eso tenemos que preguntar: «¿Cómo fue?». Porque cuando se lo preguntamos de lo que el paciente en realidad comienza a hablar es de como fantaseó que fue, es decir, de la manera en que su fantasma articuló el acontecimiento, revirtiéndolo de sentido y, en ese revestimiento, puede aparecer la repetición; pero necesitamos que nos hable del acontecimiento. Por ejemplo, un adolescente es llevado por su padre con la queja de que el chico es un poco rabioso y que al parecer golpea a las hermanas. El me relata que no le pega a las hermanas con la intención de hacerles daño, sino que el juega con las hermanas; lo que ocurre es que él es más grande y las hermanas son niñas y a

veces se ponen a llorar y él queda como que el les pega, recibiendo un reto; y agrega: «Mis papás no lo ven todo, ven un parte y la parte que ven es siempre que yo tengo la culpa». Eso a él le da rabia. Esa es la rabia con el mundo. Ahora bien, para poder aclarar ese punto, había que pasar por los acontecimientos, es decir, hay que entrar en los detalles de los hechos y en sus efectos en el sujeto. Otra paciente, que fue echada de su casa por develar la infidelidad de la madre con el mejor amigo del padre, me comentaba que lo hizo por un pedido de desesperación y angustia del padre, quien le solicita que le confirme quién era el hombre con el que era engañado ya que ella lo sabía y se lo había guardado. Ella le dice: «Quédate tranquilo, si es él». Es decir, que ella devela para tranquilizar al padre y eso lo podemos establecer por haber entrado en el relato del acontecimiento. Por amor al padre, rompe las filas del secreto de las mujeres de la familia.

El siguiente elemento de amplificación, es la *razón o la racionalización*. La definimos a partir de la invitación a buscar los «porqués», es la puesta en función de la pregunta por la causa, por la causalidad. No es posible hacer trabajo analítico, ni en diván ni en entrevistas preliminares, si no tenemos la función de la causa dando vueltas bajo cualquier formulación. Sin el movimiento subjetivo impulsado por la significación de «¿por qué me pasará a mí?», «¿qué hace que sea así?» no hay trabajo analítico posible. Quiero aclarar que la función de la causa no es equivalente a la pregunta explícita por la causa; son dos cosas distintas ya que la pregunta explícita por la causa perfectamente nos puede llevar a una racionalización intelectual que no tiene nada que ver con la asociación libre. Las preguntas que puse como ejemplo son un intento de explicitar la significación implícita que impulsa el proceso asociativo. La significación de la causa remite, finalmente, siempre al goce, al goce organizado en el fantasma.

Por último está el *misterio* que consiste en presentarle al paciente un elemento de su discurso como misterioso. Incluso se puede, ubicándose en la posición del Otro en falta, decir cosas como: «Qué extrañó esto que le pasa a usted: descontrolarse por algo que incluso a usted le parece mínimo». Hoy le decía a un paciente que se endeudó enormemente a partir de un impulso radical de apoyar a la familia si no le parecía raro lo que hacía, si no le parecía un poco «anormal» endeudarse para prestar el dinero, es decir, «dar lo que no tiene». Es un intento de desnormalizar el síntoma, mostrándole que el problema no es que no tenga dinero para apoyar a la familia, sino sentir el imperativo a tener que apoyar aunque no tenga cómo. Estos señalamientos pretenden enviarlo a él a una relación más misteriosa con lo que le ocurre, para desestabilizar el «yo soy así no más».

Del otro lado de la amplificación pondremos la *reducción significativa*. La reducción apunta al goce, al goce bajo la forma del S1. Recuerden que el S1 también lo escribimos así:

$$\frac{S_1}{a}$$

Cuando se trata del S1 como signo de goce. En la perspectiva de Lacan a la altura del seminario XI se escribe así:

$$\frac{I}{a}$$

El seminario XI correspondía a la época en que Lacan definía la interpretación como destinada a mantener la mayor distancia entre el ideal del yo y el objeto *a*, siendo el objetivo de la interpretación separar el goce del ideal del yo.

La reducción tiene el objetivo de separar el goce del significante. La localización sintomática de la que les hablaba la semana pasada es un fenómeno de reducción, de agotamiento del sentido. Es cierto que hay algunos casos que requieren que amplifiquemos el sentido, pero muchos otros en los que se requiere que acotemos el sentido, reduciéndolo o localizándolo con el síntoma. En esta orientación es que la reducción está del lado del corte del lazo del S1 con el S2. Me atrevería a decir que la idea lacaniana, de que el término de la sesión es deseable que se constituya en una intervención, se orienta precisamente a que con la suspensión de la sesión produzcamos un efecto de reducción. Se espera así que la sesión permita que el goce cese. Ese es un punto importante, porque terminar la sesión es ejecutar una intervención. Esa intervención tiene que apuntar a la reducción desde la cual el sujeto pueda seguir asociando. A algunos pacientes en el hospital les preguntó si recuerdan en qué tema quedamos en la sesión pasada y en ocasiones traen uno o dos significantes, o frases con valor significativo, demostrando que, en muchas ocasiones, la abundancia de temas de una sesión no tiene gran importancia en comparación con uno o dos elementos que tengan alguna relación con la lógica fantasmática del sujeto. La idea de Lacan de diferenciar la palabra verdadera de la palabra vacía es que mucho de los que hablamos no tiene ninguna consecuencia relevante en la vida. Cuando uno ha tenido la posibilidad de analizarse en otro país, cada cierto tiempo, ocurre un fenómeno interesante y es que el análisis no acompaña la cotidianeidad de las semanas y es posible saltarse el recorrido de «lo que pasó» en la semana.

Intervención: Estaba pensando que el corte de sesión se puede pensar desde los dos movimientos, amplificación y reducción; por ejemplo, cuando el obsesivo está muy apegado a ciertos sentido, a veces el corte de sesión puede introducir un enigma.

R. A: Si estoy de acuerdo; en realidad la polaridad amplificación-reducción en una báscula. Por ejemplo, si se puede amplificar significativo es porque previamente ya se localizó el S1 como significante de la reducción. Si se produce el llamado a un nuevo significante, es porque se produjo el aislamiento del S1 y su puesta en función, es decir, que algunos cortes de sesión instituyen un S1 como enigmático, que es lo que

hace que el paciente se pregunte: «¿Por qué me habrá cortado ahí?». A partir de eso es posible la llamada al S2. Hay que ser prudente con la idea del corte de sesión, porque en realidad Lacan nunca habla del corte de sesión como un instrumento técnico psicoanalítico; Lacan habla del acto analítico, que podríamos pensarlo como hacer del término de sesión una intervención, porque es un acto que apunta a transformar la relación del sujeto con el goce y lo que Lacan hace con el término acto analítico es introducir en la cuestión de la intervención del analista el problema del deseo del analista.

En ocasiones uno escucha en el «ambiente psicoanalítico» que el corte de sesión es una herramienta técnica lacaniana; algunos se ponen más obsesivos y se hacen preguntas como si el corte de sesión será o no lo mismo que la escansión y comienzan a hacer distinciones inútiles. Lo que interesa es dar cuenta de la lógica de la cura, o sea, de qué sentido tiene terminar una sesión en ese punto y hacia dónde nos orientábamos.

La reducción se dirige al goce y a aislar el objeto *a* en su función de objeto causa; cuando se produce esa localización de la causa obtenemos diversos efectos que van desde el llamado a otros significantes hasta la pacificación de una desestabilización. Muchas veces los pacientes con la localización sintomática obtienen un alivio notorio, porque se van de la sesión con un problema, un problema del que desconocen la solución, lo que no es lo mismo que desconocer lo que les ocurre. Siempre es mejor salir «aprobado» que estar solamente angustiado.

¿De qué maneras se alcanza el efecto de la reducción? Miller propone tres movimientos: la *repetición*, la *convergencia* y la *evitación*. Estos son los tres movimientos del significante que nos conducen a lo real, a lo real entendido como opaco al sentido, ese punto opaco al sentido que se presenta poco esclarecido por el sentido. Lo opaco al sentido es lo que para un sujeto no tiene mucho sentido; esa opacidad es el índice de lo real. La *repetición* nos permite dirigirnos hacia ese punto porque la repetición se organiza en torno a los S1. Es importantísimo, para la localización sintomática, pesquisar lo que se repite, ya que si se lo hace rápidamente uno se orienta en la dirección del tratamiento.

El segundo movimiento es la *convergencia*, que se define como la confluencia de distintos enunciados del discurso de un sujeto, a un enunciado que lo resume. El modelo ideal de la convergencia es la relación del discurso con el fantasma. Finalmente, todos los enunciados del paciente remiten al fantasma; su referencia última es el fantasma fundamental, el que se construye a partir de todas estas alusiones; no es una frase reprimida que puede ser descubierta. Lo que se aísla es una lógica, como lo demostraron los testimonios del pase de Mauricio Tarrab, quien aislaba una fórmula fantasmática que decía «soplar en el agujero del Otro» y mencionaba que él había pasado mucho tiempo en su vida con una relación a la falta en el Otro, donde lo que él hacía era alentar al Otro, sostener al Otro e incluso su

ingreso al psicoanálisis tenía ese sesgo que a lo largo del análisis se reveló como dependiente de la relación al padre. Resume su posición subjetiva con la frase «ser el aliento del Otro», esa es una reducción.

En las primeras entrevistas también nos topamos con elementos de este tipo, en donde el clínico nota que los temas del paciente convergen hacia un punto específico; por ejemplo, «no me pescan», «mi palabra no pesa», «no me escuchan», «lo que digo no es importante», etc. Todas estas frases son frases que de alguna manera podrían converger a una posición en la que la lógica es que «el Otro no le da un lugar». En este ejemplo, el sentido va en la dirección del Otro que no le da un lugar, y lo opaco es lo sin sentido de esa formulación. Si recuerdan el caso que les comentaba la semana pasada en torno a la frase del «tonto inútil», tenemos un ejemplo de convergencia ya que hacia el final de los encuentros ya se había constituido en un tema, el tema del «tonto inútil», cobrando un carácter de condensación de los dichos del paciente, volviéndoselo, por decirlo así, ego-distónico; podemos decir que lo que él hizo fue desidentificarse del «tonto inútil».

Finalmente, tenemos la *evitación*, que tiene que ver con que el paciente elude un cierto contenido o bien se refiere a él solo por alusión. Las experiencias de maltrato, abuso o violencia política suelen aparecer en el discurso precisamente a través de la ausencia, de la evitación y eso, muchas veces, es importante respetarlo, porque ahí está lo real del goce y no hay que entrar en eso si no están presentes las herramientas de la transferencia. Introducirse en esos puntos del discurso sin la transferencia instalada lleva directo a la figura del Otro intrusivo.

Me gustaría abrir la discusión.

Intervención: Podrías darle una vuelta más a lo último que señalaste respecto a la instalación de la transferencia.

R. A: Una de las cosas que pienso respecto a la transferencia es que la transferencia analítica tiene que ser una transferencia en la que el analista quede ubicado en un lugar distinto al de la repetición. Retomando el ejemplo de la paciente que vivió experiencias de abuso, podemos observar que se trataba a de una paciente que salía mal de las sesiones, porque sentía que hablar del tema la traumatizaba más. En ese punto yo le dije que viniera cuando quisiera, abriendo las sesiones a la libre demanda. Pronto me di cuenta de que empezamos a hablar de cosas que no tenían que ver con el abuso y tome un rasgo de ella, que es que le gustaban las películas. Ella me prestó un par para que las viera; lo mismo hice yo, y se instaló algo del orden del intercambio. De pronto me dice: «Yo no tengo con quién hablar de estas cosas». Una observación, no menor, es que el abusador le había dicho que los actos abusivos eran un secreto entre ellos dos. Lo que comienza a ocurrir, transferencialmente, es que le es posible hablar de los abusos, pero observen que le es posible hablar de ellos cuando tiene la posibilidad de hablar de otra cosa; recién ahí se le vuelve posible hablar de los abusos. Fue por esa vía que las sesiones fueron sacadas de la lógica del

automaton, que era la lógica del abuso, ya que ese hombre era quien la iba a buscar al colegio y eso no cambiaba, se reiteraba una y otra vez. La transferencia opera contra el goce; cuando no es así, queda del lado de la pura repetición. Ciertamente, la tendencia de la transferencia es a incluírnos del lado del goce, pero todo el movimiento del trabajo de la transferencia es evitar quedar absorbido por entero en ese lugar. A eso me refería con que me parece que el significante de la transferencia tiene que, en algún punto, desmarcarse de los S1 que conforman el síntoma. Por el contrario, tiene que ser un significante que le permita al sujeto ir de cierta manera en contra de lo que en las entrevistas preliminares venía trabajando, localizando como una repetición de goce. Si la entrada en análisis se sanciona a partir de algo del lado de la repetición, se suele instalar rápidamente una dificultad en la posición transferencial del paciente.

Intervención: Yo te quería preguntar respecto al tema del alta, acerca de cómo has pensado o formalizado el problema del alta en el contexto institucional. Y si es que estos cuatro movimientos, que planteabas en la clase pasada, ayudan a pensar el tema en contextos institucionales.

R. A: Ese es un problema con varias aristas. Hay aristas institucionales; por ejemplo, a mí me pasa en el hospital que existen ingresos de pacientes que son controlados e intencionados por los responsables clínico-administrativos, pero no hay ningún control de las altas. Nadie se preocupa por el número de prestaciones posibles, las que se realizan y los pacientes que egresan. Nadie pone atención en el egreso de los pacientes. Somos los clínicos los que necesitamos preguntarnos hasta qué punto trabajamos y qué esperamos obtener en ese contexto. En las instituciones ocurren cosas como recibir un paciente de dieciséis años derivado al servicio de adultos que lleva ya cuatro años en el servicio infantil y el joven dice: «Ya basta, no quiero venir más y me traen y me traen». Entonces se vuelve relevante la pregunta por el objetivo clínico con el paciente y la sanción de haberlo alcanzado. Lo que tomo como referencia para pensar el tema del alta es, por un lado, cuando el paciente puede tener un alivio correlativo a un cierto saber sobre su síntoma o su padecer, y con ese saber, una cierta recuperación de la libertad. Libertad en el sentido de no verse determinado por algo que le es extraño. Es decir, una cierta producción de saber en relación al goce, a la forma de satisfacción. Eso correlacionado por un cierto alivio del malestar que motivó la consulta.

Pienso que no hay que olvidarse, en los contextos institucionales, del motivo de consulta. En la atención secundaria los pacientes tienen un cierto grado de gravedad, por lo que pretender un trabajo clínico de todos sus aspectos psicopatológicos, es un objetivo inalcanzable; en consecuencia, normalizar ciertos aspectos de su vida es un objetivo urgente. Por supuesto, hay que evaluar caso a caso. En el caso del «tonto inútil», él obtuvo un alivio a partir de una desidentificación. Otra paciente a la que he visto por cerca de siete meses llegó por una serie de problemas interpersonales con

otras mujeres y apareció la rabia; eso la había llevado a un aislamiento, ya que se sustrajo del lazo al Otro. Hoy ha restablecido algunas actividades deportivas en su barrio y está bastante mejor; le pregunto: «¿Desde que viniste a terapia qué ha cambiado?». Y dice: «Estoy más tolerante y me peleo menos con la gente porque me di cuenta de que yo no siempre tengo la razón y que hay gente que piensa distinto a uno». Con elementos como estos voy calibrando ciertas altas.

Hay textos en donde se plantea que el psicoanálisis es una investigación, oponiendo el deseo de investigar con el deseo de curar, que sería más propio de las psicoterapias. Para mí el psicoanálisis es una práctica de transformación subjetiva, y hay distintos niveles de transformación subjetiva que un sujeto puede obtener del análisis. Por ello, no hay que hacer de la transformación subjetiva un imperativo categórico.

Eso de que el paciente «tiene que seguir trabajando...» es algo que hay que relativizarlo. Ahora siempre el alta es algo que hay que contrastarlo con el paciente. También hago lo mismo cuando recibo pacientes que han estado en tratamiento con algún otro clínico, a los que les preguntó: «Para qué les ha servido ir al psicólogo». Por supuesto que no siempre les creo, ya que se trata de un comentario sesgado, pero es información que sirve para saber en qué lugar vamos a entrar en tanto representantes del «Otro psi». Esa evaluación también la hago con el trabajo que hacen conmigo; a partir de ahí evalúo el tema del alta. En las instituciones no podemos pretender condicionar lo psicoanalítico a un trabajo realizado sin límite de tiempo. El dispositivo del pase, como verificación del fin de análisis, existe precisamente porque se tiene el convencimiento de que el análisis tiene un límite.

Es importante pensar el tema del alta porque si no lo hacemos ocurre que el paciente deja de asistir, porque ya le hicieron bien las sesiones a las que asistió y la demanda se diluye, produciéndose lo que administrativamente se clasifica como *abandono*.

Intervención: Está también el problema del alta administrativa y en particular lo que pasa en las instituciones que comienzan a generar algo así como reglas de alta administrativa, porque al no haber salidas se necesita algo para egresar al paciente. Me pasó que una paciente deja de venir y yo la llamo y ella me dice: «Mire, es que falte y yo sabía que si faltaba dos veces perdía el cupo, así que por eso no fui más». A ella tuve que reingresarla para cerrar el caso.

R. A: También pasa al revés; por ejemplo, la posibilidad de que exista un límite de tiempo puede llegar a reintroducir algún elemento del orden de la castración, de la pérdida de goce. Si no, el paciente queda en posición de libre demanda produciéndose la desarticulación de la pérdida de goce que todo pago implica. Señalo esto a propósito de la gratuidad de las atenciones en salud pública. Para el psicoanálisis, por ejemplo, no necesariamente es una catástrofe que se apliquen canastas de atención definidas por el Ministerio que acotan el tiempo de atención. Acotan tiempo y

aseguran otras cosas. Por ejemplo, lo que FONASA ha financiado tradicionalmente son veinticuatro bonos al año por beneficiario; eso a una frecuencia de atención semanal son seis meses. Si en el contexto en que trabajo tuviéramos la posibilidad de ver a un paciente seis meses, a una razón de una vez por semana, serían condiciones de trabajo excelentes, ya que actualmente, en general, se cita cada tres semanas porque las agendas están atochadas y el imperativo es «atención para todos, no importa cómo». Entonces, si un paciente está citado aunque sea una vez al mes y eso no sirva para nada, la institución puede decir que está cumpliendo con la garantía del plan AUGE. El límite de tiempo acota goce a la institución y del paciente, porque se introduce la dimensión de la ley, relanzándose el deseo. Introducir desde el inicio, en un tratamiento gratuito, la dimensión del límite de sesiones y en consecuencia de tiempo de atención, restringe inmediatamente la libre demanda. Lo planteo porque en el sector público no hay pago, la atención es gratuita, por lo tanto queda fuera de la lógica del intercambio y el valor fálico. El número de sesiones podría venir a ocupar el lugar de la ley. Insisto en mencionar que en ocasiones en atención secundaria hay pacientes que uno ve cada dos meses y así no se puede hacer un trabajo clínico serio.

Intervención: En ese sentido, ¿te parece que hay alguna diferencia entre plantear el límite al inicio o cuando el tratamiento ya está avanzado?

R. A: Se me ocurre que tu estrategia para el alta tiene que ver con introducir un tercero, es decir, «hay un límite institucional» y tu estrategia es hacer coincidir ese tercero con la opinión clínica que tienes del paciente. Lo que me parece importante, independientemente de si se hace al principio o al final, es la introducción de un instancia «tercera», de una terciaridad. En la consulta privada ese lugar del tercero puede estar ocupado por el dinero. Cómo introducir el tercero en los contextos institucionales dependerá de cada institución particular y de las contingencias. Lo relevante es hacer entrar algún elemento que no tenga que ver con el capricho, sino que se articule a un Otro de la ley. También se puede poner al paciente en el lugar del tercero, convocándolo a tomar posición respecto a su estado. Lo interesante es intentar responder al alta por la vía de la terciaridad simbólica y no por los procedimientos burocráticos y administrativos.

Intervención: En algunas ocasiones me ha ocurrido que el paciente percibe este límite del lado de la injusticia, en el sentido de sentir que es la Isapre la responsable. Ello no ayuda al trabajo.

R. A: Vamos a tener que pensar en esas cosas, porque en el contexto que mencionas se trata de una institución privada que entrega prestaciones del GES en salud mental a pacientes que no están afiliados al sistema público o a FONASA, sino a las aseguradoras privadas de salud, que son las mencionadas ISAPRES. Este es uno de los elementos novedosos de los últimos años, ya que pacientes que son del sector privado, hoy son atendidos con una cierta lógica del derecho que los incluye en una política pública. Hay que evaluar si ello implicará la posición de la libre demanda que

encontramos en el sector público; si es así, se van a generar nuevas formas de demandas al Otro. Habrá que ver cómo es el «contrato» simbólico de intercambio implícito en una institución privada como la que mencionas. ¿Cómo puede operar el límite en una institución privada? Me lo pregunto porque cuando digo que en las instituciones públicas el límite puede acotar el goce, se trata del goce de la libre demanda. En lo que tú señalas, cuando se introduce el límite, se instala en enfrentamiento con el otro: «Yo le he pagado tanto a la Isapre y ahora la Isapre no me quiere dar lo que necesito». No es la misma estructura. Tal vez no se trata de resistencias en el sentido clínico, sino de resistencias que se levantan ante lo excluyente de las instituciones y del modo de lazo social.

Intervención: Yo no estoy de acuerdo en la protocolización, porque inhiben el caso a caso; cada vez que se articula un protocolo de atención se olvida entrar en el caso a caso.

R. A: Depende de lo que se protocolarice.

Intervención: Número de sesiones, por ejemplo. Me es más fácil pensar cómo puede uno servirse de los dispositivos ya instalados en las instituciones. Por ejemplo, estaba pensando en esto de la libre demanda; al menos en el hospital donde yo trabajo, nunca es tan libre la demanda, ya que a los psicólogos nos llega el paciente vía la interconsulta de un psiquiatra o algún otro médico. Lo que uno ve es que hay muchas malas derivaciones y uno puede servirse, por ejemplo, de no recibir esas malas derivaciones. También estaba pensando en el tema del rescate; por ejemplo, al llamar a un paciente y este no viene a la primera sesión, se interpreta como una falta de interés y yo no hago el «rescate» de ese paciente ya que hay una lista de espera de más gente que necesita ser ingresada. Creo que hay que utilizar de algunos dispositivos para ir ordenando el tema de la atención psicológica. A mí no me calza mucho el tema de los protocolos por el riesgo de dejar de pensar en el caso a caso.

R. A: Lo que pasa es que todo depende de cómo se participe y se construya un protocolo. Se puede elaborar una guía clínica del procedimiento general o se puede caer en la demanda de protocolizar la intervención, lo que claramente no es algo con lo que estemos de acuerdo. Cuando yo me refiero a las estrategias políticas de participación, estoy diciendo: «Sí, claro que los analistas podremos hacer una guía clínica», pero para poder incluir en ella la dimensión del significativo de la falta del Otro, es decir, que no sea una guía completamente consistente. Piensen que la guía clínica de la depresión resiste de todo, es lo suficientemente amplia como para regular bien poco, pero está, y cuando está señala un lugar. Son discusiones que tendremos que impulsar, porque son cosas que rondan en el ambiente.

Otro tema relevante es la derivación y cómo nos derivan a un paciente. Ahí podemos servirnos de un significativo del Otro social como la «capacitación», es decir proponernos enseñarle a profesiones de otras disciplinas algunas claves de escucha para los momentos de derivación. Se puede intervenir entregando herramientas de

escucha para los equipos médicos, lo que también les disminuiría la ansiedad que suelen sentir frente a los problemas psicopatológicos. Por eso los médicos no escuchan mucho a los pacientes, porque se angustian y se angustian porque no saben cómo escuchar y qué lugar darle a lo que escuchan; si los ayudamos en eso, se van angustiar menos y se van a transferir con el psicoanálisis.

CAPÍTULO VI

LAS PSICOSIS ORDINARIAS: UN APORTE LACANIANO A LA CLÍNICA DE LOS CASOS GRAVES

19 de mayo de 2010

El tema de hoy corresponde, como les comentaba la clase pasada, a una modificación en el programa que consideré imperativa a partir de la preparación de las clases de depresión. Es imperativo dada la presencia de casos de psicosis que la psiquiatría diagnóstica como depresión, presentando manifestaciones raras de angustia, porque no están los signos clínicos de lo que la psiquiatría considera como una esquizofrenia o un trastorno delirante a partir de sus manuales diagnósticos.

Así, el diagnóstico de depresión se ve desbordado por una problemática psicopatológica muchísimo más amplia que un trastorno del humor, presentando fenómenos como la despersonalización, efectos de vacío de sentido, desvitalizaciones, alteraciones como la desorientación de consciencia, etc. Todas ellas hacen necesario pensar en la clínica de las psicosis.

ORIGEN Y ALCANCES DEL DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS ORDINARIAS

Quise incluir esta clase de psicosis desde una perspectiva particular como es la conceptualización que se viene fraguando desde hace unos diez años en torno al concepto de psicosis ordinaria. En algún momento incluso se hablaba de los casos inclasificables, lo que resulta bastante impropio, ya que finalmente se trató de un problema de nominación del texto en el que publicaron las conversaciones en las que se trataron estos temas. Este problema clínico se expresa también en la discusión en torno a la pregunta acerca de las psicosis no desencadenadas. Son temas que circulan a partir de preguntas acerca del desencadenamiento, a la suplencia, el problema del *sínthome*, etc.

Quisiera comenzar comentándoles cómo surgió el término *psicosis ordinarias* en el contexto de nuestra comunidad psicoanalítica de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Nació como un problema clínico al que Eric Laurent se refería como un programa de investigación. En el contexto de las secciones clínicas en Francia, se realizaron dos reuniones, una en Angers y otra en Arcachon por ahí por el año 1999, que están publicadas en un libro que se llama «Los inclasificables de la clínica psicoanalítica». Esas reuniones se realizaron con un dispositivo que se llamaba «conversación clínica», consistente en un número de casos que circulaban entre quienes asistirían, para reunirse luego en una mesa de trabajo a discutir los casos, con la asistencia de público; es decir, que los casos no se leían durante la conversación.

La primera conversación fue sobre «efectos de sorpresa en las psicosis» y la segunda «casos raros», que fue la que dio lugar al problema de lo inclasificable. Luego se hizo una tercera reunión en Antibes en donde se abordó derechamente el problema desde la perspectiva de las psicosis, solicitándosele a varios analistas que hicieran investigaciones sobre el problema del desencadenamiento en las psicosis, de la transferencia y del cuerpo en las psicosis. Esos trabajos teóricos, que incluían viñetas clínicas y discusión, se publicaron en un texto de nombre «Psicosis ordinaria». El término «psicosis ordinaria» lo propone Jacques Alain Miller en oposición a las «psicosis extraordinarias», que serían las psicosis al estilo de Schreber, que presentan lo que la psiquiatría llama síntomas positivos como delirios y alucinaciones; son aquellas de las que el clínico no duda que se trata de una psicosis. Pero hay otras psicosis que son mucho más discretas y que no poseen los síntomas clásicos de las psicosis y que recuerdan la descripción que Bleuler hacía sobre la escisión de las funciones psíquicas. Por ejemplo, pacientes que a veces andan muy bien en la vida y de pronto en el campo del pensamiento nos encontramos con contenidos y estructuras que no encajan. Es decir, que aparecen fenómenos que no se articulan según la lógica del S1-S2 y la lógica de la retroacción. Para esos casos,

tenemos la propuesta de comenzar a pensarlos con el concepto de la psicosis ordinaria.

Es también una herramienta potente para pensar los casos que se suelen denominar «límites»; no se trata obviamente de una equivalencia entre los «estado límite» y las psicosis ordinarias. Esta noción clínica nos permitirá orientarnos en muchos casos que en ocasiones se resisten a nuestras intervenciones, porque las estamos pensando como neurosis graves, sin caer en cuenta que se trata de psicosis.

Les daré algunos ejemplos. Los casos de adolescentes que llegan permanentemente con el diagnóstico de depresión y en ocasiones con preguntas, como consecuencia de la derivación, acerca de si se trata de un primer brote de esquizofrenia o no. Lo interesante es que los pacientes no presentan síntomas positivos, sino más bien un desinterés marcado, articulado a veces a algún rasgo identificador a lo que se llama «tribus urbanas», un aislamiento en ocasiones articulado al desarrollo de una vida social vía internet y una distancia con el Otro. Si quieren pensarlo de esta manera, estamos frente a síntomas más bien de «tipo negativo», como los llaman en psiquiatría. Comenzamos a investigar y verificamos que no hay claridad en los motivos de consulta en el paciente mismo; las quejas y la demanda más bien vienen del lado del Otro, de lo padres, del colegio, o del médico, etc. El paciente a veces es bastante impreciso en la descripción de lo que le ocurre y en ocasiones no designa algún aspecto que quieran cambiar de sí mismos. Esos son casos que nos comienzan a confrontar a la pregunta de si se trata de neurosis o de una psicosis, que no presenta los signos clínicos que la psiquiatría reconoce como primer brote. Por supuesto, estoy generalizando bastante, pero me interesa presentarles el problema que esos casos representan. La psiquiatría tiende a diagnosticar estos casos como depresión severa o como trastorno esquizotípico. Recuerdo un caso en el que desde ningún punto de vista era una esquizofrenia, pero analíticamente podía pensarse como una psicosis. La discusión que teníamos con los psiquiatras era si se trataba de un pródromo o no, y frente a eso surgía la pregunta de si existía indicación de tratamiento para los pródromos y que se podía deducir desde la guía clínica.

Lo importante de la amplitud del diagnóstico de psicosis, que propone el psicoanálisis, es que en ocasiones se puede estar tratando un caso como si fuese una neurosis grave y de pronto, si se consideran los conceptos de psicosis ordinaria, uno empieza a pensar que tal vez no se trata de una neurosis. Recuerdo un caso de una mujer cuyo padre había muerto hace doce años y padecía una suerte de «duelo patológico», como le llaman en psicología. Al morir el padre comienza a sacarse el pelo y este deja de crecer por lo que debe utilizar un pañuelo. Además, aparece un fenómeno que me parece que escapa a las barreras, ante lo real, propias de la neurosis. El fenómeno es que ella tiene la idea de que se aliviará cuando al hacer la reducción en la tumba del padre, le permitan verlo. Dice ella que ahí lo va a ver «con su piel blanquita como lo vi el día que estaba en el ataúd». Yo le comento que han

pasado doce años y le pregunto si no cree que después de ese tiempo algo ha cambiado. No puede decir nada al respecto. Su posición no se rectifica, es como si su posición quedase suspendida. En general, cuando se trata de histerias que han quedado detenidas frente al duelo, si se impulsa el discurso a girar en torno a la idealización del padre, el proceso de duelo se suele destrabar más o menos rápidamente. Cuando hay algo del orden del ideal, y el discurso se orienta a desplegar dicho ideal, el malestar suele reubicarse, por que el ideal empieza a deconsistir conectando con la dimensión del significante de la falta en el Otro. Casos como el que les comento pueden ser pensados a partir de este concepto de psicosis ordinaria, al que le anexamos este matiz de la ausencia de signos clínicos clásicos de la psicosis.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES EN LACAN DEL CONCEPTO DE PSICOSIS ORDINARIA

Vamos a introducirnos en el concepto de psicosis ordinaria. En primer lugar, es un concepto que hay que ubicar en la lógica de la última enseñanza de Lacan. Recuperemos dos nociones que les comenté en las primeras clases.

Primero, la homogeneización de los registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario. Es decir, que gracias a la función del punto de calce cualquiera de los tres registros puede cumplir la función de sostener la estructura. En el abordaje de la psicosis, propio de la primera enseñanza de Lacan, la hegemonía era de lo simbólico y la psicosis era el resultado de la forclusión del nombre del padre en tanto un elemento rechazado de lo simbólico. Luego viene la metáfora delirante como intento de curación, que consiste en un esfuerzo de estabilización imaginario-simbólica de la cadena significativa. Si se deja desplegar la metáfora, es de suponer que se llega a un punto donde se estabiliza la relación entre el significante y el significado. Con la idea de la homogeneización de los registros ya no es privilegio de lo simbólico articular la estructura.

La segunda noción clave para el surgimiento de la noción de psicosis ordinaria, es la del síntoma como función, como cuarto nudo, que también destaqué en la tercera clase. Es decir, el síntoma como aquello que sostiene a los registros, o si prefieren, que posibilita el punto de calce, articulando los registros.

Estos desarrollos de la psicosis ordinaria no están en Lacan, sino que se trata de aportes de la comunidad de trabajo de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

A estas dos grandes ideas de la segunda enseñanza de Lacan, debemos agregar el trabajo que él realiza en torno a Joyce, ya que es desde esa perspectiva desde donde podemos plantearnos frente a estas psicosis «no desencadenadas». Lo pongo entre comillas ya que es toda una discusión; algunos dicen «se desencadenaron pero luego se estabilizaron» y otros «que no, que nunca se desencadenaron». Por ejemplo, respecto al «caso Joyce», algunos sostienen que sí se desencadenó en el momento de la golpiza descrita en la novela *El retrato de un artista adolescente*, en la que luego de recibir golpes de un grupo de muchachos Stephen señala, respecto al dolor, que el dolor del cuerpo se desprendió como la cáscara de un fruto maduro, siendo ese el punto donde el cuerpo imaginario se desarticula de los otros dos registros. La cuestión clave de estas psicosis es que en la experiencia del sujeto hay una continuidad psíquica de la experiencia, sin detectarse manifiestamente una ruptura abrupta al estilo del «brote» psicótico.

Trabajemos algunos puntos relevantes de los desarrollos de Lacan sobre Joyce. Una de las observaciones relevantes, y que constituye un punto de discordia con la idea lacaniana de las psicosis, si oponemos la primera y la segunda clínica, es la idea

discontinuada de la psicosis. Hay una discontinuidad entre neurosis y psicosis basada en la forclusión del nombre del padre. La idea kleiniana de la psicosis, en cambio, es una concepción continuista, ya que esta autora sostiene que el aparato psíquico en su origen responde al modelo de la psicosis, para paulatinamente «neurotizarse» a través del desarrollo de este. En Lacan, la psicosis es el resultado de un fracaso del proceso neurotizante de constitución psíquica. Hay una cierta idea del déficit, de la falla. La teoría de la forclusión del nombre del padre es una teoría en la que la psicosis queda ubicada como producto de una falla de un proceso de simbolización. Es una comprensión deficitaria en donde el modelo de constitución psíquico-neurótico queda ubicado en la función del ideal. La psicosis queda del lado del déficit. Esta idea de la homogeneización de la función de los registros puede contribuir a no basar toda la teoría psicoanalítica de la psicosis sobre la idea de déficit. Sin embargo, la teoría de Lacan sobre Joyce sigue siendo una teoría deficitaria en alguna medida, porque lo que sostiene Lacan es que en Joyce se desanuda, se produce un lapsus del nudo, un error del anudamiento que hace que el registro de lo imaginario quede suelto.

Ese desanudamiento del registro de lo imaginario se verifica con la relación que Joyce mantendría con su propio cuerpo, para lo cual Lacan toma el relato que les comentaba acerca de la golpiza. Pese a eso, según Lacan, Joyce no se desencadena, es decir no produce una psicosis «extraordinaria», no produce fenómenos psicóticos positivos, como diría la psiquiatría. No los produce por una razón fundamental, y es que Joyce se construye un «ego», un ego que tendrá la función de un nudo que repara el lapsus del nudo que había dejado suelto a lo imaginario. Es decir, que construirá una suplencia en el punto donde el anudamiento borromeo fracasó. Les cuento todo esto porque si bien me interesa la idea de la suplencia, también me interesa mostrarles que es una conceptualización que se mantiene dentro de la teoría del déficit, de la falla.

Entonces, tenemos los desarrollos sobre Joyce, que a pesar de que sigue siendo una teoría centrada sobre el déficit, va a abrirnos a la dimensión del funcionamiento, sugiriendo que se puede funcionar con algo que falla. Esa idea nos invita a incluir en nuestras perspectivas clínicas la dimensión de la funcionalidad. En Lacan no está sistematizada, pero si hay algo en que los desarrollos de Jacques Alain Miller se destacan es en la precisión que ha realizado en torno al problema del funcionamiento, de la pragmática del síntoma. Es una idea que si bien ha sido sugerida por el Seminario XXIII de Lacan, es Miller quien le ha dado una consistencia conceptual.

La tercera idea que me parece importante es que el trabajo de Lacan sobre Joyce nos permite pensar en la concepción de estructuras psicóticas que no presentan los síntomas clásicos de la psicosis. Esto nos permite pensar, más allá de lo que clásicamente se ha conceptualizado como psicosis, ya que lo que se ha considerado clásicamente en psiquiatría como un síntoma patognomónico de la psicosis es una definición emparentada con el empirismo filosófico; me refiero a la definición de

alucinación como «percepción sin objeto» de Esquirol. Es la idea básica, de 1812 aproximadamente, sobre la que se construye el concepto de psicosis. Se trata de una «idea empírica» centrada en la correlación entre percepción y objeto empírico.

En consecuencia, la posibilidad de trabajar con psicosis estructurales, no desencadenadas, es decir, sin los fenómenos clásicos, nos permite alejarnos del empirismo y centrarnos en el funcionamiento psíquico a partir del no funcionamiento del discurso del inconsciente que equivale al discurso del amo. Se trata de detectar si el discurso del inconsciente está en función o no, ya que se puede tratar de una psicosis que no produce síntomas psicóticos.

Con estos elementos entramos al terreno de las psicosis ordinarias que, insisto, no requieren de un diagnóstico distinto al de psicosis, sino de psicosis con una forma de presentación distinta.

LOS FENÓMENOS ELEMENTALES Y LA AUSENCIA DE SIGNIFICACIÓN FÁLICA (Φ O)

Una de las características centrales de las psicosis ordinarias sería la «continuidad», mientras que del lado de las extraordinarias ubicaría la «discontinuidad» que se pesquisa en el denominado brote psicótico. Desde el psicoanálisis también detectamos el punto de discontinuidad a partir de los «fenómenos elementales» que son los que designan e indican el punto de ruptura que tiene que ver con el encuentro, con lo que Lacan llama un padre en lo real que confronta al sujeto con la ineficacia simbólica de su aparato psíquico. Dado que ante el encuentro con el padre en lo real no se podría recurrir al significante del nombre del padre, se produce el desencadenamiento psíquico, dando lugar a la metáfora delirante.

Dentro de los fenómenos elementales podemos encontrarnos con fenómenos de sentido, fenómenos de cuerpo y fenómenos perceptivos, según los clasifica Miller en el texto «Introducción al método psicoanalítico». El «fenómenos de sentido» es cuando un sujeto se ve confrontado a la revelación espontánea de una verdad que el sujeto vive con una certeza inamovible. Por ejemplo, cuando el sujeto tiene la certeza de que un programa de televisión está dirigido a él por vía de un contenido codificado, es decir, hay un sentido absolutamente cierto que se le revela. Esa certeza pone al sujeto en discontinuidad respecto al resto de su vida, establece un antes y un después en la historia del sujeto. Es un punto de inflexión de la continuidad del sentido de la vida de un individuo.

Los «fenómenos de cuerpo» son sensaciones y significaciones de extrañeza respecto al propio cuerpo. El cuerpo o una parte de este se le vuelve impropia y extraña al sujeto; aquí encontramos puntos de ruptura en la relación del sujeto con respecto a la propiedad del cuerpo. La ruptura es que lo que existía de relación entre un S1 y un S2 ya no existe; rigurosamente hablando, en la psicosis no hay el estatuto de un S1 con todas sus letras, sino más bien de otro S1 que hace las veces del S2 ya que no hay nombre del padre. Por ello es que se trata de un «armado provisorio» de la cadena significativa. Es en esta orientación que Miller asienta la idea de psicosis ordinaria, ya que encontramos armados provisionales donde la ruptura del S1 con el S2 no se capta en toda sus dimensiones.

Entonces, del lado de la psicosis ordinarias tenemos la continuidad. ¿A qué me refiero con la continuidad? Quisiera leerles algunos párrafos: «... término suplencia, que utilizamos a menudo en la clínica borromea, en realidad no pertenece a esta clínica sino más bien al primer registro, porque para que haya suplencia es necesario que haya falta. Ahora bien, la clínica borromea más que una clínica de la falta es una clínica del funcionamiento»¹⁰.

Observen cómo está presente la idea del funcionamiento de manera insistente. Otra cita: «...el único punto verdaderamente interesante es práctico y la pregunta práctica es ¿cómo hacer para que la evolución de un sujeto sea más continua que discontinua, es decir, cómo evitarle las crisis, los desencadenamientos y las escansiones»¹¹.

Es importantísimo este sesgo práctico para la clínica de las psicosis, porque se trata de como eludir las rupturas y los derrumbes psíquicos en la vida. Les leo una última cita a propósito de aquello que podría ser lo que le evite las crisis a un sujeto, contribuyendo a mantener su estabilidad: «...podemos hacer del sesgo práctico un concepto capital, pues el aparato del síntoma garantiza la articulación entre una operación significativa y las consecuencias sobre el goce de un sujeto»¹². Es decir, impulsa la idea de un aparato que articule significativo y goce. Eso nos obliga a dar lugar a lo que los sujetos hacen para solucionar sus pequeñas rupturas, a eso que nos relatan como sus intentos de solución para poder identificar lo que ha resultado y lo que no. Recuerdo un caso que vi durante tres años y se trataba de una psicosis que nombraba sus dificultades como «fobia social»; con ello no designaba lo que se suele comprender como fobia social, sino que él era un tipo rebelde que no podía encontrar su lugar en el mundo. A ello se refería como: «Me gustaría dejar una huella». Es decir, un lugar de inscripción. El decía tener intereses en las ciencias sociales como un cierto rasgo de marginalidad, pero no lograba entrar a la universidad y realizaba intentos de articulación que tenían que ver con la marginalidad, una marginalidad que le permitía una cierta prótesis de inclusión. Un episodio interesante fue que, dado que no podía lidiar con los jefes, se compró un carro de lechero, de esos que venden distintos productos lácteos, y se instaló afuera de una universidad donde comenzó a generar lazos de amistad con estudiantes universitarios, logrando así participar de ese ambiente. Eso lo mantuvo estable un cierto tiempo. En todos los lugares había siempre una marca de diferencia, pero no de una diferencia que luego lo reanudara desde la lógica fálica, sino que lo expulsaba y lo que él vivía eran permanentes cortes del lazo social. Lo que hace la lógica fálica es que se sale y luego se vuelve a entrar; hay pérdida y hay recuperación. La neurosis siempre se debate en el reclamo por evitar la pérdida.

Les comento este caso porque una de las características centrales de las psicosis ordinarias es la ausencia de significación fálica, Φo . Tradicionalmente, la psicosis se ha descrito desde la perspectiva de la ausencia del nombre del padre y el fenómeno elemental sería el signo, por excelencia, de la ausencia del nombre del padre, ya que da cuenta de la ruptura de la cadena significativa y el hecho de que no pueda venir un segundo significativo a estabilizar el sentido de un sujeto. En el texto «Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis», la forclusión del nombre del padre está escrita como $P o$. También aparece otro matema que es el Φo , que designa la ausencia de la significación fálica, y esto es interesantísimo porque nos da una

herramienta clínica de diagnóstico con algunos matices distintos a la de los fenómenos elementales.

Diagnosticar la psicosis por vía de los fenómenos elementales como indicadores de la forclusión del nombre del padre es nuestra dirección «clásica», por decirlo de alguna manera. Se puede también diagnosticar la psicosis evaluando la presencia o la ausencia de la significación fálica, que por cierto es también un indicador de la ausencia del nombre del padre y la podemos considerar un fenómeno elemental del orden del sentido. Ahora bien, la ausencia de la significación fálica designa, en tanto área de exploración clínica, la ausencia de aquello que verificaría la neurosis.

Me explico, ¿qué es la ausencia de significación fálica? En primer lugar, es la no existencia en el discurso del paciente, y en el universo de sentido del sujeto, de la dimensión del deseo del Otro. La presencia del deseo del Otro se capta en la interpretación que hace el neurótico, en el campo de lo que ocupa para él el lugar del Otro, de un deseo que lo convoca en tanto sujeto. Por ejemplo, cuando ustedes le preguntan a un paciente que fue maltratado por la madre en la infancia acerca de qué cree él que hizo que su madre lo tratara así, el paciente responde: «Bueno, es que ella tuvo una vida muy difícil». Estamos aquí frente a una interpretación que incluye el deseo del Otro, porque el Otro aparece como un Otro en falta. Es un Otro con una causa que está más allá del sujeto, por lo que el sujeto ubica la castración en el Otro. «Tuvo una vida tan difícil que no sabía cómo ser mamá». Así, el Otro materno aparece en falta, tachado por el significante de la falta en el Otro.

Aquella paciente que les mencionaba en otro momento y que se quejaba de que la madre había hecho muchas diferencias con ella respecto a sus hermanos y que se sentía culpable de esas diferencias, en donde «culpable» la ubicaba en el lugar de la causa, designando la significación fálica en relación con el Otro. Se atribuía a sí misma, bajo la forma de la culpa, la causa de las diferencias que hacía la madre. Otro ejemplo de significación fálica es el de una paciente que decía: «Yo creo que mi madre a mí siempre me trataba mal porque se ponía celosa de lo bueno que era mi papa conmigo». Lo interesante es que cuando ya era adulta la paciente se lo dijo a la madre y la madre le dice que estaba equivocada y que ella la golpeaba porque se portaba pésimo cuando niña. Esta conversación espontánea, que tuvo con la madre, la alivio mucho, porque hizo deconsistir su interpretación fantasmática. El lugar del deseo del Otro en este ejemplo es manifiesto.

Uno de los indicadores clínicos de la ausencia de significación fálica es precisamente que no existe, en las atribuciones de sentido de sujeto, la dimensión del deseo del Otro.

Otro indicador clínico de la inexistencia de significación fálica es la posibilidad de parte del sujeto de representarse, con un significante fálico, ante otro significante. El sujeto no puede ubicarse como poseedor de atributos fálicos. En consecuencia, no aparecen los efectos imaginarios de la castración. Cuando no hay significantes como

«culpable» que remita a otro y que permita la asociación de ideas, resignificando al S1, es porque está interrumpido el lazo fálico entre los significantes. En el caso de la paciente que quería ver al padre cuando se abriese su tumba, ese anhelo toma la forma de un S1, ya que no es posible resignificarlo; cualquier pregunta, cualquier invitación a pensar en eso choca con una ausencia de ideas. No se trata de «no sé» histérico, que dice: «¡No sé! Dígame usted porque usted es el psicólogo!». Se trata de una perplejidad en la que el sujeto no tiene orientación. La significación fálica, en cambio, orienta a los neuróticos y les hace incluso tomar decisiones.

Basta que ustedes se hagan la pregunta de por qué quisieron estudiar psicología, y les aseguró que en sus respuestas aparecerá la significación fálica. Siempre que alguien decide formarse como analista esta la significación fálica en juego. ¿Por qué prefirieron a Lacan y no a Klein? Seguramente hay identificaciones fálicas en juego. Las identificaciones fálicas orientan; por ello es que las psicosis ordinaria presentan a un sujeto que se experimenta sin rumbo. Es como lo señalaba el borracho de la película *El secreto de sus ojos*: «¡Busquen dónde está la pasión!». Ahí encontraremos la repetición que traza un rumbo. Estos sujetos pueden aparecer como desorientados o sin causa, es decir, que no saben muy bien ni «por qué» ni «para qué».

Otro aspecto es precisamente la ausencia del lugar de la causa. Son sujetos que aparecen sin la hendidura causal que el neurótico localiza en el fantasma. No hay la separación como operación lógica, por lo que el objeto *a* no está extraído. En este sentido, cuando se despliega un discurso, la causa siempre aparece opaca, es una sombra en el sentido, el sujeto no sabe bien qué, pero sabe que algo hay en esa opacidad; esa es la causa. Ese fenómeno de opacidad del sentido no aparece en estas situaciones.

Intervención: Tratando de salirse de la idea del defecto, estaría la dirección de la presencia de los objetos no afectados por la falta. Es el paciente «con» un objeto particular, con el carrito, por ejemplo. Los objetos aparecen y ese es también un indicador clínico. Es complicado llevar a un paciente psicótico hacia el problema de la causa, pero es más fácil detectar la presencia de los objetos.

R. A: Me acuerdo de una paciente que estaba desestabilizada y que andaba con un «pañito» entre sus manos que restregaba todo el tiempo y me decía: «Es mi compañero, esto me tranquiliza», refiriéndose al «pañito».

Intervención: Eso también nos permite pensar el problema, al que te referías en algunas clases, del yo y de cómo se pueden pensar algunas estabilizaciones desde el problema del objeto, pensando en el *i(a)*.

R. A: ¿Cómo empalmar esos objetos a partir de la imagen? Yo siempre recuerdo ese señalamiento de Lacan acerca de que lo imaginario continúa lo real, de manera en que el sentido y su continuidad pueden permitir ciertas localizaciones.

Intervención: Claro, porque el yo lo que permite es el $-\phi$, por lo que en la psicosis queda el objeto *a* sustraído. En estas psicosis más raras a veces los objetos no quedan

sustraídos.

R. A: Podríamos pensar, a partir de Joyce, en la idea de la nominación como forma de estabilización. Recuerdo una clase en Córdoba, con Gerardo Mansur, en la que señalaba que había estabilizaciones que se podían hacer por la vía de la *nominación* y otras que iban por la vía del *hacer*. Incluso que en ocasiones un hacer podía contribuir a una nominación. Es decir, que a veces un hacer podía alentar una identificación. El tema era cómo orientares, ya sea respecto al hacer o respecto a la nominación, y lo que él planteaba era que había que buscar algo del orden del ideal, no del ideal del yo, sino del orden del ideal en el discurso del Otro.

Retomo la cuestión de la causa, señalando que no hay la atribución fálica a la causa. Se trata de sujetos que no se remiten al Otro. Sin el Otro el paciente se vuelve un poco «autista», se observa una ausencia de la necesidad del sujeto de remitir al campo del Otro. Les cuento una situación de hace varios años que me parece pertinente. Es un paciente que me llega derivado por un psiquiatra para ser evaluado, dado que el paciente quería operarse las orejas, ya que decía que las tenía demasiado grandes. El cirujano lo mandó al psiquiatra y este al psicólogo. Lo interesante es que el me hablaba de lo traumático que había sido para él en la vida tener las orejas grandes y lo específico es que él nunca me mostró sus orejas; él iba a buscar un aval para operarse y si la función del Otro de la neurosis estuviese funcionando, él perfectamente podría haber requerido del Otro como testigo. Los neuróticos pasan por el Otro, por eso es que muchos van a comprar ropa con amigas, le preguntan la opinión a alguien autorizado, solicitan recomendaciones acerca de qué analista elegir, etc. El paciente del que les hablaba no necesitaba pasar por el campo del Otro para verificar su creencia. Su certeza era sin el Otro. Las neurosis nos muestran las pruebas; a veces nos están hablando de un familiar y sacan el celular y nos muestran la foto, se alojan en el Otro. No es el adolescente neurótico que viene enojado porque lo traen al psicólogo, y que si uno logra salirse del lugar del ideal del yo desde el que el colegio o los padres demandan tratamiento, rápidamente aparece el deseo y se instala transferencia. Estos son pacientes que no se angustian ni dividen, por ejemplo, con fenómenos como el silencio; un neurótico se inquieta con el silencio, lo desafía; en estos casos, no hay esa inquietud; por el contrario, hay la quietud. El no pasaje por el campo del Otro es un claro indicador de que no se trata de una neurosis. Las neurosis intentan el pasaje por el campo del Otro. El Facebook y las redes sociales de Internet posibilitan muchas estabilizaciones precisamente porque introducen una distancia con el campo del Otro. He visto pacientes psicóticos cuya vida transcurre por Facebook; bueno, pensándolo bien, también conozco neuróticos cuya vida transcurre por Facebook (risas).

El último rasgo que me parece importante para indicar la ausencia de significación fálica, es la ausencia de repetición. Con la ausencia de repetición me refiero a la ausencia de intervalo, la incapacidad del paciente para ubicar en su historia aspectos,

problemas, malestares, significaciones que se repiten. No se trata de algo que le ocurre siempre, sino que hay intervalo y por ello hay repetición. Recuerden que la relación entre S1-S2 supone el intervalo en torno al cual gira la repetición. En las psicosis ordinarias nos topamos con la presencia de una constante, como si hubiera algo que ha estado siempre y que le ha dado una cierta continuidad al funcionamiento psíquico. Hay que distinguir la *constante* de la *repetición*. La repetición es siempre fálica, porque implica la relación de S1 con S2 por la vía de la temporalidad de la intermitencia.

La neurosis es una estructura determinada por la temporalidad de la intermitencia: una día bien y un día mal. La neurosis siempre afirma una cosa para luego contradecirla. De eso se trata la condición del sujeto dividido, barrado. En la psicosis ordinaria pesquizamos una cierta eternización del tiempo, dependiente precisamente del fracaso del mecanismo S1-S2.

Estas indicaciones pueden contribuir a pensar el problema de la clínica de las psicosis desde la perspectiva de psicosis sin síntomas clásicos, que además tienen el problema de que pasan inadvertidas en las instituciones dominadas por el discurso psiquiátrico y que además terminan siendo categorizadas como si fueran otro tipo de patologías. Además, nos confrontan con el riesgo de apresurar un diagnóstico de psicosis, sobre todo en Chile, donde la esquizofrenia tiene un tratamiento financiado por el Estado. Las psicosis ordinarias son casos que pueden andar muy bien si es que ayudamos a mantener la continuidad de la experiencia psíquica. Me ha tocado tratar algunos casos así y la posición, en un cierto punto, es acompañar, estar al lado y acompasarse a la singularidad del sujeto. Es acompañar aquello que funciona, y cuando hay riesgo de que deje de hacerlo, tratamos de que se estabilice de nuevo.

Intervención: Quería hacer una pregunta acerca de cómo ópera la transferencia en la psicosis, porque yo creo que has dado ciertos elementos como que no hay «sujeto supuesto saber», sino que cuando aparece algún sujeto aparece desde la certeza; tampoco aparece la pregunta por la causa, pero sabemos que la transferencia funciona.

R. A: Pienso que el problema de la psicosis es que, a diferencia de la neurosis, que limita y localiza el goce del Otro con el fantasma y el objeto *a*, no posee recursos simbólicos para esa función. Por eso es que el desencadenamiento de la psicosis pone en juego una deslocalización subjetiva del goce del Otro; el sujeto no lo puede localizar.

La neurosis hace transferencia desde la modalidad fantasmática. La histeria puede estar, por ejemplo, en la posición de sustracción, mientras que los obsesivos tienen el problema de la demanda. En la psicosis el gran riesgo es que el analista sea ubicado en el lugar del goce del Otro. Ahí es donde transferencialmente hay que intentar ubicarse del lado de lo que ese síntoma, psicótico, hace posible esbozar un cierto límite al goce del Otro. Es algo de esa posición que se suele a llamar «el secretario

del alienado». El secretario es una figura de ausencia de goce; el secretario no goza; el que goza es el que usa los servicios de secretariado. Si el secretario cambia las palabras que le dictaron y aparece su propio goce, ya no sirve como secretario. El secretario no habla en nombre propio. El problema de la posición puede plantearse a partir de la necesidad de ubicarse en un lugar distinto al de la figura del Otro gozador que le aparece al sujeto en el momento de la desestabilización. Entendiendo, por supuesto, que no están las herramientas fantasmáticas que sí aparecen en la neurosis, en donde incluso hay estrategias analíticas para contrarrestar la inercia del fantasma de la neurosis.

Intervención: Pensaba en esto que se dice de la función de la presencia, del lado más «de lo que sí se puede hacer» y no solo de lo que hay que evitar hacer.

R. A: Sí, es cierto, la presencia, por ejemplo, también tiene que ver con la presencia simbólica, es decir, no necesariamente con ir siempre a sesión, sino con saber que el analista es una presencia que no desaparece. Por otro lado, está la posición de alentar, alentar lo que le permite al sujeto darle continuidad a su vida, avalar, poder responder «sí, me parece bien, sobre todo porque usted dice que funciona». Es una posición no neutral porque estamos del lado del síntoma como funcionamiento; por ello es que no podemos ser neutrales con eso. Tal vez habría que reflexionar, en torno a los casos de psicosis, en la posición de la neutralidad y en su modulación según las singularidades del caso.

Intervención: Cuando hablabas de los fenómenos de sentido decías que se produce una ruptura entre S1 y S1. A mí me era más comprensible pensar en una ruptura entre S1 y S2, porque si hay certeza psicótica no hay ninguna referencia a un S2 que venga a mover eso. Ahora, ¿esto de S1-S1 se podría entender como una continuidad imaginaria?

R. A: Escribía S1 -S1 porque, estrictamente hablando, en la psicosis no podemos decir que hay un S2 en el estatuto del nombre del padre; digo que hay un S1 que hace las veces de S2. Podemos pensar que si hay S1 hay algo de la continuidad y no de la discontinuidad, porque la discontinuidad es una función metafórica, es la metáfora del nombre del padre la que hace discontinuidades. Lo imaginario hace continuidad con la función de unificación del yo. El otro aspecto es el problema sobre cómo introducir algo de continuidad cuando la discontinuidad se hace presente. Allí donde en la dirección de la cura de la neurosis explotamos la discontinuidad de lo que no funciona, con estos sujetos es como si hubiese que volver a poner un S1 en el punto de ruptura para permitir que la relación al Otro siga funcionando. Se trata de no esperar una gran catástrofe, con la esperanza de que venga la metáfora delirante a estabilizar al sujeto. No esperar la ruptura, sino tratar de favorecer la no ruptura.

Intervención: Yo pensaba, con respecto a la pregunta de la presencia, acerca de cómo la presencia puede ser muy agradable también. Pensaba sobre qué será lo que funciona de esta presencia; no sé, por ejemplo, trayendo un objeto a sesión, en donde

se termina hablando del objeto, instituyéndose un «más allá» en sesión. No es la alienación al Otro, sino un intento de separación. Estaba pensando en un paciente que trae el recuerdo de que su mamá, cuando él hacía una pataleta en el autobús, lo lanzó para abajo en forma de castigo. No hay posibilidad de contención, el Otro se destituye, ante lo que el paciente se ubica transferencialmente en una incertidumbre enorme: «¿Iba yo a quedarme o no arriba de la micro?». Era un paciente que tendía mucho al *acting*, hasta que yo le pido que traiga un dibujo, ya que él dibujaba y hablábamos de eso.

R. A: Introdujiste el objeto desde el ideal.

Intervención: Sí, y es una petición, «que interesante lo que está diciendo, porque no me trae esos escritos».

R.A: Es el interés tuyo en el objeto y no en él.

Intervención: Claro, porque el riesgo es que el Otro lo fagocite, porque no hay función de separación. Otra manera es preguntar desde el semblante de la ignorancia. Tuve un paciente con el que me enganché; fue a través de la música y tuve que poner «cara de tonto» y preguntar por cómo suena un parlante; esto después de al menos seis meses de silencio absoluto en las sesiones. Hasta que tuvimos grandes conversaciones sobre los parlantes, las frecuencias, los efectos de eco, etc. Uno queda en la posición del que ignora y el que sabe es él.

R. A: Es importante esa clave. Bueno, tú la has trabajado bastante, y es la orientación hacia la extracción del objeto por la vía de lo real.

Intervención: Pensaba también en cuál es el límite entre exigir traer un objeto e invitar a traer un objeto; es un límite muy fino. Podría aparecer como una especie de imposición.

R. A: En este punto es que cobra sentido la diferencia entre neutralidad y abstinencia. Si queda del lado de la exigencia es porque no hay abstinencia.

Intervención: Además, se trata de cómo uno orienta la escucha, porque en el caso de mi paciente podemos decir que este propuso un objeto. No es protocolarizar, sino que los pacientes son ellos mismos quienes traen objetos.

Intervención: Pensaba en algunas modalidades terapéuticas en las que la lógica es hacer un objeto, o «todos a pintar».

R. A: Claro, esa idea de que poner al paciente a «hacer algo» es por sí misma terapéutica. De eso están llenos los centros diurnos y los hogares protegidos. Cuando los pacientes psicóticos no están aún muy deteriorados, los ponen a hacer collage o pintar cajitas de cartón en un taller supuestamente de rehabilitación. Es el estándar de la identificación grupal. Esas son «las redes que atrapan» y que son el fundamento de estas intervenciones comunitarias. Es un problema porque son redes que atrapan, de las que cuesta muchos salir para volver a deambular por la sociedad.

Intervención: ¿Cómo se puede pensar el lazo social a partir de esto de la continuidad y la discontinuidad del brote? Me refiero a que el paciente pueda obtener

mayor movilidad en el lazo social más allá del protocolo.

R. A: Aquí hay una tensión que no es solo clínica, sino también institucional. Cuando los pacientes caen en estas «redes», sobre todo con un diagnóstico como esquizofrenia, no es fácil hacer que luego vuelvan al colegio, por ejemplo, ya que se institucionalizó el diagnóstico. Ya el diagnóstico instituye una cierta forma del lazo social. Muchos de estos casos que hemos comentado en la discusión que estamos manteniendo son casos que, o tienen el diagnóstico de psicosis desde la psiquiatría o son más bien casos que andan con otro tipo de diagnóstico como depresiones, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), etc. Los TOC son muy comunes y los psiquiatras diagnostican TOC cuando a veces se trata de alteraciones del pensamiento, que la psiquiatría clásica describió como imposiciones mentales o automatismos mentales que no poseen la estructura del pensamiento obsesivo, que es siempre de dos pensamientos articulados de manera contradictoria con consecuencias como la duda y la vacilación. Hay que distinguir obsesión de imposición en el campo del pensamiento.

Respecto al lazo social, creo que la tensión es no solo clínica, sino también institucional. Trabajé durante dos años y medio en la Corporación Dr. Bresky en Valparaíso, donde tuve contacto con pacientes que habían estado internados periodos de veinte o treinta años, cuyo deterioro no pienso que sea atribuible a las características degenerativas de la esquizofrenia; se trataba más bien un «deterioro institucionalizado» por parte de la psiquiatrización hospitalaria de los pacientes. Lo que necesitamos es trabajar para que los pacientes con caigan en las «redes» del tratamiento especializado, que margina; necesitamos que los sujetos sigan en el colegio, que continúen en un trabajo, etc. Les voy a comentar un caso que para mí es emblemático. Cuando trabajaba en esta corporación que les mencionaba, y que tenía centros diurnos para la rehabilitación de la esquizofrenia. Un día llega una persona y todos los pacientes lo saludan; yo no lo conocía; él se presenta y me dice que él había sido paciente del centro diurno y que actualmente estaba trabajando, pero sentía que se descompasaba; entonces fue a preguntarme si podía venir a hablar conmigo durante las dos semanas que le dieron licencia. El tenía muy claro cuándo se empezaba a descompasar. Trabajamos dos semanas y luego el retomaba su trabajo. Es un caso un poco extraordinario, pero va en la línea de mantener la continuidad, de evitar que no se fracture el lazo social.

Hay que sostener el lazo social, pero no desde el diagnóstico, ya que este reorganiza rápidamente los lazos sociales del sujeto en dirección a la marginalización especializada.

Piensen en lo lapidario del DSM, en donde una esquizofrenia, aunque no tenga síntomas, sigue siendo una esquizofrenia, ya que el diagnóstico es crónico; eso es gravísimo porque instituye un ordenamiento social a partir de un diagnóstico.

[10](#) Miller. J. A. (1999) *Los inclasificables de la Clínica Psicoanalítica*. Primera Edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 396.

[11](#) *Op. cit.*, p. 327.

[12](#) *Op. cit.*, p. 335.

CAPÍTULO VII

CLÍNICA DE LA DEPRESIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

26 de mayo de 2010

Vamos a iniciar la primera de dos clases dedicadas al tema de la depresión. No me fue fácil preparar estas clases, particularmente dada la escases de referencias bibliográficas en torno al tema, fundamentalmente de la orientación lacaniana. Hay prácticamente una sola referencia de parte Lacan, en la que articula depresión y cobardía moral. La encuentran en la intervención denominada «Televisión». Mas referencias no hay. Tal vez una de las razones por las que el tema no se ha abordado es por la pasión de algunos lacanianos relativa al diagnóstico estructural y el desinterés por otras manifestaciones psicopatológicas, si no es remitiéndolas al problema de la estructura clínica. Tratar de buscar una orientación, desde Lacan es el esfuerzo en el que nos embarcaremos.

Antes quisiera abordar la cuestión de la depresión a partir de la guía clínica de depresión del Ministerio de Salud, conocida por todos quienes trabajan en salud pública. Quisiera referirme, principalmente, a una lógica relativa a cómo se rearticula la distinción entre episodios depresivos leves, moderados y severos.

Para nuestra orientación lacaniana, es preciso hablar de «fenómeno depresivo», que se presenta en distintas estructuras. Hoy, mientras atendía pacientes, pensaba: ¿Como lo hará A. Beck? ¿Dónde están las creencias? Porque cuando uno escucha pacientes bastante graves con componentes de daño social, se hace difícil reducir la depresión a unas cuantas creencias cognitivas equivocadas. Por ejemplo, hoy escuchaba a una mujer con una historia de violaciones y abusos reiterados a lo largo de su vida. Lleva una existencia radicalmente solitaria y me preguntaba acerca de qué cogniciones habría que cambiarle y si podemos reducir una vida entera a unas cuantas distorsiones cognitivas. No resultaría raro estar deprimido. Luego de una vida llena de pérdidas, es difícil no estar triste.

En este sentido, pienso que se hace necesario complejizar la mirada clínica, pero sin caer en la clínica de lo social, sentenciando que la depresión es un fenómeno de la sociedad contemporánea y posmoderna, porque lo que nos interesa a los clínicos es cómo eso se traduce en un sufrimiento singular. Trataremos de llevar las cosas a la clínica.

La «guía clínica de depresión» es una guía médica; vean que los psicólogos clínicos tienen poco que hacer. Aparecen mencionados como una indicación para los episodios moderados y tendrían que realizar contención en los episodios más leves.

Como guía médica se privilegian los fármacos como primera línea de intervención. Hay pacientes que reaccionan bastante bien a los fármacos, pero también mi experiencia me ha mostrado que solo con fármacos son pocos los pacientes que andan bien. En general, cuando la depresión anda bien con el fármaco, es cuando la depresión no es remitida por el paciente a alguna circunstancia vital.

Dentro de la guía clínica las depresiones por tratar según el AUGÉ-GES son: los trastornos afectivos bipolares con episodio depresivo, el episodio depresivo, el trastorno depresivo recurrente y la distimia.

No voy a hablar del trastorno bipolar, porque aún «no lo entiendo del todo» y creo no haber visto nunca un paciente bipolar; he visto pacientes con diagnóstico de bipolaridad que en realidad son inestabilidades afectivo-neuróticas o derechamente psicosis. Sí he visto pacientes que se ponen un poco hipomaníacos, pero son histerias desestabilizadas o reacciones francamente del lado de la psicosis.

Hay una cierta coincidencia entre la «Guía Clínica» y el texto de Freud «Duelo y

Melancolía». Suena raro y por eso se los quiero comentar. No sé si todos conocen los criterios diagnósticos, pero se los voy a leer. Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo se dividen en cuatro tipos: A, B, C y D¹³.

A:

El episodio debe durar al menos dos semanas y no es atribuible a sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B:

El humor depresivo debe ser de un carácter anormal para el sujeto, estar presente durante la mayoría del día y casi todos los días. Se modifica un poco por circunstancias ambientales y persiste al menos dos semanas. Marcada pérdida de los intereses y de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras y falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

Yo destacaría de este aportando B, del diagnóstico de depresión, el tema de la falta de interés. Si leen «Duelo y melancolía», lo que Freud atribuye al proceso del duelo es precisamente la falta de interés; incluso el duelo normal, el que también se caracteriza por una falta de interés, falta de motivación e inhibición del yo.

Si seguimos hacia las siguientes categorías, C y D, aparece lo siguiente: *perdida de confianza y estimación de sí mismo, sentimiento de inferioridad, reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, pensamiento recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición, alteraciones del sueño de cualquier tipo, cambios de apetito y por último puede o no haber síndrome somático.*

¿Por qué les leo esta descripción? Porque es de acuerdo con la combinaciones de todos esos síntomas que el episodio depresivo puede ser leve, moderado o severo. De esa combinación uno encuentra un rasgo y es que en el episodio leve aparece la pérdida del interés y en el moderado aparecen los autorreproches. Si hacemos un contrapunto con Freud en el episodio leve el desinterés es respecto a los objetos del mundo exterior. En el episodio moderado vemos que el diagnóstico incluye la vuelta sobre sí mismo bajo la forma del reproche, la culpa. El episodio depresivo severo incluye la ideación o intención suicida y los síntomas psicóticos como características de gravedad. Esta distinción me parece bastante relevante; me llama la atención la coincidencia con los planteamientos de Freud.

En «Duelo y melancolía» dice que en el duelo hay un desinterés libidinal por el mundo exterior, y en la melancolía hay procesos de autorreproche que pueden tender con mayor o menor gravedad hacia una vuelta agresiva sobre el yo; de allí la frase clásica acerca de que la sombra del objeto ha caído sobre el yo.

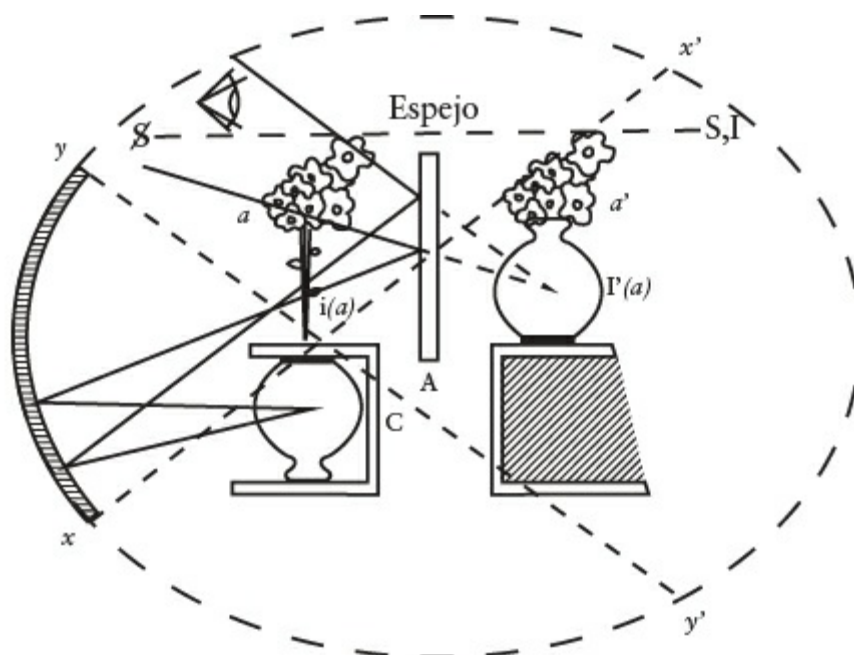
Pareciera ser que Freud incluye en el campo de la melancolía, la depresión tanto neurótica como psicótica. En ocasiones, a la melancolía se la asocia con procesos

psicóticos; sin embargo Freud no establece una diferencia metapsicológica, estructural al interior del gran grupo de la melancolía. Si destacamos esa definición de Freud, vamos a encontrar precisamente la descripción de la depresión. Recorto expresiones de Freud: «desazón dolida», «cancelación de interés por el mundo exterior», «pérdida de la capacidad de amar», «inhibición de la productividad», «rebaja del sentimiento de sí», «autorreproches y autodenigraciones», «expectativas delirantes de castigo». Freud transita en la caracterización de la melancolía desde un continuo que puede ser perfectamente un fenómeno que observemos en una neurosis a un fenómeno que observemos en una psicosis. No hay una distinción estructural. He tenido algunas discusiones respecto a desde qué referente orientarse en la dirección de la cura. Hay planteamientos rígidos en donde se sostiene que el diagnóstico estructural entrega la dirección de la cura. Yo no estoy de acuerdo, no lo estoy porque eso restringe mucho las intervenciones, sobre todo porque en casos difíciles a veces nos pasamos un tiempo sin claridad sobre la estructura y tenemos que tratar al paciente de todas formas. Eso no implica abandonar de manera absoluta el diagnóstico estructural. A veces una discusión de un caso, por ejemplo, se entrapa en la necesidad de reconocer la estructura; el problema es más bien qué se hace con el paciente.

Para el duelo, Freud define una alteración del yo ante una pérdida, pero es explícito al señalar que no hay una alteración al sentimiento de sí. ¿Qué es el sentimiento de sí? En términos simples, es la relación del sujeto consigo mismo en tanto objeto; es tratarse a sí mismo como objeto. Ello depende de la estabilidad de la función del fantasma. Del fantasma tal como está desplegado por Lacan en el esquema óptico, es decir, con todo lo que imaginariamente implica la relación del sujeto consigo mismo a nivel del yo ideal y el ideal del yo. Señalo este punto porque creo que el fenómeno depresivo tenemos que pensarlo a partir del problema del lugar de «yo» y de como este «yo» se constituye a partir del objeto. El trabajo de duelo es bastante simple para Freud, ya que plantea que se trata de la redistribución de la libido. Es una referencia bastante conocida relativa a la necesidad de renunciar a una posición libidinal. Sabemos que esa renuncia no es fácil. Renunciar a ser estudiante, renunciar a ser pareja, etc.; todas ellas implican una pérdida libidinal para el sujeto. Freud señala también que se pone en juego la necesidad de aceptar la realidad, con lo que obtenemos un indicador mucho más estructural. En el duelo hay la posibilidad de que la realidad sea considerada por parte del sujeto. Ahora bien, si recogemos el texto de Freud sobre «Inhibición, síntoma y angustia», tanto el duelo como la melancolía tienen como efecto sobre el yo una inhibición. Si recuerdan, la inhibición es definida como la disminución de una función. ¿Qué función se disminuye en la depresión? El interés, la voluntad. Quisiera problematizar el tema del yo.

UNA PROBLEMATIZACIÓN LACANIANA DEL «YO»

Todos saben que Lacan distingue el sujeto del yo; también saben que hay un cierto prejuicio lacaniano que devalúa al yo y su función imaginaria, fundamentalmente a partir de la primera clínica, ya que recoge su función de desconocimiento del deseo. No olvidemos que también hay un contexto político en esa posición de Lacan en los años cincuenta. Recuerden que quien preside el «Comité» que expulsa a Lacan de la IPA es H. Hartmann, quien por excelencia es un exponente de la egopsichology. Es muy importante considerar estos contextos para no identificarnos con las tensiones teóricas que aparecen en Lacan y terminar sosteniendo que hay que asumir automáticamente ciertos emblemas de batalla para estar dentro de la orientación de Lacan. Más bien, creo que hay que orientarse por la lógica en juego con lo que Lacan intentaba formalizar. Por ejemplo, voy a tomar un matema relativo a lo que estamos trabajando. La imagen recubriendo al objeto: $i(a)$. Esta es la escritura que propone Lacan para el yo ideal. La cuestión es cómo vamos a ubicar el yo freudiano respecto a la diferencia de Lacan entre el sujeto y el yo. Tengo una propuesta, que es considerar que el yo en Freud equivale metapsicológicamente a la relación del sujeto con su imagen ideal, $i(a)$. El yo freudiano lo podemos dividir en sujeto y yo, el «je» y «moi». ¿Por qué les planteo esta precisión? Cuando se atienden pacientes que el «kernbergismo» podría perfectamente designar como pacientes limítrofes con un funcionamiento desintegrado del yo, nos enfrentamos a un paciente que precisamente no puede realizar asociación de ideas, de S1 con S2, que remitan a él mismo. Si el paciente no puede hacer funcionar ese mecanismo, quiere decir que en algún punto está impedida, obstaculizada la relación imaginaria del proceso de asociación, que siempre tiene algo de lo imaginario. El proceso de asociación y subjetivación puede ser perfectamente descrito a partir del esquema óptico.



El esquema óptico, para quienes no lo conocen, es un esquema en el que se muestra que el sujeto se ve a sí mismo en el campo del Otro, y lo que ve es el yo. Eso que ve es el resultado de una ilusión producto del espejo cóncavo. Las flores se reflejan en el espejo cóncavo y este espejo enviaría una imagen que permitirá empalmar el jarrón y las flores. Dicho empalme es visible por un efecto de reflejo en el espejo plano, haciéndolas visibles en el campo del Otro. El jarrón tiene representada la función yoica de unificación, y en las flores está representada la heterogeneidad del territorio pulsional. Luego en $i(a)$ ya tienen las zonas erógenas tramitadas por el Edipo y transformadas en objeto a , recubiertas por la función unificadora de la imagen. Es una localización de goce gracias al paso por el campo del Otro. Cuando el sujeto puede hacer asociación libre, subjetivar e incluso rectificar su posición subjetiva, lo que el sujeto hace es interpelar a esa imagen que capta en el campo del Otro, $i(a)$. Es más, Lacan define la dirección de la cura a partir de la ubicación del analista en el lugar del Otro. Un desarrollo paulatino del análisis implica que el espejo vertical comienza a horizontalizarse hasta llegar a quedar totalmente horizontal. Lo que conlleva a que el analista no le de consistencia al narcisismo del sujeto, sino más bien contribuya a su desmontaje para así desarticular el goce de la imagen constituyente del yo. En ese sentido, es contravenir la función de desconocimiento del goce. Hago este recorrido ya que para entrar en el problema clínico de la depresión debemos aludir al yo.

Cuando un paciente asocia y se analiza, lo que el sujeto hace es tomarse a sí mismo como objeto de reflexión. Ciertamente, el análisis consiste en destituir esa autoconciencia cartesiana, pero para poder destituir ese aparato, primero ese aparato tiene que estar funcionando, tiene que estar habilitado. Un paciente desbordado no es un paciente con quien el objetivo clínico sea la destitución subjetiva. De hecho, en esa condición de gravedad los sujetos no pueden ni siquiera pensar. Cuando

atendemos pacientes suficientemente desorganizados y desestabilizados como para no poder poner en función el aparato subjetivo, verificamos que la distinción entre el sujeto y el yo no está puesta en función; por eso, las interpretaciones pasan de largo. De ahí que Kernberg es capaz de decir que no hay que hacer interpretaciones históricas, a las que él llama genéticas, sino que hay que interpretar en el aquí y el ahora de la transferencia. No es posible apuntar al sujeto, que luego será el *parletre*, con su responsabilidad de goce cuando la desestabilización implica una desarticulación de lo imaginario unificante del yo. La integración del yo, como la plantea Winnicott, es para nosotros la división entre el sujeto y el yo. Creo que cuando se habla de una integración yoica, es cuando el sujeto y el yo no están suficientemente distanciados. Cuando alguien asocia y se analiza, lo hace en contra de la función de desconocimiento del yo y a favor del levantamiento de la represión del sujeto del inconsciente.

Estas son distinciones importantísimas porque la dirección de la cura cambia, dependiendo del estado de la distinción, de la diferencia entre el sujeto y el yo i(a).

Me parece que Freud habla de la melancolía transitando de la descripción de un fenómeno neurótico a la de un fenómeno psicótico, que evidentemente en términos metapsicológicos no es lo mismo, ya que si bien el fenómeno del desinterés y autorreproche lo podemos encontrar en las dos estructuras, la dirección de la cura no es la misma, dependiendo de si el fenómeno se da sobre la base de una distinción clara entre neurosis y psicosis o bien si no tenemos aun la claridad del diagnóstico estructural. Señalo esto porque muchas veces tratamos algún tiempo a un paciente antes de tener certeza respecto a la estructura. Por ejemplo, un intento de suicidio se comprende de distinta manera en una psicosis que en una neurosis. Opera distinto, no tanto por la estructura del acto suicida, sino más bien por las consecuencias a nivel de la significación del acto y de la restitución de un lazo al Otro. También se encuentran diferencias relativas al punto. Si bien el pasaje al acto de desencadenamiento suicida es una identificación con el objeto, la interrogante es: ¿Qué llevó a un sujeto a esa identificación y cómo un sujeto sale con posterioridad a ese pasaje al acto fracasado? En este punto es de extrema relevancia el diagnóstico estructural, porque los operadores psíquicos no son los mismos. En relación con el fenómeno depresivo, pienso que la división entre el sujeto y el yo es una operación psíquica fundamental. Tanto en el duelo como la melancolía, que sí tienen un punto en común: el fenómeno inhibitorio del deseo; una restricción de las funciones deseantes propias de la división del sujeto; dicha restricción la podemos observar en una neurosis producto de las contingencias, pero también la podemos observar en una psicosis producto de la estructura.

La clínica lacaniana del fenómeno depresivo debe considerar esta distinción entre estructura clínica por un lado y de los operadores psíquicos por otro. Cuando digo operadores psíquicos me refiero a los conceptos lacanianos que dan cuenta del

aparato psíquico. Ello no nos exime de desconocer la psiquiatría.

PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA

Por ello, quisiera proponer un cuadro que intenta yuxtaponer una visión psiquiátrica y una psicoanalítica de las depresiones. Una primera distinción es entre lo que sería una *descripción fenomenológica* y una *explicación metapsicológica*.

DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA			EXPLICACIÓN METAPSICOLÓGICA	
Diagnóstico Psiquiátrico CIE 10	Etiopatogenia Psicodiagnóstico	Fenomenología del funcionamiento subjetivo	Estructura clínica	Posición fantasmática y punto de desestabilización
- Episodio depresivo Severo, moderado, leve. - Con o sin síntomas psicóticos.	- Reactivo a estrés psicosocial. - Asociado a duelo patológico. - Asociado a estrés postraumático. - Asociado a crisis vitales. - Asociado a trauma y crisis. - Asociado a rasgos de personalidad que reaccionan a cambios ambientales. - Asociado a trastorno de personalidad. - Asociado a proceso de duelo.	Neurótico - Conflicto psíquico interno. Limítrofe - Desintegración del funcionamiento yoico e impulsividad. Psicótico - Ausencia alejamiento de la realidad.	Histeria Obsesión Psicosis Perversión	<i>(Aquí tenemos que hacer operar los operadores psíquicos):</i> $\\$ \diamond a$ A S(A) / S1 Objeto a $i(a)$ I $-q$

Respecto a la descripción fenomenología, les propongo ubicar primero si el episodio depresivo es leve, moderado o severo. Recuerden que según la Guía Clínica, si el episodio es leve, es porque hay un «desinterés»; si el episodio es moderado, es porque hay presencia de «auto reproches» y retorno del sujeto sobre sí mismo, y si nos dicen que es severo es porque están los dos elementos anteriores más la «ideación suicida».

En un segundo punto del esquema, quisiera introducir algo que se refiere a una

dimensión de la vieja psiquiatría, y que es la *etiopatogenia*. Designa procesos a través de los cuales alguien llegó a deprimirse. Se trata describir de manera clara los desencadenantes. Primero, diría que hay depresiones *reactivas a estrés psicosocial*, es decir que se deprimen porque perdieron el trabajo, porque lo estafaron con la casa, porque están pobres, porque al niño le va mal en el colegio, porque quedó embarazada la hija, etc. Es decir, todo lo que es del orden de los factores psicosociales que denominan de «riesgo». En segundo lugar, ubicaría la depresión asociada al *proceso de duelo*, patológico o no, porque también hay médicos o asistentes sociales que derivan a atención clínica a alguien que perdió a un ser querido hace cinco días, lo que constituye un proceso normal. Tercero, *estrés postraumático*, designación bastante común. Me ha tocado ver pacientes mujeres por sobre los 45 años, es decir una etapa de la vida en donde, por ejemplo, el proyecto de pareja ya está articulado y todo funciona con relativa estabilidad, pero de pronto comienzan los *flashback* y sufren por la infancia negativa por la que pasaron. Algunos clínicos piensan que fenómenos como este pertenecen al orden del estrés postraumático; el paciente vive permanentemente en función de lo que pasó hace cincuenta años, por supuesto sin que estemos frente a una cuestión orgánica. Es un dato importante, ya que es una de las grandes demandas de depresión en mujeres atendidas en el sector público.

Las *crisis vitales* son aquellas en las que la depresión se desencadena ante un cambio propio de la etapa de la vida en la que se está. Por ejemplo, mujeres en que la maternidad ha ocupado todo su campo libidinal y que cuando los hijos se van de la casa, generan una depresión muy grave. Este es un punto importante, digno de otra investigación, para pensar el goce fálico de la histeria y el goce femenino junto a las problemáticas de la maternidad. Es una distinción no menor en torno al problema de la oposición lacaniana entre la mujer y la madre. El siguiente punto es la depresión asociada a *trauma*. Hace unos días tuve que hacer un enlace, ya que la doctora estaba preocupada porque un paciente hospitalizado no comía y les decía que se quería morir. Cuando les pregunté qué tenía el paciente me cuentan que le habían amputado las dos piernas por diabetes; tenía, además, una irritación del tubo digestivo, por lo que sentía dolor al tragar; conjuntamente, estaba perdiendo la vista y, por último, tenía una supuración. Me pongo a conversar con el paciente y él me dice que sabe por qué me llamaron, porque él le dice a la doctora que se quiere morir y que se trata de una broma con las que ellas se asustan. El paciente tenía una posición bastante irónica y le señalo a la doctora que dadas las dificultades que él tenía era difícil estar de otra manera y que no se trataba de una depresión, por lo que no estaba indicado darle fármacos. Por otro lado, si no estuviera un poco desinteresado por la vida después de todos esos problemas médicos, estaríamos frente a un fenómeno bastante más complicado.

En ocasiones la depresión aparece como una respuesta maniaca, del lado del Otro

de la medicina, frente al sufrimiento psíquico. También incluiría lo que se denomina *rasgos de personalidad*; recuerden que para nuestra orientación lo que llaman personalidad es la incidencia de la identificación a los S1 en el comportamiento de un sujeto, y que, por tanto, soportan goce. Se trata de rasgos de personalidad que reaccionan a cambios ambientales. Esta es una clave que nos puede servir para pensar los duelos patológicos de esos pacientes que establecen relaciones de dependencia, y que en el fondo tienen rasgos de personalidad que cuando se produce la pérdida del objeto, se muestran en toda su rigidez, produciendo un duelo patológico. Ese paciente del que les hablaba, que se deprime cuando cambia su estatus económico y jerárquico en el trabajo, se deprime de una manera radical. Cuando le pregunto acerca de qué satisfacciones encontraba en el trabajo, me responde «cariño». Se producía una efervescencia narcisística con la recepción que los clientes tenían de su trabajo. Cuando pierde eso, él se deprime, dejando al descubierto la falta de cariño que fue a buscar en el trabajo y no en la familia, apareciendo su infancia y su historia. Eso lo podemos ubicar como lo que en otras perspectivas podría denominarse rasgos de personalidad.

El siguiente punto es el de la depresión asociada a lo que la psiquiátrica describe como *trastornos de personalidad*. Hay un caso de un paciente de atención secundaria que precisamente posee un diagnóstico de depresión en lo que llaman el eje I y un diagnóstico de trastorno de personalidad narcisista con rasgos paranoides en el eje II. Es un paciente que pelea. En una ocasión subió a un autobús y le pasó al chofer un 25 % menos de lo que valía el pasaje y le dice que, si no, tiene un billete de \$10.000, lo que para efectos de vuelto era un lío. Entonces el chofer le recibe los \$10.000 y le pasa el cambio en monedas. El paciente se encoleriza, lo insulta y le ofrece irse a los puños porque cómo se le ocurría al chofer hacer algo así, si lo lógico era que aceptara lo que el paciente quería pagarle inicialmente. Observen que el paciente le pide algo al Otro; él no le demanda al chofer un favor, simplemente espera que el Otro se comporte a su gusto. Es un paciente que ha peleado mucho, llegando incluso a estar detenido. En otra ocasión, estando en el supermercado con su esposa comprando, alguien hace un comentario sobre su esposa y él toma una botella de vino para golpearlo en la cabeza; terminó peleando a golpes con el tipo del comentario y con el guardia. Es un hombre, digamos, un tanto peligroso, y el diagnóstico es depresión. Depresión porque una vez se cortó las muñeca con un cuchillo pensando en matarse después de uno de estos episodios de impulsividad. ¿Cómo puede llegar a clasificar en la misma categoría a un paciente como el que les describí, a una señora que pierde el ánimo porque su hijo se fue de la casa y a otra cuyo padre falleció hace quince años y sigue llorando como si fuera ayer? ¡Y todos «enfermos» de lo mismo! A mí me parece extraño porque me pregunto cómo, desde esta concepción psiquiátrica, se orienta un clínico en el tratamiento. Si se supone que el tratamiento lo orienta el diagnóstico ¿cómo nos orientamos con un mismo diagnóstico con tal diversidad de

manifestaciones clínicas? Por suerte, en la orientación lacaniana tenemos el concepto de síntoma, lo que nos permite encontrar rápidamente una brújula.

Dejo hasta acá esta secuencia, ciertamente no exhaustiva, de factores etiopatogénicos de la depresión.

La siguiente categoría que agregaría la denominaría *funcionamiento subjetivo*, que describiría a partir del funcionamiento neurótico, funcionamiento limítrofe y funcionamiento psicótico. No me refiero aún al diagnóstico estructural de la orientación lacaniana, pues ese es el siguiente paso. ¿Qué quiero decir con *funcionamiento*? Vean, en primer lugar, que mis desarrollos permiten articularse al sentido y al discurso común de la psicológica y la psiquiátrica, para luego agregar nuestro aporte singular. Con *funcionamiento neurótico* designo simplemente la existencia de un conflicto interno entre un deseo y una prohibición; con *funcionamiento límite* señalo la idea de la desintegración de las funciones secundarias del yo y su consecuencia más evidente, que es la impulsividad. Y con *funcionamiento psicótico* señalo la pérdida del juicio de realidad y el alejamiento de esta. Ni el lacanismo más ortodoxo podría negar la realidad clínica de estos fenómenos; es imposible negar que la descripción de Kernberg de los pacientes límites se observa efectivamente en la clínica; el punto de discusión es si esa descripción constituye una estructura psíquica y si por consiguiente determina una forma de tratamiento tanto a nivel de la transferencia como de la interpretación. Además de la pregunta por el lugar en que queda el inconsciente en relación con este fenómeno de disfuncionalidad del yo.

Pasemos al aporte de la orientación lacaniana. Aquí ubicaré tres casilleros. Primero, la estructura clínica pone de manifiesto diferencias entre neurosis (histeria y obsesión), psicosis y perversión. Es importantísimo recuperar estas distinciones, ya que para nosotros es factible pensar, por ejemplo, en la existencia de psicosis que pueden manifestarse como funcionamientos subjetivos de tipo limítrofe, psicosis ordinarias en las que el punto de pérdida de juicio no se verifica por los indicadores clásicos de la psiquiatría, como la alucinación, por ejemplo. Lo mismo ocurre con las neurosis que claramente en ocasiones toman la forma de un funcionamiento límite vía lo impulsivo. La histeria tiene esa plasticidad, precisamente porque la estructura del yo de la histeria lo permite, posibilitando, por ejemplo, fenómenos de angustias desbordantes que pueden perfectamente impulsar fenómenos de despersonalización. La neurosis obsesiva también suele manifestarse del lado de lo impulsivo y lo agresivo cuando, por ejemplo, se desestabiliza su narcisismo, su ego.

Aparte de la estructura clínica, agregaría a nuestro cuadro la cuestión de la *posición fantasmática y el punto de desestabilización*. Con esto quisiera señalar que para orientarnos clínicamente tenemos que establecer qué aspecto de estas estructuras se desestabilizó en el funcionamiento psíquico para haber terminado manifestándose como un episodio depresivo. ¿Qué ocurrió a nivel de la metapsicología del sujeto que

la forma que el funcionamiento psíquico tomó puede dar cuenta de un episodio depresivo severo como consecuencia de un estrés postraumático? Es en este punto donde tenemos que recuperar algunos operadores psíquicos que nos permitan orientar las intervenciones. Ubicaría fundamentalmente el fantasma, el Otro, el $S(A)$, los $S1$, el objeto a , el ideal del yo y la castración imaginaria (Φ). Estos serían algunos operadores psíquicos básicos para orientarse en la cuestión de la depresión. Es a partir del tipo de relación estructural que se establezca entre estos operadores psíquicos que podremos esclarecer el diagnóstico estructural entre neurosis, psicosis y perversión. Y será el punto de desestabilización, ya sea de la posición fantasmática o bien de la solución *sinthomatica*, el que nos indique qué fue lo que se desestabilizó de la relación entre estos operadores psíquicos como para que un sujeto haya podido observarse y ser observado a través de la grilla de los episodios depresivos.

Es decir, que cuando un sujeto presenta un episodio depresivo moderado y que dentro del relato de su vida habla de traumas infantiles, que presenta angustias desbordantes y con una incapacidad abrupta de manejar su vida como lo venía haciendo, nos vamos a tener que preguntar, analíticamente: ¿Cómo se organizaron los operadores psíquicos y sus funciones para que haya ocurrido en la historia de este sujeto un antes y un después en su vida? Esto nos va a permitir orientarnos clínicamente. Por ejemplo, lo que llaman *duelo patológico* puede estar perfectamente sostenido por una idealización del objeto amado. En términos del seminario XI, el objeto a y el Ideal tienden a unirse, a coincidir en el mismo lugar. Si uno localiza ese punto y concluye que se trata de una histeria, porque el sujeto comienza a desplegar un discurso en el que el padre aparece idealizado -«Mi papa fue muy malo con mi mamá, pero con nosotros como hijos fue un excelente padre, se perdía cinco días borracho, pero cuando volvía siempre nos traía un regalo»-. Los operadores psíquicos en juego serían el ideal del yo (I) y su cercanía con el objeto ubicado del lado del padre. Por ello es que el trabajo clínico va a apuntar precisamente a recorrer discursivamente esa idealización del padre. Ello permite redistribuir las funciones libidinales a partir de la interpretación que separa el Ideal del objeto.

Otro ejemplo es el de una paciente muy grave que tiene una hija pequeña con una enfermedad crónica que disminuye su expectativa de vida. Esta paciente tiene una relación muy particular con la niña de la que dice: «Si se va ella me voy yo». Tiene dos hijos más, pero el lazo libidinal con esta hija es reforzado a partir de que es mujer. La paciente, años atrás, había tenido un aborto espontáneo de un embarazo de una niñita mujer y lo que ocurre es que cuando se enteró que estaba de nuevo embarazada de una niñita, tuvo la fantasía de que ella iba a tratar a la niña como nunca la trataron a ella. Lo que aquí aparece es una problemática del orden de la castración imaginaria ($-\Phi$) -«lo que a mí nunca me dieron»- vinculada con el yo ($i(a)$), que es lo que ve en su fantasía. La hija como objeto le coincide con el yo ideal - $i(a)$ -; ese es el drama. Cuando ella se imagina que al ser mamá va a tratarla como no

la trataron a ella, se imagina su yo ideal encarnado en la niña. Resulta dramático la dificultad de desplazarse de ese lugar. Estamos hablando de una mujer para quien es insoportable que los hijos jueguen en la otra pieza fuera del alcance de su mirada. En una ocasión que tuvo que ir con su hijo del medio, hago entrar al hijo. Ella comenzó a hablarme de que se angustiaba cuando sus hijos jugaban en el dormitorio, por lo que tomaba los juguetes y se los llevaba a su propia pieza para que estén con ella. Entonces incluyo al hijo y le pregunto si a él le gusta jugar solo y me dice que sí y que su mamá no lo deja jugar solo; le pregunto si le gustaría que la mamá lo dejara jugar solo y asiente con entusiasmo. Ella se complica porque se da cuenta de que es ella quien no puede separarse de los hijos. El más grande de trece años hizo una pataleta rebelde y le increpó que lo tenía cansado con su depresión. Es una madre que vela el sueño de su hija mirándola mientras duerme durante toda la noche. Comprenderán que la mirada permanente sobre ese objeto no puede moverse para dejar ahí un lugar donde se aloje otra cosa desplazando el deseo. Ella no inicia un proceso de duelo, no respecto a la hija, sino respecto a esa imagen de sí misma que puso en escena con la fantasía que tuvo al iniciarse su embarazo. Tenemos entonces el yo ideal anclado al objeto funcionando como tapón de la falta en el Otro. Es el señalamiento de Lacan acerca del hijo realizando el objeto fantasmático de la madre. Si nos manejamos con nuestros operadores psíquicos, nos damos cuenta que frente al diagnóstico de depresión severa la dirección de la cura es totalmente distinta. Lo es porque los operadores psíquicos en juego son distintos. Cuando aparece el tema de la culpa, por ejemplo, lo que hay detrás de esta es algo del orden del S1, del superyó, del rasgo que mortifica al sujeto. Recuerdo el caso de una chica de alrededor de 20 años que habla y devela una infidelidad de la madre al padre con un conocido de la familia, mientras que las hermanas guardaban el secreto; me parece que ya se los comenté, pero lo utilizo nuevamente. Cuando se enteran de que ella habla porque «veía sufrir tanto a mi padre que prefería decirle», la echan de la casa y desde ese momento comienzan a hacer diferencias con ella. Ella trata de acercarse y la rechazan. A partir de ahí el significante «soledad» se instala como determinante del destino, intentando encontrar lo que no tenía en la familia en las parejas. El motivo de consulta fue una depresión importante con algunos intentos de suicidio por vía de la impulsividad y conflictos interpersonales muy fuertes con la pareja actual, motivados por cosas como que él llega una hora tarde a la casa. En ese intervalo ella dice que se siente muy «sola». Aparece la soledad y esa soledad la remite a ese tiempo en el que estuvo sola luego de develar la infidelidad de la madre. La interpretación que logra enmarcar la angustia es la que le señala que ella le pide a las parejas aquello que no recibió de la familia. ¿Hacia adonde apunta esa intervención? Apunta precisamente a relativizar los efectos de los significantes que vienen del campo del Otro y que condicionan a la soledad y al abandono. Hay que notar que a ella efectivamente la discriminan, no es una fantasía, ella vive al frente de sus parientes y no la reciben si

ella los visita. Además se ha instalado la excepción histérica motivada por el amor al padre con consecuencias importantes para ella.

La última categoría es *la dirección de la cura*. No incluiré mayores comentarios ya que la dirección de la cura estará determinada por el análisis que se haga del caso a partir de todas las categorías anteriormente descritas. Me interesaba perfilar la dirección de la cura desde la orientación lacaniana, recogiendo los discursos presentes en los contextos institucionales en los que se ejerce la clínica. La dirección de la cura queda abierta a las experiencias clínicas singulares.

Intervención: Ricardo, quería cuestionar esto de que en la descripción de la melancolía freudiana no hubiera tácitamente un argumento estructural. El inicio de «Duelo y melancolía» presenta una observación muy fina. Freud dice que llama la atención respecto a los melancólicos que tienen una estricta relación con la realidad, es decir, que lo que enuncian de sus circunstancias suele ser de una objetividad bastante precisa. Se deprimen con argumentos que a veces son inobservables respecto a lo que describen de la realidad, a diferencia de la posición neurótica donde la realidad está alterada, modulada, lo que tiene efectos de alivio que no se observan en la melancolía. Me parece interesante esa precisión freudiana. Me parece que en eso si bien no están las operaciones lacanianas, hay algo en la línea de que la máquina del fantasma no opera para filtrar la realidad cruda de goce. Algo de esa observación inicial pareciera indicar que hay algo de la estructura, más allá de las estructuras clínicas. Estoy apuntando a que esta distinción no es no-estructural. Me parece consistente cuando dice que la posición de la melancolía es la de la identificación al objeto; tiene mucho que ver con cuando no opera la posición fantasmática como habilitadora del deseo. Por otro lado, en la depresión se ubica transversalmente la pérdida de interés y la anhedonia, es decir, algo de lo que organiza el deseo cae, sin que sea el sujeto identificado al objeto. Me parece que esta diferencia es un argumento que contiene tácitamente la distinción entre estructura clínica neurótica y estructura clínica psicótica.

R. A: Estoy totalmente de acuerdo con la lectura que hiciste, pese a que no creo que Freud apunte a ello. Como tú lo señalas, la ausencia de fantasía es un indicador de diferencia estructural. Lo que no creo que exista en Freud, es que en él esté clara la diferencia que tu mismo marcaste de la identificación al objeto, propia del fracaso del fantasma, y en consecuencia la ausencia de un deseo orientado, versus la existencia de un fenómeno depresivo en el contexto del funcionamiento de la fantasía y la pérdida del deseo y el interés. Esa diferencia es la que me parece que aún no está en Freud. La comparto con tu lectura.

Intervención: Pero están esas primeras observaciones relativas a una relación cruda a la realidad...

R. A: ...sí, claro, pero recuerda que también hay una relación cruda a la realidad en los pacientes que han tenido experiencias de trauma. No todo tratamiento del trauma

es fantasmático. Hay eventos traumáticos que ingresan a la vida psíquica como un fenómeno de discontinuidad del sentido, un punto en donde no hay lazo entre S1-S2, lo que claramente desarticula la unidad del yo y su función de desconocimiento, deslocalizando la posición fantasmática del sujeto. Se trata de neurosis, pero que presentan puntos de goce no fantasmaticizados. Cuando un paciente dice, por ejemplo: «Sufrí un abuso sexual, pero prefería callarme para que no quedara un desastre en mi casa», eso está fantasmaticizado. Pero hay fenómenos de los que el sujeto no tiene la posibilidad de hablar, y no porque no quiera, sino porque no hay inscripción; el sujeto puede decir qué pasó, pero no entra en las asociaciones psíquicas ni pasa a constituir parte del yo ideal. Pienso que hay algunos fenómenos que no tienen necesariamente que ser leídos en las claves de la estructura; no para deshacerse de la distinción estructural; por el contrario, para complejizarla y ajustarla a la realidad clínica. Tengo la impresión de que esta diferencia, que lees tácitamente, no sé si estaba en la concepción de Freud; tengo la percepción de que en Freud hay una problemática del desinterés, del autorreproche, del sentimiento de sí, que va desde la pérdida de interés hasta la identificación al objeto y el suicidio melancólico.

Intervención: Quizá, tratando de buscar una clave estructural, puede ser la idea del viraje a la manía, así como una serie de fenómenos muy distintos; pero Freud aclara que remiten a la misma posición del yo. El problema es que Freud está yendo hacia el problema del narcisismo; si uno lee desde el concepto de narcisismo, ahí sí uno puede ver la estructura. Porque cuando el objeto no cumple la función de reservorio libidinal hay un dato estructural; entonces la autodenigración no tiene que ver con el ideal, sino con demostrar lo malo que se es.

R. A: Yo creo que esa es una clave importante, pensando en la distinción entre narcisismo primario y secundario, porque hacia el final del texto Freud habla del problema de la pérdida de objeto, la identificación y la mantención del vínculo de amor. Parece un continuo, pareciera ser que la diferencia entre la identificación del yo al objeto y la identificación del yo para construir el ideal del yo, no está en el texto «Duelo y melancolía»; esa es una clave fundamental para poder entender la problemática de la depresión. Si uno lo lee tácitamente, es más claro.

Intervención: Creo también que por eso los franceses acuden al síndrome de Cottard en relación con la melancolía. Es interesante el esquema que hacías del sujeto y el yo acerca de cómo podíamos entender en Freud ese problema. Pensaba en el Síndrome de Cottard como la pérdida de la visión mental, la pérdida de la posibilidad del sujeto de ubicarse con respecto a sí mismo. Algunos autores franceses le llaman a eso *estructura melancólica*, no necesariamente a la melancolía freudiana.

R. A: Creo que tenemos que ir buscando las claves para orientarnos en un diagnóstico que tiene en común esta anhedonia y esta pérdida de la capacidad de disfrutar, pero que luego de ello aparecen una cantidad importante de problemáticas clínicas muy diversas que muchas veces nos desorientan respecto a las concepciones

mas clásicas. Por supuesto, sin desestimar el fenómeno depresivo en nombre de la estructura clínica.

La idea de la próxima clase es tomar las nociones del goce fálico y de objeto *a* para pensar la depresión en la neurosis y la dirección de la cura. Voy a retomar esta diferencia entre el sujeto y el yo, que tiene relación con lo que puede formularse como la distinción entre narcisismo primario y secundario. Por otro lado, nos referiremos al problema de la continuidad-discontinuidad con el objeto. Retomo un pequeño ejemplo de aquella paciente cuyo padre había fallecido hace casi quince años y ella quería verlo, verlo cuando se hiciera una reducción de la sepultura. Yo no sabía lo que iba a pasar cuando ella tuviera esa experiencia. Bueno, lo vio y pasó que se alivio; ella me cuenta que intentó acariciarlo y el hermano la detuvo. Luego de eso dice que estuvo muy mal, pero muy tranquila. Vean que se trata de un fenómeno sin mediación, directo al objeto, sin los velos idealizados de la neurosis. Ella quería abrazar el real de los huesos.

¹³ Los criterios mencionados a continuación corresponden a la guía clínica del año 2009 del Ministerio de Salud (MINSAL).

CAPÍTULO VIII

UNA APROXIMACIÓN LACANIANA A LA CLÍNICA DEL «FENÓMENO DEPRESIVO»

2 de junio de 2010

Nos quedan tres clases, una sobre el tema del suicidio, otra sobre la angustia y otra sobre el tema de la personalidad.

La clase de hoy es un intento por producir una comprensión, desde la orientación lacaniana, del fenómeno clínico de la depresión.

La semana pasada les propuse un esquema en torno a la interacción de una mirada medico-psiquiátrica de la depresión con una problematización más psicoanalítica. Discutimos también los planteamientos de Freud en torno a la depresión.

Les comento mi sorpresa por la escasa bibliografía, de orientación lacaniana, en torno al tema. Si bien no se trata de hacer de la depresión un término psicoanalítico, para nosotros en Chile tiene una relevancia sin igual, debido a la reforma a la salud que ha instalado la depresión como una prioridad en salud pública, por lo que no podemos evitar tomar posición en torno al tema.

En la clase de hoy desarrollaré algunas ideas a partir de lo que en la clase pasada les describí como los operadores psíquicos y sus matemas. Se trata de una serie de instrumentos lacanianos, que al hacerlos funcionar nos permiten encontrar ciertas claves que dan cuenta de lo que le ocurre a un sujeto que se deprime, o que se muestra en primera instancia como deprimido. Digo en primera instancia porque después de una par de sesiones el trabajo clínico ya no está centrado en lo depresivo, sino que se ha construido un segundo problema que viene a ocupar el lugar de la causa de aquello que hizo que el paciente viniese a sesión bajo la forma de una depresión. En este punto es que no nos quedamos centrados en el síntoma depresivo, porque no hacemos de la depresión una categoría propiamente tal. La depresión, analíticamente hablando, no es un síntoma, sino más bien una queja de un sujeto. No es un síntoma porque no da cuenta de la singularidad del sujeto y no da cuenta de una estructura formal que organice la repetición. Un rasgo central del síntoma es la repetición; a veces encontramos tras un síntoma depresivo, un fenómeno de repetición sintomática. En la segunda parte de la clase les voy a comentar el planteamiento de Enric Berenguer, acerca de que un tratamiento posible de la denominada «depresión» es precisamente la rectificación subjetiva y la construcción del síntoma. Ello permitiría salir del fenómeno depresivo obteniendo efectos

terapéuticos bastante rápido.

Pero antes quisiera partir por algunas generalidades y por una propuesta de cuatro perspectivas posibles para entender el fenómeno depresivo a partir de los operadores que les planteaba la semana pasada. Estas cuatro perspectivas van a ser:

- La ineficacia de los significantes amo, $S1$.
- La pérdida de la identificación fálica.
- La fragmentación estructural del yo, $i(a)$.
- La pérdida de objeto.

Pienso que estas cuatro perspectivas de trabajo, que no necesariamente están radicalmente separadas, más bien se articulan entre sí, nos permiten dar cuenta analíticamente del fenómeno depresivo.

LA DEPRESIÓN COMO RENUNCIA AL DESEO

Comencemos por una pregunta básica: ¿Cómo vamos a entender la depresión en la clínica lacaniana? La depresión esta entendida a partir del señalamiento de Lacan de que es una cobardía moral, como una renuncia al deseo. Es siempre definida en la perspectiva del deseo, disminución del deseo, renuncia al deseo, rechazo al deseo. Al ser una renuncia al deseo podemos decir que toca a una cierta destitución subjetiva, porque la subjetividad fantasmática es un aparato que organiza y orienta el deseo. Por lo que si estamos hablando de renuncia al deseo y de no funcionamiento de aparato deseante, estamos también hablando de destitución subjetiva. Una de las grandes claves con las que se ha pensado el problema de la depresión es precisamente a partir de final de análisis, por que al final de un análisis se espera una destitución subjetiva y se ha visto en algunos relatos de testimonios del pase que los analizantes pasan por momentos importantes de efectos depresivos. Sobre todo cuando el análisis se detenía en el atravesamiento del fantasma, porque el análisis se suspendía en la lógica de la separación de objeto, de la pérdida de goce. No es lo mismo que el final de análisis pensado a partir de la identificación al síntoma, en donde hay una idea de recuperación de goce.

Entonces, vamos a tratar de esclarecer las condiciones de posibilidad y las modalidades de la renuncia al deseo; en otros términos, ¿que hace que un sujeto renuncie al deseo?

Recordemos algunos aspectos definitorios del concepto lacaniano de deseo. En primer lugar, hay que señalar que el objeto del deseo es siempre otro deseo. Eso hace escurridizo el objeto del deseo, que el deseo desea el deseo del Otro. Por eso el deseo se define como dialéctico, a diferencia del goce, que es más bien autístico. El goce remite a la zona erógena, al igual que la pulsión; el deseo remite al deseo del Otro; el deseo conecta y el goce desconecta del Otro. Por qué no decirlo así: pulsión de vida para el deseo, pulsión de muerte para el goce. Recuerden que Freud señalaba que la pulsión de vida conectaba a unidades mayores y la pulsión de muerte disociaba, separaba.

Otra característica del deseo es que siempre implica la significación fálica. ¿Qué es la significación fálica? Es la significación del sujeto acerca de la posibilidad de ser, él mismo, el objeto del deseo del Otro. Ayer recordaba un ejemplo que utilizaba cuando explicaba esto a personas que escuchaban por primera vez hablar de Lacan. Hay una película, que es una comedia, que se llama algo así como, «*Viviendo con mi ex*», en la que hay una escena que aclara la diferencia entre demanda y deseo de manera perfecta. El había quedado de lavar los platos sucios y cuando ella llega del trabajo los platos estaban sin lavar y ella le reclama por los platos; él deja el goce autista de

la TV y parte a lavar los platos, pero ella se enoja con la situación y él dice que los va a lavar igual y ella le plantea que el problema es que ella no quería que los lavara porque ella se lo pedía, sino que quería que el quisiera lavarlos. Lo que importaba ahí era el deseo de lavar los platos y no el acto mismo de lavarlos, porque en esa situación el deseo de lavar los platos era interpretado como un signo de amor y compromiso, de implicación en la relación. La significación fálica tiene que ver con la posibilidad de ser objeto del deseo del Otro y con responder a la demanda.

Otra vertiente relevante del deseo es su relación con la ley. Todos sabemos que basta que alguien les diga «no leas ese archivo» para comenzar a querer leerlo. El deseo está en directa relación con la ley; por eso hoy es muy común escuchar sujetos que no saben lo que quieren o lo que no quieren, porque como lo planteaba Lacan en el seminario XI, a partir de la afirmación nitzchena de que «Dios ha muerto» ya no hay nada permitido. Lacan, discutiendo el problema de la muerte de Dios, plantea que esta muerte no implica que todo está permitido, suponiendo que existiría un efecto de libertad por la muerte de Dios. Por el contrario, señala que si Dios ha muerto ya no hay nada permitido, porque desaparece la prohibición y si no hay prohibición el problema que tenemos es que el deseo no se articula, ya que la suposición es que tras la prohibición existiría el deseo del Otro que señala el lugar de ideal del yo. Entonces el deseo está en relación con la ley; no así el goce, que siempre intenta escaparse a la ley.

La otra característica que les quería comentar es que el deseo conecta con el Otro. No es un «desconector» del Otro, siempre conecta al Otro, va contra la soledad del sujeto.

Todos los fenómenos clínicos que se suelen ubicar del lado de la impulsión y la impulsividad, son fenómenos que nosotros tenemos que interpretar en clave de goce, porque son los fenómenos que precisamente desarticulan al sujeto del Otro. Esto es importantísimo para la dirección de la cura, ya que está relacionado con el semblante del deseo del Otro que puede llegar a encarnar el analista. Cuando digo el semblante del deseo, digo que se necesita que el analista demuestre algún interés explícito en el paciente en tanto sujeto. Les comento esto del semblante del deseo porque hay casos clínicos muy particulares, que tienen que ver con la fragilidad del yo, en donde el semblante del deseo puede permitir la construcción, desde lo imaginario, de una envoltura imaginaria del yo que le permita al sujeto distanciarse, separarse del goce que lo invade.

Todas estas funciones del deseo que les acabo de describir pueden quedar impedidas en la depresión. En el fenómeno depresivo estas funciones del deseo es posible captarlas detenidas, impedidas en su funcionamiento.

Revisemos ahora de qué manera estas funciones del deseo pueden quedar impedidas, estas funciones que tienen que ver con conectarse con el Otro a través de la significación fálica.

INEFICACIA DEL SIGNIFICANTE AMO

En primer lugar, mencionaría la *ineficacia de la S1 como signo del ideal del yo*. Quisiera aclarar que estas son propuestas que hago a partir de la literatura, y fundamentalmente de la experiencia clínica, por lo que están absolutamente abiertas a discusión. Hay en algunos casos una debilidad en el lazo al Otro en la medida en que el Otro no ha ofertado significantes en los que el sujeto interprete un deseo del lado de este Otro. El discurso del Otro, el tesoro de los significantes, no ha mostrado índices del ideal del yo que sirvan para proponer una identificación orientadora al sujeto. Esa condición obstaculiza de alguna manera el funcionamiento del discurso del inconsciente, que es el discurso del amo.

$$\frac{S_1}{\S} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

El S1 no encaja en la función de agente orientador del sujeto en una posición inconsciente. Hay una cierta vacilación, se trata de una debilidad en la función del S1 y en consecuencia un trastorno de la localización fantasmática del goce bajo la forma de objeto *a*. Pienso por ejemplo en un fenómeno clínico como la presentación «depresiva» de algunos adolescentes; esa posición de deseo que da cuenta de una desorientación del sujeto, no se trata de la rebeldía o del intento de adoptar una posición por oposición, vía la diferencia, sino de una suerte de suspensión de la adquisición de un S1 con que presentarse frente al Otro.

Recuerdo un caso de adolescente rockero de catorce o quince años que se peleaba con su madre porque a esta no le gustaba «la cuestión» de la música. Había hecho un intento de suicidio tomándose unos medicamentos. Su posición no era la del desorientado; él se oponía al Otro materno. Hay otros pacientes en los pareciera extinguirse el deseo y hubiese una detumescencia frente al Otro. Son casos en que uno busca algo del sujeto y no aparece nada excepto el desgano. La ausencia de esta función orientadora del S1 deslocaliza al sujeto y no le da una orientación; por eso son pacientes que aparecen con ausencia de conflicto. No es el adolescente que se pelea con los padres o los hermanos y que choca con el Otro; ese paciente no se deprime; a ese lo llevan a consultar por «descontrol de impulsos». Es un fenómeno depresivo sin relación con la ley del Otro; de ahí que lo describo a partir de la noción de algo que pierde consistencia.

Intervención: ¿Qué es lo que lo hace ineficaz al S1?

R.A: Pienso que las condiciones determinantes, de lo que describí, son un campo amplísimo, ya que puede ir desde la neurosis hasta la psicosis. Puede haber casos de neurosis que se presenten como una suerte de desarticulación de la distancia entre el

ideal del yo y el yo ideal, tomando la forma de lo que describen como *casos límites*. Estos pacientes también presentan montos importantes de angustia y desorientación; en ellos tampoco es fácil pesquisar una identificación que los localice fálicamente.

En una psicosis tampoco captamos la función del S1 por una razón que tiene que ver con la forclusión del nombre del padre.

También podríamos tomar esta idea de la caída de los ideales y la pérdida de la función del nombre del padre en el lazo social.

Creo que esto también se podría discutir a partir de lo que Juan Carlos Indart ha desarrollado como patologías del discurso universitario. Hizo dos presentaciones, una en el Encuentro Americano de Belo Horizonte y otra de las Jornadas de la EOL en torno al tema. En ellas planteó el problema de que muchas manifestaciones psicopatológicas contemporáneas son la manifestación, en el lazo social, del discurso universitario como forma de inscripción en lo simbólico. Serían las implicaciones, para la localización del goce, de la ubicación del S2 en el lugar del agente y no del S1.

A mí me parece muy importante ese punto, ya que en mi opinión la debilidad del S1 se debe precisamente a las nuevas incidencias del discurso universitario en el lazo social.

Pienso que este punto no se desarrolla en profundidad, ya que muchos de los desarrollos lacanianos en nuestro país, se realizan precisamente en el contexto de las universidades, donde escuchamos una actitud denunciante del S1 y del llamado discurso del amo. En realidad, hoy se gobierna, fundamentalmente, desde el discurso universitario; ya no hay los antiguos amos. Se gobierna con expertos, con postgrados, con magíster, con comisiones de expertos, es decir se gobierna desde el S2. Esto no es posible problematizarlo en las universidades. Recuerdo un comercial que muestra este punto claramente. Era un comercial de leche, por lo que aludía a una familia de vacas. El hijo mayor le decía al padre que su hermano menor tenía hambre y le pregunta si le pueden dar leche en caja. El padre dice que no sabe y que mejor llamen a la mamá vaca. Lllaman a la madre, quien estaba en la peluquería y no escucha el teléfono celular. Y entonces se les ocurre llamar al pediatra, es decir, el S2 experto. El pediatra autoriza a que le den leche en caja. Vean que es el S2 el que autoriza al padre para decidir sobre la satisfacción de las necesidades y de la demanda del hijo. En el discurso del amo el padre no preguntaba a nadie, le daba la leche tal como se la habían dado a él y punto. La apelación al saber es el discurso universitario. El DSM, el CIE, los manuales, las guías clínicas, etc; no son discursos de amo, son discursos universitarios, porque toman la forma de un saber burocratizado, procedimental, que determina las decisiones y los juicios de las personas. Aclaro que el discurso universitario no es lo mismo que las universidades como instituciones. A veces incluso se interviene en análisis desde el discurso universitario, por ejemplo cuando la intervención le transmite al paciente un saber elaborado.

Perfectamente podemos pensar en las incidencias de este discurso en el lazo social, cuando ya no hay el efecto superyoico del amo antiguo, sino una predominancia del S2.

Intervención: Se me ocurre que en ocasiones el sujeto queda identificado al S1 que le entrega el Otro y no lo puede cuestionar ni articular. Los significantes que le entrega el Otro lo siguen dejando en la posición de resto.

R. A: Lo que ocurre es que se espera que la operación de alienación-separación permita que el sujeto tome los S1 y luego se separe del campo del Otro, produciéndose el plus-de-goce que se agrega al S1, transformando el S1 en un significante que orienta al sujeto como núcleo del síntoma. Precisamente lo que estoy señalando es que algo de eso no se produce, no hay algo del orden del efecto de separación y de la recuperación de goce en la transformación de ese S1 en signo de goce con el que el sujeto se representa ante el Otro.

Intervención: En todo caso, en el discurso universitario lo que ocupa el lugar de la verdad, los S1, es de algún modo la significación fálica disimulada, pero igual hay presencia de la significación fálica.

R. A: Si, habría que pensar, sobre todo en Chile, la relación del discurso universitario con el discurso capitalista, ya que los «títulos universitarios» operan también como mercancía. Como algo que ofrece una cierta posibilidad de evadir la castración, como lo ofrece el discurso capitalista.

Continúo con el tema de los S1. En términos de dirección de la cura, es importante poder trabajar con los semblantes del nombre del padre, con el semblante de la ley. Hoy entrevistaba a un joven, llevado por su madre, porque no quería seguir yendo al colegio. Y yo le preguntaba a la madre acerca de qué pensaba ella de la situación y qué cosas había hecho para rectificar esa situación. Lo que ocurría es que la madre no operaba desde el lugar del Otro que vehiculiza la ley, porque ella se angustiaba, y al angustiarse no podía operar desde el lugar de la ley. Ahora, lo que le ocurría al joven, es que él había sido atacado con riesgo de muerte, lo que le había provocado una angustia enorme. No se trataba, específicamente, de que no quisiera ir al colegio. Al preguntarle al chico sobre qué quería hacer más adelante en la vida, decía que quería trabajar, pero no sabía en qué. Es decir, estaba deslocalizado. Cuando yo le preguntaba sobre cuánto le gustaría ganar y cosas por el estilo, respondía siempre con un «no sé». Ahí no hay el articulador del ideal del yo que le señala el camino al sujeto. La posición que adopté como analista fue ir provocándolo, para que se manifestara sobre qué pensaba o qué opinaba respecto a todas las cosas, a lo que me respondía siempre con un «no sé». Además, realicé algunas maniobras tendientes a hacer operar la ley. Le conseguí una nueva hora con el psiquiatra y otra conmigo y le señalé, ya que habían perdido algunas horas, que si volvían a perder algunas otras no podríamos volver a atender al paciente. Además, la madre me solicitó un certificado que dijera que el hijo estaba incapacitado para asistir al colegio, como una manera de

acceder a exámenes libres, cuestión a la que le dije que no, ya que el hijo no estaba incapacitado. Es decir, se ocupó un semblante de ley; el semblante de ley es el que confronta al sujeto con la pérdida y la ganancia, articuladas.

LA IDENTIFICACIÓN FÁLICA

La segunda modalidad que quisiera mencionar es *la pérdida de la identificación fálica*, o del «brillo fálico». Esta también puede ser una de las razones por las que se renuncia al deseo si el sujeto no se ubica fálicamente como para poder causar el deseo del Otro. Hay que estar identificado al falo para poder ir por la vida con la idea de que se puede causar un efecto en alguien. La identificación fálica le permite al sujeto hacerse representar frente al Otro, adquiriendo una ubicación fantasmática que le permite organizar el deseo y el goce. Cuando un sujeto pierde el atributo fálico, se desestabiliza su posición fantasmática. Por ejemplo, cuando una madre firmemente ubicada bajo la significación del falo se enfrenta al momento en que los hijos se van de la casa, señala que ya no tiene nada más que le entregue sentido a la vida. Esto porque el goce de esta mujer está totalmente capturado bajo el significante «madre» en posición fálica.

Hay un paciente que está con una depresión bastante severa y que además presenta varias enfermedades médicas serias, como una disfunción del funcionamiento de páncreas, una hernia y una discopatía. Con todo ello se deprime precisamente por una pérdida de la identificación fálica ya que él no puede seguir trabajando, lo que le ha instalado la idea de que no sirve para nada ya que no es un aporte en la casa. Entonces, cuando le pagan las licencias, siente un alivio inmenso porque va de compras y dice que compra cosas, lleva regalos, pero luego se le acaba el dinero y se siente mal nuevamente. Se trata de un movimiento de «erección» y «detumescencia» propio de la lógica fálica. El se «erecta» cuando tiene dinero y luego cae; así funciona la significación fálica. Cuando el sujeto cae de esa erección puede invadirlo un efecto depresivo. Además, los sujetos organizan la identificación fálica en el fantasma; por ello, cuando eso cae, el fantasma como respuesta del sujeto a la castración del Otro, no funciona. Aquello con lo que el sujeto fantasmáticamente se ofrecía a la castración del Otro, al deseo del Otro, se desestabiliza, generándose la fantasía de que no es posible responder a la falta en el Otro con los propios atributos fálicos. La identificación fálica se desinfla.

En síntesis, las problemáticas clínicas de la identificación fálica tienen que ver con dos rasgos fundamentales: el problema de la impotencia y la inhibición. Ello se traduce en formulaciones como «no puedo», «no me va a resultar», «lo he intentado tanto», etc. Es importante este rasgo porque la impotencia es la versión neurótica de la imposibilidad. Lo importante es que el sujeto pone en su propia cuenta la imposibilidad de la estructura, transformándola en impotencia. Cuando el fenómeno depresivo aparece del lado de la impotencia escuchamos una atribución del sujeto a sí mismo como causante de la situación penosa.

Intervención: ¿Por qué no es duelo?

R. A: Hay un parentesco con la lógica del duelo; lo que ocurre es que estamos centrándonos en lo que sería la tramitación neurótica del sujeto al pensar en el tema de la identificación fálica. No hemos entrado por la vía de clasificar los fenómenos depresivos, sino más bien de identificar los operadores psíquicos que funcionan cuando el efecto subjetivo que observamos es estar deprimido. Claramente, esto es posible observarlo en un proceso de duelo si es que el duelo toma esa forma del «yo no pude». No se trata estrictamente de duelo, porque no es del orden de la pérdida de objeto, sino de la pérdida de la significación fálica. No es lo mismo que cuando la pérdida del objeto lleva, como en los duelos patológicos, a la idealización del objeto. No necesariamente la pérdida del objeto golpea la identificación fálica. Hay casos en los que la significación fálica aparece directamente, como en el caso que les comentaba. Si tomamos la perspectiva del duelo, entonces la dirección de la cura es llevarlo a elaborar la pérdida. Podemos ver ambos aspectos en un caso clínico, pero se puede entrar por distintas vías. También hay duelos donde el padecer está del todo referido al objeto y no a la identificación.

Los sujetos afectados «depresivamente» por una detumescencia de la identificación fálica tienen problemas con el Otro, y problemas fundamentalmente con el deseo del Otro, no con el objeto. Recuerden que el objeto no es el Otro, porque el objeto no tiene deseo. Lacan construye la noción de objeto a partir de la noción de objeto parcial. Los sujetos se ven angustiados por el deseo del Otro porque lo que cae es su capacidad de arreglárselas con el deseo del Otro, participando de la dialéctica con este. Lo que el sujeto pierde, al perder su identificación fálica, es su propia capacidad fantasmática de responder al deseo del Otro; eso lo deprime. Aquí es donde pienso que la indicación clínica es poder develar que hay una imposibilidad, estructural, de responder al deseo del Otro. Es decir, que no se trata de potencia e impotencia.

Estoy pensando en intervenciones que introduzcan, por ejemplo, que tal vez los padres fueron de una determinada manera no a causa del paciente, sino porque había algo que tenía que ver con ellos mismos que hizo que las cosas fueran así. Eso es instalar e introducir la falta en el Otro $S(A)$. Es localizar la causa en el campo del Otro y no en el campo del sujeto como causa del Otro; esa es la posición fantasmática del neurótico. Ya sea en la histeria como en la obsesión, el neurótico se ubica fálicamente como el objeto que le falta al Otro y cuando el fantasma fracasa en la posición del objeto que le falta al Otro, aparecen las desestabilizaciones sintomáticas. Si la intervención permite introducir lo que le falta en el Otro, no tiene que ver con una falta propia, sino que con algo que le es propio al Otro y se produce inmediatamente una localización subjetiva.

LA FRAGILIDAD DEL YO

La siguiente perspectiva es *la fragilidad del yo*. Me interesa investigar el tema del yo, sin criticarlo irreflexivamente, en el entendido de que fragilidad del yo designa la dificultad en producir la diferencia entre el sujeto y el yo ideal. Incluso entre el ideal del yo y el yo ideal. La unidad del yo está cuestionada cuando un paciente no puede asociar, que no es otra cosa que disociar la imagen ideal de sí mismo y el punto desde donde se mira que Lacan, en el esquema óptico, ubica en el lugar del ideal del yo, exactamente el mismo lugar donde también ubica al sujeto barrado. Cuando un paciente no puede realizar esa operación, podemos decir que el yo no está cumpliendo su función imaginaria.

Intervención: ¿En qué medida el ideal del yo equivale al sujeto barrado, pensando por ejemplo que en el grafo del deseo ocupan lugares distintos?

R. A: A mí me sorprendió mucho cuando los encontré en el gráfico del esquema óptico ubicados en el mismo lugar. Creo que la clave de esto es la identificación al rasgo unario como acto constituyente del sujeto. En el seminario VIII sobre «La Transferencia», Lacan hace todo un desarrollo sobre el rasgo unario, la identificación, el ideal del yo y el sujeto, para sugerir una cierta equivalencia entre los S1, que son los significantes del ideal del yo, y el rasgo unario como el rasgo que delimita la negatividad del sujeto. Dicho de otra manera, si ubicamos al sujeto en el ideal del yo, podríamos decir que el ideal del yo está constituido por los significantes a los cuales el sujeto está sujeto.

Intervención: Lo pensaba en el sentido de que el sujeto barrado tiene un efecto de vacilación; en cambio el ideal del yo es una instancia robusta, rotunda, como referente, como modelo.

R. A: Sí, pero recordemos que la vacilación es producto del ideal de yo, porque la vacilación es la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal. Si el sujeto se queja de algo, es porque se queja de la distancia que tiene con el ideal del yo. La gente cuando llega a análisis se queja de estar muy lejos del ideal del yo. Si alguien es, como dicen, un gran narcisista, es porque su yo está muy cerca de su propio ideal del yo; en consecuencia, no hace demanda de análisis.

La vacilación del sujeto es producto de que el ideal de yo y el yo ideal no se recubren, están desfasados. Precisamente creo que la idea de Lacan cuando pone al sujeto en el lugar del ideal del yo, mirándose en el yo ideal, es para dar cuenta de la condición del sujeto como reprimido, es decir, que no ve desde dónde se mira. Por eso es que la dirección de la cura, en el esquema óptico, es que el analista puesto en el lugar del espejo plano, haga un giro del espejo en 180 grados, que permita separar al sujeto del ideal del yo. La dirección de la cura apunta desarticular el «no sé desde

dónde me miro» y el «soy lo que veo». Despegar al sujeto del ideal del yo, para que deje de verse en ese yo ideal, del que se plantea a distancia. Los pacientes que denominan «límitrofes» son pacientes donde esta problemática no está presente. No está la problemática neurótica de la división subjetiva producto de la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal. Son pacientes donde falta la regulación. Lo que se produce es precisamente una desarticulación de esto: $i(a)$. Se deslocaliza el goce y el imaginario no unifica. En ciertos casos neuróticos, se observa una dificultad en la constitución del yo ideal a partir de un fracaso en las funciones de la demanda del Otro y del deseo del Otro. Ese fracaso tiene que ver con que el goce del Otro irrumpe, impidiendo que el sujeto pueda construir una imagen de sí mismo en la que el goce sea velado, articulándose al deseo. Eso hace que los pacientes en estas condiciones tiendan a referirse a sí mismos permanentemente desvalorizados y con una sensación de vacío interno, porque lo que no hay es el recubrimiento imaginario de lo que Lacan llama en el seminario VIII el *agalma*. El *agalma* es el objeto valorado que en la relación de amor siempre uno de los participantes lo tiene que alojar en su interior sin saber de qué se trata. Es una frase clásica de los enamorados: «No sé por qué me quieren». El *agalma* que permite sentirse amado está disociado del saber. Un gran porcentaje de pacientes coincide con esta caracterización clínica, presentando una mezcla importante de sintomatología angustiosa y depresiva. En muchas ocasiones, los pacientes llegan con un diagnóstico de depresión, y cuando uno evalúa la situación observa que más bien hay un fenómeno de desorganización subjetiva y no precisamente un trastorno afectivo. Se trata de inestabilidades, que suelen ser diagnosticadas como depresiones, pero que a veces tienen que ver con desestabilizaciones fantasmáticas importantes. Son esos casos que no se curan en diez sesiones y que reingresan insistentemente a los servicios de salud.

Otras «depresiones» suelen manifestar rápidamente alivios terapéuticos, pero cuando hay algo de este otro orden las cosas se suelen agravar y complejizar. Este es un problema clínico importante, ya que el paciente reporta que lleva años en estas condiciones. El cuadro clínico, eso sí, presenta discontinuidades, periodos de relativa normalidad y luego desencadenamientos sintomáticos graves. El paciente tiende a hablar de crisis porque tiende a sostenerse en función de un otro semejante que se instala imaginariamente como compañero especular del que depende esa estabilidad. Entonces, cuando se les mueve ese otro, la crisis aparece. Una paciente se desestabiliza luego del término de una relación a distancia en la que había visto a la pareja tres veces en cinco meses. Cuando terminan, ella entra en crisis ya que pierde el *partenaire* imaginario. Ella irá oscilando, ya que su estado depende de que exista un objeto especular que le de estabilidad al yo.

Intervención: Cuando hablabas de las otras depresiones, las que no estaban asociadas a la fragilidad del yo, y decías que se levantan en ocho sesiones, ¿te refieres a que se levantan los síntomas?

R. A: Me refería a que se levanta la organización depresiva del cuadro clínico. Si hablamos de un paciente claramente neurótico, instalado en el discurso, con un fantasma neurótico, con un narcisismo que permite que el goce del Otro esté velado, creo que se observan efectos terapéuticos rápidamente. Por supuesto, queda el problema de la neurosis del sujeto. También ocurre que aparece un síntoma analítico; entonces la sintomatología depresiva tiende a levantarse ya que ese síntoma supone una rectificación subjetiva de la responsabilidad de sujeto.

Intervención: Estaba pensando que los promedios que hay a través del mundo de adherencia al tratamiento en servicios públicos son de 6 o 7 sesiones. Alguna vez participé de una investigación en la que le preguntábamos a las personas por qué habían abandonado sus tratamientos y la sorpresa es que respondían que porque se habían sentido bien, percibiendo un éxito terapéutico, siendo que la sensación en el servicio era de frustración, ya que se pensaba que los pacientes se iban por falta de adherencia.

R. A: Hay un punto y es que se hace necesario dar altas. En la unidad donde trabajo sorprende que siendo psicoanalista doy de «alta». En ocasiones, dejo un par de sesiones distanciadas en el tiempo antes de sancionar un alta terapéutico y lo que pasa es que el paciente viene al primer control y al segundo falta porque ya está bien; entonces, administrativamente, queda como un abandono de tratamiento y no como un alta, no como éxito clínico. Al parecer, no hay que dilatar mucho ciertas situaciones. Después de todo, si el paciente siente que necesita ayuda va a volver a demandarla; en los servicios públicos demanda no falta.

La clínica lacaniana tiene que repensar la cuestión de la función del yo para algunos casos graves. Porque en la *función de desconociendo*, que proponía Lacan en el estadio del espejo, ¿qué es lo que desconoce el yo? Desconoce la fragmentación del cuerpo, que no es otra cosa que las zonas erógenas. Es decir que lo que desconoce el yo es el goce. En casos donde hay intrusiones del goce del Otro, la función desconocimiento del goce está trastocada. Cuando la función de desconocimiento opera, el goce es recortado para ser localizado bajo la forma de objeto *a*. Cuando la función fracasa, el objeto irrumpe, provocando angustia. También es posible ir más allá de la angustia, ya que cuando el objeto fracasa como localizador de goce, el goce irrumpe bajo la forma del goce del Otro, del goce perverso. En estos casos, la dirección de la cura es restablecer la función de desconocimiento del yo. Les comento un caso que ya he mencionado acá. Se trata de una paciente que vivió abusos en su infancia durante tres años y que cuando aludíamos al tema en sesión se angustiaba de manera abrumadora. Por ello, decidí no hablar más del tema, desconocer ese tema y trabajar con un semblante del Otro del lado del deseo y de la demanda. Comenzamos a hablar de música y de películas; ella me comentó sobre sus intereses, etc. Se trató de un semblante del deseo del Otro. La paciente comenzó a tener algunos cambios moderados. Hablar de otra cosa en la sesiones, es precisamente desconocer eso Otro

que es propio de la experiencia de goce de la perversión. Finalmente de todas formas se abordo el tema, pero traído como una revelación; esto gracias a que en algún momento lo dejamos a un lado. Si lo seguía intencionado como tema central, estábamos llevando las sesiones al contexto de la intrusión del goce del Otro.

Intervención: Eso se puede leer como ir en la dirección de pasar del goce del Otro al goce fálico. Que no quede ella como objeto solamente, sino que en algún punto ella puede responder al deseo del Otro.

R. A: Para eso hay que pasar, en la dirección de la cura, por el semblante del deseo del Otro vía la posición de analista.

Intervención: Ello implicaría algo así como construir el discurso del amo e introducir una identificación fálica. En el discurso del amo, el sujeto como sujeto del inconsciente está disimulado, funciona la identificación fálica. No hay relación con la imposibilidad de relación al Otro.

R. A: Es que la relación con la imposibilidad de satisfacer al Otro es un efecto del análisis. Cuando el discurso del amo está operando, lo que tenemos es que la lógica del fantasma conduce los destinos del sujeto de manera armónica; cuando ese funcionamiento fracasa, aparece el malestar. Si el sujeto va a análisis, recién allí puede comenzar a relacionarse con algo de la imposibilidad.

Lo que estoy planteando en este caso es fundamentalmente la manera en que la transferencia puede permitirle al sujeto una relación al Otro distinta y como consecuencia de una reorganización del yo, en la medida en que el fantasma empieza a funcionar comienzan a parecer objetos como la música, las películas, etc.

Intervención: Cuando Lacan le atribuye la condición vacilante al sujeto del inconsciente, que no hay que darlo como un dato primero, sino que hay que producirlo, me parece que habla de un momento posterior al que estas halando. Producir al sujeto implica justamente producir esa falta en ser.

R. A: Sí, pero eso es cuando el problema del sujeto es ese, no es algo que haya que hacer. Lo que ocurre es que se nos instalan en psicoanálisis los ideales y ese es un conflicto ideológico. Por eso hay tanto problema cuando trabajamos con estos casos e intentamos abordarlos con la lógica de la sustitución y la representación; hay un fracaso porque esperan del paciente que asocie y el paciente no asocia. Ello ocurre porque no está instalada la lógica del discurso del amo como estructura del inconsciente, que es precisamente la que permite descifrar. El discurso del amo es una máquina de ciframiento; por ello Lacan en el texto «Autocomentario» señala que el trabajo del inconsciente es cifrar goce, emparentando la estructura del inconsciente con la del discurso del amo, debido a la operación de «cifrar». Mucho del trabajo con los pacientes complejos que les describo es del orden del «cifrar»; se trata de localizar goce. Podemos rectificar al sujeto en relación con su falta en ser, cuando la localización fálica del goce se propone como una estrategia de desconocimiento de la falta en ser. Si no hay esa estrategia, son necesarios otros movimientos clínicos y en

ocasiones el término del tratamiento es dejar ese punto instalado. Recuerdo una paciente que al momento de irse de alta, me cuenta que ha soñado. Cuando se va, produce la formación del inconsciente. ¿Qué sueña? Sueña que pateaba el ataúd del padre, quien había cometido abusos con ella en su infancia

Ahora bien, acá llegamos a una discusión de otro nivel, relacionada con la pregunta acerca de hasta qué punto alguien está autorizado para analizar a alguien. Esta paciente me insistía en decirme que se sentía bien, que no quería seguir viniendo ¿Resistencia o decisión?

Me ha impresionado la tranquilidad con que algunos pacientes se retiran del tratamiento cuando han armado, construido algo de su propio síntoma y de sus implicaciones subjetivas. Las angustias, las crisis, propias de la inestabilidad del discurso, son muy grandes. Por ello, restituir el funcionamiento del inconsciente puede ser un punto de llegada suficiente para algunos sujetos. Me oriento con la idea de Jacques Alain Miller desarrollada en su curso «Sutilezas analíticas» relativa a que el inconsciente es una defensa contra el goce. El sueño de esta paciente es una formación del inconsciente que la «defiende» del goce del Otro, lo limita, lo acota. Es el Otro reducido al objeto en el ataúd y además un poco maltratado por ella. Me contaba el sueño con mucho alivio. Hay la instauración del inconsciente como localización de goce; ello levanta un estado depresivo importante.

Esto nos redirige al tema del término de un análisis. Pero ese es un tema para otro seminario.

CAPÍTULO IX

PERSPECTIVAS LACANIANAS DE LA ANGUSTIA

9 de junio de 2010

En esta clase abordaremos un tema que todos acá conocemos: la angustia. Por una u otra razón, todos alguna vez nos hemos angustiado por lo que es un tema del cual tenemos una experiencia directa. Tomaremos la angustia que los psiquiatras en ocasiones denominan ansiedad. La abordaremos bajo distintas formas; por ejemplo, la abundancia de diagnósticos de trastornos de ansiedad generalizada o trastorno de pánico, que son diagnósticos psiquiátricos fácilmente localizables en la experiencia clínica. Sin embargo, hay una presencia importante de angustia en casos que suelen estar diagnosticados por la psiquiatría como trastornos de personalidad; también hay que mencionar la prácticamente normal presencia de angustia en los casos diagnosticados como depresión, complejizando el cuadro clínico.

Como ven, tomo los términos de la psiquiatría; no los descarto ni los adopto, pero sí los utilizo porque son los que circulan en el discurso de nuestras instituciones de salud mental públicas y privadas. En mi opinión, en muchas ocasiones estamos frente a un fenómeno de deslocalización del sujeto que permite lo que Kernberg describe como labialidad afectiva, sensación de vacío interno, angustia flotante, etc. En general, en los cuadros clínicos de depresión severa la angustia está siempre presente.

Hoy voy a trabajar tres perspectivas de la angustia, que se pueden generar a partir de la enseñanza de Lacan, si tomamos una cierta perspectiva histórica. Estas tres perspectivas permiten abordar esta variedad de la presentación clínica de la angustia que el discurso psiquiátrico no logra estructurar completamente.

Las tres perspectivas de la angustia nos permitirán poner en juego los operadores psíquicos que dan cuenta de la emergencia de la angustia y orientar nuestras intervenciones.

Son tres perspectivas para abordar un problema clínico. Recuerden que en Freud la angustia es siempre una angustia de castración, es siempre un peligro de separación. Para Melanie Klein, la angustia también es un proceso de separación que el niño no puede aceptar. En Lacan también hay una concepción de la angustia en esta línea y es la de la angustia conceptualizada a partir del problema del deseo del Otro.

Entonces, la primera perspectiva es la de la angustia definida a partir del deseo del Otro.

Una segunda teoría de la angustia es la que se encuentra desarrollada en el

seminario X sobre la angustia. Esa teoría tiene que ver ya con el objeto *a* que se crea conceptualmente en el seminario mencionado. Es un seminario eminentemente clínico en el que encontraran, además de los desarrollos en torno a la angustia, un análisis en profundidad de la clínica de la neurosis obsesiva. Esta es una angustia ya no entendida a partir de la falta, como en la perspectiva del deseo del Otro, sino a partir de la presencia del objeto.

En la primera perspectiva la angustia es producto de la castración y en la segunda es producto de la intrusión. La angustia producto de intrusión invasiva no es la misma concepción que la angustia producto de la separación, de la instalación de una falta.

Se trata de la falta y la presencia respectivamente.

La tercera perspectiva de la angustia tiene que ver con el goce del Otro. Es la teoría de la angustia que encuentran desarrollada en el seminario XX «Aún», en el XXII «RSI», y en el texto «La tercera», por nombrar los centrales. En ellos la angustia también es entendida a partir de la intrusión del goce del Otro y de una presencia. Me interesa plantear estos tres modelos porque la posición del sujeto y sus consecuencias son distintas. El punto de angustia y de emergencia de esta también es distinto.

En primer caso, será el Otro del deseo; en el segundo, el cuerpo y, en el tercero, vuelve a ser el Otro del goce.

LA ANGUSTIA Y EL DESEO DEL OTRO

Lacan plantea que la angustia es el efecto del encuentro con el deseo del Otro sin la respuesta fantasmática respecto a ese deseo. Cuando el sujeto se angustia, podemos decir que se presentifica la pregunta «¿qué quiere el Otro de mí?»

Lo que hace la neurosis es responderse a la pregunta por el deseo del Otro con el fantasma, con la fantasía. Pongan atención a sus pacientes y verán que siempre en sus fantasías, en lo que piensan, en lo que se les ocurre, con lo que interpretan los eventos de la vida, está involucrado el deseo del Otro. El fantasma tiene una particularidad: soporta el deseo del sujeto bajo el principio de que el deseo tiene como objeto el deseo del Otro. Lo que hace el fantasma, o la fantasía, es articular el deseo del sujeto al deseo del Otro. Es una fórmula, una imagen, una puesta en escena en la que se articula el deseo del sujeto con el deseo del Otro.

Otra manera de definir la función del fantasma es decir que con el fantasma el sujeto se «ofrece» como aquello que le falta al Otro, como aquello que potencialmente podría colmar o satisfacer al Otro. Una cuestión interesante que estará presente en las tres conceptualizaciones de Lacan sobre la angustia es que, si revisan las tipologías neuróticas del fantasma desarrolladas y presentadas en el seminario VIII, van a encontrar una particularidad y es que en las fórmulas del fantasma histérico y obsesivo no aparece escrito el sujeto barrado.

$$\begin{array}{c} \frac{a}{-\phi} \diamond A \\ \\ \cancel{A} \diamond \phi \ (a, a', a'', a''' \dots) \\ \\ \S \diamond a \end{array}$$

La particularidad que les quiero señalar es que en el fantasma el sujeto no está escrito, porque está ubicado como objeto para el Otro. En la fantasía neurótica lo que se le reclama al Otro es que no lo acepte como el objeto que se le propone en el fantasma. Ese es el reclamo del neurótico, algo así como «por qué no quieres que sea lo que yo quiero ser para ti», es decir «quiero ser ese objeto de tu fantasma».

En la histeria, el sujeto está en la posición del objeto, que es la posición de aquello que pretende llenar al Otro. En el fantasma obsesivo aparecen las identificaciones del yo, que están connotadas por el falo; por eso es que las identificaciones yoicas de los obsesivos están con el índice de la significación fálica para responder a la pregunta por el deseo del Otro. El yo del obsesivo tiende a crecer, a hincharse, a agrandarse para anular al Otro y anular también la diferencia, la falta en el Otro.

La angustia es signo de que el fantasma ha fracasado en su función de ser respuesta al deseo del Otro. Dicho de otra manera, la angustia es producto de que el Otro no acepta la propuesta fantasmática del sujeto relativa a lo que quería ser como objeto para él.

La angustia emerge cuando la propuesta de ser el objeto del deseo del Otro fracasa. Esta es una angustia puntual, que fenomenológicamente es siempre situable en relación con una situación; el sujeto, siempre bajo condiciones adecuadas de entrevista, puede identificar qué fue lo que le provocó la angustia. Una discusión, un llamado del jefe, etc.; se trata de algo por precisar en el discurso del sujeto. Es ubicar el punto signifiante donde se produjo la angustia. No es la angustia «crónica»; esta es una angustia que irrumpe y desaparece. Provoca intentos del sujeto por reestablecer la función del fantasma. Es una angustia localizada, porque está organizada a partir de la significación fálica y de la vacilación de la misma. Por eso es que cuando alguien se angustia, la significación que emerge es la significación de la falta. Por ejemplo, «qué tiene ella que no tengo yo», «no soy suficientemente querido», «no recibo lo que merezco», etc. Es la angustia neurótica en la que el $-\phi$, la castración imaginaria, aparece claramente definida bajo la forma de la falta.

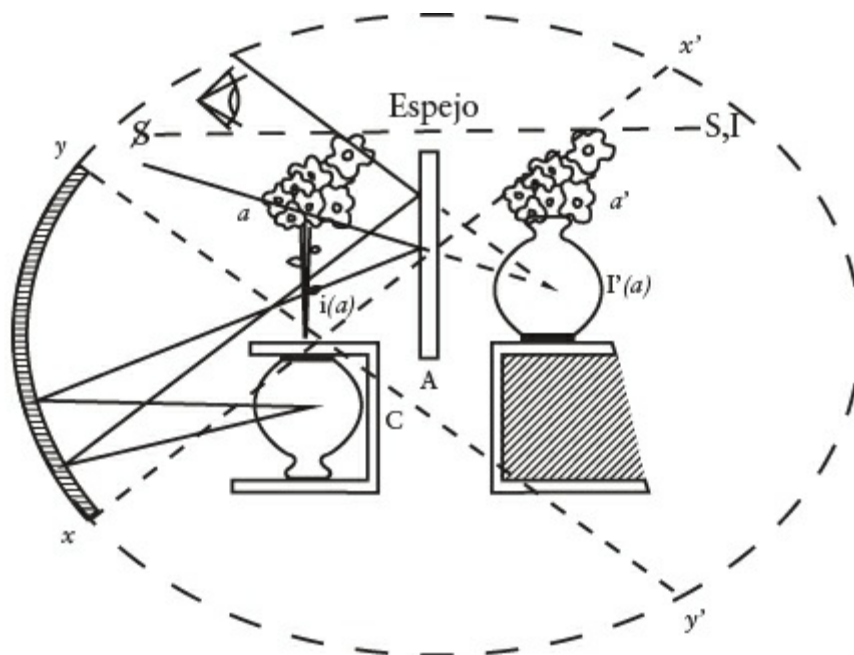
Clínicamente, esta angustia es factible de ser transformada en signo, para luego darle un estatuto de signifiante y así abordarla por la vía del desciframiento, lo que nos conducirá a las identificaciones fálicas del sujeto, haciendo aparecer un S1 y permitiéndonos introducir al sujeto en un movimiento asociativo. Recuerden que el S1 representa la identificación fálica del sujeto. Clínicamente, es una angustia que rápidamente puede tender a organizarse en significantes si es que se facilita el discurso del sujeto a partir de punto de emergencia de la angustia.

Hay una señalamiento clave de Lacan, que nos permite hacer el pasaje a la segunda perspectiva de la angustia, y que alude a la imagen especular, $i(a)$, que tiene la función de ser el soporte del deseo. Esta imagen es el soporte del deseo en la medida en que designa el yo ideal, es decir, el estado ideal de narcisismo primario al que apunta el sujeto. Por eso es un soporte para el deseo, porque es lo que el sujeto busca. Esta imagen especular del yo siempre se ve afectada por el $-\phi$ o la castración y su correlato imaginario, que es esta significación de falta con la que el sujeto está en permanente relación. Es la inadecuación del sujeto al «traje» de profesional, de hija, de madre, de padre, de amigo, de esposa, etc. Se trata de un desacomodo que se expresa como falta respecto a una ideal, al ideal del yo. El sujeto se «mira» desde el ideal del yo y «se ve» en el yo ideal; la significación de falta es el resultado de la distancia entre ambas instancias. Esta imagen está en relación al $-\phi$. Lacan avanza para proponer otra lectura de la clínica de la angustia, introduciendo la idea de que cuando el sujeto se constituye libidinosamente, inviste la imagen especular, el yo ideal. Si no estuviera investido el yo ideal se abre paso a la melancolía.

En esta investidura sobre la imagen, una suerte de acto psíquico primigenio de unificación y totalización que Lacan trabaja a partir del estadio del espejo, existiría un resto de libido, de erogeneidad que no se articula ni se inviste en la imagen especular y que no participa en la dialéctica imaginaria. Lacan denomina a ese resto «reserva libidinal». Les voy a leer un párrafo del seminario sobre la angustia.

En el lugar de la falta en el que algo puede aparecer puse la última vez y entre paréntesis el signo $-\phi$, la castración imaginaria; les indico a ustedes que aquí se perfila una relación con la reserva libidinal, o sea, con algo que no se proyecta, no se inviste en el plano de la imagen especular, es irreducible a ella por la razón de que permanece profundamente investido en el propio cuerpo de narcisismo primario, de lo que llaman autoerotismo de un goce autista¹⁴.

La dimensión del resto libidinal no entra en relación con el otro imaginario a través del yo, o con el Otro simbólico. Es del orden del goce autista. El concepto de objeto *a* está construido desde la perspectiva de esa reserva libidinal. ¿Cuál será la tesis de Lacan? Acá tendré que retomar el esquema óptico.



El Otro es el espejo plano; el sujeto se mira desde arriba del espejo cóncavo y se ve en el espacio proyectado por el espejo plano bajo la forma de $-\phi$. El jarrón es utilizado para designar la unidad de la imagen corporal. Las flores escondidas bajo el cajón simbolizan las zonas erógenas y la parcialidad de la pulsión con sus objetos inasibles. La imagen es el cuerpo organizado, unificado, totalizado con todos sus orificios pulsionales funcionando. Lo que el sujeto ve cuando su «visión» es tamizada por el campo del Otro es una imagen de sí mismo en falta.

A eso me refería cuando les decía que ustedes, por ejemplo, se prueban el «traje» de psicólogos y en general sienten que les falta algo, que debieron estudiar más, que hay que ir a más seminarios, que no sabían qué hacer con el paciente, que no saben si lo hicieron bien o mal, etc. Este efecto es producto de esta estructura. El $-\phi$ es complementario con el yo, ya que esta instancia del $-\phi$ está íntimamente relacionada con el yo ideal, ya que este último, al estar siempre a una distancia más o menos lejana del ideal del yo, provoca la significación de falta.

Lo importante es que el goce, por efecto de la imagen unificadora, está camuflado en los ropajes imaginarios. Cuando yo hacía clases en primer año de psicología y les preguntaba a los alumnos por que habían elegido esta carrera, muchos decían: «Para ayudar a los demás». Es decir, daban una versión altruista del narcisismo. «Ayudar» al otro es una de las formas clásicas del narcisismo, y el narcisismo oculta goce y ese ocultamiento es precisamente lo que se podrá empezar a remover en los análisis. Por ejemplo, siempre he pensado que las razones por las cuales uno quiere ser analista, y que se hacen presentes en el primer periodo de un análisis, no son las mismas que cuando el análisis ha avanzado. Las primeras razones son siempre fálicas, edípicas.

Retomando el tema, Lacan tiene la idea de que la angustia es producto de que el objeto aparece en el lugar del $-\phi$. Esto es que en el lugar de la falta aparece el goce autista. Esa aparición rompe, fractura la unidad de la imagen especular, porque es el

encuentro del sujeto con un goce que viene del cuerpo y que no está articulado a la imagen. Con cualquier enfermedad somática podemos ejemplificar este efecto; se los pregunto así: ¿Quién se puede sentir atractivo, capaz de seducir, estando enfermo? ¡Absolutamente nadie! Porque cuando aparece el organismo, el yo ideal se altera. Se altera la fantasía sobre sí mismo por la invasión del cuerpo.

Lacan dice cosas como que falta la falta, con lo que designa la dimensión de la presencia del objeto porque el objeto se vuelve positivo, se positiviza, ya no está cubierto por el $-\phi$.

Intervención: ¿En la psicosis es la certeza?

R. A: No la certeza; en la psicosis es más bien un fenómeno de significativo. En la psicosis vemos aparecer el objeto desnudo, desde el exterior. Al no haber objeto *a* propiamente tal, en las psicosis lo que ocurre es que el objeto coincide con el goce del Otro; por ello el psicótico realiza el objeto para el goce del Otro.

Intervención: En la psicosis, ¿qué pasa con el estadio del espejo?

R. A: En este punto de su teoría Lacan ha incluido el estadio del espejo en el esquema óptico. Lo que hay que situar es que en la psicosis el reflejo por el cual el sujeto tiene una relación con su imagen proyectada en el campo del Otro, materializada en la significación de falta, no está. No está porque la relación al Otro simbólico no se ha producido. Podemos decir, de manera imprecisa, por cierto, que la esquizofrenia implica una cierta desestructuración de la imagen que unifica al cuerpo. En la paranoia hay algo del Otro articulado porque hay una localización imaginaria del goce, a tal punto que el paranoico tiene una estasis de libido narcisista importante; de hecho, «él es tan importante que todos lo miran».

Que falte la falta puede ser muy angustiante porque aparece el objeto. Les cuento una anécdota personal. Cuando vivía en Valparaíso, tenía una casa muy grande con varias habitaciones y alguna vez comencé a descargar de Internet las grabaciones de audio de los seminarios de Lacan. Resulta que me olvidé que el computador estaba funcionando. Al cabo de un par de horas, comienzo a escuchar una voz profunda y tremulante que vibraba por mi casa y por algunos segundos me asusté bastante. Por suerte, recompose mi fantasma y me pude dar cuenta que era la voz de Lacan, y que no me hablaba a mí precisamente, sino que el programa hizo funcionar la grabación cuando este terminó la descarga. Esa es una aparición del objeto, es una manera en que falta la falta. Si yo hubiese estado frente al computador esperando con muchas expectativas que se descargara la conferencia, habría estado en el ámbito de la falta, esperando que la conferencia completase «mi colección de grabaciones». En esta idea de angustia hay una positivización de un operador psíquico como causa de angustia. Lo que se positiviza es el goce autista que está siempre enraizado al cuerpo. Ese goce autista sería a aquello que apuntaría a la dirección de la cura desde la perspectiva de la pragmática del síntoma, porque de lo que se trata es de hacer pasar ese goce autista al significativo, a través del síntoma.

Esta forma de la presentación de angustia, la de la positivización del goce autista vía el objeto, es la que anula el efecto de la castración. Esta es la angustia de los niños con problemas con los límites, los niños con padres posmodernos. Es la angustia que aparece en el cuerpo del niño hiperactivo, ante el cual la madre dice: «Yo no sé por qué es así si yo siempre lo he dejado hacer lo que quiere». Es la presencia de un goce desregulado desde el cuerpo y que al no estar limitado por la ley, aparece bajo la forma de la hiperactividad, que es la forma en que emerge la angustia infantil. En ocasiones, hay pacientes que lo reconocen y que dicen explícitamente: «Yo necesito que me retén». Le he preguntado a algunos niños, en posición de pacientes, si prefieren que los dejen hacer cualquier cosa o que los reten un poco y me han dicho: «Que me retén no más porque así estoy más tranquilo». Los niños se dan cuenta que se tranquilizan con el reto de los padres; el problema es que los padres se angustian con retarlos, o sea, no funciona la estructura de la ley. Por eso es que Lacan tiene esa indicación de que el amor le permite al goce condescender al deseo. Cuando ese goce aparece en el campo de la imagen, irrumpe la angustia. El deseo se desorienta, ya que irrumpe el goce desregulado desde el cuerpo. El deseo, para orientarse, tiene que apuntar a un objeto enmascarado en el fantasma y reprimido en el inconsciente. Cuando aparecen estas relaciones perversas, en donde entran algunos neuróticos, observamos que el deseo de los sujetos se pierde y el sujeto queda alterado en una relación angustiosa con el Otro.

Es necesario, para el funcionamiento psíquico, que exista una función fantasmática que cubra y reprima el objeto. Reprimir el objeto es poner el objeto en la función fantasmática.

$$\frac{S_1}{\mathcal{S}} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

Si el objeto se sale de ese lugar, el goce se desregula y aparece la angustia.

Hay una cuestión importante respecto a la dirección de la cura. Con la conceptualización de la angustia desde la perspectiva de la castración, es posible operar con las significaciones, podemos trabajar con el desciframiento, con el «qué quiere decir esto» y es posible comenzar a simbolizar. Podemos hacer también una correlación con las nociones de fin de análisis. Si recuerdan, Freud señala, en el texto «Análisis terminable y análisis interminable», que hacia el final de un análisis se topa con la «roca viva» de la castración. Esa es la consecuencia de un análisis entendido bajo la forma de la castración imaginaria y no orientado al problema del goce autista, que es el resto libidinal que no se inviste. Les voy a dar un ejemplo de esto a partir del testimonio del pase de Mauricio Tarrab, que trabajé en el seminario anterior que di sobre la transferencia. Allí Mauricio ubica la frase fantasmática como «ser el soplo que le falta al Otro», y el soplo venía de una enfermedad del padre que incluía ese significativo, soplo, en su definición y el niño no sabía lo que era el soplo. A eso hay

que agregar un recuerdo en el que él veía al padre soplar en un globo como un ejercicio del tratamiento. Existía toda una relación con el soplo como objeto oral. Esa era una de las partes del fantasma, era justamente la que conectaba el goce autista al Otro. Hay otra vertiente del fantasma que se relaciona con un episodio en donde el sujeto sufre un desmayo luego de subir agitado una escalera y la madre le dice algo que marca inmediatamente su agitación respiratoria. Entonces hay dos momentos: hay un momento del soplo que es una consecuencia corporal sobre él, y hay otro momento donde ese soplo se articula al Otro como siendo el sujeto mismo de aquello que le falta al Otro para mantenerlo vivo y que se expresa en la frase «ser el soplo que le falta al Otro». El decía que esa posición incluso había determinado su función como analista, en un cierto momento, bajo la forma de ser que alienta al otro encarnado en sus pacientes. Les comento esto porque lo que me interesa es que veamos esa otra dimensión.

Esa dimensión primaria que está relacionada con *lalangue*, primera marca del significante sobre el goce, que luego se articula en un segundo momento al Otro. Hay un goce autista y luego la conexión de ese goce con el Otro a través del fantasma. Esta teoría de la angustia sostiene que esta última aparece cuando el goce autista irrumpe en el campo imaginario. La dirección de la cura cambia ya que la pregunta central es: ¿Cuál es el modo de goce del sujeto? Con el objetivo de producir un saber en torno a él. Esto evidentemente si estamos en el curso de un análisis, pero si nos situamos en las entrevistas preliminares o en la práctica que realizamos en instituciones de salud pública, lo que en ocasiones hay que restituir es la continuidad del fantasma.

En otras ocasiones avanzamos por la vía de una fractura yoica para potenciar el efecto de división subjetiva. La angustia no es división subjetiva; la angustia puede ser una señal de que estamos frente a un sujeto en que puede aparecer una división subjetiva, pero no es señal de esta. La división subjetiva puede surgir como el efecto de la interpretación que el sujeto puede hacer de esa angustia. Es por eso que un paciente muy angustiado no puede asociar psíquicamente, no puede decir nada. Hay que atemperar esa angustia para que pueda transformarla en un signo y desde ahí encadenar el significante. Cuando el significante se empieza a encadenar, es porque el objeto *a* ya no está presente en el campo imaginario, ocupando su lugar de empuje en el fantasma. En ese punto comenzamos a analizar con el objetivo de aislar la consistencia lógica del objeto, que es el horizonte de un análisis.

En este seminario Lacan vincula el objeto *a* con la condición del sujeto de haber sido, en un tiempo lógico anterior, objeto del Otro. Tomemos como ejemplo la voz. Que un sujeto tome como objeto la voz y que tenga prioridad en la economía libidinal, quiere decir que ese sujeto en algún momento lógico previo a tomar esa voz como objeto, fue él mismo objeto de la voz del Otro cuando esa voz le hablaba. Para que un sujeto tome como objeto libidinal la mirada del Otro, tiene que haber sido en

algún momento de la constitución subjetiva objeto libidinal de la mirada del Otro, tiene que haber sido mirado. El sujeto tiene que haber sido ese objeto libidinizado a la mirada del Otro para que en algún punto el sujeto tome esa mirada y la recorte del campo del Otro, la localice en el fantasma y la transforme en un objeto *a*. Si no hay esa libidinización de parte del Otro, el sujeto no puede transformar esa mirada en objeto libidinal. Por eso es que Lacan va a definir el objeto *a* como un objeto cercenado, cortado, mutilado del cuerpo del Otro. Para decirlo de otra manera, tiene que haber sido en algún momento el hijo un objeto de goce para la madre a través del pecho, para que el niño luego recorte el pecho como objeto de goce. Si la madre no goza fálicamente, amamantando al niño, su relación con el objeto oral se verá conmovida. El objeto *a* se va a construir sobre la determinación de lo que el sujeto fue, en tanto objeto *a*, para el Otro. Entonces, cuando Lacan quiere decir que la angustia es la aparición de ese goce autista en el campo imaginario, lo que indirectamente está diciendo es que lo que aparece en ese campo, es ese goce autista correlativo al momento en que el sujeto fue objeto libidinal para el Otro. Lo que aparece ahí es el objeto voz, el objeto mirada, el objeto pecho, el objeto eses, pero que se engancha al punto en el que el sujeto fue objeto *a* para el Otro. Por eso es que el efecto es la angustia, es una deslocalización del objeto, porque cuando el objeto está localizado fantasmáticamente funciona, causando el deseo del sujeto neurótico que se enamora de «aquel o aquella» que tiene una hermosa mirada.

Intervención: Lo entiendo teóricamente, pero me confundo al tratar de llevarlo a la clínica. Estoy pensando en una paciente que recibí hace muy poco, que viene después de un abuso sexual y me llama la atención que esté tan angustiada. Hay tocaciones en un contexto de borrachera y de pronto reacciona. Se produce un efecto bastante singular, ya que no puede dormir, no come y de pronto dice «esto no es primera vez que me pasa» y empieza a recordar que ella fue una niña maltratada por la madre y apela al padre para que en algún sentido la rescate y el padre no le cree. En el punto en que ella liga la escena actual de abuso con las experiencias infantiles yo empiezo a pensar en esto que estás diciendo tú de que hay algo de la dimensión de haber sido objeto de maltrato de la madre y que no es escuchada en condición de sujeto. Cuando entramos en detalles, lo que ubica como más traumático es que ella comenzó a hechar al tipo de la pieza y él no «escucha» que ella le dice que se vaya.

R. A: Que el tipo no escuche lo deja del lado de la invasión del goce del Otro. Hay un pasaje, un parentesco lógico entre el goce del Otro, que es cercenado por el sujeto cuando en el campo del goce del Otro aparece el amor, el deseo, la demanda y se le hace posible al sujeto constituir sus objetos fantasmáticos. Los recorta y los instala en el fantasma. El ejemplo que traes es clarísimo, ya que lo traumático no son las tocaciones, porque eso entra en la serie de las experiencias sexuales en las que algo de su posición de objeto *a* para el Otro, se hace efectiva. Algún goce se infiltró en eso, al menos el goce de la sustracción con la borrachera, el borrarse y el no saber de

sí. Sin embargo, cuando se restablece la consciencia, y aparece el yo, viene el gesto de hechar al tipo y el tipo se niega a retirarse de la escena, apareciendo la dimensión intrusiva del goce del Otro, que es lo verdaderamente traumático.

En la discusión sobre lo traumatizante, la aparición del goce fálico es traumático en correlación con la ruptura de la unidad imaginaria del yo ($i(a)$), pero no es la misma estructura que la de la intrusión del goce del Otro que arrasa, estraga.

Cuando estamos en el campo del goce fálico, hay algo de la defensa que aún funciona; además opera la extracción del objeto a pudiendo el sujeto obtener un plus de goce.

Las cuestiones relativas al estrago provocado por el goce del Otro suelen tener consecuencias clínicas más complejas. En cambio, en algunos casos que he visto, de adultos con historial de abuso, la tramitación va por el lado «guarde silencio para evitarles el dolor a mis padres». Eso queda del lado de la identificación fálica, fantasmática. En otros casos asistimos a una suerte de petrificación del sujeto.

Estos ejemplos nos permiten pasar a la tercera teoría de Lacan sobre la angustia.

LA ANGUSTIA Y EL GOCE DEL OTRO

Se trata de la teoría de los últimos seminarios, en donde la angustia queda ubicada como una consecuencia del ingreso de lo real en lo imaginario. Al lado del síntoma, que es una intrusión de lo simbólico en lo real, y de la inhibición, que es una intrusión de lo imaginario en lo simbólico.

La angustia es el goce del Otro que invade lo imaginario. En el seminario X Lacan utiliza como ejemplo la pesadilla, en donde suele aparecer una presencia que invade al sujeto, presentificando el goce del Otro. El goce del Otro debiese estar velado, velado en primer lugar por el fantasma del propio Otro, ya que en el fantasma del Otro deberíamos ocupar una posición de objeto falicizado, pero el abusador transforma al abusado en un objeto parcial, desarticulando la dialéctica del amor. En la dialéctica del amor el amante le hace sentir al amado que tiene algo, que él como amado desconoce, pero que es tremendamente valioso para él que está en posición de amante. Pero hay una característica muy especial y es que el amado no encarna el objeto deseado, el objeto es algo que el amado tiene y que Lacan llama *agalma* en el Seminario sobre la transferencia. El problema del abuso es que el abusador hace coincidir al abusado con el objeto parcial, lo que arrasa con la posibilidad de un estatuto de sujeto de quien sufre los abusos. En consecuencia, lo que se observa en algunos pacientes es que cuando no pudieron utilizar la identificación fálica para arreglárselas con esa arremetida del Otro, lo que se constata clínicamente son importantes fragilidades en la función imaginaria del yo que se organiza en torno al objeto *a* como extracción del campo del Otro. Esa localización del objeto se ve imposibilitada, porque el goce del Otro arrasa con esa dimensión. Por eso es que la frase de Lacan del seminario XX ubica al goce del Otro como una dimensión que no hace signo de amor, ya que al no estar velado, hace patente la dimensión de la perversión. Si fuera signo de amor el goce del Otro estaría rechazado, el Otro reprimiría su goce y lo tramitaría con la fórmula del fantasma para, desde ahí, ubicar al sujeto en algún lugar. En esta teoría la dimensión traumática del goce del Otro es muchísimo más trágica para la constitución subjetiva.

En casos donde están en juego estas dimensiones, no funcionan las preguntas en torno a la dimensión de la causa como «por qué lo hizo», «para que lo hizo», «por qué a mí», etc. Ello se debe a que el goce queda deslocalizado.

El caso que les he comentado de una paciente que sufrió abusos durante tres años llega diciéndome que no puede parar de recordar, los recuerdos se le imponen, pero además padece una angustia que describe como una presión en el pecho que la conectaba a los episodios de abuso. Con el pasar de las sesiones, ha desaparecido esa angustia que evocaba de manera muy concreta la presencia del cuerpo del Otro y, por

ende, de un goce perverso. Esa angustia en el pecho seguía intacta después de veinticinco años. Esta paciente no podía profundizar en la cuestión acerca del porqué de los abusos.

El caso verifica la hipótesis de que el goce del Otro perturba la posibilidad de la constitución de la función del yo, y eso no se trata de que nos estemos orientando hacia la psicología del yo, sino más bien me refiero a esto de pensar la estructura del fantasma, en la que incluyo el problema de la localización imaginaria del goce, que es la función del yo.

En una sesión, esta paciente me dice que quiere dejar de venir porque no quiere seguir hablando del tema, ya que siente que lo ha superado y por ello entiende que ya no desea morirse, ya no lo recuerda de la misma manera bajo la forma de imposiciones y ya no siente la presión en el pecho. Le digo que no tenemos porque seguir hablando de lo mismo y ella me señala que esta fecha será una suerte de funeral simbólico de todo lo que le ha acontecido. Rápidamente, comienza a esbozarse otro tema que dice relación con su identidad. Se mira en el espejo y no se reconoce, no es un fenómeno psicótico, sino algo que describe en términos de «yo no me siento yo cuando me miro en el espejo». Me dice que le gustaría poder sentir que su cuerpo es su cuerpo, es decir, se comienza a producir una histerización. Les comento el caso porque pienso que los estragos de la intrusión del goce del Otro inciden profundamente a nivel de la posibilidad del yo de contener la angustia. Estas angustias mucho menos localizables, son esas angustias que otras orientaciones describen en los pacientes limítrofes; es una experiencia que envuelve al sujeto en la totalidad de su experiencia.

Intervención: ¿Crees que esta angustia se puede pensar como una angustia sin escena, con la caída de la escena? Digamos que en el plano del pasaje al acto. Y la anterior, donde hay una aparición del objeto, pero dentro aún en la escena.

R. A: Sí, totalmente de acuerdo. El objeto *a* se vuelve disruptivo en la escena. Esta angustia, en cambio, es la caída de la escena. No hay escena. Cuando los sujetos pueden hacer del trauma algo así como lo que les comentaba antes («No conté nada para evitarles un disgusto a mis padres») lo que hay efectivamente es una escena que cubre, vela, enigmática al goce del Otro. Creo, además, que lo podemos pensar literalmente del lado del pasaje al acto del Otro. Es el Otro el que está del lado del acto, ya que implica la perversión del Otro.

Otro caso de una mujer, a cuyo hijo lo mataron en extrañas circunstancias, se vuelve más complejo, ya que ella dice que si hubiese sido un accidente, sería más fácil, pero ella sabe que lo mato gente con poder que no puede ser juzgada, lo que hace más difícil la situación, debido a que la dimensión de la causa no puede ser localizada. En este sentido la posición del torturador es una posición perversa.

Hay que poder pensar también una clínica diferencial de las estructuras de la angustia, porque me parece que la problemática es distinta. La angustia de castración

es una angustia de los personajes al interior de la escena. La angustia del objeto *a* es una disrupción en la escena y la angustia como goce del Otro implica una caída de la escena.

Intervención: En ese sentido, habría que tener distintos objetivos. Por ejemplo, atendía a la madre de una mujer que fue asesinada y en el trabajo encontramos un punto en que no se podía más. Siempre íbamos a dar al «porqué». Tuvo respuestas parciales, pero había una parte que era inelaborable. Había un pedazo de eso que no era elaborable.

R. A: Yo estoy de acuerdo; creo que incluso una dirección de la cura posible es precisamente darle a eso el estatuto de lo no elaborable y poder dejarlo de lado, que es lo que hace la paciente que les comentaba, diciendo «ya basta, no quiero hablar más de esto». Yo aprendí mucho de este caso, ya que en algún momento erróneamente traté de abordarlo con la lógica de la elaboración y lo que ocurría es que se retraumatizaba y el analista quedaba en posición «abusiva» por estar demandando que hablara. Por eso insisto tanto en esa indicación de Jacques Alain Miller, en la que define la defensa como una operación sobre lo real, con la función de forcluirlo. Si lo real no está forcluido, nos encontramos con desestabilizaciones de la escena, por ello es que el desafío para la dirección de la cura es cómo podemos apartar al costado algo de ese real e introducir una dimensión que conecte con otra cosa.

Intervención: Sin embargo, hay que poder tomar algo de ese real. Pensaba en que si no hay trabajo de significación, ¿qué podría haber entonces?

R. A: Bueno, yo pienso que a veces se requiere que la posición del analista no quede del lado de la neutralidad. Con estos pacientes a veces es necesario mostrar algo del propio deseo. Con la paciente que les relataba, comenzamos a intercambiar películas y a comentarlas en sesión, porque sí mantenía la neutralidad se le presentificaba el Otro gozador debido a que no aparecía el deseo del Otro, que es precisamente aquello que lo agujerea. Las estrategias transferenciales creo que van del lado de utilizar un semblante distinto.

Intervención: ¿Sería localizar lo irreductible para poder pasar desde una posición de impotencia a una de imposibilidad?

R. A: Exactamente. Me parece clave la indicación de pasar de la impotencia a lo imposible y eso a veces pasa por una decisión del sujeto. Es una respuesta del sujeto a lo real, como lo definía Lacan. Cuando la paciente me dice «no quiero seguir hablando más de esto, no se me va a olvidar pero ahora cuando lo recuerdo puedo cambiar el switch y además no me quiero morir», eso ya es bastante.

Intervención: Pienso en un texto en el que se habla de actualizaciones fantasmáticas en la línea de que el fantasma produce una escena, impidiendo que la escena se concrete, por decirlo de alguna manera. Pensaba que parte de la aparición de la angustia es en función de que algo de esta imposibilidad se perdiera y el

fantasma se pudiera hacer posible. No se si esto cabe dentro de esta lógica.

R. A: Sí, claro, cabe dentro de la segunda lógica. El fantasma es una promesa de completitud, pero que no se realiza; por eso el fantasma siempre inscribe como impotencia la relación con lo imposible. Eso es la neurosis. La angustia aparecería cuando algo de la imposibilidad se le presentifica a la impotencia neurótica. Es algo así como si la promesa del goce autista pudiese llegar a realizarse, frente a eso, aparece la angustia. La falta de la falta es la posibilidad de que la escena se realice, cuando de lo que se trata en la neurosis es que no se va a realizar nunca.

[14](#) Lacan. J. (2006). *Seminario X La angustia*. Primera edición. Buenos aires. Editorial Paidós. Página 55.

CAPÍTULO X

PASAJE AL ACTO Y EL PROBLEMA DE LA SUICIDABILIDAD

16 de junio de 2010

Hoy tenemos nuestra penúltima clase, en la que intentaremos trabajar sobre el tema del suicidio y el pasaje al acto. Digo que lo *intentaremos* ya que no fue fácil preparar «una clase» acerca del tema del suicidio, por lo que más bien se tratará de un esfuerzo por pensar los casos clínicos que me ha tocado atender y que constituyen una población bastante particular. Digo que son una población ya que me ha tocado conversar con algunos colegas, que también trabajan en salud pública, y coincidimos en que hay muchos rasgos que comparten los pacientes que uno recibe en los dispositivos estatales de atención. Uno puede observar algo así como «ideaciones suicidas crónicas», o sea que alguien adulto puede llegar a decirnos que toda su vida el tema de quitarse la vida ha estado presente y existen intentos desde la adolescencia. Podría decir que tengo en la agenda, de la institución, cerca de once pacientes diarios y en la gran mayoría siempre hay algún indicador de cierto nivel de riesgo suicida.

EL INTENTO DE SUICIDIO Y EL SABER MÉDICO

La suicidabilidad actualmente es un tema a nivel de la salud pública. Es un tema también en las urgencias. He tenido la posibilidad de escuchar testimonios de pacientes y de trabajadores de la salud, que dan cuenta de que los equipos médicos que reciben a los pacientes que han intentado quitarse la vida no solo se angustian, sino que reaccionan con un cierto nivel de mal trato bajo la premisa de que eso podría prevenir o disminuir el riesgo. Hay cosas como la utilización de sondas más grandes, evitamiento de la anestesia, comentarios verbales, etc. Hay un ambiente en la urgencia médica en donde el paciente suicida se transforma en un paciente que moviliza el fantasma, tocando los puntos relativos a la impotencia, la agresión y la reducción del Otro a su condición de objeto.

Una de las ideas que tengo es que esas reacciones podrían evitarse si los clínicosuviésemos la posibilidad de capacitar a médicos y enfermeras en ciertas conductas mínimas de escucha, porque los equipos médicos se angustian ante los temas más psicopatológicos, lo que es bastante natural, ya que no están capacitados para identificar ni valorar su nivel de gravedad. Por ejemplo, a veces solicitan visitas de enlace porque suponen que hay un cuadro depresivo, cuando bastaba escuchar un poco al paciente y descartar el diagnóstico de depresión. O también se confunden cuando un paciente dice, luego de una operación por una enfermedad grave: «Me quiero morir»; porque piensan que hay riesgo suicida y piden un especialista para descartarlo. Tenemos que explicarles a los médicos que cuando alguien se pone triste porque le amputan algún miembro de su cuerpo, no se ha deprimido, sino que la tristeza es una reacción absolutamente normal ante un evento así. Puede parecer obvio, pero no nos imaginamos hasta dónde pueden llegar los efectos de rechazo de la subjetividad como consecuencia de la especialización de la medicina sobre el órgano.

Tuve la posibilidad de dialogar con un grupo de enfermeras y ellas me comentaban que había tres tipos de reacciones subjetivas de ellas cuando recibían a un paciente que había intentado quitarse la vida. Una era el enojo, que tendía a hacerlas castigar al paciente. La otra era el miedo, relacionado fundamentalmente con los pacientes que se autoagredían y la tercera era el paternalismo, es decir tratar al paciente como «pobrecito o pobrecita», introduciendo el cuidado.

Es interesante esto que les cuento ya que son los efectos imaginario-simbólicos que producen los pacientes que se quieren morir en los equipos médicos. Estos pacientes son complejos a nivel de la salud pública, ya que su manejo tiene incidencias no solo clínicas, sino también administrativas. Por ejemplo, cuando un paciente que es atendido en atención primaria revela que tiene alguna cierta idea

respecto a morirse, es inmediatamente derivado a atención secundaria para la atención de un especialista.

Como les decía, es un tema difícil de desarrollar porque, por ejemplo, hay muy poca bibliografía sobre el tema. Por eso es que vamos a intentar construir, fundamentalmente a partir del capítulo del seminario «La angustia» titulado «Pasaje al acto y *acting out*», de Lacan, una hipótesis. Es una hipótesis que ya se las he esbozado y consiste en la deslocalización del objeto de su ropaje imaginario, desarticulando las funciones inhibitorias del yo. Esto genera características clínicas que algunos suelen denominar como limítrofes, pero que a mi juicio no dan cuenta de una estructura psíquica en los términos que Lacan lo plantea. Se trata más bien de fenómenos que se dan dentro de estructuras clínicas como la neurosis y la psicosis.

ACTO Y ESTRUCTURA PSÍQUICA

Comencemos por el tema del pasaje al acto y el *acting out*. Para entender esos conceptos, Lacan utiliza tres términos que todos conocemos: el sujeto, el Otro y el objeto. Uno de los problemas clínicos que Lacan aborda en este seminario es el del pasaje desde la relación de constitución psíquica del sujeto con el Otro como resorte de determinación de fenómenos clínicos, al problema del objeto *a*. Para Lacan, el sujeto se constituye por el campo del Otro (lo simbólico, el lenguaje, la metáfora), pero de ese pasaje por el campo del significante queda un resto, un resto no simbólico, no significativo, que es el objeto que se ubica en el campo de lo real del goce autista. En la primera clase trabajé la cuestión de la irreductibilidad del goce, señalando que no todo el goce es tramitable por el significante. La idea de Lacan es que hay algo del goce que retorna bajo la forma del objeto *a*. Este objeto es un índice de lo irreducible del goce, pese a que se encuentra inscrito en el fantasma; por lo tanto, no es un real puro, sino un real enmarcado, que finalmente designa ese goce irreducible. El primer abordaje que hace del pasaje al acto implica pensar el pasaje al acto en relación con el goce, al objeto, al resto. Esto porque para que el fantasma funcione orientando el deseo, para que el inconsciente trámite al goce, tiene que haber siempre un resto, algo que no se significantiza, que no ingresa en el universo de la significación fálica. Lo que verificamos en la clínica es que siempre el paciente se queja de algo que no calza y eso que no calza lo intentamos transformar en pregunta y hacer un trabajo analítico sobre ello. En psicoanálisis trabajamos por entero en torno a analizar las consecuencias de que haya un resto que no se significantiza. Podemos avanzar en el argumento y decir que hay procesos psíquicos precisamente porque hay un resto, porque si no lo hubiera no hay necesidad de los procesos psíquicos. Si no hay resto no es necesario hablar. La palabra es motivada por el resto. Si hubiera encuentro con el objeto no necesitamos huellas mnémicas, no necesitaríamos representaciones ni significantes. El otro extremo de los procesos psíquicos. Cuando digo procesos psíquicos digo esto:

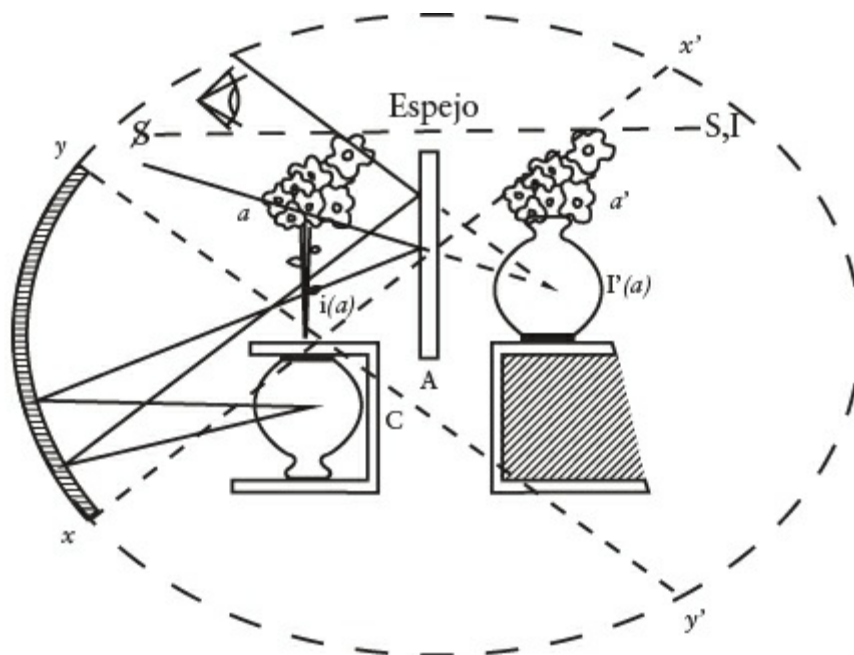
$$\frac{S_1}{\oint} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$


Digo *estructura del inconsciente* como equivalente al discurso del amo. Tenemos la fantasía inconsciente que escenifica la relación del sujeto con un elemento del orden del goce como es el objeto *a*, y está la cadena significante que es la que da cuenta del desplazamiento de la significación y de la fantasía como soporte de las funciones psíquicas.

¿Qué sería el reverso, la antinomia de esto? Es aquello de lo que ya hablaba Freud

en la «Comunicación preliminar» y en el «Proyecto de psicología para neurólogos». En el otro extremo está el acto. Freud decía que el lenguaje es el sustituto de la acción, por eso es que opongo discurso y acto. Hay un relevo del acto por el lenguaje. En consecuencia, el pasaje al acto va a responder a la ausencia del resto. Cuando no hay resto, el sujeto pasa al acto. Cuando no existe la significación fálica, en la que siempre aparece algo opaco, algo inarticulable, indecible, irreductible a esa significación, cuando no hay ese enigma, hay el acto. Esto se conceptualiza como una caída del sujeto de la escena fantasmática. El sujeto se sale del fantasma como patrón articulador de su historia; es una salida de la escena de la fantasía. El sujeto deja de ser sujeto en relación con sus objetos, pasando a ser prácticamente un equivalente del objeto del Otro. Por eso es que el paciente en el momento en que intenta suicidarse es una suerte de a-sujeto y aparece como muy «poco responsable» de sus actos. El acto suicida es un acto no subjetivado; cuando se entrevista al paciente no aparece en el discurso un elemento que represente ese acto, estableciendo una distancia entre la significación y el acto mismo. Precisamente nuestra función es intentar producir esa distancia. El acto es la negación de la subjetividad, es el extremo en negativo de la actividad psíquica. Cuando hay un intento de suicidio, es porque dejó de funcionar el circuito del discurso que escribimos con el discurso del amo. El pasaje al acto anula el funcionamiento del discurso del amo.

Les quiero comentar un párrafo, a partir de lo que discutíamos la semana pasada en torno a esquema óptico, para poder entender cómo se produce esta caída de la escena, porque lo que nos interesa es cómo trabajamos para volver «a subirlo a la escena». En las lecturas que he estado realizando mi atención se orientó a algunos párrafos de Lacan que se los quiero comentar, porque tienen que ver con esta estructura que discutíamos la semana pasada. Se los voy a dibujar; acá teníamos las flores, acá teníamos el jarrón y acá teníamos el jarrón con las mismas tres flores. Acá ponemos al sujeto viéndose a sí mismo en el campo del Otro, que está representado por el espejo plano. Les voy a leer los párrafos ya que pienso que nos permitirán dar cuenta de por qué el sujeto se cae de la escena. Se cae porque hay algo que fracasa en esta estructura de la imagen localizadora del objeto. Fracasa por la relación a nivel del yo. Si bien lo simbólico está suficientemente instalado, el fracaso lo tenemos que situar a nivel del yo.



Les leo los párrafos:

...lo encontramos de nuevo, muy claramente, en fenómenos que se encuentran entre los más conocidos que acompañan a la angustia (esto es interesante ya que ante los intentos de suicidio los equipos de salud responden de manera automática con el diagnóstico de depresión y muchos intentos no responden a un ánimo depresivo, sino que tienen que ver más con la impulsividad asociada a fenómenos de angustia, además de la despersonalización, que nosotros podríamos leer como la desobjetivación, es decir que alguien deja de estar en condición de sujeto) los designados como fenómenos de despersonalización son precisamente los fenómenos contrarios a la estructura del yo en cuanto tal (la estructura del yo para nosotros es la imagen que engloba las zonas erógenas de goce y que se proyectan unificadas en el campo del Otro en referencia al ideal del yo); la noción de distancia es, en efecto, casi patente en este esquema, donde siempre he señalado la distancia que era necesaria con respecto al espejo para darle al sujeto aquel alejamiento de sí mismo que la dimensión especular le ofrece. [15](#)

Quisiera enfatizar en la cuestión de la distancia, la distancia de uno mismo con uno mismo, ya que tengo la impresión de que la distancia con uno mismo es correlativa de la estructura psíquica como se las estaba planteando. En consecuencia, cuando esa distancia se pierde el sujeto, se cae de la escena.

El último párrafo que les leo:

...si la relación que se establece con la imagen especular es tal que el sujeto está demasiado atrapado en la imagen para que este movimiento sea posible (es decir que la distancia ente el sujeto con el $i(a)$ sea muy corta), la relación dual pura lo desposee de la relación con el Otro con

Es decir, que perdemos la relación al Otro.

Recuerden que el pasaje al acto es la ausencia del resto, que es a la vez producto de la relación al Otro. Dicho de otra manera, si el sujeto cuando se mira en la imagen del yo ideal no lo hace en referencia al ideal del yo, y por lo tanto se acorta la distancia entre el sujeto y el yo ideal, se pierde la referencia al Otro. Se pierde la referencia que alude al ideal del yo y cuando eso pasa esta estructura deja de funcionar y tenemos ese rasgo tan característico, asociado al suicidio ciertamente, y que se denomina desde la psiquiatría como «impulsividad». Se trata de una tramitación del goce que pierde las referencias a lo simbólico. Es un intento de tramitación que considero como un índice indicativo de la pérdida de la distancia entre el sujeto y el yo ideal. Si esta distancia se pierde, entonces la estructura se «desneurotiza», el pasaje al acto es eso. Por eso es que a algunos pacientes les cuesta mucho hablar de sí mismos, ya que hablar de sí mismos es poner a funcionar las estructuras del ideal del yo, el sujeto y el yo ideal a una distancia suficiente entre cada una de ellas. Esta es una hipótesis que sirve para entender lo que le pasa a un sujeto cuando se cae de la escena. Digo esto porque a veces en algunos usos de los conceptos lacanianos se intenta pensar todo a partir de lo simbólico, del significante, y la verdad es que también necesitamos lo imaginario, fundamentalmente porque lo imaginario es el registro que entrega continuidad al psiquismo. Recuerden que desde los inicios Lacan ubicó a lo simbólico en relación con la discontinuidad. Muchas veces nos encontramos con pacientes que padecen de discontinuidades, haciéndose muy difícil introducir la continuidad en su experiencia. Vi a una paciente que había dejado de venir hace cuatro meses; al regresar a la consulta se ríe, ya que justamente uno de los temas que habíamos identificado era que ella cambiaba demasiado en cuestiones afectivas como, por ejemplo, terminaba con una pareja y a los tres días ya estaba viviendo con otra persona. Al llegar me dice: «Han pasado tantas cosas!». Y me preparé a escuchar una enormidad de transformaciones en su vida en estos últimos cuatro meses. Ella establecía permanentemente discontinuidades, introduciendo inestabilidades de manera insistente. En ese tiempo hubo varios cambios que permitían interpretar que al parecer el mundo seguía funcionando independientemente de lo que ella hiciera, eso le permitió apaciguarse, disminuir la ansiedad e incluso bajar de peso. Se trataba de alguien que no estaba en posición de garantizar la continuidad de la relación al Otro. Esto es importante, el problema de la continuidad es clave cuando hablamos de la estabilidad, porque lo que nos da estabilidad en la vida es el fantasma. Insisto en que digo esto desde la perspectiva de casos desestabilizados, ya que la orientación lacaniana persigue precisamente desmontar el funcionamiento fantasmático; sin embargo, cuando se trata de casos graves nuestra posición es otra. Como les decía, me parece que el pasaje al acto está muy relacionado con el problema de la

articulación del sujeto y el yo. Cuando hay un problema en esa articulación, lo que ocurre es que la imagen y el objeto a se tienden a disociar. ¿Por qué ocurre eso? En este punto podemos formular una hipótesis relacionando dicha situación con la versiones del Otro de las que les hable en la primera clase, ya que pienso que se tienden a disociar, porque en el proceso de historización subjetiva hay ciertas características de la relación del sujeto con el Otro en donde tienden a predominar la intrusión y el abandono vía el goce del Otro. Es decir, que hay algo del deseo del Otro que no se pone en función con las claves de la significación fálica.

Muchos de los pacientes que me ha tocado escuchar y que tienen esta tendencia a pasaje al acto, son pacientes que han vivido abusos en su infancia, violencia y maltrato o abandono. Es decir, que se han historizado subjetivamente con un Otro que desfallece en su función de Otro del deseo y del amor. Este es el Otro del goce que produce estragos bajo la versión del otro que abandona, no ubicando al niño como un representante de la función fálica. Tengo la impresión de que cuando eso ocurre la pareja del sujeto, el $i(a)$, no funciona muy bien porque hay un proceso de constitución del yo, como imagen de uno mismo, en tanto objeto de deseo del Otro, que retiene importantes marcas de un fracaso.

Retomo la cuestión del amor. Cuando Lacan desarrolla el tema, en el seminario sobre la transferencia, señala que la base del amor es la metáfora entre el amante y el amado. Se trata de que al ser amado por alguien el sujeto tiene que alojar en su interior el *agalma*. Y el *agalma* es lo que el amante ve en el amado, es esa expresión clásica de «no sé qué me vio, pero le gusto». Esa expresión designa un objeto desconocido que es de interés para el Otro y que el sujeto posee. Ese objeto es el objeto a , pero depende de que el objeto agalmático sea tenido a título de objeto parcial, es decir: «No soy yo el objeto, es un objeto que yo tengo». No se identifica el sujeto con el objeto. Si el sujeto se identifica con el objeto, entonces es el sujeto mismo el que realiza el objeto del fantasma del Otro. Cuando eso ocurre, estamos ante la categoría del goce del Otro. En cambio, si estamos ante la categoría del deseo del Otro, el sujeto aloja en su vientre el objeto deseado. Esa distancia en donde el Otro se fija en algo que el sujeto «tiene» o «significa» y que «no es», permitiendo que el sujeto tenga existencia en tanto tal. Ello hace posible que en el esquema óptico el sujeto quede ubicado en un punto focal desde donde el sujeto se mira para verse reflejado en el $i(a)$. Cuando hay contingencias de subjetivación en las que predomina la función del goce del Otro, es como si no se dieran las condiciones para que el yo ocupe la función de desconocimiento del goce del Otro. Por eso es que el amor no es signo del goce del Otro. Es algo así como «porque el amor apunta a algo en ti más allá de ti, es que tú no realizas el objeto de goce del Otro». Por eso es que cuando un neurótico está en campaña de conquista, lo que busca es causar el deseo, es que el otro desee estar con él. Les comentaba el ejemplo de esa comedia norteamericana en la que a la mujer no le basta con que él lave los platos sucios, sino que quiere que el

desea lavarlos, para leer ahí un signo de amor. Fíjense que las parejas se preguntan cosas como esta: «¿Me llama por costumbre o porque desea llamarme?». Esas son preguntas que apuntan a evaluar la presencia o ausencia del deseo del Otro. Creo que hay que pensar el problema clínico de la impulsividad a la luz de la desarticulación del envoltorio imaginario del goce del sujeto, y el goce del sujeto es una sustracción, un corte que el sujeto ha operado sobre el campo del Otro, constituyendo los objetos *a*. Por eso es que los pacientes que hacen intentos de suicidio se deslocalizan subjetivamente y pueden decir muy poco de sí mismos, dentro de su gravedad, por cierto. No pueden realizar esa torsión sobre sí mismos que se requiere.

Intervención: ¿Para que haya un recubrimiento imaginario del yo tendría que haber una base simbólica del Otro que lo anteceda y que se sostenga, que haya estado?

R. A: Lo que pasa es que en estos casos verificamos que el Otro no ha estado en toda su dignidad de Otro simbólico. El problema consiste en lo siguiente: ¿Es un déficit de los ideales o son las condiciones de subjetivación en las que las maneras de localización del goce son distintas? En definitiva, consiste en preguntarse si la primacía de lo simbólico, que es la teoría relativa al nombre del padre en Lacan, es una condición *sine qua non* o es una forma de organización de goce que toma cuerpo dependiendo de las contingencias socioculturales de un lugar y un tiempo determinado. Ciertamente, lo simbólico está. Una de las principales indicaciones clínicas con los paciente con algún grado de riesgo suicida es introducir cierta regularidad en lo simbólico y en lo real. La regularidad respecto a lo real —cuando, por ejemplo, digo «yo estoy aquí en este horario, si lo necesita venga aunque no tenga hora agendada»— me transforma en la presencia del Otro materno, es decir, una presencia que existe incluso en la ausencia. Después introduzco más de una sesión por semana, dos, tres o que venga al día siguiente, lo que sea, con el fin de hacer funcionar la lógica del S1-S2 en el corto plazo. Me refiero a intervenir y cortar una sesión y verificar sus efectos al día siguiente o subsiguiente; lo importante es no dejar mucho margen entre un encuentro y otro para que la significación fantasmática no se diluya y logremos estabilizar la posición del sujeto. Se trata de comenzar a retejer los registros; el problema, es que es un trabajo muy lábil; lo que verificamos en la clínica es que de pronto pasa algo y vuelven a orientarse al pasaje al acto. Ahora, cuando uno detecta que hay algo del orden de la realidad que tiende, de manera automática, a desestabilizar al paciente, empujándolo al paso al acto, a veces hay que introducir la interdicción.

Intervención: ¿Cómo funciona para ti la interdicción con respecto a la posición del analista?

R. A: A veces la clínica puede descansar en el hecho de que el sujeto recibe y ha recibido interdicciones del campo del Otro, y muchas veces nos las tenemos que arreglar con los efectos de esas interdicciones al interior del dispositivo analítico. Eso

deja abierta la cuestión de si la interdicción queda del lado de la responsabilidad del clínico o bien de algún agente del equipo, porque a veces la dispersión del goce del sujeto requiere de ese gesto interdictor. Es como si fuese necesario introducir un intervalo entre el sujeto y el objeto, quedando la función del Otro del lado del analista. Estos son pacientes con los que la lógica del desciframiento simbólico suele ser, en ocasiones, bastante inoperante.

Intervención: Estaba pensando justamente en lo que es previo a eso, es decir en la imagen yoica y el sostenimiento.

R. A: En términos de constitución psíquica, recordemos que el Otro tiene la función de avalar la imagen del yo. Podríamos empezar a pensar en ciertas variantes de la función de aval del Otro, como una manera de explicar las determinaciones de los casos graves. Ello nos llevaría a preguntas como: ¿En qué medida una madre que hace oídos sordos a los abusos a los que está sometido un hijo, puede funcionar como aval del yo ideal por vía del ideal del yo? Es una pregunta muy concreta clínicamente hablando. ¿Qué función puede llegar a tener esa «verdad de la pareja parental» como gran Otro? Son casos donde al parecer la novela familiar del neurótico tiene algo más del orden de lo real del goce que de la ley del deseo.

Otra cuestión importante a nivel de la clínica es que lo imaginario hace posible la continuidad entre lo real y lo simbólico, por lo que permite tejer. Pero ese tejido tiene un límite, dado por la posición del sujeto respecto a ciertos puntos de lo simbólico.

Creo que la gran pregunta que hay que sostener hacia adelante es si esa dignidad que le hemos otorgado a los tres registros, depende de los distintos sectores socioeconómicos de la población, responde a transformaciones socioculturales, a condiciones socioculturales, a déficit a nivel de los determinantes sociales, etc. No tengo certeza respecto a este punto, pero me inclino a pensar que se trata de condiciones psicosociales, ya que pienso que los sujetos se estructuran con lo que tienen a la mano en sus contingencias. Estos problemas pienso que se han traducido en conceptos que expresan la idea de déficit porque los psicoanalistas han tenido una práctica alejada de estas mismas condiciones. Insisto en que en la historia del psicoanálisis temas como lo «borderline», las psicosis, etc, aparecieron cuando los analistas que se formaban trabajaban en hospitales. Mientras nos manteníamos en el campo del consultorio privado, sobre todo en la época de Freud, existían problemas que era imposible que pudiesen ser pensados. Ahí hay que hacer ciertos gestos de crítica interna respecto a cuál ha sido el referente práctico de algunos marcos conceptuales. En este sentido es que me refiero a que hay manifestaciones psicopatológicas que no están determinadas por el conflicto edípico.

PASAJE AL ACTO Y *ACTING OUT*

Retorno al tema. Para Lacan, el *acting out*, a diferencia de pasaje al acto, es un «dar a ver al Otro». A diferencia del pasaje al acto, que es siempre sin relación al Otro, el *acting out* está decididamente en relación con el Otro. Lacan le da al *acting out* la misma estructura que el síntoma y lo interesante de esto es que lo remite al inconsciente, dándole el estatuto de una formación del inconsciente. Esto a diferencia de las concepciones que remiten por entero el *acting out* al manejo de la transferencia. En cambio, Lacan le da el estatuto de algo que puede ser objeto de interpretación. Toma dos ejemplos, el de la joven homosexual y el del caso Dora. Señala que mientras la joven homosexual se pasea con la otra mujer de dudosa reputación, se encuentra haciendo un *acting out* ante los ojos del padre que representa el lugar del ideal del yo. Cuando se lanza a las líneas del tren, hace un pasaje al acto porque se baja de la escena. Se desconecta del Otro. Hace lo mismo con el caso Dora, señalando que mientras Dora coquetea un poco con el señor K y se mete en los enredos del padre con la señora K, se encuentra haciendo un *acting out*. Pero cuando Dora le da una cachetada al señor K, entonces estamos ante el pasaje al acto. Es una observación importantísima en tanto diferenciación clínica. Lo que nos sugiere Lacan es que hay que estar alerta con los *acting out* porque pueden precipitar pasajes al acto. Es decir, la permanente llamada al Otro puede producir de pronto un pasaje al acto. Es importante discutir este punto ya que la pregunta para nosotros sería si un intento de suicidio es un *acting out* o es un pasaje al acto posterior a un *acting out*. Se los digo de otra manera. Yo no creo que existan intentos de suicidio «manipulatorios» como a veces los califican los equipos de salud. En primer lugar, porque se lo puede decir solo de los intentos fracasados, ya que de los suicidios logrados nunca se dice que fueron manipulatorios.

Lo que yo he escuchado de los pacientes es que cuando el paciente se tomó las pastillas efectivamente quería morir. Evidentemente siempre hay que evaluar ya que hay pacientes que dicen que sólo querían dormir o descansar un buen rato, en ese caso estamos en otro ámbito. Pero cuando dice «yo me quería morir y me descubrieron» aunque lo haya hecho sin tomar resguardos para no ser descubierto, no por eso estamos autorizados a hablar de manipulación. A veces tratarlos de manipuladores es otra manera de castigarlos, por parte del equipo clínico. A veces aunque la cantidad de pastillas que se están tomando no sean la suficiente, la intención de ellos es de morir por lo que hay que tomarlos como pasaje al acto real. Por eso me interesaron estos ejemplos que traía Lacan porque dice algo así como «ok estamos ante un *acting out*, pero en cierto punto pasa a ser un pasaje al acto».

El problema que les planteo es un problema clínico ya que creo que la cuestión del

suicidio hay que tomarlo en su realidad efectiva.

Intervención: ¿No se podrá hacer una distinción entre los casos que son más cercanos al *acting out*? Digo esto porque quizá la palabra manipulación lleva a equívocos, pero por ejemplo la idea de «llamar la atención», a propósito de mostrarse al Otro en el *acting out*, me parece aplicable en ciertos casos de intento de suicidio.

R. A: ¿Sabes cuál es mi diferencia con ese criterio? Es que pienso que lo que es del orden del *acting out* es lo que antecede al acto mismo de intento de suicidio, pero el intento mismo es para mí un pasaje al acto desde el *acting out*. Además, porque si en ese intento el sujeto se muere, no le estaríamos dando el estatuto de un *acting out*. Le estaríamos dando el estatuto de un pasaje al acto, porque está logrado. Me parece que la estructura del fenómeno cambia cuando se pasa al acto mismo, ya que se deja de estar en relación con la fantasía y se pasa a la acción. Pienso que se trata de un punto de discontinuidad entre el *acting out* y el pasaje al acto. Sí estoy de acuerdo en que a veces al entrevistar al paciente se verifica que el pasaje al acto esta en el contexto de un *acting out* y de un gran despliegue fantasmático en relación a Otro. Pero la pregunta más relevante es: ¿Qué pasa en el funcionamiento de un sujeto que el *acting out* no solamente no le basta sino que en algún momento pasa a otra cuestión cualitativamente distinta? Con esto quiero que pensemos más allá de la ingesta de pastillas. Pensemos, por ejemplo, en esos intentos de suicidio que no están del lado de la melancolización, sino que se ubican más bien del lado de la rabia. Tengo pacientes hombres cuyos intentos de suicidio van de la mano con un fenómenos de ausencia de consciencia y una despersonalización en la que el paciente no recuerda, dos horas antes ni dos horas después, y al despertar hospitalizado quiere irse para su casa y no tiene mucha conciencia de por qué está en el hospital. Recuerdo un caso de un paciente que hace un intento de ahorcamiento luego de un ataque de celos en el que había intentado verificar un engaño examinando la ropa interior de su mujer. El paciente no recuerda lo ocurrido, hay una suerte de ausencia. El acto mismo de hacer algo para matarse es un pasaje al acto y no un *acting out*. El *acting out* puede ser el soporte desde el cual el sujeto, por alguna razón, que siempre es necesario investigar, toma la decisión de pasar al acto.

Intervención: Para mí el problema es hacer equivaler el morir con el pasaje al acto, perdiendo la perspectiva de cuál es la posición subjetiva que habilita ese morir, porque inclusive uno podría pensar en el suicidio estoico como una manera de morir del lado de la responsabilidad y no del *acting out* ni del pasaje al acto. Sirve para distinguir el morir del pasaje al acto. Se puede distinguir morir de pasar al acto. Ahorcarse podría ser un *acting out*, por ejemplo en esos ahorcamientos súper teatralizados. Creo que lo importante es el estatuto subjetivo que está operando en torno a esa realización.

R. A: Hay varias cosas en tu argumento. Estoy de acuerdo en que hay que considerar el estatuto subjetivo. Evidentemente, hay un elogio de Lacan al acto y al

pasaje al acto, que retoma con el tema del acto analítico. El elogio que hace Lacan, en este punto, es que en el pasaje al acto al igual que en el acto analítico, verificamos la ausencia de división subjetiva. Cuando el analista interviene se trata de que no sea desde su división subjetiva, es decir que no sea contratransferencial. Se trata de algo que no es subjetivable. Hay este elogio de Lacan al acto, pero hay que entenderlo desde esta oposición entre acto y proceso psíquico. Porque la idea de Lacan es que el acto analítico sea una intervención del analista que no esté referida a la división subjetiva y a la pregunta neurótica del analista acerca de cómo intervenir, de qué dicen los libros y la teoría. Otro de los elementos que Lacan incluye en el problema de la definición del acto, es que el acto define por sus consecuencias respecto a las cuales no hay vuelta atrás, porque después que un sujeto realiza el acto las cosas nunca vuelven a ser como antes. Es en ese sentido donde pienso que para los sujetos que han intentado suicidarse ello constituye una marca que queda ahí. No se trata de que toda la vida esté determinada por el hecho de que hayan realizado un intento de suicidio, pero si introduce una discontinuidad, es decir que si uno la rastrea en la historia subjetiva, la encuentra siempre ahí con sus particularidades. Por supuesto que en aquellos pacientes que lo han intentado varias veces, suele tener mayor valor para la sintomatización el último intento realizado. Además, estamos pensando en una línea muy distinta a las referencias literarias, si se quiere, aunque es cierto que Lacan toma ese tipo de ejemplos; yo prefiero centrarme en los pacientes concretos que vemos en salud pública, que creo distan enormemente del filósofo Seneca. Con nuestras pacientes se trata de individuos que están desubjetivados, por lo que el suicidio no es precisamente el punto cúlmine de un proceso de responsabilidad subjetiva. Es por eso mismo que muchos de los pacientes que intentan suicidarse no son necesariamente pacientes melancolizados, por el contrario, se trata más bien de pacientes caracterizados por la denominada impulsividad. No son exactamente depresivos los pacientes que atendemos en las instituciones públicas.

Intervención: ¿Qué rol tendría la planificación suicida en toda esta lógica?

R. A: Yo creo que ese es un punto que nos obliga a estar alertas, ya que estoy siguiendo la perspectiva de la impulsividad. Cuando tú aludes al tema de la planificación me parece que estamos más en la perspectiva de la melancolización. Por otro lado, el paciente que hace una buena planificación lamentablemente logra su objetivo, por lo que no es usual que los recibamos como pacientes. Ahí tenemos un indicador clínico que es clave. Recuerdo una paciente que me cuenta que había comprado la cuerda con el largo adecuado para ahorcarse y que además tenía elegida la viga de donde se iba a colgar. Hay una planificación más estructurada que informa de una relación con una permanencia en el tiempo de la idea y de la intención suicida. Ese es para mí un indicador de agravamiento. Cuando la idea y las intenciones permanecen en el tiempo y además hay planificación, pienso que la situación es más grave. No es lo mismo que la «inestabilidad del ánimo» en la que el paciente está

bien tres semanas y de pronto se toma unas pastillas como consecuencia de un conflicto familiar. Ahora bien, no sé si los sujetos que planifican su suicidio son los más consultantes en el sistema público, tengo más bien la impresión de que abundan las reacciones producto de la inestabilidad. Es interesante destacar que los intentos de suicidio que atendemos son los que fracasaron, a veces de manera imprevista, como cuando se rompe la viga donde amarran la soga. Pienso que cuando hay una planificación muy decidida y efectivamente hay algo casual en la falla del suicidio, estamos en la línea de una cierta melancolización, fundamentalmente debido a que la decisión del sujeto es estable a lo largo del tiempo.

Es interesante lo que tu planetas ya que traje algunas informaciones relativas a lo que la psiquiatría denomina «criterios de peligrosidad». El grado 1 de peligrosidad es la idea suicida esporádica; un grado 2 sería una idea suicida permanente sin decisión ni planificación; el grado 3 sería una idea suicida con decisión. Finalmente, el grado 4 sería el más grave, pues la idea estaría de manera permanente más la decisión y la planificación.

Intervención: Te preguntaba pensando en si quizá esta ideación y planificación pudiera entenderse en el estatuto del *acting* o como algo más del lado del síntoma, en una cierta lógica fantasmática, cuando esta ideación suicida forma parte de la temática de las sesiones, por ejemplo. De lo que el sujeto habla en lugar de hablar de sí mismo.

R. A: Entiendo; es algo así como que el suicidio se transforma en el *partenaire* del sujeto y el sujeto habla del suicidio como si fuera algo con lo que establece un cierto lazo. Me parece que ahí hay otra cosa en la que efectivamente el suicidio pasa a funcionar como un significante, no como acto, probablemente si además es un tema permanente en las sesiones está incluido en la lógica del fantasma y el sujeto lo aborda con la misma lógica que aborda otras cuestiones.

Por último, me gustaría referirme a cómo aproximarse, analíticamente, a los casos clínicos que han intentado autoeliminarse.

Una indicación trascendental es orientarse a producir un intervalo significativo para que pueda haber subjetivación. Esto tiene que ver con preguntar, interesarse y definir qué pasó antes del intento, qué paso después, y si es posible durante, etc. Esto con el fin de precisar aquello frente a lo cual el intento de suicidio se desencadena como respuesta del sujeto. A veces les pido la opinión a los pacientes, no solo de haber querido morirse, sino de haber intentado matarse. ¿Qué opinan ellos de eso que hicieron?, ¿que creen que les paso? Ya eso pone al mismo paciente en el lugar del ideal del yo, lo que reintroduce la distancia necesaria para poder hablar del asunto. Es decir, de poder hacer aparecer un S1. Recuerden la definición de Miller de subjetivación, entendida como hacerse representar por un significativo para otro significativo. Como analistas nos ubicamos en el lugar del segundo significativo como una suerte de propuesta de que el sujeto se haga representar ante nosotros. Nos constituimos en una oferta de un lugar en el Otro.

Otra perspectiva gira en torno a la importancia de que el analista pueda encarnar un semblante del deseo del Otro. Con esto aludo a la presencia del Otro, a la presencia que Winnicott describe como necesaria para que el sujeto pueda jugar solo. Se trata de que el paciente sepa que el analista, en tanto Otro, está ahí. Es la introducción de la dimensión de la incondicionalidad. Es increíble cómo los pacientes suspenden el empuje al suicidio cuando el analista ocupa ese lugar. Recuerdo una paciente que estaba con bastante riesgo y tenía hora agendada para el día lunes, pero no pudo venir y fue el martes. En ocasiones falta, pero luego vuelve porque sabe que hay algo de la presencia del Otro que sigue ahí. A veces va sin hora y le digo que, si bien no la puedo atender en el tiempo que correspondería a una sesión según lo establece la institución, que sí podemos conversar algunos minutos. No se trata, eso sí, de generar una dependencia absoluta y caprichosa con el analista. Eso no ocurre si la posición del analista es la de la incondicionalidad de la ley, que no es lo mismo que quedar sometido al capricho del paciente como un otro cualquiera. Muchas veces cuando introduzco esas medidas de incondicionalidad, como por ejemplo la posibilidad de que me llamen o que vayan al día siguiente si lo necesitan, los pacientes no lo hacen. Insisto es que se trata de la incondicionalidad de la ley y no de la incondicionalidad sin ley que claramente produce estragos en el sujeto. Porque de lo que se trata es de la presencia en la ausencia y eso es del orden de lo simbólico. Es como cuando los niños juegan en su habitación y gritan «¡mamá!». Y ella responde: «¿Qué?». «Nada», dice el niño. Por eso les mencionaba el texto de Winnicott ya que

se trata de aludir a una presencia en ausencia, ese es el núcleo de la simbolización primaria descrita por Lacan en varios textos. Es la presencia del Otro vía el objeto voz.

Otra orientación sería evitar la demanda. Se trata de no pedirle desde el ideal del yo que cumpla con una demanda. Se trata de no decir «no lo hagas que la vida es tan linda», cuando a veces para nuestro paciente la vida no ha tenido nada de hermosa. Hay que pensar que cuando se le dice a Otro que la vida es linda, no se lo dice desde la vida del Otro, sino desde la vida de uno. Hay que cuidarse de decir esas cosas y lamentablemente ese tipo de comentarios abundan en las instituciones desde el médico hasta el administrativo, pasando por el asistente social. Se arrogan el derecho a decirle al paciente ese tipo de cosas y me parece que hay que ser respetuoso de la valoración que cada quien tiene de su propia vida. Fundamentalmente porque uno desconoce lo que le toca vivir al otro. No exigir porque cuando la demanda se excede se introduce la dimensión del goce del Otro que es precisamente la dimensión respecto a la cual el paciente a veces se trata de distanciar por medio del pasaje al acto. Por eso es que hay que evaluar muy bien a qué respondió el intento de suicidio. Si respondió a desconectarse del Otro para sacárselo de encima, nosotros evidentemente no podemos ponernos en posición de demanda. Ahora si respondió a que no había un Otro para el sujeto, entonces tal vez podamos ponernos un poco más demandantes para hacer semblante del deseo del Otro. Es decir, para dar señales de presencia y que el paciente pueda alojarse en el Otro. Se trata en realidad, más que de demanda, de introducir vía la enunciación la dimensión de la falta en el Otro.

Otro aspecto importante es introducir la sesión analítica como un elemento de la cotidianeidad. Es utilizarla como un elemento que dé continuidad a la vida del paciente. Les recuerdo la referencia de que es lo imaginario lo que da la continuidad. «Cuéntame todo lo que pensaste contra tu hermana cuando fue la pelea por...» La sesión entra como una suerte de ortopedia subjetiva permitiéndole al sujeto reestablecer la continuidad de un relato histórico abruptamente interrumpido por el intento de suicidio.

Ofrecer objetos pulsionales como la mirada, la voz, van en la línea de restituir el funcionamiento del fantasma del sujeto. Reinstalar la fantasía para poder provocar la transferencia y sostener al sujeto desde la función del Otro.

Finalmente, diría que es importante tratar de alejarse, en la transferencia del riesgo de que como analistas representemos un ideal social. Evitar la posición de benevolencia que aluda a una moral idealista. «Que hermosa que es la vida», «querer morir es malo», «usted en la medida en que se quiere matar es un criminal y dañará a su familia», etc. El ideal es precisamente lo que dejó de ser un referente para el sujeto que hizo un intento de suicidio; por lo tanto, no se puede introducir sin mediación del fantasma. Hay que ubicar que la vida se trasformó en insostenible para el sujeto, y la única salida fue el pasaje al acto. Lo diría así también: ¿Qué trató de

solucionar quitándose la vida? Siempre es un intento de solución, una salida de algo. Por ejemplo, si es una salida a la angustia de decirles a los padres que no quiere seguir estudiando; si es que siente que su vida no puede continuar sin la pareja con la que acaba de romper, etc. Sea lo que sea, lo importante es precisar cuál fue el elemento que lo eyectó fuera de la escena. Así evaluaremos subjetivamente cuál es el punto de desencadenamiento, lo haremos ciertamente siempre *a posteriori*. Recién ahí evaluaremos si había escena o no, si hay una melancolización, si estaba suficientemente planificado o no, cuantos intentos anteriores hubo, etc.

Una pregunta interesante es: ¿Qué vamos a hacer con los pacientes que no son impulsivos e inestables sino que están en una posición melancólica? ¿Qué dirección de la cura se puede plantear allí? No lo he trabajado en profundidad, por lo que les dejo planteado el problema.

Muchas veces estos intentos no son francas «depresiones», sino soluciones impulsivas a la angustia desbordante, esto más allá de que los protocolos y las guías clínicas terminen clasificando toda la problemática suicida dentro del gran «barril» de la depresión.

Intervención: Estaba pensando en los pacientes que yo veo y quisiera contarles que la tasa de suicidio de pacientes con cáncer terminal es baja.

R. A: Creo que son cuestiones que tenemos que comenzar a abordar. Yo traía hoy algunas reflexiones desde la experiencia de un problema clínico. Es importante que en psicoanálisis nos mantengamos trabajado en torno a problemas clínicos y no a teorías. Ello nos permitirá incluir siempre fenómenos clínicos que no hayan sido abordados con anterioridad; esto tiene que ver con el futuro del psicoanálisis, porque lleva a la clínica analítica a responder a los desafíos de nuestros espacios de inserción laboral. Además, nos abre a otro gran problema, como es la necesidad de reflexionar acerca de la producción teórica, tanto en psicoanálisis como en psicología, y la cuestión sobre los puntos de inserción institucional de los agentes de dicha producción, a qué experiencia clínica están expuestos quienes construyen teoría. Rápidamente verán cómo se reproducen las diferencias de clases sociales, pero desde la inserción institucional.

Intervención: ¿Se puede hacer una lectura similar entre lo que es suicidio y lo que es homicidio? Por ejemplo, cuando alguien mata y luego se quita la vida.

R. A: No sé cómo pensarlo, porque no tengo experiencia clínica con sujetos que hayan cometido homicidio. De todas formas, en lo que dices algo del pasaje al acto existe, pero no creo que sean homólogos. No me atrevería a decir más cosas por la falta de experiencia clínica en el tema.

Intervención: En esto que decía de los distintos lugares en los que uno se inserta y en cómo desplegar una clínica. Yo trabajo con víctimas de delitos violentos, no en atención directa, pero el equipo que está ahí es un equipo de reparación y justamente hoy día vimos un caso en el que había ideación suicida, y justamente el

cuestionamiento es el cierre de la institución a no dar lugar clínico al tema del suicidio cuando es muy fuerte y aparece mucho en víctimas de delitos violentos. Se trabaja mucho desde la lógica de los acuerdos que condicionan el tratamiento al compromiso de no hacerlo nunca más. Me cuesta imaginarme cómo en este lugar se puede operar de otra manera.

R. A: Sí, es cierto; en muchos lugares se hace eso del compromiso a no hacerlo. Es particular ya que eso no es desde ningún punto de vista una intervención clínica, es más bien un requisito institucional. Por otro lado, si el paciente lo intenta, y le resulta eficiente, el papel firmado no sirve de mucho. Me parece que tenemos que retomar el tema de la posición del analista en estos casos. Quien tiene que ubicarse desde la posición comprometida: «Qué le está pasando a este sujeto que se quiere morir». Alojar eso y transformarlo en pregunta, porque las instituciones funcionan con la lógica que mencionas. Toda institución es una figura del Otro, pero es una figura del Otro que no nos pregunta a nosotros si queremos alojarnos en ellas o no; la familia es una institución así; uno nace institucionalizado. Las instituciones tienen ese rasgo coercitivo que, por los demás, es necesario. El punto es cómo los analistas dentro de una institución, en un contexto por naturaleza coercitivo, ¿podemos también indexar una pregunta que convoque a la posición del sujeto?: «¿Qué opinas de esto que firmaste?». «¿Crees que te ayudará». «Sirve para ti». Problematizarlo, incluyendo la singularidad del sujeto. Es introducir el elemento de la falta en el Otro desde la posición del analista, agujereando así la institución, ya sea con relación al fantasma del sujeto o con relación a las instituciones para que el fantasma del sujeto pueda encontrar un lugar allí. Traer ese elemento y servirse de él. Se puede estar en las instituciones desde la posición del analista y no por eso convertirse en un agente institucional ni oponerse neuróticamente a la institución. En eso yo insisto en lo que ha planteado Francisco Aliste en la ALP, y es que nuestra consulta privada es también una institución. El problema no es el nicho institucional, sino cómo nos ubicamos desde un saber-hacer con la institución que haga posible un lugar para la singularidad del síntoma y el goce del sujeto.

Aunque exista el «para-todos» del compromiso de no suicidarse, la pregunta relevante podría ser: «Qué tiene de distinto este paciente a todos los otros que dicen querer suicidarse». A veces, los pacientes pueden decir: «Con todo lo que he pasado como no me voy a querer morir». Y uno le puede solicitar: «Cuénteme lo que le ha pasado». Y de esa forma poner a funcionar, vía el Otro del analista, la historicidad y la causalidad. Así desplegamos la singularidad de alguien. Le puedes decir que es cierto que lo tienes que derivar, pero que antes hay que evaluar y en esas sesiones tratar de pesquisar algún aspecto del orden del goce del sujeto. Si el paciente logra decir «ayúdeme a que no me sigan dando ganas de morirme», entonces ya tenemos una demanda con la que trabajar.

[15](#) Lacan. J. (2006). *Seminario X La angustia*. Primera edición. Buenos aires. Editorial Paidos. Página 133.

[16](#) Lacan. J. (2006). *Seminario X La angustia*. Primera edición. Buenos aires. Editorial Paidos. Página 134.

CAPÍTULO XI

EL PROBLEMA CLÍNICO DE LA «PERSONALIDAD» Y LA INSISTENCIA DEL GOCE

23 de junio de 2010

Vamos a comenzar la última clase del seminario. El tema de hoy es un tema que puse al final porque es un tema respecto del cual más bien voy a elucubrar. Se trata del tema de la personalidad en la clínica.

Ubiqué este tema al final del seminario por dos razones. En primer lugar, porque considero que viene subrayar uno de los ejes centrales del seminario como ha sido el problema del goce. En segundo lugar, porque pese a que dentro del discurso lacaniano el concepto de «personalidad» no tiene lugar, en Chile y en el discurso generalizado de la salud mental, la personalidad como significante ha venido a nombrar en muchos casos clínicos aquello debido a lo cual los tratamientos farmacológicos tienden a fracasar. Por ello es un campo de oportunidades para el psicoanálisis.

LA «PERSONALIDAD» COMO RETORNO DEL GOCE EN EL DISCURSO MÉDICO

En mi experiencia en instituciones, cuando los psiquiatras no pueden responder con fármacos a un síntoma del eje I suele aparecer inmediatamente la hipótesis de la «personalidad». Se trata de los pacientes que no encajan en los protocolos de depresión burocratizados en las guías clínicas. Son los sujetos que portan un malestar, un desarreglo con el goce que no puede ser tramitado por el discurso médico. Es interesantísimo, porque estamos frente a un fenómeno que no escapa a las lógicas del discurso psiquiátrico del DMS y EL CIE10, pero que precisamente designa el fracaso del intento del discurso universitario de poder gobernar el goce. Revisé un texto que se llama «Psicofarmacología clínica», cuyo compilador es un connotado médico del contexto nacional, y en el hay un capítulo para los trastornos de personalidad y, lo sorprendente, es que no hay medicamentos indicados para los trastornos de personalidad. Hay es indicación de fármacos para las distintas funciones psicológicas que se suponen alteradas en el trastorno de personalidad, como la impulsividad, los afectos, los síntomas cognitivos, etc.

Entonces, dependiendo del tipo de trastorno de personalidad y del área psicopatológica predominante, es la línea farmacológica con la que se interviene. Esto resulta más interesante porque hasta los medicamentos son ineficientes en el intento de regular esa problemática de desarreglo, de desajuste de goce que finalmente termina siendo denominado «problema de la personalidad», ya sea bajo la forma de un trastorno o rasgos de personalidad.

Es muy relevante, porque estamos frente a lo que me atrevería a leer como un retorno, en el seno mismo del discurso médico universitario, de algo que no puede ser representado por esa forma discursiva. Se trata de un retorno del goce, un retorno de aquello que no puede ser regulado y que vuelve bajo la forma de un goce desajustado.

En una de las clases hice mención al «mito de la libido», desarrollado por Jacques Alain Miller en el texto «Breve introducción al más allá del Edipo»; se trata de que la libido se escapa de la ciudad cercada por las paredes del padre floreciendo y proliferando en el desierto. En ese sentido, es una idea del goce como incontenible, irrefrenable, que siempre vuelve a sortear aquello que se ha pretendido obstáculo del mismo. Es una manera de designar, al interior del discurso médico-psiquiátrico, un problema que no puede ser comprendido desde la perspectiva médica. Se trata de un retorno, un retorno de lo que el discurso médico ha rechazado, un retorno del sujeto.

He verificado, en mi propia experiencia y en las supervisiones que suelo hacer a colegas formados analíticamente y que trabajan en instituciones, que las derivaciones de los casos clínico que los profesionales asocian a problemas del orden de la personalidad son derivados a los psicoanalistas. Nos derivan precisamente esos casos

donde se percibe que hay algo, y esta es una noción clave en la historia del psicoanálisis, hay algo que resiste. Que se resiste a cambiar. Hoy vi a una paciente, una mujer de sobre los cincuenta años, que me contaba que todo la aburre, que está aburrida de la vida y que lo único que ve hacia adelante es la muerte. Evidentemente, hay que estar atento a no ponerse como objetivo el entretenerla, es decir, intentar hacerla más feliz. La he visto varias veces, viene cada mes por medio, falta mucho y yo me preguntaba sobre por qué seguía viniendo y en algún momento le pregunté si alguna vez en su vida había sido distinta. Me responde que no, que nunca ha estado feliz, no conoce los momentos de felicidad. Asocia esa sensación con eventos de abusos sexuales en su infancia. Pero no produce otros significantes; ese mismo aburrimiento está también en su posición frente a la vida. Cuando escucho la consistencia de esa posición le digo que creo que eso no va a cambiar y ella me responde que sí, que ella efectivamente también cree que eso no va a cambiar. Es importante, ya que la tendencia del ideal, en un contexto institucional de salud, es hacerla cambiar y la verdad es que su posición de goce es muy decidida. Yo se lo dije con una cierta desazón de mi parte. Le dije nuevamente que si bien es cierto que probable existan cosas que no cambiarán, ella tal vez podría pasarlo un poco mejor en algunas ocasiones, ya que ella podría decidir sobre eso. Además, le dije que ella no estaba enferma, que su aburrimiento no es una depresión, sino que su problema era de elección, de la elección de tratar de pasarlo un poco mejor en la vida, no mucho, solo un poco mejor. Naturalice su respuesta de goce porque claramente hay ahí una orientación de destino bastante decidida en torno al «aburrimiento». Yo pensaba que mi posición, en tanto Otro, estaba a título de testigo de esta condición de vida de ella. No hay una demanda de cambio; ella viene y me mira con una expresión osca. Yo me preguntaba: ¿Podrá esta mujer estar de otra manera? Ella piensa que no y, ¿puede uno contradecir eso? Les planteo esto porque me parece que cuando nosotros nos topamos con esto que llamamos la personalidad nos topamos con lo que en la historia del psicoanálisis se ha denominado *resistencia*. Una forma de posición subjetiva que suele presentarse, ante los intentos de cambio del Otro, como algo que dice «no», «no quiero cambiar». Es el fenómeno de la insistencia, de la constante y de la repetición que se escucha claramente en los casos clínicos. Además, aparece otro rasgo muy importante que nos va a dar una clave importantísima de distinción y oposición entre personalidad y síntoma. Me refiero a que estas problemáticas, que se ubican bajo el sesgo de la personalidad, no llevan al sujeto a un descontento claro consigo mismo. En algunos casos, hay algo así como una denuncia del sufrimiento que implica la vida, pero no hay una retroacción sobre sí mismo, un efecto sujeto, una *spaltung*, una división del sujeto que dé cuenta de un sujeto afectado por la falta. Con esto no quiero decir que no exista la falta estructurante, sino que la presentación no es del orden de una histerización del discurso, no es del orden de una pregunta.

Cuando en los equipos de salud se habla de un problema de personalidad es

fundamentalmente para designar un problema que se resiste al abordaje médico-psiquiátrico. En este sentido, los analistas tenemos una mejor disposición para alojar esa resistencia.

La personalidad designa un aspecto clínico relacionado con lo que nosotros, psicoanalistas de orientación lacaniana, denominamos el goce. Por eso les decía que es una oportunidad para nosotros. A mí me agrada cuando tenemos la capacidad de producir efectos de transferencia como para que nos deriven insistentemente ciertos casos. Si los analistas recibimos las derivaciones de los supuestos «trastornos de personalidad», es porque algo hay en nuestra orientación que nos permite responder a ese problema clínico, lo que es tremendamente relevante para el psicoanálisis. Tenemos que acudir justamente allí donde el discurso universitario de la medicina fracasa, porque no puede dominar el goce bajo la forma de un «todo saber». En ese lugar de resistencia y de retorno del goce nosotros le damos en las instituciones un lugar a eso. Ello nos desafía a tener la capacidad de proponer un lugar a lo que resiste.

Digo a lo que resiste porque en Chile la posición caricaturesca del lacanismo es que se caracteriza por ser crítico de otras orientaciones, despectivo, devaluativo del otro; eso le hace muy mal a la orientación lacaniana y además genera posiciones ideológicas bastante poco cercanas a la clínica. Ello termina por hacernos desatender el problema clínico aludido en el concepto de personalidad. A veces se escucha a muchos lacanianos más interesados en distinguir la estructura clínica que en abordar el *pathos* que emerge tras lo que denominan personalidad. Lo que quiero decir es que si reaccionamos automáticamente a esas respuestas ideológicas, que abundan en los espacios universitarios de nuestro país, podemos no percibir que cuando en una discusión con otros profesionales en una institución de salud aparece el término «personalidad», lo que aparece allí es la cuestión relativa al goce del sujeto que está retornando de manera insistente. Así podemos hacernos un lugar.

¿Qué ocurre clínicamente? Yo estuve rastreando y encontré tres capítulos interesantísimos en los que Jacques Alain Miller aborda precisamente el problema del carácter, que es el antecedente del concepto de personalidad. Ello me deriva a la lectura de W. Reich. Es muy interesante ver cómo aparece el problema del carácter en la historia del psicoanálisis ya que surge precisamente en torno a la cuestión de la resistencia. W. Reich lo designa como las «resistencias caracterológicas» y discute sobre la necesidad de una modificación de la técnica. Esto porque, según argumenta, la asociación libre y la interpretación no son instrumentos técnicos muy eficientes cuando se trata del carácter y lo que suele aparecer en la dirección de la cura es justamente la resistencia. No sé si han tenido la experiencia de atender a estos casos, pero es notable que el paciente no hace un trabajo asociativo, le es muy difícil, la sustitución y el desciframiento no suelen ser las vías fáciles para que estos pacientes apuesten al inconsciente. Estoy pensando en un caso, se los comento brevemente. Es

un tipo muy violento, pero que tiene muy buena relación conmigo; en las ocasiones en las que se ha enojado, se ha llegado a cortar el mismo. En otra circunstancia, en un arranque de rabia, manejó varias cuerdas por una avenida principal en contra del tránsito; es alguien descontrolado y podría perfectamente matar a una persona. Clínicamente, cuando habla, puede identificar problemáticas que relaciona con su forma de ser, pero no puede armar un enigma que se organice bajo el efecto de la suposición a un saber no sabido.

El fenómeno de la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal es complejo para un paciente que presenta este problema. Siempre teniendo en cuenta la posibilidad de que estemos frente a sujetos estructuralmente psicóticos, lo que también es bastante común.

Es un paciente cuya queja quedará remitida fundamentalmente a lo situacional; por eso es que este fenómeno apareció bajo la forma de la resistencia. Recuerden que Freud definía la resistencia como todo aquello que, en procesos analíticos, hace obstáculo, es decir impide los fenómenos de asociación de ideas.

DE LA PERSONALIDAD AL SÍNTOMA

Para qué un sujeto asocie tiene que funcionar el supuesto saber, es decir, suponer que un significante puede querer decir otra cosa. Para los pacientes de los que estamos hablando eso es bastante difícil, porque con el problema clínico de la personalidad ocurre que la cuestión relativa al carácter es distinta al síntoma. Miller hace una oposición muy relevante entre carácter y síntoma. Porque el síntoma es siempre un fenómeno acotado en la experiencia subjetiva de alguien. Los síntomas siempre son localizados, se pueden, por ejemplo, esconder. Los obsesivos podrán revisar las puertas sin que nadie se entere. El síntoma no se dispersa por la totalidad de la vida de un sujeto. De hecho, puede haber pacientes con los que durante las entrevistas preliminares tenemos que afanarnos en buscar el síntoma, en perseguirlo con nuestras preguntas e intervenciones. En otros pacientes el síntoma aparece de inmediato; sin embargo, en ambos casos, el síntoma está encapsulado. La personalidad no participa de esa propiedad de localización, desde la teoría clásica de Freud en la que el síntoma se define como una formación de compromiso; el síntoma es una solución a un conflicto reprimido. Soluciona algo del funcionamiento psíquico y tiene la cualidad de ser «opaco» al sentido, es decir, de poseer siempre una significación desconocida, no sabida. Por eso es que el análisis se realiza en torno al síntoma, ya que el síntoma responde a la estructura de las formaciones del inconsciente. Ello permite que podamos suponer que el síntoma quiere decir algo. En Lacan hay muchas definiciones del síntoma que van a en contra de esta línea. Por ejemplo, el síntoma como mensaje, el síntoma como significante reprimido de la consciencia del sujeto, etc. Es el síntoma el que empuja la pregunta del sujeto respecto a su goce, esa pregunta clásica y un poco caricaturesca de «¿por qué cree usted que le pasa esto?». El «esto» es el síntoma y reemplácelo con lo que quieran: «celos», «rabia», «tristeza», etc. Vamos en la línea del síntoma y de la localización sintomática.

La problemática de la personalidad es resistente a ese ejercicio de localización. Por lo mismo, se vuelve resistente al ejercicio de la asociación libre. Por ejemplo un paciente, desde la perspectiva del problema de la personalidad, puede ser un paciente que sea más «actuador» y cuando digo más actuador es un paciente que en la transferencia va a actuar la fantasía inconsciente. Una paciente llegó al medio día, siendo que su hora era a las nueve y media de la mañana. Está lo suficientemente grave como para haber obtenido una pensión de invalidez por su depresión recurrente, que en realidad desde la lógica del DSM respondería a un trastorno de personalidad. Es un sujeto que llegó al medio día y yo decidí, esta vez, porque otras veces la he atendido de manera incondicional, no atenderla. Se quedó en la sala de espera sentada frente al pasillo de manera que cuando yo saliera a llamar a otro

paciente evidentemente la vería. Por supuesto, el psiquiatra, el guardia, la secretaria, estaban todos ellos enterados de que ella estaba ahí. Esta mujer viene y nos dice que quiere que la internen porque está mal, cansada de los maltratos psicológicos de su pareja que le dice que está loca y que le dice que le va a quitar a su hijo y ella advierte que si eso sucede ella está dispuesta a quitarse la vida. Entonces yo le digo que sí, que se puede solicitar la internación, pero que también podría ser que le quiten a su hijo ya que la podrían calificar como interdicta. Frente a eso, me dice que en realidad ella no quiere perder a su hijo. Luego yo entendí lo que ella quería, cuando le dije que para la próxima sesión viniera con su pareja. Les comento el caso porque ella no tiene ninguna disposición a sintomatizar algún aspecto de su sufrimiento, a rectificar subjetivamente su posición. Hay la queja decidida de que le falta afecto, de que le falta dinero, etc. Cuando obtuvo la pensión asistencial se estabilizó tres o cuatro meses y ahora el problema es que vive con el hijo, la hija y su pareja y el problema es que no le dan afecto y cariño. Aparecen permanentemente las exposiciones a su drama. Estuvo feliz con la indicación de traer a su pareja. Hay algo en el problema de personalidad que es del orden de la evidencia, que se da a ver a diferencia del síntoma que siempre es más del orden de lo oculto o bien de lo que él mismo oculta; por eso es el que nos permite hacer el trabajo analítico.

Intervención: ¿Tendría relación esto con la función del *sínthome*, en la medida de que en él no aparece la disfunción del síntoma?

R. A: Me parece que la respuesta de Jacques Alain Miller es esa, que la cuestión del carácter y la personalidad está del lado de lo que llamamos el *sínthome* en la medida en que permite organizar, coagular un modo de goce fijo. En cambio, con el síntoma y la vertiente de la disfuncionalidad, lo que aparece es un efecto de división, de distancia entre el síntoma y el *sínthome*. La neurosis no se reconoce en el síntoma; el síntoma es siempre egodistónico, no es egosintónico como la problemática de la personalidad. Es difícil trabajar analíticamente con pacientes en esa posición. Advierto que cuando hablo del «problema de la personalidad» no estoy hablando de ningún trastorno de personalidad, sino de la temática clínica, de los fenómenos clínicos que podemos ubicar bajo la categoría de personalidad.

Intervención: Cuando dices que es egosintónico, igual hay sufrimiento en esa persona, pero ¿lo dices en el sentido de que no hay capacidad de pensar respecto a eso?

R. A: Esto tiene que ver con la localización de la causa. Cuando hablo de egosintónico me refiero a que la causa no produce la hendidura del sujeto y el síntoma no aparece como el signo de esa hendidura. Por eso es que muchas veces la queja se traslada también a los otros, no es solo del paciente. Y en ocasiones el paciente ubica ese sufrimiento con una afirmación tipo «soy así y punto», sin que se vea claramente la desarmonía, el desajuste entre el goce y el significante, que es siempre designada por la función de la causa.

Es lo que la neurosis fórmula con una pregunta más analítica que en general aborda la cuestión de «cómo he contribuido yo a todo esto». En la neurosis la causa queda localizada del lado del sujeto y del problema del goce. Esa hendidura trascendental para nosotros no está presente en algunos casos y cuando eso ocurre aparece lo que tradicionalmente se llamaba resistencia, elaborándose así todo el problema clínico de lo que se ha denominado la «personalidad».

Intervención: Yo trabajo en temas de violencia. Me encuentro con situaciones en que las mujeres vienen con sus parejas que las violentan. Existe un ideal en torno a que la mujer funcione autónomamente y que no vuelva con el hombre. Estos casos empujan a un despliegue institucional para, por ejemplo, evitar un femicidio. Se trata de mujeres que vuelven con la pareja y se suele decir que se debe a un problema de personalidad, aludiendo a nociones como el masoquismo.

R. A: Es genial lo que produce, porque la alusión al problema de personalidad es un intento de explicar algo con ese concepto, como si la personalidad explicase por qué la mujer vuelve y retorna a ese lugar. Lo que pasa ahí es que hay una economía de goce que no es del orden del síntoma como formación del inconsciente. No es del orden de la producción del trabajo psíquico que se requiere para producir un síntoma.

Intervención: Se me viene a la mente la distinción entre trastorno de personalidad y personalidad como tal. Hasta acá hemos hablado del goce deslocalizado, de las problemáticas de desborde de goce y de las operaciones psicoanalíticas que pueden apuntar a volver a localizar en una suerte de restitución de lo fantasmático. Me aparece más el goce como desbordado que el goce como resistente, y siento que de alguna forma hemos hablado de la personalidad bajo la forma del goce desbordado y ahora está apareciendo esta otra vuelta como con una cara distinta, como si estuviera organizado y resistente. Me parece que es distinto. La resistencia me sugiere que hablamos de un goce organizado y no deslocalizado. Distinguiría el trastorno de personalidad como desborde del goce del problema de personalidad como resistente.

R. A: Sí, es cierto, son dos fenómenos clínicos distintos. No lo había explicitado. Efectivamente, el seminario ha tenido una idea clara en torno a la oposición regulación-desregulación de goce y que tiene que ver con poder pensar la posición del analista a partir de la necesidad de regular el goce. Pienso que de alguna manera lo que planteo hoy tiene que ver con un fenómeno clínico donde ya hay una regulación y esa misma regulación aparece como resistencia. Es así porque lo otro que planteaba tenía que ver fundamentalmente con dar cuenta del problema de lo «limítrofe», como lo denominan, fundamentalmente desde la cuestión de la desintegración del yo. Hoy en cambio voy más allá de esta cuestión para pensar precisamente aquello que es del orden de lo constante, de lo fijo, de lo insistente en la vida de un sujeto.

Desde las nociones metapsicológicas diría que el problema de la personalidad tiene que ser planteado del lado del fantasma. En la estructura clásica de la neurosis

tenemos el síntoma, como lo escribe Lacan en el grado del deseo, $s(A)$. Después ubica al fantasma. Nuestra idea clásica de la neurosis es que producto del fantasma inconsciente hay un retorno que es el síntoma. La distinción que estoy tratando de hacer, precisamente hoy día, es que hay ciertas presentaciones subjetivas en donde algo ocurre entre estos dos pisos del grafo que no se decanta del fantasma del síntoma. No tengo claridad aún de lo que ocurre, pero no creo que sea apropiado pensarlo con la lógica de la fragmentación del yo, que es lo que he utilizado para dar cuenta de la deslocalización de goce. Me parece muy claro que en estos casos tradicionalmente designados como problemas de personalidad, la resignificación del síntoma como enigma es muy difícil. Sintomatizar el retorno de esa mujer violentada de la que hablaban no es fácil, ya que si lo fuera hubiese dejado de ser violentada hace tiempo ya. No parece un llamado a otro significante; por más que se rastree la histeria, en ocasiones aparecen algunos retazos, pero es el clínico el que los asocia para realizar una intervención y ocurre que es como si cayera en un vacío, ya que no tiene efectos de rectificación subjetiva. El paciente no hace el trabajo psíquico y existe una economía de goce muy bien organizada que resiste a pasar al campo del síntoma. En esos capítulos del seminario «La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica», Miller aborda estos problemas llegando a reinterpretar el concepto de defensa para dar cuenta de que en algunos casos estamos ante un problema de no representación del goce. Es el síntoma el que sirve para representar algo, porque el goce nunca se representa del todo en el significante, se trata más bien de la relación del sujeto con el goce.

Intervención: Me provoca dificultades para entender la distinción el hecho de que el síntoma también está definido por su repetición; por lo tanto, también hay algo del orden de la insistencia y en consecuencia algo de la inscripción de goce en el síntoma. Me cuesta mucho hacer la distinción entre personalidad y síntoma porque más bien tiendo a articularlos. Insisto en que las diferencias que has señalado me parece que se presentan en ambos conceptos.

R. A: Claro, la repetición es fundamentalmente la señal del goce, el signo del desfase entre el significante y el goce. La repetición sintomática no es la misma que lo constante o lo estable a nivel de la «personalidad», porque la repetición en lo que tiene de sintomática, se le presenta al sujeto como una oposición, como una diferencia.

El sujeto se mide a sí mismo y dice: «Eso no me gusta de mí». Y eso de lo que se queja y que lo localiza nos permite a nosotros escarbar en la división subjetiva y permite hacer procesos de asociación, ya que para que el sujeto localizara ese síntoma ahí, hizo un proceso de sustitución significante que corresponde al proceso de las formaciones del inconsciente. En cambio, lo que aparece como constante, cuando hablamos del problema de personalidad, no aparece localizado en la vivencia del sujeto, sino que se presenta como una constante que organiza la totalidad de la

experiencia del sujeto. Por eso aludo a poner el problema de la personalidad del lado del fantasma, porque creo que efectivamente cuando hablamos del fantasma, lo que ocurre es que el sujeto actúa todo el tiempo su realidad psíquica. Es casi como si todo el tiempo la realidad fuese la escena, sin el desfase de la escena sobre la escena. Ocurre entonces un problema de distancia. El paciente con dificultades para sintomatizar no toma esa distancia respecto de sí mismo. Si se fijan en todos los procesos analíticos, es como si estuviera el paciente, están ustedes y además están hablando de algo. Ese algo del que se habla es el síntoma. Con los otros pacientes es como si fuese muy difícil poder llegar a hablar de algo que se mantenga de una sesión a otra, hilvanando la dirección de la cura. Es el paciente que no dice: «Sí, como lo he dicho otras veces...»; por el contrario, es el paciente que presenta temas pero el trabajo analítico no se localiza sobre una temática localizada en torno a la cual el paciente toma distancia y en la que logra hacer un trabajo.

Intervención: Sí, entiendo la diferencia, pero por qué no pensarlo del lado de que en los trastornos de personalidad hay síntoma, pero lo que no hay es preguntar al síntoma.

R. A: Una distinción. Yo no estoy hablando de los trastornos de personalidad, estoy hablando del problema clínico que se denomina «personalidad».

Intervención: Y en ese sentido pensarlo como que hay un problema de articulación entre los registros que no permite al sujeto hacerse una pregunta respecto a su síntoma.

R. A: Ese es el punto. No hay síntoma analítico sin pregunta, por eso es que introducía hace un rato el problema del *sinthome*. Miller, en el seminario que he tomado como referencia, dice efectivamente que el *sinthome* es el carácter. El punto es que síntoma analítico no hay sin pregunta. Por eso es que nuestro verdadero problema clínico es cómo trabajamos con estos pacientes, cómo intentamos hacer un viraje en la dirección de eso que está muy bien organizado e incluso resistentemente organizado, con lo que el sujeto sufre, pero ante lo cual quedamos en una cierta posición de testigos. Ya que pareciera ser que no hay un punto a partir del cual detener el discurso y comenzar a analizar. Se trata de detectar una veta, como en la minería, una veta que se sitúa a nivel del síntoma, pero que remite a la fantasía inconsciente. En esta problemática que les intento transmitir me parece que hay algo que falta. Es como si el grafo del deseo estuviese comprimido, haciendo desaparecer el intervalo entre el fantasma y el síntoma.

Para mí esta clase es un planteamiento del problema, en ningún caso es una resolución del tema. Hay casos que aparecen muy difíciles y que carecen de la capacidad de sintomatizar algo. Cuando uno logra historizar y rectificar al sujeto, el alivio terapéutico aparece rápidamente.

Tengo la hipótesis de que cuando no ocurre la sintomatización, el manejo de la transferencia se vuelve un instrumento clave para el trabajo clínico junto a la posición

del analista como Otro para el paciente. Hay que trabajar la estrategia transferencial mucho más intensamente. A veces, como el encadenamiento entre S1 y S2 no se puede hacer vía el síntoma, hay que hacerlo con las sesiones. Se trata de intentar despegar el síntoma a partir de las sesiones y la posición transferencial. A veces incluso servirse de interpretar ciertas respuestas del paciente al analista para así separar la realidad psíquica del mundo y sugerir algo como «esa es tu realidad psíquica, no soy yo, trabajemos con tu realidad psíquica».

No me parece algo que no haya que hacer. Estos son pacientes a los que debe tomarse en serio en el sistema de salud pública, porque además de su padecimiento en el campo «psi», tienden a deambular por muchas especialidades, transformándose, desde el punto de vista administrativo, en un «gasto» bastante alto. Tengo la impresión de que el trabajo transferencial es trascendental en relación con esta falta de distancia entre el fantasma y el síntoma, tal como se los había mencionado. Dado que pienso que estos tienen relación con el campo del Otro, es que creo que hay que trabajar desde el lugar del Otro transferencial; tendremos que maniobrar para desprender el síntoma del fantasma.

Intervención: ¿A que te refieres cuando dices desprender el síntoma del fantasma?

R. A: Producir la distancia necesaria que un sujeto tiene que tener con su síntoma para poder analizarlo. Para analizar tiene que estar el inconsciente en tanto suposición. Que el síntoma «quiera decir algo para mí» y que se le pida asistencia al analista en dicha tarea. Si no está esa distancia, no es posible hacer análisis. En el análisis uno rodea insistentemente el síntoma para acercarse a la construcción del fantasma. Que en términos de la última enseñanza de Lacan es transformar el síntoma en *sínthome*. Cuando síntoma y fantasma coinciden, estamos frente al *sínthome*. En el análisis se construye el fantasma ya que se trata de extraer la lógica de la formación de resistencias que es el fantasma, pero lo hacemos a través del síntoma. El problema que estoy abordando es cuando el goce no se vuelve sintomático. ¿Qué hacemos, por ejemplo, con esas pacientes que experimentan VIF y que vuelven, y vuelven con el «violentador»?

Intervención: Y no llegan por problemas de «personalidad» y tampoco por demanda espontáneamente de ayuda. Son pesquisadas e insertadas en un discurso institucional. Son captadas por el programa PUENTE, por ejemplo, y las toman y las llevan al SERNAM. Me hace pensar en preguntarnos cuál es nuestro lugar institucional en situaciones como estas.

Intervención: La terapia grupal a veces sirve para que un paciente pueda sintomatizar algo, ya que su retorno con el violentador lo ve más fácilmente en la «otra». En un grupo de pronto una empieza a hablar y la otra dice: «Esas cosas me pasan a mi también». El grupo facilita la identificación permitiendo «escucharse».

R. A: Por eso yo introducía la idea de distancia, ya que acompaña la reflexión en torno al esquema óptico y la deslocalización del sujeto. Es interesante porque la

«otra» le permite al sujeto poder identificar algo de su propio goce. El otro día entrevistaba a una mujer que había sufrido una violación, pero decide guardar silencio; asiste como testigo al juicio del hijo de una amiga que había sufrido abusos. Se desestabiliza en el juicio cuando al abusador del niño lo dejan libre. En ese punto ella se desestabilizó a partir de la significación de la justicia. Pero ella nunca pensó en denunciar sus propios abusos. Pareciera ser que se requiere un Otro para que se introduzca la distancia y alguien pueda sintomatizar su padecer.

Como verán, se necesita un Otro, pero no necesariamente uno al estilo de la institución que quiere que la mujer se empodere para que denuncie, eso es otra cosa. Esas son las instituciones de salud pública, que empujan desde el ideal. Hay que separar las cosas, por ejemplo, una cosa es pensar el grupo como un otro por el que el sujeto al pasar obtendrá algún efecto de subjetivación, y otra es empujar a la creación de grupos de terapia porque se ahorra más dinero en términos administrativos. Cuando el único criterio es ahorrar dinero, llegamos a formulaciones tan absurdas como la que sostiene que los psicólogos en la atención primaria y otras instituciones del sector salud no debiesen ser clínicos, sino comunitarios. Eso es una soberana estupidez. Una cosa es que discutamos sobre qué tenemos que abordar en la clínica en salud pública, pero decir que hay que ir a hacer consejería y que la consejería la puede hacer cualquier profesional como una enfermera, el doctor, etc., es algo inaceptable, porque desconoce la psicopatología, reduciendo el sufrimiento humano simplemente a una falta de información. Para nosotros en psicoanálisis, con nuestros conceptos, sabemos que un par de sesiones pueden servir para producir efectos sobre el goce de un sujeto.

El psicoanálisis puede y debe aportar un abordaje clínico en salud pública, pero además se trata de un abordaje que no posee los mismos estándares que la psicoterapia típicamente entendida. Esto es fundamental en la formación como analista, porque aunque venga el SERNAM y nos traiga una paciente, cuando cerramos la puerta de la oficina la manera en que la vamos a escuchar y lo que le vamos a decir es distinto a como lo harían en la institución gobernada por el ideal social. No la vamos a empoderar, ni le vamos a decir que «su marido es un delincuente y que tiene que denunciarlo porque ella no se merece eso y bla, bla, bla». La vamos a escuchar de otra manera y le vamos a decir: «Parece que su marido es suficientemente importante para usted como para que usted quiera volver con él a pesar de todo lo que la hace sufrir». Abrimos un espacio analítico en torno a la satisfacción y las contradicciones que ella encuentra en eso. Esa es nuestra pregunta analítica; las instituciones y el sistema tienden a hablar desde su ideal para regular las relaciones sociales de acuerdo con sus normas.

Escuchemos lo que ha ocurrido en la actualidad con el tema de los abusos sexuales. Muchas mujeres que atienden en salud pública relatan haberlos sufrido en algún momento de sus vidas. Y lo más particular es que este empezó a ser un

problema de protección social hace diez o doce años, cuando comenzaron a preocuparse de estos temas las políticas públicas; antes era una condición dada. Algunas lo dicen así: «Antes no era como ahora», ya que el lugar de la denuncia no existía. Hay todo un nuevo problema ante la «denuncia» como fenómeno clínico-social. En la economía del goce ocurrirán cosas que no pasarán por el derecho. Desde el psicoanálisis ofreceremos un lugar a eso que no pasará por el derecho, ofreciendo un lugar al costado del ideal, no en contra.

Retomo el tema de la personalidad y el carácter, recordando que cuando los analistas lo abordaban en los años veinte, lo hacían justamente desde la idea de la resistencia porque los pacientes no asociaban y por ello no «trabajaban analíticamente». De ahí surgirán temas como la técnica activa de Frensz, es decir desde el problema clínico de lo no sintomatizado. El drama es que «lo psicoanalítico» queda definido solamente a partir de lo sintomatizado y se ha devaluado lo otro como «no psicoanalítico». Esto nos plantea una pregunta que excede este seminario y que es: ¿Qué entendemos por psicoanalítico?

Quisiera darles la palabra para que podamos ir cerrando el seminario.

Intervención: Estaba pensando en el seminario que diste el año pasado sobre la transferencia, en el que presenté un caso clínico y justamente era uno de esos casos de los que se dice que no tienen conciencia de enfermedad, porque son trastornos de personalidad y efectivamente ella insistía con que yo perdía mi tiempo, que ella ya había tenido experiencias de terapia y que no servían para nada. Y una cuestión que fue clave del trabajo que realicé fue producir un objeto que el paciente pudiese perder. Construir un objeto que se pueda ofrecer al deseo del Otro. Ella era madre de hijos adoptados, muy deprimida, con varios intentos de suicidio y aparece el tema de ser mujer. Lo del ser mujer aparece cuando un día viene más arreglada y se lo digo y a partir de ahí comenzó a hablar del problema de «ser madre». Pienso que el problema de esos casos es cómo se introduce el sujeto y la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal para producir el sujeto en falta. En este caso fue en esa línea.

R. A: Es muy claro el caso, ya que tu intervención fue una intervención sobre la transferencia, pero no una interpretación de la transferencia. Es una intervención que permite sintomatizar a partir de la pregunta histérica de «¿qué es ser mujer?». Es importante porque tu intervención lo que dibuja es el yo ideal: «Usted se ve bien». Es decir, le designas una imagen ideal de sí misma y a partir de esa designación ella puede comenzar a plantearse la pregunta histérica. En la intervención lo que se despliega es la distancia respecto al espejo. Es ponerla a ella en el lugar del ideal del yo mirando su imagen virtual y tú en el lugar del espejo plano. Con eso el sujeto puede mirarse como objeto, más allá de lo que haya dicho la psiquiatría sobre su personalidad. Analíticamente, ella ha hecho un desprendimiento sintomático.

Intervención: Fue un trabajo largo; por ello quisiera instalar la pregunta de sí frente a estos supuestos «trastornos de personalidad» se podría pensar en un trabajo

de este orden, de introducir una falla. Ya sea en la línea de «puedo perder» o «puedo perderme».

R. A: Claro, lo que ocurre es que cuando ella te decía «usted pierde su tiempo conmigo» lo que tú le mostraste a ella es que no había nada que tú estuvieras perdiendo ahí y probablemente fue ese soporte lo que permitió que ella siguiera yendo y pudiese analizar algo de su posición. Si tú hubieses decidido, por ejemplo, derivarla, el destino del caso habría sido otro. La intervención, finalmente, se soporta en la forma que toma el Otro para el sujeto y que le permite instalar la pregunta. Eso pasa porque la posición del analista permite encarnar una cierta figura del Otro. Qué figura encarnará dependerá de cada caso en su singularidad, pero su función será introducir una distancia entre el ideal del yo y el yo ideal.

Les dejo planteado el problema. Les he comentado algunas ideas elaboradas a partir de aquello con lo que yo mismo me he encontrado. Se trata de un trastorno del goce y que «cubra lo que cubra» el plan AUGÉ-GES, está destinado a retornar.

Intervención: Quisiera retomar algo de lo que tú decías al inicio de las clases en torno a la diferencia entre personalidad y estructura, y si pudieras comentar algo sobre las diferencias entre esos conceptos.

R. A: Voy a decir lo que pienso, desde la orientación lacaniana, ya que no estoy muy ilustrado en las diferencias que hace Kernberg, por ejemplo, entre organización, estructura y trastorno. Lo principal es que cuando se habla de personalidad se la atribuye al individuo de manera personalista. Para la psicología la construcción del concepto de personalidad, con todos los autores que la han abordado –Allport, Kelly, Galton, etc– es siempre una instancia individual. El concepto de estructura en Lacan es transindividual. Uno de los aportes relevantes de Lacan es deslocalizar la realidad psíquica del individuo y sostener que el sujeto participa de una locación más allá de lo individual a través de la figura del discurso del Otro, de los significantes que le vienen desde afuera modelando el goce. La noción de estructura clínica, si bien da cuenta de la realidad individual, no se restringe a la mera individualidad de un individuo permitiendo precisamente entender que la experiencia individual de satisfacción está determinada por algo que va más allá de éste. Podríamos decirlo así: la idea de estructura clínica no es concéntrica al individuo; en cambio, la noción de personalidad, sí. De hecho, el elemento clave de la personalidad siempre es el «sí mismo» que es el redoblamiento propio de la autoconsciencia. La personalidad es un concepto más bien cartesiano. La noción de estructura clínica si remite un lazo al Otro distinto. Me refiero con esto a las incidencias de la Otredad en la determinación del destino de goce de un sujeto. Eso me parece que es trascendental, metapsicológicamente hablando.

Intervención: A propósito de esto de desprender el síntoma del fantasma, y del grafo del deseo, pensaba que es bien importante la incidencia de la falta en el Otro, que es el matema que está por sobre el fantasma en la dirección hacia el síntoma. Tú

decías que es importante el Otro, pero estaba pensando en la importancia de la falta en el Otro porque algunas pacientes que tiene trastornos de goce localizado, con temas de masoquismo moral, presentan un reporte de un Otro como un Otro muy poderoso, muy invasivo, donde la crítica del Otro es avasalladora, donde la opinión del Otro es definitiva. Me hace pensar que para desprender el síntoma quizás haya que jugar en la posición del analista con algo del orden de la falta en el Otro.

R. A: Totalmente de acuerdo. Es interesante además la descripción que estás haciendo de la consistencia del Otro. Si retomamos lo que les planteaba en las primeras clases bajo el término de las versiones del Otro; si recuerdan, todo lo que tenía que ver con la fragmentación de la unidad imaginaria del yo, lo había correlacionado con la irrupción del goce del Otro. Lo que tú describes no es de ese orden; describes más bien a un Otro en el que el significante se burocratiza y se vuelve rígido. Es un Otro que se instala como Otro, pero no aparece la vitalización del deseo sin provocar la histerización para que por vía de la pregunta aparezca el deseo del Otro. Hay que pensar esa figura del Otro, pensar por ejemplo si se trata del Otro de la demanda o si tiene que ver con algo del orden del estrago. También habría que incluir la reflexión en torno al amor al padre de parte de la histeria. Hay que trabajar estos temas.

Intervención: Me acordé de un caso de un hombre que llegó derivado desde el SERNAM porque su pareja logro convencerlo de que fuera a terapia. En un primer momento, yo me ubiqué desde el enfoque de la visualización de los episodios de violencia, reconocer lo que había ocurrido. Hasta ahí no hubo problema, pero en un momento él empezó a decir que no sabía por qué estaba viniendo si él nunca le había pegado, salvo que una vez en una discusión él tomó un cuchillo. Yo le señalo que eso es un acto de intimidación y él no lo ve así. Yo, muy instalado en el lugar del ideal institucional de la responsabilización del hombre frente a la violencia. Él se resiste a la insistencia. Yo me comencé a complicar mucho y de pronto empecé a preguntarle cómo era él, y ahí comenzamos a conversar. Me contó que él había sido muy golpeado, que él no le quería hacer daño a su pareja y yo le empiezo a hacer señalamientos sobre lo que él estaba viviendo en el presente y cómo él lo vivía con sus hijos y con su señora. Al finalizar una sesión, le marco la violencia que él vivió de niño y él me dice que sí y que le hace muy bien venir. Luego de eso, me preguntó cuántos años tenía yo; el paciente es un señor campesino de sobre cincuenta años. Le dije que tenía treinta y yo le señalo que se aprendía bastante viniendo a sesiones.

R. A. Lo que se introdujo es algo del orden de la falta en el Otro, al igual que en el caso que comentaban anteriormente. Esto abre a otras versiones del Otro que son importantísimas para que algo del sujeto pueda emerger.

APROXIMACIÓN LACANIANA A ALGUNOS CASOS GRAVES:
ESTRAGO Y GOCE FEMENINO

*Realizado el 11 de junio de 2012,
en Santiago de Chile.*

ALEJANDRO REINOSO

Muy buenos días a todos y a todas; quisiera darles la bienvenida a nombre de la Asociación Lacaniana de Psicoanálisis de Chile, ALP-Ch, a este Seminario de Investigación que trata sobre el tema del estrago y el goce femenino; vamos a presentarles al encargado de este seminario que va a coordinar la actividad de todo el día y va a desarrollar temáticamente este argumento.

Ricardo Aveggio es psicoanalista, miembro de la ALP y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP), miembro de EOL, la Escuela de Orientación Lacaniana. Ricardo ha ejercido el psicoanálisis durante muchos años en Viña del Mar, en Valparaíso y ahora en Santiago de Chile; inicio su formación en el Colegio Freudiano de Córdoba.

Le doy la palabra para que comencemos a trabajar.

RICARDO AVEGGIO

INTRODUCCIÓN

Buenos días a todos y a todas; tenemos una larga jornada de trabajo.

Quisiera primero contarles, para ir introduciendo el tema, las contingencias que me llevaron a mí a estar hoy día tratando de elaborar algo en torno al tema de los casos graves y particularmente, dentro del tema de los casos graves, a la cuestión del estrago y de la posición femenina o goce femenino en la perspectiva de Lacan. Este esfuerzo se debe a un encuentro bastante particular; me retiro al momento en que, a partir de mi formación, me dirijo a trabajar en un hospital público hace ya un par de años y me empiezo a encontrar con casos bastante distintos a los casos que solía atender en otro tipo de instituciones, y son los casos denominados tradicionalmente como casos graves.

Por lo tanto, este seminario tiene un cierto carácter testimonial; pienso que de alguna manera la transmisión en psicoanálisis necesita incluir algo del testimonio, del impacto que tiene en uno la práctica con cierto tipo de pacientes, cierto tipo de patologías, etc. Entonces, hay una marca de ese encuentro con la salud pública que remueve; remueve porque se empieza a tomar conciencia de que muchas de las cosas que se habían aprendido en la universidad, en las instancias de formación, tienden a no funcionar y los pacientes no asocian, los pacientes no sueñan de la misma manera, algunos sí, otros no y a ello debemos agregar los factores psicosociales, etc. Este encuentro hizo que yo tuviera que volver a estudiar y pensar; me puse a estudiar para tratar de entender qué pasaba con esos pacientes; de ese proceso resultó un seminario en la ALP el año 2010, que se llamaba «*Intervenciones psicoanalíticas en Salud Pública*», pero ese seminario tampoco me dio respuestas respecto a los casos graves que no respondían a las categorías clínicas a las que uno tradicionalmente está acostumbrado y que divide la psicopatología en neurosis, psicosis y perversión. Por lo tanto, me puse a estudiar y dentro de los referentes teóricos de mi escuela, uno de los elementos clave para poder entender la problemática de lo grave, fue la noción –ni siquiera me atrevo a decir concepto– de estrago, una noción mencionada muy pocas veces por Lacan, pero sí desarrollada por varios analistas con posterioridad.

Entonces la noción de estrago, que vamos a tratar de conceptualizar hoy día, me hizo también articular el tema de la posición femenina y el goce femenino a la función de la madre; les estoy dando ya algunos temas que voy a desarrollar a lo largo del seminario.

¿CÓMO DEFINIR «LO GRAVE»?

Voy a partir por plantearles el problema de lo grave. ¿Qué es lo grave?, ¿cómo tenemos la experiencia de lo grave? La experiencia de lo grave la tenemos clínicamente en dos ejes, la tenemos en el eje del dispositivo, el dispositivo psicoanalítico que incluye, como todos ustedes saben, interpretación, transferencia, asociación libre, dirección de la cura y una cierta idea explicativa de la patología, por un lado; y la tenemos también en la experiencia clínica del propio paciente, es decir, en las características clínicas del paciente.

¿Por qué digo que lo grave lo encuentran en el dispositivo? Porque lo que encontramos en la experiencia es que ese dispositivo clásico del psicoanálisis caracterizado por los elementos que les acabo de nombrar, en ocasiones fracasa, no funciona, los pacientes no asocian, los pacientes no tienen el efecto verificador de la interpretación que es una nueva asociación. El padecimiento no se organiza por las coordenadas edípicas que tradicionalmente nosotros entendemos como las determinantes de una patología; entonces se produce un efecto en el clínico bastante característico, que es la impotencia, y se termina diciendo: «Este paciente no sé si va a volver, no hace transferencia», y empezamos a utilizar las hipótesis *ad-hoc*, como decía el epistemólogo Thomas Khun. Entonces se recurre al problema de personalidad, a los trastornos límites de personalidad, y a una serie de recursos explicativos que permiten justificar la intratabilidad del paciente.

Entonces lo primero que tenemos que interrogar, que no lo voy a desarrollar en profundidad, pero sí lo voy a mencionar, es la problemática del dispositivo analítico, que es una cuestión que en la orientación lacaniana ya tenemos moderadamente resuelta. Resuelta porque no usamos el concepto de encuadre analítico y usamos el de la posición del analista; por lo tanto, el problema lo tienen más bien los que creen en el encuadre. Ahora bien, el problema que tenemos los analista lacanianos es que no todo el mundo es lacaniano; por lo mismo tenemos que trabajar en equipos clínicos donde la cuestión del encuadre, los 45 minutos; ustedes saben que los 45 minutos es una norma legal en Chile desde Fonasa. En algún sentido, si cortamos una sesión podemos estar infringiendo alguna ley, en el caso de que el paciente esté siendo atendido por financiamiento del Estado. Como no hay nadie que fiscalice no hay mayor problema; entonces la cuestión de la posición de los analistas nos va a permitir a los lacanianos precisamente superar el problema del encuadre que creo que es lo que fracasa cuando nos encontramos con casos clínicos con ciertas características. El otro eje al partir del cual podemos pensar la cuestión de la gravedad, son las características clínicas de los pacientes.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS DENOMINADOS «CASOS GRAVES»

Quisiera partir el seminario con una caracterización clínica de los pacientes denominados «graves». Insisto, no es un diagnóstico, no es una estructura; son más bien las características clínicas de pacientes que tienden a presentárenos en la experiencia práctica como difíciles; si me falta alguna característica, los que tienen experiencia con este tipo de pacientes, me ayudan.

Una primera característica de estos pacientes, es que son pacientes que presentan un sufrimiento constante; al ser interpelados en una primera entrevista se les dice: «Cuénteme cuándo empezó usted a estar así», y el paciente responde: «Desde siempre». Y uno piensa: «45 años así debe ser complicado», pero el paciente reporta una experiencia de sufrimiento permanente y constante siendo muy difícil ubicar algo que para nosotros es clave y que es el punto de inicio, es decir, dónde se produce el quiebre, dónde se produce el antes y el después en la experiencia respecto al malestar para un sujeto. Hay una suerte de atemporalidad, un sufrimiento crónico. Recuerdo, por ejemplo, haber atendido a pacientes mujeres de sobre sesenta años que lloraban desconsoladamente por el abandono materno que habían sufrido a los cinco años, y pensaba: «En estos sesenta años ¿qué pasó con el aparato psíquico? ¿Qué ocurrió? ¿No hay nada? ¿60 años y la mujer llora como si el abandono hubiese sido la semana pasada?» Hay una suerte de detención de la temporalidad y por lo tanto una dificultad en ubicar el punto de quiebre, ese punto de quiebre que en la psicosis es el punto de desestabilización y en la neurosis es la desestabilización del fantasma o la detención del funcionamiento del síntoma.

Otra característica es que el discurso de los pacientes parece ser un discurso en permanente estado de contenido manifiesto, es decir, un discurso que no tiene una suposición acerca de que una expresión significa otra cosa; entonces, el paciente hace relato, dice: «Lo que pasa es que me cuesta levantarme, no tengo ganas, me da rabia», y uno como analista hace ese intento de introducir la pregunta: «Pero ¿qué querrá decir, por qué le pasará?». Es decir, esperamos que asocie acerca de eso y el paciente no asocia, el paciente no supone que lo que le pasa puede significar otra cosa. Como analistas esperamos que el paciente asocie y por ahí empezar a trabajar, pero al paciente no se le ocurre nada. Uno le dice: «¿Qué se le ocurre a usted con esto?», y el paciente se encoje de hombros. Ese fenómeno es clave, porque además nosotros tenemos ideas en la cabeza, como clichés; no sé si acuerdan que Lacan habla de la posición del muerto; a veces no queremos hablar porque tenemos temor a salirnos de la posición del muerto, porque Lacan lo dijo; entonces quedamos mortificados por lo que dijo Lacan; ese es un efecto superyoico de la teoría sobre uno cuando se está trabajando clínicamente.

Son pacientes para los que la causa no entra en función; el paciente no puede, no sé si no puede, pero por lo menos manifiestamente no pone en juego la idea de «esto me pasa por algo» y si el paciente no pone en juego la idea de esto me pasa por algo, para nosotros resulta difícil trabajar con el paciente. La causa no aparece como una significación enigmatizada. Si algo de la causa aparece, si algo explicativo del propio dolor aparece, es atribuido al Otro, es el Otro el culpable, es el marido, es el hijo, es la madre, es la hija, es la amiga, es el jefe. No muchos más, porque no son muchos más los problemas de los que habla la gente en los análisis, no son más de cinco y siempre hay algo bien localizado ahí; entonces es muy difícil implicar subjetivamente al paciente, rectificar o localizar algo del sufrimiento.

La siguiente característica es que son pacientes con un discurso disperso y cuando digo un discurso disperso, me refiero a que son pacientes que pasan de un tema a otro y queda la sensación de que no se sabe muy bien por qué viene el paciente; entonces a los analistas a veces se nos olvida un viejo concepto que nos enseñaron a todos en la escuela de psicología, que es el motivo de consulta. Es preguntarle al paciente en qué se supone que se lo tiene que ayudar. Hoy en día en Chile si alguien tiene riesgo suicida o si a alguien lo abusaron sexualmente, todos los clínicos suponen que necesita ayuda; entonces, con esos casos es con los casos que más se nos olvida preguntar en qué se supone que los tenemos que ayudar. Si no tratamos de localizar ese punto, el paciente suele reportar que lo pasa mal en todo y que permanentemente se siente superado por el sufrimiento, desbordado, no es el sufrimiento localizado en un área de la vida, en un aspecto, en la pareja, en el trabajo, son pacientes desbordados que hay que contener y si el clínico no sabe muy bien cómo contener, termina desbordándose él mismo.

Otra característica, tal vez la más conocida, porque es la que conduce al diagnóstico de trastorno límite, es la inestabilidad afectiva manifestada en los cambios de ánimo y opinión, que hace que los pacientes se presenten de manera inconsistente en sus decisiones y se tenga la percepción de que el sujeto carece de algo que lo oriente, una ausencia de orden en su deriva vital; a esos pacientes les pasan cosas pequeñas que los desestabilizan una enormidad. El otro día me decía una paciente, entre una sesión y la otra, que se había puesto muy mal. Le pregunto: ¿Qué pasó? Y me dice: «Me estaba bajando del auto de mi pareja y justo en la radio empezó a sonar una música triste y me dio mucha pena». Y a partir de la pena se pone a hacer un reclamo amoroso a la pareja y el «ánimo» cae radicalmente.

Uno se pregunta: ¿Qué paso ahí? Una canción romántica desbarrancó al sujeto, esta inestabilidad lleva al sujeto a un estado de dificultad importante en la regularidad de su vida. Les cuestan los patrones; si se les pregunta dónde han trabajado empiezan a reportar que han trabajado en diez lugares en los últimos diez años. Dato para pensar «algo pasa acá» y si en la entrevista empiezan a investigar por qué han renunciado vemos aparecer temas como «es que con las compañeras de trabajo no

nos pudimos llevar bien» y «me pelaban», y «te aserruchaban el piso con el trabajo», etc. Y en el trabajo anterior, ¿por qué renunció? «Es que el jefe me tenía mala», «el jefe no me pescaba», «al jefe desde que yo entré supe que no le caí bien». ¿Y en el siguiente? «En el siguiente no me gustó el trabajo porque era inútil», etc. Así empezamos a encontrar que hay algo de la posición del sujeto respecto al Otro que dificulta las regularidades de la vida que en general pasan a segundo plano y que el neurótico clásico las hace sin siquiera percatarse de ello. Sin embargo, para el paciente grave aparecen en primer plano y aparecen como algo que puede hacerlo o no hacerlo. Por ejemplo: «No, hoy día no me voy a levantar y no voy a ir a trabajar». «¡Pero va a perder el trabajo!». «Sí, pero no importa, me busco otro». Y así lleva dos años con diez trabajos. Son pacientes que podríamos decir que en ese punto tienen una cierta dificultad con el campo del Otro y con aquello que los engancha y los articula al Otro es el síntoma.

Otra característica es que las sesiones, y el trabajo que se va haciendo con el paciente, no se articulan entre sí y pareciera que cada sesión fuese una sesión suelta, aislada y esto no quiere decir que el paciente necesariamente entre sesión y sesión, retome lo que dijo en la sesión anterior, pero sí cuando uno está con un paciente cuyo funcionamiento neurótico está puesto en marcha, uno nota que entre sesión y sesión hay una continuidad temática, aunque no esté explícito en la conciencia, porque el análisis no pasa necesariamente porque todo sea hecho consciente; muchas veces tocamos aspectos del goce que no pasan por la conciencia y que modifican el comportamiento del sujeto de todas maneras, pero para el paciente que estoy tratando de caracterizar como grave, es como si nada hubiera pasado y cada sesión fuese un «borrón y cuenta nueva». Entonces nosotros decimos: «Hay una desconexión entre el S1 y el S2». Si las sesiones no empiezan a articularse en serie, tampoco opera el intervalo, por lo tanto la significación está, en tanto la significación moviliza la cadena asociativa de un paciente, suspendida. En consecuencia, se trata de un paciente para el que las cosas no quieren decir otra cosa, sino que el paciente viene a hablar como si estuviese por primera vez hablando con nosotros.

Otra característica es que, además de que el sufrimiento es constante y permanente en la vida del paciente, hay un significante identificatorio que fija ese sufrimiento y que le sirve al paciente de explicación. Es como si el paciente dijese: «Yo sufro porque mi mamá falleció». «Yo sufro porque yo soy depresivo desde chico». «Yo sufro porque mi mamá me abandonó y siempre he sido así». O sea, aparece una insignia, una insignia que fija al sujeto en relación con su sufrimiento. En ocasiones, es difícil pesquisarla, es difícil volver inconsistente esa significación. Si se sabe escuchar al paciente, se puede identificar ese punto. Por ejemplo, en ocasiones se interviene sobre esa insignia y el paciente no consiente a asociar, y se insiste y el paciente persiste en no asociar. Si se es sensato, uno comienza a tomar en cuenta que al parecer no hay que seguir en esa dirección. Hay que respetar ciertas negativas y no

optar inmediatamente por interpretar esa negativa como resistencia, ya que si alguien ha usado toda su vida una insignia es porque ella le ha sido útil.

Ahora bien, si se insiste en interpretar y no hay respuesta, tenemos un concepto: la resistencia. Decimos que el paciente resiste lo que muchas veces opera como una hipótesis *ad hoc* del psicoanálisis. Las hipótesis *ad hoc*, para los que no sepan, es un término de Thomas Kuhn, un epistemólogo inglés que sostenía que cada vez que ciertas teorías fracasaban en su abordaje de la realidad, generaban hipótesis que explicaban por qué fracasaban; entonces, de esa manera, no se veían obligados a transformar la teoría, porque tenían una explicación acerca del fracaso; la resistencia a veces es eso, es la explicación del fracaso del dispositivo analítico que entiende el sufrimiento neurótico como un «para todos», una democracia de la neurosis. Entonces para algunos pacientes la insignia es el destino y viven su destino trágica y moderadamente cómodos.

La siguiente característica de los casos graves –insisto que los casos graves no son una categoría, estoy haciendo una descripción de la experiencia clínica– es la relación al Otro de la autoridad. Esta relación se manifiesta tensa, a los pacientes les incomoda la verticalidad, no soportan la autoridad, no pueden entender que el jefe no sea reflexivo, que no esté interesado en las mismas cosas que están interesados ellos, y eso es obvio, un jefe nunca es reflexivo. Un jefe para que esté en la posición de amo tiene que hacer funcionar el discurso, y ese funcionar del discurso pasa por no pensar, por hacer que «la cosa funcione» y eso enerva a muchos sujetos. Se trata del encuentro con esa autoridad del S1, que es propia del superyó y que vamos a trabajar a propósito del concepto de estrago; es el imperativo puro, «trabaja», «estudia», «atiende», etc. A algunos sujetos a veces se les hace insoportable. En los casos más graves, se lo ve muy claramente; me acuerdo de un paciente del hospital; el hombre era capaz de pasarse un disco PARE porque decía: «¿Por qué tenía él que respetar un disco PARE?». El pasaba y punto. Hacer filas, por ejemplo –en el servicio público se hace mucha fila–, puede resultar un problema para algunos sujetos; hay una permanente tensión y desafío con el Otro, la autoridad y la disimetría.

La siguiente característica, que es maravillosa porque es lo que tiene más desconcertado al discurso médico de la psiquiatría, es la tríada depresión-angustia-impulsividad. Esta tríada es el núcleo del concepto, que se ha hecho tan popular en nuestro país, no en otros, porque no es tan popular a nivel mundial; me refiero al concepto de *bordeline*. Esa tríada es compleja porque el paciente transita de manera continua por alguno de esos tres índices psicopatológicos; es lo complejo de este aspecto clínico; incluso es difícil precisarlo con el paciente. El paciente suele decir que está triste, pero a la vez tiene rabia y a la vez tiene angustia; entonces no es del todo –voy a hablar en términos más psiquiátricos–, no es del todo una alteración del ánimo, no es del todo un fenómeno ansioso-angustioso, pero tiene a veces intentos de resolución impulsiva, es decir el paciente trata de resolver ese estado, muy

confusional además a nivel de la conciencia, con una salida impulsiva como el autodaño. Los cortes de los adolescentes, el intento de suicidio, son todos fenómenos que yo ubicaría en esta problemática y que son en general para los equipos clínicos el índice más preocupante de gravedad, porque además no se sabe cómo medicar. Es sorprendente, no saben si es del espectro ansioso, es del espectro del ánimo o si es del espectro psicótico; entonces produce una problemática importante a nivel del tratamiento psiquiátrico ya que no se sabe por qué lado, con qué medicamento, con qué línea de medicamentos abordar el caso.

Insisto, creo que esa problemática de ansiedad, depresión e impulsividad la van a encontrar transitando por diagnósticos psiquiátricos como trastorno de pánico, depresión severa, descontrol de impulsos, trastornos límite de personalidad, trastorno dependiente de personalidad; son todos nombres que intentan localizar un malestar muy complicado para los equipos clínicos, y que si nosotros además tratamos de ubicar con nuestras categorías de neurosis, psicosis y perversión, también se nos hace difícil, hay que reconocerlo.

Terminando con las características clínicas y desde una óptica bastante más analítica, observamos que a los pacientes les cuesta muchísimo articular su sufrimiento al sentido. ¿Qué quiere decir articular el sufrimiento al sentido? Es poder decir: «Esto a mí me pasa porque en mi vida...», «Esto a mí me sucede porque a mí nadie me entiende», «Porque todos son unos poco interesados». Es poder enganchar sufrimiento y sentido. Cuando digo sentido, estoy hablando de lo simbólico y lo imaginario, estamos hablando de poder articular algo de lo real del goce a lo imaginario y lo simbólico del sentido, hacer pasar el goce al sentido; ese anudamiento no es fácil para estos pacientes. Un punto clave es que en el trabajo en instituciones de la salud pública se ven muchos pacientes con daño orgánico producto ya sea de consumo de alcohol, consumo de droga, alguna patología metabólica, o de un consumo irrestricto de benzodiacepinas por veinte años, por ejemplo. El paciente orgánico y el fenómeno orgánico es un fenómeno que suele tener dificultades para articularse al sentido y si se lo logra articular al sentido, la posición del sujeto respecto a su malestar tiende a cambiar; pero no es el único fenómeno desarticulado del sentido. El paciente psicósomático también tiene una dificultad en la articulación del sentido y justamente la dirección de la cura es articular ese fenómeno psicósomático desarticulado del sentido; no así el paciente conversivo que rápidamente empieza a asociar; no es lo mismo el fenómeno psicósomático que el fenómeno conversivo histérico. Al paciente con un fenómeno conversivo lo invitan a asociar y rápidamente el inconsciente empieza a funcionar y el fenómeno se suele levantar rápidamente; no así el fenómeno psicósomático, que es un fenómeno que además el paciente ha ocultado, no ha hablado de él y ha convivido con su síntoma de manera moderadamente cómoda en su cuerpo.

Entonces nosotros podemos ordenar también a nuestros pacientes graves, como

pacientes articulados al sentido y desarticulados del sentido. También está el otro extremo que es el paciente alineado al sentido cuyo ejemplo máximo es el paranoico. El paranoico es un exceso de sentido desregulado y para el paranoico todo cobra sentido; no estoy hablando del paranoico como diagnóstico de estructura clínica solamente, sino estoy hablando también de ese sujeto que siente que lo miraron mal en la calle y se lanza en una pelea. La sensibilidad paranoide es también un sentido desregulado.

Bien, creo que lo que les he dicho puede caracterizar moderadamente el campo de lo grave.

GRAVEDAD Y DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

A nivel del diagnóstico, dado que se trata de una experiencia que viene de la salud pública, necesariamente tengo que hacer lazos con la psiquiatría. No estoy devaluando a la psiquiatría diciendo que son amos malignos contra los que los psicoanalistas tenemos que levantarnos en armas; para nada. Esa posición pueril del psicoanálisis y un tanto adolescente no conduce a insertarnos en el campo «psi»; al contrario, conduce a la segregación del psicoanálisis y ese precio, los que hoy trabajan en salud pública, lo están pagando por la responsabilidad de las generaciones anteriores de analistas que han creído que se pueden mantener al margen, tanto ellos como también sus instituciones.

Entonces, la gravedad pensada desde la psiquiatría la van a encontrar, a modo de ejemplo, bajo las formas de trastorno de personalidad, trastornos límites, trastornos narcisistas, trastornos dependientes, los famosos episodios depresivos graves con lo que pasa algo que es muy singular. Un paciente se intenta suicidar y automáticamente de acuerdo a la guía clínica, es decir por ley, esos episodios son considerados severos; a veces ese paciente no está deprimido, no se trata de una alteración del ánimo, se puede querer morir porque se desesperó, se enojó, se enrabió, se descontroló, etc. Es posible interpretarlo en la línea del descontrol de impulso, pero no está deprimido. Sin embargo, de acuerdo con las guías clínicas, inmediatamente se activan los dispositivos burocráticos de las instituciones para que ese paciente sea encarrilado hacia la depresión severa.

Estos casos graves también toman la forma de trastornos delirantes o «posibles» primer brote de esquizofrenia. Si ya la noción de primer brote es dudosa, imaginen lo que es poner «posible», y expresiones como esa circulan en las interconsultas como una «papa caliente» que todos la sueltan y dicen: «¡Mandémosla al COSAM!», «¡No, mandémosla al hospital!». «¡No, devolvámosla a la atención primaria hasta que haya certeza del diagnóstico!», y así circula el paciente.

Lo van a encontrar también, lo he escuchado, como estrés postraumático. Es una idea psiquiátrica en donde se supone que podría haber estrés postraumático incluso varios años después de ocurrido y acontecido el trauma; entonces hay que trabajar el trauma y lo mandamos a reparación; a veces el paciente no quiere hablar de eso y se le dice: «Pero tiene que hablar porque hablar hace bien», que es la idea catártica de Freud. Sin embargo, una de las cuestiones que hemos aprendido es que hablar no siempre hace bien. Ello contradice la idea clásica del psicoanálisis que es «hable», que es ya una demanda, un imperativo que siempre entra por el lado del superyó del paciente y que todos los que hemos ido a análisis la hemos experimentado en esos primeros dos segundos en que tenemos que empezar a hablarle al analista; ahí captan

ustedes ese demanda, ese cruce entre la demanda del Otro y el superyó.

GRAVEDAD Y TIPO CLÍNICO

Entonces no se trata de capturar lo grave en el tipo clínico; cuando digo tipo clínico, digo psicosis, neurosis o perversión; pienso que tenemos que pensar de qué manera los tipos clínicos –y en eso soy radicalmente lacaniano, sigo creyendo en la diferencia entre neurosis y psicosis– pueden cobrar la forma de un caso grave, dependiendo de las contingencias vitales de un sujeto singular, y lo que les quiero proponer hoy es que el estrago y el goce femenino es una de las posibilidades a partir de las cuales un sujeto puede tomar la forma de un caso grave, tal cual como se los acabo de tratar de describir hace un rato.

Vamos a utilizar el recurso del estrago y el de lo femenino como lo trabaja Lacan, para poder dar cuenta del fenómeno particular; además, creo que actualmente los pacientes en posición estragada son cada vez más comunes; muchas veces la posición estragada suele neurotizarse rápidamente a la segunda o tercera sesión, pero muchas veces tenemos que hacer un trabajo de más largo plazo para poder estabilizar o poder localizar algo del sufrimiento de ese sujeto; mientras tanto, tenemos que suspender el diagnóstico diferencial, porque el diagnóstico diferencial no siempre nos va a resolver el problema de la dirección de la cura. Hay algunos lacanianos que lo creen; yo he discutido con algunos y no lo creo, creo que lo que orienta la dirección de la cura es el síntoma, sobre todo desde la perspectiva de Jacques Alain Miller, que es la de la pragmática del síntoma. Hay síntomas neuróticos y hay síntomas psicóticos, pero la dirección de la cura la da el síntoma, no el diagnóstico estructural desarticulado del síntoma.

Les cuento además que traje un par de ejemplos clínicos, los voy a ir presentando a lo largo del día, pero antes quisiera discutir una cuestión que no es menor: es la cuestión del dispositivo analítico, que les mencioné hace un rato, como otra de las formas de pensar lo grave.

EL DISPOSITIVO ANALÍTICO Y EL PROBLEMA DE LA «GRAVEDAD»

Al dispositivo analítico se lo puede dividir en tres ejes. Un primer eje que incluye conceptos fundamentales como son la transferencia, la interpretación y la asociación libre. Generalmente suponemos que estos elementos deben estar para que podamos instalar el trabajo analítico. En segundo lugar, el dispositivo analítico tiene una cierta concepción de la dirección de la cura, es decir, todos ustedes cuando trabajan clínicamente con sus pacientes, tienen una cierta idea de lo que tiene que pasar para que el paciente se cure. Si lo quieren leer en clave freudiana, lo que tiene que pasar para que el paciente se cure, es levantar la represión, es decir, hacer consciente lo inconsciente; esa es la idea de la dirección de la cura en Freud. Si lo pensamos desde Lacan, la dirección de la cura es, hasta el último Lacan, desidentificarse. Generalmente van a encontrar que la intervención del analista apunta a una desidentificación, a que el sujeto, lo voy a decir en otros términos, desarticule signifiante y goce, eso es, desidentificarse. En el Seminario XI Lacan planteaba este punto en términos de separar el ideal del yo del objeto *a*, es decir, desarticular el ideal del yo del goce.

Este dispositivo –y voy a introducir un concepto que me parece importante– descansa en una idea de los procesos psíquicos en términos de sustitución. Si ustedes revisan los textos de Freud, particularmente los textos de la metapsicología, van a ver que toda la construcción freudiana está basada y soportada en la idea de que la represión implica desarticular representación y afecto; en consecuencia, la formación de síntomas implica rearticular ese afecto a otras representaciones, es decir, sustituir una representación reprimida por una representación consciente; eso también está en Lacan, en el primer Lacan, y es el modelo de la metáfora. Lo que les quiero decir con esto es que toda la dirección de la cura descansa en la suposición de que el mecanismo sustitutivo de la metáfora propia del proceso edípico opera en el psiquismo del paciente. En la clínica de las psicosis, no podemos operar de la misma manera en la dirección de la cura, porque el proceso sustitutivo, en tanto constituyente de funcionamiento del aparato psíquico, no está en la psicosis, no hay metáfora; entonces no podemos operar en la dirección de la cura de la misma manera. Esto es muy importante, porque si no aceptamos tener que hacer algunos movimientos respecto a este punto, a esta ida de la dirección de la cura como desidentificación, con los casos graves no hay nada que hacer.

Y el tercer elemento que quiero incluir en la idea del dispositivo analítico, es el modelo de la neurosis como modelo ideal del funcionamiento psíquico. Precisamente el modelo del conflicto edípico es el que conduce a la idea de sustitución como fundamento constitutivo del funcionamiento del aparato psíquico. En psicoanálisis,

desde la perspectiva dinámica de la metapsicología, el síntoma es el producto del conflicto entre dos tendencias, es el resultado del encuentro, del choque de un deseo con una prohibición. Allí el modelo de la neurosis es el del deseo prohibido y la dirección de la cura, por lo tanto, es liberar el deseo. Con los casos graves la dirección de la cura no va en la línea de liberar un deseo.

Ahora, en este punto, me voy a dar un tiempo para hacer una autocrítica al psicoanálisis; es complicado este punto, porque tengo la impresión de que el psicoanálisis se constituyó históricamente a partir del modelo de funcionamiento de la neurosis. No es azaroso que la problemática de los casos graves haya quedado fuera de la perspectiva de Freud. Ustedes saben que Freud no estaba dispuesto a atender la psicosis; a quien le debemos el análisis de la psicosis es a Melanie Klein. Fue Melanie Klein la que dijo «sí» a los casos psicóticos. Freud dijo «no». No solo a los casos de psicosis, también a las neurosis actuales, por ejemplo, restringiendo el campo del psicoanálisis a las neurosis de transferencia. Esto lo encuentran en el texto «Sinopsis de las neurosis de transferencia», un texto póstumo que no está publicado en las obras completas. Entonces, ahí tenemos un punto clave y es que Freud dijo no a lo que no funciona según el modelo de la neurosis.

Los analistas lacanianos también decimos sí a la psicosis, pero entre la psicosis extraordinaria de los delirios y las alucinaciones, y la neurosis de transferencia clásica organizada en torno al conflicto y la angustia de castración, hay una gran cantidad de fenómenos clínicos y, por supuesto, de posiciones subjetivas y contingencias del Otro. Solo para dar un ejemplo de esta tensión entre el ideal clásico de la neurosis y la realidad concreta que se vive en algunas de nuestras instituciones públicas, en la que los clínicos se desempeñan, diría que hay harta poca relación, hay muy poca relación entre una adolescente embarazada de una comuna periférica de Santiago y Dora.

No hay una comunidad de experiencia, la comunidad de experiencia vital de Dora y la señora «Juanita», como decía en el discurso presidencial el señor Ricardo Lagos años atrás, no coinciden. No es lo mismo porque Dora tenía que leer enciclopedias, bordar, tejer y tocar el piano para luego casarse con quien le dijera el padre. Una adolescente que vive en una comuna de escasos recursos, por ejemplo, no tiene la misma problemática de la erótica que Dora. Sin embargo, groseramente, a veces tratamos de que se analicen igual. ¿No les parece extraño? Y peor aun, porque nos sorprendemos y decimos que nuestra adolescente no asocia como asociaba Dora, como asociaba Ana O, como asociaba Katharina. El caso de Katharina, por ejemplo, es una conversación de Freud por los prados de Los Alpes, tiene un contexto muy distinto a los box «rudimentarios» en los que atendemos en la salud pública, sin calefacción o con calefacción mal regulada, medio ahogados, muertos de frío, no es lo mismo que caminar por Los Alpes con Katharina conversando como lo hacía Freud.

Entonces hay ahí una problemática en donde se idealizó ideológicamente una

cierta idea del dispositivo analítico y lo que tiene que hacer un analista frente a un caso clínico. Además, se ideologizó, es decir cobró una autonomía ideal, según la cual suponemos que tiene que funcionar en la realidad esta idea de que todo se organiza a partir de la neurosis y lo que no lo hace es como si fuera una infidelidad. Cuando ello ocurre, empezaron a aparecer nociones como «las histerias bajitas y las altitas» (en alusión a los mecanismos de defensa preponderantes). Las histerias altas serían las que están más cerca de la neurosis, mientras que las bajas se acercan más a la psicosis. Es un ejemplo, en realidad, de las consecuencias de haber idealizado el modelo clínico de la neurosis.

El problema que tenemos es que la idealización del modelo clínico de la neurosis nos deja atrapados, porque determina una posición del analista correlativa a dicho modelo metapsicológico. Se trata de la posición de intérprete, del sustituto del personaje edípico reprimido en tanto fundamento de la transferencia. Los analistas quedamos presos de este modelo clínico, que insisto, es un modelo clínico, un modelo del aparato psíquico y su constitución, que por estar determinado históricamente, se encuentra también sometido a los cambios de la época. Por otro lado, Freud lo elaboró a partir de un determinado sector social, medio-alto, fundamentalmente. Estoy diciendo finalmente que el Edipo y la metáfora paterna no es transhistórico y que las circunstancias sociales determinan formas diversas de localización de goce. Recuerden ustedes que el 83% de los chilenos se atiende en el servicio público, el 3% no tiene ni Isapre ni Fonasa y el 14% está en el sistema privado. Por tanto, las problemáticas, por lo menos de mi encuentro con la salud pública, de donde partió esta cuestión de los casos graves, representa a la mayoría de los chilenos, para decirlo claramente. Creo que el psicoanálisis tiene un desafío, que es poder ir más allá de la neurosis y claramente la problemática del estrago es una problemática que nos permite ir más allá de la neurosis o más acá, si lo prefieren.

LA FUNCIÓN FÁLICA: Φ

Voy a pasar al siguiente punto. Es una cuestión clave que tiene que ver con la definición de la función fálica. La función fálica es la clave del funcionamiento neurótico y de la manera en que trabaja el inconsciente. Lacan escribe la función fálica como Φ y la va a utilizar en toda su teoría acerca del goce femenino y la posición femenina. La función fálica es la base del trabajo del inconsciente porque es la función que emerge producto de la sustitución del deseo de la madre por el nombre del padre. Para los que no están tan familiarizados con el discurso lacaniano, la función fálica es el resultado del complejo de Edipo, es el resultado de la constitución psíquica por la vía del proceso de sustitución. La significación fálica es la base de toda significación, es decir, las cosas significan algo porque estamos articulados a la función fálica y la función fálica, además, le da estructura a la significación del sujeto neurótico. Y ¿cuál es la significación propia del sujeto neurótico? Es la significación de falta, es decir, cuando un sujeto les habla de su sufrimiento y su sufrimiento está articulado en términos de «lo que le falta», «lo que le sobra», «lo que pudo haber sido y no fue», «lo que le hubiera gustado lograr», y que el obstáculo que tiene en la vida es que «no pudo estudiar y como no pudo estudiar no puede conseguir trabajo», que el obstáculo que tiene en la vida es que «le faltaban músculos y porque le faltaban músculos no pudo conseguir una mujer», etc. Cuando algo «falta» estamos ante la presencia clínica, la «firma» clínica de la función fálica.

Ustedes ya saben, por experiencia clínica, que cuando un paciente se empieza a quejar de lo que le falta a sí mismo o al Otro, es porque estamos frente a la función fálica.

En la clínica también escuchamos la función fálica a partir de la queja de lo que le falta al Otro; si escuchan hablar a alguien de la pareja, habla todo el tiempo de lo que le falta al Otro, y reclama y no es fácil mostrarle que el problema es de él o de ella; entonces, siempre que estamos frente a la cuestión de la falta, estamos frente a la función fálica. La función fálica, como les decía, es la falta, y la falta podemos expresarla además metapsicológicamente. La falta tiene otra particularidad y es que a fin de cuentas, es la distancia entre el ideal del yo y el yo ideal. Los analistas son unos exploradores de esa significación de la falta y un análisis consiste en explorar ese mecanismo que en el sujeto neurótico empieza a funcionar rápidamente; si ustedes le dan un poquito de aliento a la queja del paciente, este empieza a hablar de lo que le falta al Otro o de lo que le falta a él mismo.

Cuando estamos en esa posición, claramente no estamos ante un caso grave; el problema del caso grave es cuando el mecanismo de sustitución, que es la base de la significación fálica, no funciona. Lo que yo les describí, todo lo que yo les describí

pretendía, de alguna manera, mostrarles que la función fálica en esos casos no está en operación; no siempre es claro el porqué, pero no está en operación; entonces, como no está en operación, tenemos un gran problema teórico-clínico. Tenemos un problema porque lo que los analistas queremos hacer es descifrar el inconsciente; eso se nos enseñó y lo dice Freud en sus primeros textos; tenemos que empezar a rebobinar este proceso de sustituciones que el trabajo del inconsciente llevó adelante y tenemos que ir descubriendo lo inconsciente, descifrando el inconsciente, porque el inconsciente se supone que cifra. ¿Qué es cifrar? Cifrar es sustituir, es sustituir un S1 por un S2 y eso es lo que nosotros suponemos que el inconsciente de todo buen sujeto neurótico hace.

$$\frac{S_2}{S_1}$$

El problema es que cuando nos encontramos con un caso donde no hay ciframiento, ese caso toma la forma de caso grave, debido precisamente a que no podemos entrar con la herramienta clásica de nuestro dispositivo que es descifrar. Es una idea que no me pertenece, está en Lacan en un texto que se llama el «Autocomentario», publicado en la revista *Uno por Uno*. Cito:

...al inconsciente se le reconoce el trabajo del ciframiento. El inconsciente, él solo, hace ese trabajo de ciframiento, y es por eso que Freud lo designa con lo siguiente: que no piensa, ni calcula, ni tampoco juzga; simplemente hace el trabajo. Esto está en la conclusión del capítulo sobre «El trabajo del sueño». El inconsciente hace ese trabajo que hemos de deshacer en el desciframiento....El descubrimiento por parte Freud de que el inconsciente trabaja sin pensar, ni calcula, ni tampoco juzga y que consiste en un saber que basta descifrar puesto que se trata únicamente de ciframiento¹⁷.

Es una definición del inconsciente como pocas veces uno encuentra en Lacan.

Lacan no tenía una pasión por la definición, por eso no era profesor universitario, nunca dio clases en la universidad. Imaginen a un alumno diciéndole «profesor, yo le exijo desde mi derecho de estudiante, que me defina el inconsciente, que me defina el complejo de Edipo y si no le pongo un reclamo ante el coordinador académico porque usted no cumple con el contrato establecido, porque aquí el cliente soy yo así que usted o me define el objeto *a* o lo echamos de la universidad». Lacan no habría aceptado esa posición clientista del estudiante universitario chileno. Entonces es una de las pocas definiciones que tenemos de Lacan del inconsciente, y lo define a partir de este núcleo mínimo que es la idea del ciframiento.

Insisto, la base del ciframiento es la función fálica; si hay función fálica hacemos operar el dispositivo analítico tal como clásicamente lo hemos entendido; el problema

es cuando no aparece la significación fálica. En ese punto, el caso se escucha raro, suena extraño. Uno se enfrenta a un caso y piensa: «Debería haber pasado esto y no pasó». Por ejemplo, si a la señora de la que les hablaba y que tiene casi sesenta años, le ocurrió que la abandonó el papá, en realidad no la abandonó a ella, abandonó a la mamá y por eso se fue de la casa, y que a los sesenta años se acuerde de eso y llora desconsoladamente como si eso hubiese ocurrido ayer, uno podría decir que pareciera ser que ese abandono no entró en la cadena sustitutiva, elaborativa de la función fálica, permitiéndole a ese sujeto procesar esa experiencia de dolor y de sufrimiento de la pequeña infancia. Eso quedó como una suerte de «piedra en el zapato», descolgado, desenganchado de la cadena, es decir ustedes tienen S1, S2, S1, S2 y de pronto hay un hueco, que es este asunto que no se enganchó a la cadena, que se desarticuló de la cadena; y nos podemos preguntar: ¿Funcionó la significación fálica ahí o no? Me pregunto esto porque lo que ahí debería haber operado es la neurosis infantil; entonces, lo que la señora debería haberle pasado, estoy siendo caricaturesco, es hacerse pipí a los 5 años, haber tenido regresiones, haber hecho pataletas en el colegio, haber dado problemas en el colegio, no haber podido aprender. Pero no aparece neurosis infantil en su relato de adulta.

En la dirección de la cura, clásicamente concebida, la neurosis infantil ocupa el lugar lógico de un S1 y el síntoma adulto queda en el de un S2; entonces nos dedicamos a analizar la neurosis adulta sirviéndonos de la neurosis infantil. Los pacientes hablan de lo que les pasó cuando niños y eso de lo que hablan se tiende a organizar con unas pocas imágenes o escenas clave de nuestra vida en torno a las cuales gira el proceso asociativo.

Entonces, si no hay asociación libre, si no hay todos estos procesos psíquicos que dependen de la función fálica, definida como una función de sustitución, tenemos evidentemente una presentación del caso clínico que no coincide con la presentación de una neurosis, y ¿qué hacemos si a nosotros nos enseñaron que teníamos que guardar silencio, para que el paciente asocie y se haga una pregunta, y de vez en cuando devolver una interpretación y después decirle «llegamos hasta acá» y cortar la sesión? Pero ustedes comprenderán que no se le corta una sesión a un paciente que está llorando, en plena crisis; a un paciente así no se le corta la sesión. Más aún si le preguntamos acerca de por qué llora y el paciente les dice que no sabe; en ese contexto, en ocasiones, una intervención tan rara como mirar para afuera y decir «el día está bonito» hace que el paciente mire para afuera y se empieza a olvidar que está llorando y empieza a hablar del día y del arbolito que se ve allá y de la cantidad de autos que hay en el estacionamiento. El paciente empieza a dejar de llorar y resulta que todo lo que uno había aprendido de que había que asociar y buscar la causa, ver si el paciente soñaba, toda esa perspectiva no fue lo que operó para que ese paciente que dejara de llorar, sino hablar de cualquier cosa. No funcionó el modelo clásico de la interpretación en el trabajo analítico.

Bueno, mi propuesta es que pensemos que los casos graves implican una suspensión de la función fálica. Digo suspensión y no ausencia, porque si tenemos una ausencia de la significación fálica entonces estamos frente a una estructura psicótica.

El significante que uso es suspensión, es decir, que la función fálica no está operando por el momento y tenemos que saber operar nosotros con un caso clínico en donde la función fálica está suspendida.

Avanzo un poco más. Mi hipótesis para hoy día, para lo cual hice toda esta introducción y no me ha tomado poco tiempo, es que una de las razones por las cuales una función fálica se suspende, es el estrago. Cuando hay estrago hay función fálica suspendida y entonces el paciente no toma las características clásicas de una neurosis y eso es lo que hoy día quiero demostrar con los ejemplos clínicos contruidos desde la experiencia.

Avancemos. Me voy a servir acá de un matema que rescata Jacques Alain Miller para escribir la función fálica suspendida: Φo . No hay función fálica operando, es un matema que se propone para el tema de la psicosis ordinaria, que es la psicosis que en su presentación no aparece como psicosis clásica con fenómenos de delirio y fenómenos alucinatorios.

Quisiera abordar esto con prudencia, porque voy a relacionar la idea de la suspensión de la función fálica con dos cuestiones. En primer lugar, con la cuestión del estrago que está en relación con el deseo de la madre, y en segundo lugar con la cuestión del goce femenino o el otro goce. Precisamente, el desarrollo que hace Lacan de la posición femenina y de lo que sería el goce de la mujer, está por fuera de la lógica fálica. En el Seminario XX, *Aun*, la propuesta de Lacan es que la mujer o el goce femenino, el goce del cuerpo de la mujer, no está del todo bajo la lógica de la función fálica; hay un goce en la mujer que no pasa por el falo y eso es lo que diferencia radicalmente a Lacan de Freud respecto a la concepción de las mujeres.

Entonces, voy a articular el estrago y el goce femenino; ese es el eje de este seminario para poder dar cuenta de cómo se suspende la función fálica, lo que lleva a la presentación de lo que he descrito, desde el principio del seminario, como un caso grave.

¿Qué pasa con la función fálica en Freud y Lacan respecto al problema de la mujer? Voy a entrar por el lado de la mujer, porque la cuestión del estrago tiene que ver con las contingencias de la madre y la mujer; estas contingencias son clave para que podamos pensar ese efecto estragante ya sea para una hija o para sí misma, porque el problema es que hay mujeres que se estragan por ejemplo en la relación con el hombre, y es lo que vamos a trabajar en la tarde, que tiene que ver con la erotomanía y la demanda de amor como forma de estrago.

LO FEMENINO EN FREUD

¿Qué pasa en Freud con el tema de lo femenino y de la relación a la función fálica? Freud aborda la cuestión de lo femenino, fundamentalmente, en tres textos: «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos» del año 1925, el texto «Sobre sexualidad femenina» del año 1931 y la famosa Conferencia 33, «La feminidad», del año 1933. Voy a resumir a Freud un tanto instrumentalmente, destacando aquello que me interesa para esta exposición. Freud, en esos textos, está en presencia de un problema: él pensó el Edipo femenino a partir del Edipo masculino; entonces para Freud era mucho más fácil entender por qué el niño varón se separaba de la madre. Para ello opera el padre y opera amenazándolo a través de la amenaza de castración; le dice: «Te voy a cortar el pene, entonces no te queda más que distanciarte de tu madre». Estoy caricaturizando el problema del Edipo en Freud.

La situación de la niña era distinta, porque si se fijan, en el hombre el motor, el motor de la dinámica psíquica en el Edipo es la amenaza, la amenaza de castración, la que se enlaza con la angustia de castración, que es la angustia que siempre está en relación con el falo. La angustia de castración es lo que se siente cuando se va a perder algo, perder el trabajo, perder a la pareja, perder al hijo porque se casó y se va de la casa, perder el televisor porque hubo un golpe de corriente, perder el partido, etc.. Son simplemente ejemplos para que entiendan cómo se experimenta la angustia de castración; pero eso es en relación al falo, a perder ese objeto que realiza un cierto goce y que en la cuestión del Edipo tenía que ver con una función imaginaria simbólica atribuida al pene.

En la mujer Freud no tiene el mismo esquema lógico. La preocupación de Freud es cómo poder pensar el distanciamiento de la niña mujer respecto a la madre. Lo que Freud ubica en ese punto es la diferencia de los sexos y la envidia de pene. La envidia de pene nosotros la traducimos como la envidia de falo, la envidia de una función imaginario-simbólica. Freud habla de cuatro consecuencias para la mujer de la diferencia anatómica de los sexos y del *penisneid*, las que no son menores en la clínica de lo femenino, o mejor aún, en la clínica de lo histérico y lo femenino. Tienen que ver con los avatares clínicos de escuchar a un sujeto histérico en un cuerpo femenino. Esos avatares son importantes porque Freud ya los había pesquisado, más allá de que Freud no supo dar una respuesta al problema de lo femenino que no fuese otra que decir que una mujer equivale a una madre, que es como resolvió Freud la problemática de lo femenino.

Entonces, Freud habla de cuatro consecuencias de la envidia de pene, que sería esta rivalidad fálica estructural del sujeto femenino. La primera característica es una herida narcisista que introduce la cuestión del déficit consigo misma. En la clínica de

la histeria aparece muy claramente que la relación del sujeto consigo mismo hace operar la función fálica a partir de una falta, de una cierta sensación de vacío. No es raro que la experiencia clave de los trastornos limítrofes, recogida por Kernberg, a la que dedicó incluso un capítulo en su libro, sea la experiencia de vacío subjetivo interno, que ya para Freud estaba designada como una de las características del proceso de asunción de lo femenino.

La segunda consecuencia son los celos como rasgo de carácter, es decir, como algo inamovible, algo difícil de analizar; de hecho, Lacan dice que la mujer es naturalmente celosa por estructura. En esta línea, podemos mencionar la manera en que trabaja Lacan el problema de lo femenino a partir del mito de Medea; lo que hace Medea es matar a los hijos en venganza por el engaño de su marido y así atacar el ser al Otro.

La siguiente característica es el problema de la erogeneidad. Ustedes saben que Freud tiene un par de textos en los que discute precisamente la idea de la zona erógena femenina, la que pareciera no estaría localizada de la misma manera que en los hombres, porque en los hombres la zona erógena genital estaría localizada en el pene como función fálica; sin embargo, no recuerdo en qué texto, Freud describe el problema de cómo pasar de la erogeneidad clitoridea, que sería una erogeneidad fálica, a la erogeneidad de la vagina, porque el órgano sexual femenino no respondería a la misma lógica del falicismo que en el hombre. Freud lo piensa en términos de desplazamiento; él dice que debería trasladarse algo de la erogeneidad de una zona a la otra. Lacan no lo va a pensar de la misma manera, no va a pensar la erogeneidad del goce femenino como un problema de transferencia de zona, sino como un problema de no-limitación de la zona. Para Lacan, si ustedes quieren, la zona erógena del goce femenino es el cuerpo entero, no es una zona, eso está claramente explicado en el Seminario XX y que en la ALP trabajamos todo el año 2011.

La cuarta característica con la que Freud articula el problema de lo femenino y la envidia de pene –este punto nos interesa a nosotros– es que la envidia de pene sería lo que aflojaría la ligazón madre e hija, es decir, lo que introduce una rivalidad entre la madre y la hija, por la sencilla razón de que la niña fantasearía con el hecho de que su madre no le dio ese objeto tan valorado que sería el falo. Por la clínica sabemos, precisamente, sobre todo con la posición histórica, de las rivalidades con la madre y del padre idealizado; aunque el padre sea un inepto, la histeria lo puede idealizar. Me acuerdo de una paciente que me decía que su padre fue un desgraciado con su madre, le pegaba, la engañaba, borracho, forzaba a la madre a tener relaciones sexuales con él cuando llegaba borracho ¡pero!, dice ella, nunca nos trató mal a nosotras como hijas. Esa es la diferencia entre el padre del goce y el padre idealizado de toda histeria; así, la histeria puede levantar al padre a pesar de todas las barbaridades que haga. Con la madre tenemos rivalidades y son esas rivalidades preedípicas,

precisamente, las que nos van a llevar a entender lo que pasa entre una madre y una hija a nivel de constitución psíquica. Para que sea posible que se produzca un estrago con manifestaciones patológicas directas, porque siempre, de todas formas, hay un estrago entre madre e hija por la sencilla razón de que las dos son mujeres, es decir de que las dos tienen el mismo problema, que es arreglárselas con el cuerpo femenino. Lo intentan mediante la función fálica cuando son histéricas, porque la histeria puede ser el tratamiento fálico de la problemática femenina, y eso clínicamente tiene consecuencias importantes porque la dirección de la cura de una mujer, si bien pasa por analizar la cuestión de la histeria, también ese análisis tiene un límite, porque el análisis se topa con un otro goce que no es fálico: el goce femenino. Una de las consecuencias de la manera de toparnos en la clínica con ese goce femenino es el estrago, no la única por cierto.

EL GOCE FEMENINO SEGÚN LACAN

Paso ahora a trabajar la idea que tiene Lacan del goce femenino; después vamos a entrar en la definición del estrago. Lacan se distancia de Freud en un punto clave, y es que para Freud el problema de lo femenino queda todo absorbido en el problema de la función fálica. La pregunta de Freud es cómo lo va a hacer la mujer para conseguirse un falo, y ¿cómo se consigue un falo? Se consigue un falo con un hijo, con el hijo que edípicamente no pudo obtener del padre. Va a reeditar esa demanda con un hombre y el falo, ese niño en posición de falo, vendría a completar – acuérdense de la idea de la función fálica como significación de falta– esta falta estructural, que en realidad no es una falta, es un agujero, dice Lacan. Hacia el final de su enseñanza; no se trata de una falta, se trata de un agujero, que no es lo mismo. Entonces Lacan se distancia porque no acepta la solución fálica a la feminidad que da Freud y sostiene que hay algo que se llama el goce femenino que no puede ser ubicado en relación con la función fálica, es decir, que el goce femenino u otro-goce distinto a la función fálica.

Para Lacan, la pregunta freudiana de «¿qué quiere una mujer?» es abordada más allá de la función fálica y dice: «Quiere querer», lo que marca una distancia importante con el tipo de «querer fálico», porque en el tipo de «querer fálico» lo que se quiere, cuando está bajo la lógica del falo, es lo que le falta y lo que le falta respecto al ideal del yo.

Hay «quereres» que no se quieren en términos de querer lo que al sujeto le falta; el goce femenino es uno de esos «quereres», es un querer que no se remite a otra cosa; es muy interesante porque en general, además, no tiene correlación con el saber, es decir, adopta la forma de un «no sé qué quiero», pero «quiero otra cosa que no está en la lógica de lo que falta».

Entonces, el goce femenino, que Lacan denomina también *otro goce*, sería un goce sin representación imaginario-simbólica, porque la representación imaginario-simbólica del goce fálico es la falta, es el temor a perder; sin la representación imaginario-simbólica del goce fálico, el goce femenino sería un goce sin representación, es decir que estaría desarticulado del campo representativo de la representación fálica.

En un texto escrito de Lacan que se llama «Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina», del año 1960, Lacan se refiere al punto que estoy explicando en los siguientes términos: «...en la dialéctica falocéntrica, ella representa el Otro absoluto»¹⁸.

En lo que tiene que ver con el falo, la mujer representa una otredad absoluta; es por eso que en 1972, en el Seminario XX, hablaba del otro goce; es un otro goce

respecto al falo, absolutamente «alter», absolutamente otro, absolutamente ajeno. Lo femenino definido como Otro absoluto es una manera de decir que en el campo del Otro, que sería el campo del significante, el goce no tiene representación.

Este goce es problemático porque los neuróticos suelen hacer pareja, y no digo solamente pareja hombre-mujer, digo pareja con algo que los satisfaga, a partir del goce fálico. El neurótico introduce objetos en su vida desde lo que se supone que le falta, pero este goce no se articula con esa lógica; por lo tanto, la pregunta problemática es cómo «hacer pareja» con ese goce no articulado al falo ya que no se trata de la vía de la falta. La experiencia de ese otro goce es una experiencia que no está a nivel de la significación.

En el Seminario XX Lacan trabaja el problema del cuerpo y lo femenino; allí señala que la mujer tiene un goce adicional, suplementario, no complementario; si fuera complementario sería el goce de la falta fálica; es suplementario respecto a lo que designa como goce de la función fálica. Cito: «...la mujer tiene un goce adicional, suplementario respecto a lo que designa como goce de la función fálica. Notarán que dije suplementario. ¡Dónde estaríamos si hubiese dicho complementario! Hubiésemos ido a parar otra vez al todo.»¹⁹

No hay entonces para el goce femenino efecto de complementariedad, no está en la lógica de la búsqueda del sustituto fálico.

¿Cómo se experimenta este goce? Es muy interesante esta indicación de Lacan; lo voy a citar: «Hay un goce de ella, de esa ella que no existe y nada significa. Hay un goce suyo del cual quizá nada sabe ella misma, a no ser que lo siente: eso sí lo sabe. Lo sabe, desde luego, cuando ocurre. No les ocurre a todas»²⁰.

El goce femenino está articulado, para Lacan, a partir de algo que se siente en el cuerpo y que no tiene un correlato a nivel de las representaciones; por eso, no es fácil hablar de ello y por eso hay experiencias de sujetos que pueden hablar y aludir a que algo les pasó, pero no saben lo que les pasó, es decir, no pueden dar cuenta de esa experiencia de goce a nivel del campo de la significación.

Otra manera en que aparece este goce femenino, y que tiene mucha relación con lo que nosotros vamos a trabajar hoy día, es lo que desarrolló Jacques Alain Miller en un texto que se llama «La teoría del capricho», que está publicado en la revista *Enlace* N° 6. Jacques Alain Miller dice que el otro goce se manifiesta bajo la forma del capricho femenino. El capricho es un querer fuera de la ley; el capricho dice Miller es «querer querer», no es querer algo, no es tomar por objeto el deseo del Otro, no es el deseo histérico. El deseo histérico, como se observa en una comedia norteamericana que siempre comento, corresponde a la conducta de la protagonista, quien le dice a su pareja: «Lava los platos». Pero no es simplemente que la pareja lave los platos, lo que quiere el deseo histérico es que quiera lavar los platos, que no es lo mismo, y además quiere que el tipo lo haga contento y feliz porque es el deseo

del deseo de lavar los platos. Allí ese deseo aparece como un signo de amor: «Me quiere porque va a lavar los platos». Ese es el deseo histérico, deseo de deseo; el capricho no es deseo de deseo. El capricho es quiero eso porque lo quiero y ya, es decir, el capricho se desarticula de la función de la causa, el capricho es sin causa; que el capricho sea sin causa es un problema, porque no hay nada que hacer; cuando aparece la dimensión del capricho hay que dejar que eso pase, buscar alguna salida, porque tiene una dimensión desregulada. Desregulada en el sentido de que no se regula por la lógica fálica; es decir, con la cuestión del capricho ustedes no pueden hacer funcionar la lógica de la función fálica ni pueden hacer funcionar el problema de la falta; por eso Jacques Alain Miller dice que el capricho es un querer, una voluntad fuera de la ley.

Es un punto importante porque van a ver que Jacques Lacan en el Seminario V, se los voy a citar más adelante, define el deseo de la madre en el Edipo, como un deseo caprichoso, es decir como un deseo que puede estar potencialmente desarticulado del falo, fundamentalmente en las ocasiones que conduce al estrago.

Entonces, tenemos un goce femenino que aparece clínicamente de dos maneras; por un lado, a nivel de la experiencia del cuerpo, del cuerpo todo como una zona erógena, es decir, sin un límite, sin un límite corporal que se localice en una zona erógena privilegiada como fuente de goce, sino más bien una erogeneidad amplificada.

Este punto abre una serie de circunstancias más o menos problemáticas acerca de cómo abordar al *partenaire* a partir de ese goce. Abordar al *partenaire* para una mujer es muy distinto si lo hace desde la posición femenina, que si lo hace desde la función fálica. Cuando se busca al *partenaire* a través de la lógica de la función fálica, se busca lo que se conoce como la «media naranja» y para eso tienen una gran producción popular de romanticismo a través de canciones, poesía y literatura que hablan de eso, del complemento que es la función fálica, de lo que el otro complementa. El amor tiene algo de la lógica de la función fálica; voy a explicar mas tarde ese punto con la problemática de la erotomanía; el goce femenino no tiene la lógica de la función fálica.

El hombre aborda al *partenaire* desde la lógica de la función fálica y no precisamente articulada a la lógica del amor; es de lo que se quejan las mujeres. Las aborda desde la lógica del objeto, del objeto *a*. En el fantasma masculino lo que hay es el objeto *a*, hay la tendencia a reducir al *partenaire* a ser un objeto más en la serie de los otros objetos. En el caso de la posición del obsesivo es la serie de los objetos que le faltan para complementar la continuidad narcisista de su yo. Ante esa posición, la mujer reclama, reclama de distintas maneras, reclama, digamos con la posición histérica o reclama también con algunas formas del goce femenino, como lo es el capricho. Ello conduce a una versión del *partenaire* para las mujeres que Lacan llama en el Seminario XXIII, el hombre estrago, que es cuando el hombre se transforma en

algo devastador, lo que en la historia del psicoanálisis ha sido nombrado como *masoquismo femenino*. Desde Lacan lo vamos a reinterpretar a partir del problema del goce femenino, porque las mujeres maltratadas en estas posiciones, tradicionalmente llamadas masoquistas, no son necesariamente mujeres en posición histérica. Cuando una mujer en posición histérica se confronta con un signo de falta de amor, sale huyendo. La mujer en relación con el hombre estrago, maltratada, es como si no se le ocurriera que no la quieren y eso muestra un fracaso de la histérica, porque se queda en otra lógica, que si lo teorizan con la posición histérica, no se entiende nada, porque la histeria anda atenta a los signos de falta de amor y cuando no los encuentra se va, reclama, se queja y si no la escucha su hombre va y se busca otro; pero las mujeres maltratadas no están en posición histérica, están en posición de estrago. Con esto no digo que no sean estructuralmente histéricas, solo que en ese punto el lazo con el hombre no se establece desde el discurso histérico.

Entonces acá tenemos un problema; la mujer puede quedar en posición de estrago en relación con un hombre porque no opera la función fálica y si no opera la función fálica es porque está operando un aspecto del goce femenino; entonces, el problema clínico es cómo articular ese aspecto del goce femenino para que pueda entrar en una relación con el Otro, con el Otro-sexo, con el hombre que no pase por la lógica fálica. Lacan tiene un párrafo que me parece muy interesante y se encuentra en «Ideas directrices para un congreso de sexualidad femenina». Dice así: «El hombre sirve de relevo para que la mujer se convierta en ese Otro para sí misma, como lo es para él».²¹

Se trata de una propuesta en donde la mujer pueda relacionarse con el goce femenino como si fuese una otredad también para ella; es un abordaje de parte del sujeto femenino, del cuerpo femenino puesto en posición de otro absoluto. Les cuento eso para que piensen también y se interesen en este tema, porque es clave para la clínica de las parejas, una clínica que se ha abierto también al campo del psicoanálisis

El goce femenino es también «alter», otro para la misma mujer. La idea que tiene Lacan es que la posibilidad de conectar ese goce con un hombre, no desde la perspectiva del complemento fálico, histérico, pasa porque utilizando al hombre como instrumento, ese hombre provoque algo en el cuerpo, un goce que se siente en el cuerpo, al que ella puede acceder como una otredad para sí misma. Es una cierta idea de relacionarse con la alteridad en el propio cuerpo y de que el cuerpo no se transforme en una extrañeza, porque el cuerpo femenino, a diferencia del cuerpo masculino, clínicamente al menos, es sede de una cantidad de fenómenos que se le presentan a los sujetos como extraños, como sin representación. Mientras que los hombres en relación con otro cuerpo operan prácticamente siempre con la lógica fálica, siempre con la lógica de «¿o le falta o le sobra?». No todos los problemas de la relación del cuerpo femenino pasan por «le falta o le sobra».

Voy ahora a tomar tres citas del estrago en Lacan y voy a articularlas con el

problema del otro goce, del capricho y del «fuera de la función fálica». Además, vamos a ver un ejemplo clínico y a retomar con el problema de la erotomanía y la demanda de amor; revisaremos también tres ejemplos clínicos más breves que el que permiten ilustrar precisamente este problema clínico, y además abordar las indicaciones clínicas, las herramientas técnicas para trabajar con el tema del estrago.

UNA DEFINICIÓN DEL ESTRAGO

El concepto de estrago, como tantas otras cosas en Lacan, es una noción. Una noción a la que Lacan alude en algunas ocasiones, tres para ser preciso, y que no desarrolla como un concepto. En general, cuando Lacan le da a algún tema el estatuto de concepto, lo toma y lo retoma en distintos momentos de su enseñanza, lo va variando, lo estira, lo achica, lo desarrolla, lo agranda, tiene una dinámica con el concepto mucho más insistente. Con el estrago no ocurre eso; al estrago lo menciona tres veces. Una en el Seminario XVII; otra en el escrito «L' eturdit» del año 1972 y, por último, en el Seminario XXII «El *Sinthome*».

Quisiera presentarles primero dos de esas tres referencias; la tercera es la que tiene que ver con la versión hombre estrago que nos va a permitir repensar la problemática del masoquismo femenino como goce de privación y la cuestión de la erotomanía como una forma de demanda de amor que puede llevar a que un hombre se transforme en un estrago para una mujer.

La primera es una cita del Seminario XVII «El reverso del psicoanálisis». Es un seminario bastante político de Lacan, porque es un Seminario que está en la coyuntura de Mayo del 68. Es un seminario en el que Lacan se propone mostrar que el reverso del psicoanálisis es el discurso contemporáneo, es el discurso del amo, pero también discute algunas cuestiones respecto al discurso universitario y el discurso histórico como formas de lazo social a partir de las cuales tenemos que entender la acción del psicoanalista.

En ese Seminario Lacan dice lo siguiente:

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultarles indiferente. Siempre produce estragos. Es estar dentro de la boca del cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre... Hay un palo, de piedra por supuesto, que está ahí, en potencia, en la boca, y eso la contiene, la traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que protege si, de repente, eso se cierra²².

Tres observaciones. La primera: el estrago responde al deseo de la madre, pero fíjense –por eso resalté la expresión en potencia–, responde al deseo de la madre desarticulado del falo; por eso dice que el falo está en potencia en el deseo de la madre.

Segundo: el deseo de la madre es impredecible, es espontáneo, no tiene una causa precisa; por lo tanto, vamos a decir nosotros, a partir del argumento que estoy

desarrollando, es caprichoso; por eso es que le puede picar una mosca y va y se cierra.

En tercer lugar podríamos decir que el falo protege del estrago. Lo que a nosotros nos interesa son justamente esos casos en donde el deseo de la madre se desarticula del falo para conducir al estrago. De lo que voy a intentar dar cuenta en este momento del seminario, es por qué puede llegar a pasar eso.

Comprenderán ustedes que si los fenómenos ligados al estrago están desarticulados del falo, no responden clínicamente a la característica de la significación fálica; por lo tanto, «no quieren decir nada», es decir, el fenómeno clínico ligado al estrago se presenta como algo sin sentido, que no quiere decir un mensaje, que no lo van a poder abordar clínicamente con la idea de «¿Veamos con qué se le ocurre asociar lo que le pasa?». Vamos a demostrar esto con un ejemplo clínico. Digo *lo vamos a demostrar* porque es la posición de una mujer, una posición de estrago y lo interesante del ejemplo es que muestra cómo fracasan todas las intervenciones, excepto una, que incluso podríamos decir no calza con lo que clásicamente entendemos como analítico, pero es la que funciona e intentaremos dar cuenta de por qué lo hace.

Entonces, hay una desarticulación del falo en el estrago y también del síntoma; el estrago y el síntoma están desarticulados; el estrago no es un síntoma, porque un síntoma, recuerden ustedes, es un mensaje, algo que quiere decir algo.

La segunda cita del año 1972 está en el texto «El atolondradicho» (*L' eturdit*) que ahora tenemos publicado en los «Otros escritos». Es un texto difícilísimo. En este párrafo quiero transmitir –además de esta idea de este estrago que se desarticula del falo que correspondería a una especie de estrago más patológico– lo que sería un estrago estructural que corresponde a lo que plantea Freud respecto a una relación estragante que es propia de la relación de una hija mujer con una madre mujer, en tanto las dos son mujeres.

A este título, la elucubración freudiana del complejo de Edipo, que hace de la mujer pez en el agua, por ser la castración en ella inicial (Freud *dixit*), contrasta dolorosamente con el hecho del estrago que en la mujer, en la mayoría, es la relación con la madre, de la cual parece esperar como mujer más sustancia que del padre, lo que no va con su ser segundo en este estrago.²³

Pongo el énfasis en la idea de esperar en tanto mujer más subsistencia de la madre que del padre, porque sería la madre la que debería transmitir algo de lo femenino, no el padre; sin embargo, no puede transmitirlo porque para ella lo femenino también es un enigma, también es un agujero en la representación imaginario-simbólica.

Entonces tres ideas; primero la idea de Freud de que la mujer entraría castrada al Edipo; sabemos que no es que entre castrada, sino privada, porque no se trata de una falta, sino de un agujero; de un agujero en el campo imaginario-simbólico. Segunda

observación: la mujer esperaría recibir algo de la madre que le permitiese subsistir en tanto mujer. Y tercer punto, que es clave, es que hay una imposibilidad de la madre de responder a esa espera, es decir, la madre, por muy mujer que sea, está imposibilitada de responder algo sobre el enigma de lo femenino, de responder algo absoluto que resuelva el problema, y eso corresponde a un estrago estructural.

Hay una relación estructural de la niña con el estrago por el hecho de que su madre detenta la condición de mujer. Un ejemplo bastante evidente es cuando encontramos madres que descuidan a los hijos por un enamoramiento loco por un hombre, entrando en una lógica erotómana y estragando al hijo con el abandono, el descuido. Un ejemplo que todos tenemos en la retina es el de la película *Trainspotting*, en la que la madre se está drogando y el bebe, se muere, es un tremendo estrago, eso sí que es una devastación, ¿por qué? Porque ese hijo no estaba en el lugar del falo para la madre. ¿En qué estaba la madre? Estaba consumiendo; con esto adelanto que el consumo también desarticula la relación al falo.

Entonces, tenemos que desarrollar el problema acerca de cómo o qué ocurre que el deseo de la madre se puede llegar a desarticular del falo. Es muy importante este problema porque finalmente se identifica a Lacan, y a los lacanianos, como clínicos de la metáfora, clínicos del Edipo, y no clínicos de lo preedípico. La verdad es que en este punto Lacan es muy interesante, porque esboza, deja entrever toda una clínica de lo preedípico en relación con el deseo de la madre. Hay conceptos preedípicos en Lacan muy claros y muy operativos, que no han sido desarrollados en esos términos, pero son preedípicos: la alienación, el S1, las simbolizaciones primordiales, *lalengua*, son todos conceptos de la clínica de lo preedípico, si ustedes quieren agregar con Jacques Alain Miller, los signos de goce que son la identificación en relación con el S1; son conceptos preedípicos y la clínica del estrago es una clínica de lo preedípico; por eso es que no funciona con la lógica del dispositivo analítico propia del Edipo que es interpretación, transferencia, asociación libre, hacer consciente el inconsciente, concepto de la patología neurótica, etc.

El estrago responde a una desarticulación del falo respecto al deseo de la madre; de ello el sujeto se entera por el discurso de la madre. El deseo del Otro, que es el deseo de la madre en la lógica edípica, el sujeto lo capta a través del discurso; también por la presencia y ausencias de la madre, por ejemplo, contextos muy desarrollados por Winnicott; pero esa presencia y ausencias no van a dejar de ser paranoides si no se introduce un discurso que las interprete como deseo. Ello ocurre en el segundo tiempo del Edipo, donde las presencias y las ausencias de la madre se transforman en significantes de su deseo. El sujeto va a interpretar que el Otro no está y que el Otro está, porque hay en esa presencia y en esa ausencia algún deseo.

Hay la presencia de ustedes hoy día; ahora yo no estoy en relación directa con la presencia de ustedes, estoy en relación directa con el deseo de ustedes, que yo interpreto, como querer saber algo del estrago; si no estuviera en relación con el

deseo de ustedes, probablemente estaría paranoico; comprenderán ustedes que aquí hay por lo menos cien ojos que para un paranoico es un número importante de ojos; a veces bastan dos. Eso sería si me psicotizara; también me podría inhibir, que sería una respuesta del lado de un obsesivo con otras características, porque el obsesivo está en relación con el deseo del Otro, a tal punto que queda inhibido por el Otro. Entonces, uno siempre está en relación con el deseo del Otro, eso es lo que les quiero mostrar; si fuera paranoico, estaría en relación al goce del Otro y yo estaría imaginando que ustedes con esos cien ojos mirándome, que quieren hacerme algún daño, me quieren perseguir o alguna cosa por el estilo.

DEL DESEO DE LA MADRE Y LA LEY DE LA MADRE

Así, el deseo de la madre se va a captar en el discurso de la madre, y es en relación con el discurso de la madre que algo se va a desarticular para que ese discurso quede separado del falo.

Desde esta perspectiva es que podemos acudir a una cita importante de Lacan. Es una cita del Seminario V, «Las formaciones del inconsciente». Es un Seminario que tiene en sí mismo muchos de los núcleos de la teoría lacaniana; les voy a leer el párrafo porque, recuerden, que estamos tratando de entender cómo se desarticula el deseo de la madre respecto al falo. Presten atención a cómo Lacan inicia el párrafo; comienza con algo que podría ser sorpresivo, porque todos han escuchado hablar de la ley del nombre del padre. En este párrafo comienza hablando de la ley de la madre.

La ley de la madre es, por supuesto, el hecho de que la madre es un ser hablante; con eso basta para legitimar que diga la ley de la madre. Sin embargo, esta ley es, por así decirlo, una ley incontrolada. Reside simplemente, al menos para el sujeto, en el hecho de que algo de su deseo es completamente dependiente de otra cosa que, sin duda, se articula ya en cuanto tal, que pertenece al orden de la ley, pero esta ley está toda entera en el campo que la soporta, a saber, en el buen o mal querer de la madre, la buena o la mala madre...

...Si el primer sujeto es la madre, es en la medida en que ha habido las primeras simbolizaciones constituidas por el par signifiante Fort-da. Con respecto a este principio, ¿qué ocurre con el niño al comienzo de su vida?...

...Pues bien, yo digo que el niño empieza como súbdito (*assujet*). Es un súbdito porque se experimenta y se siente de entrada profundamente sometido al capricho de aquello de lo que depende, aunque ese capricho sea un capricho articulado.²⁴

Es una ley que está toda entera en el campo que la soporta, es decir, no se soporta en otra cosa; esto es muy importante para que entiendan la cuestión de la ley en Lacan. Hay gente que se confunde con el tema de la autoridad y piensan que la ley pasa por la cuestión del padre y no es así, también tiene que ver con la cuestión de la madre. Hay una diferencia clara entre la ley de la madre y la ley del padre como ley del nombre del padre.

Eso nos sirve para interpretar lo que hemos vivido con las dictaduras, ya que tienen que ver con una ley que se soporta entera a sí misma. Por eso la figura política del dictador disolvió instituciones como el Poder Judicial. Disolvió también el Parlamento para que la ley de la dictadura se pueda soportar toda sobre ella misma, porque si no disuelven el Parlamento y el Poder Judicial, el Parlamento y el Poder Judicial le ponen límites.

La estructura de la ley del nombre del padre es precisamente la articulación de la ley de la madre a una «otra cosa», a un más allá de la madre. Ocupé el ejemplo de la dictadura porque creo que es el que iban a entender rápidamente.

Sigo con la cita de Lacan:

...si el primer sujeto es la madre, es en la medida en que ha habido las primeras simbolizaciones, constituidas por el par significativo Fort-Da [todos conocen este jueguito que hace Freud con el «o-a»; él interpreta ahí el Fort y el Da]; con respecto a este principio, ¿qué ocurre con el niño al comienzo de su vida? Pues bien, yo digo que el niño empieza como súbdito al sujeto, al sujeto podríamos interpretar, es un súbdito porque se experimenta y se siente de entrada profundamente sometido al capricho de aquello de lo que depende, aunque ese capricho sea un capricho articulado.

Fíjense que Lacan acaba de definir el deseo de la madre como la ley de la madre, como una ley que se soporta en ella misma. No es una ley que remite a otra cosa y, además, le agregó al deseo de la madre el capricho, lo que nos conecta con el problema del goce femenino.

Tenemos a esta ley de la madre absolutamente fuera del campo de dependencia de otro lado. ¿Cuál es el otro lado? El otro lado es el nombre del padre. La articulación de la ley de la madre con el nombre del padre –y esta es una interpretación mía, creo que bastante fundada– es lo que justifica que Lacan haya dicho en la primera cita que el falo está en potencia en el deseo de la madre, no está asegurado ese lugar, tiene que ponerse en juego, el deseo de la madre tiene que articularse al nombre del padre para que el falo opere en una relación de significación con el hijo. ¿Por qué digo con el hijo? Porque el deseo de la madre en relación con el falo implica que el hijo queda ubicado para la madre como falo sustituto, pero eso es siempre y cuando el deseo de la madre se articule al nombre del padre; entonces, nosotros tenemos un problema, porque si yo les estoy diciendo todo esto es porque supongo que el deseo de la madre se puede desarticular del falo y del nombre del padre. Para la orientación lacaniana es bastante claro y es lo que siempre hemos conocido como la patogénesis de la psicosis, donde el deseo de la madre está desarticulado del nombre del padre, y la manera particular según la cual está desarticulado el nombre del padre al deseo de la madre es la forclusión, la forclusión que define la estructura. La perspectiva del

estrageo implica una desarticulación que no define la estructura y eso es lo interesante de este recurso clínico, eso es lo que hace que este recurso clínico nos permita explicar esos casos graves que bajo ciertas condiciones de tratamiento llegan a tomar la forma de una neurosis. Vamos a ver un ejemplo más tarde.

EL CAPRICHOS COMO FORMA DEL DESEO MATERNO

El capricho ya se los caractericé, pero tal vez les pueda decir algunas cosas más. El capricho no remite a otra cosa; cuando ustedes le preguntan a alguien encaprichado, los niños por ejemplo, les dicen: «¿Pero por qué quieres eso?» Y el niño responde: «Porque lo quiero». Es decir, no hay razón; la causa del querer es el querer mismo; el capricho no está articulado a una justificación racional; de hecho, no tiene que ver con la falta. Cuando alguien se encapricha porque se quiere comprar algo, ustedes le preguntan; «¿Pero para qué necesitas eso». Y te responden: «No lo necesito pero lo quiero igual». No está en relación con la falta, no es una necesidad; el capricho funciona de otra manera; uno lo quiere y lo quiere ahora, como decía el tipo en el Mc Donald, ¿recuerdan?, que exigía el cumplimiento de la oferta de la comida rápida; ahí vemos cómo el capricho hace fracasar el discurso del amo. Es maravilloso ese ejemplo porque lo que pasa es que el muchacho estaba desarticulado del falo, no porque esté en posición femenina, sino porque estaba borracho, que no es lo mismo. La cuestión fálica no entra y en su desarticulación del falo ¿qué es lo que hace? Le pone una piedra al discurso del amo, que es lo que hace funcionar la máquina productiva. Es un ejemplo maravilloso porque va al local por excelencia de la comida chatarra, de la comida rápida y se le ocurre ir en el momento en que no estaban haciendo comida rápida y gritaba «Lo quiero ahora, lo quiero ya», pero no había lo que él pedía. Es un muy buen ejemplo de cómo el discurso del amo se traba cuando aparece el capricho, es decir cuando hay algo desarticulado del falo.

Pueden llevar esta lógica también a un análisis de los problemas sociales y de las políticas públicas de protección social relativas a la clínica y la salud mental; también encontramos fenómenos donde lo fálico fracasa. El niño abandonado, la mujer golpeada, las adicciones, la drogadicción, no son fenómenos articulados al falo. No se está atento a los niños inhibidos, neuróticos, que no aprenden matemática pero aprender lenguaje; no están preocupados de los niños inhibidos; están preocupados de los niños abusados, es decir, de los niños que entraron en relación con la perversión fuera de la lógica de falo; es justamente lo que sale de la lógica del falo lo que se va a ir a obstaculizar el discurso del amo.

Bien, tenemos una madre cocodrilo, una madre caprichosa que se desarticula del falo por alguna razón; cito a Lacan para que entiendan un aspecto de esta cuestión del estrago; dice en el mismo Seminario, un par de párrafos más adelante:

Lo esencial es que la madre fundamenta al padre como mediador de lo que está más allá de su ley, la de ella, y de su capricho, a saber, pura y simplemente, la ley propiamente dicha. Se trata, pues, del padre en

cuanto Nombre del Padre, estrechamente vinculado con la enunciación de la ley, como nos lo anuncia y lo promueve todo el desarrollo de la doctrina freudiana. Es a este respecto como es aceptado o no es aceptado por el niño como aquel que priva o no a la madre del objeto de su deseo.²⁵

Les doy un ejemplo, caricaturesco por cierto, para que estas cosas se entiendan; cuando a ustedes los para un policía porque se pasaron un disco PARE y les va a cursar una multa, por más que le soliciten que no lo haga el policía apela a la ley y les dice: « Señor, la ley es la ley y yo tengo que hacerla cumplir». Con un enunciado así a uno le queda claro que el acto de multarlos no responde a la arbitrariedad del policía, sino que remite a una más allá de sí mismo. Cuando en dictadura ese más allá no está constituido, el sujeto queda expuesto a la voluntad feroz y caprichosa del policía.

Ese ejemplo del policía muestra cuando un acto se soporta en un más allá de la propia ley. Esa es la relación que hay entre el nombre del padre y el deseo de la madre; por eso es que un matema básico que nosotros tenemos que tener en cuenta es que, cuando el deseo de la madre se articula al nombre del padre, tenemos la función fálica...

$$\frac{NP}{DM} = \Phi$$

Si el deseo de la madre se encuentra desarticulado del nombre del padre, tenemos una suspensión de la función fálica. Estoy tratando de relativizar un poco las cosas para no decir que tenemos una ausencia fálica como en la psicosis; por eso insisto en el significante *suspensión*.

Sigo con la cita de Lacan. La enunciación de la ley alude a que es en el acto de discurso que aparece el lugar del padre para la madre.

Por último, vean lo interesante del final de la cita en el que señala que el padre entra en función edípica cuando el niño se da cuenta de que el padre priva a la madre del objeto de su deseo, y no es solo que la castración se juegue del lado del padre hacia el niño; la castración se juega del padre hacia la madre también, y esta cuestión es clave porque podemos hacernos la siguiente pregunta: ¿Qué debe ocurrir para que en el discurso de la madre haya lugar a esa «otra cosa» que sería el nombre del padre? ¿Qué tendría que pasar para que la madre no esté del todo satisfecha con el hijo? ¿Es un problema de la madre? Porque ser madre es solamente en relación a un hijo, no se define la maternidad desde otra perspectiva.

Lo voy a decir de otra manera: ¿Es el deseo de la madre en tanto madre el que da lugar a la función del nombre del padre? Creo que no es la madre, pienso que es la mujer que soporta la función de la madre. El padre solamente va a poder entrar como padre en tanto algo de la mujer haga límite a la madre; fíjense cómo lo digo: *Algo de la mujer que soporta la función de madre haga límite a la madre*, porque es ahí cuando el falo entra en función. Si la mujer hace límite a la madre, instala para el niño la cuestión del significante de la falta en el Otro, es decir, que en este Otro materno hay algo que le falta que no es el niño y que es Otra cosa. Ese lugar de Otro en falta no es en tanto madre, es en tanto mujer. Esto, en el Lacan de los primeros seminarios, no está claramente explicitado, pero se puede leer si uno trata de complementar el Lacan del Seminario V con el Lacan del Seminario XX.

Esta clave de lectura también trae otros aportes, porque la madre está en la lógica fálica en potencia, como lo vimos en una de las citas, pero la mujer no, por lo tanto, el problema que vamos a tener es cómo se articulan la mujer y la madre siendo que la madre está en relación al falo y la mujer no está toda en relación al falo; es no-toda en relación al falo. En ese nudo de las últimas enseñanzas de Lacan se juega la problemática del estrago de muchas maneras. No es necesario tener una idea muy estable respecto a este punto, porque no solamente la madre es la estragante; a veces la madre en tanto mujer es estragante. Insisto en eso, no hay que decir que la mujer en la madre asegura siempre que no va a haber estrago; eso no es así, porque a veces lo que ocurre es que se juega algo totalmente del lado del sin límite, de sin el límite fálico del lado de la mujer y se desarticula absolutamente la posibilidad de que el hijo quede identificado al falo. El ejemplo es bastante clásico; los que trabajan con niños lo deben haber visto; son estas madres que hacen la vista gorda respecto de los abusos que está sufriendo algún hijo o hija por parte de la pareja actual de ella que no necesariamente es el padre de la hija o del hijo. La madre está articulada en una relación absoluta de locura amorosa, digamos, por el hombre, sin límite, sin

regulación y deja caer al hijo del estatuto de falo al estatuto de objeto dado, «prestándoselo» a la perversión.

Es muy interesante porque además si ustedes intentan tratar de hacer que una mujer en esa posición, dejando caer al hijo del estatuto de falo al estatuto de objeto y prestándoselo a la perversión del hombre, que esa mujer entre en una lógica asociativa y pueda asociar analíticamente, se encuentran con que no funciona, y a veces lo que hay que hacer es una interdicción como «si usted no hace la denuncia, voy verme obligado a hacerla yo». A veces eso funciona de límite a la mujer y la madre y reacciona.

Les digo que es una estrategia que puede parecer no analítica, en el sentido de analizar la posición de la mujer, pero introduce el límite y si introduce el límite podemos ver si enganchamos en algún punto la lógica fálica y la paciente logra introducir la significación de la falta, algo como, por ejemplo: «Parece que no he sido tan buena madre». Les doy ese ejemplo porque creo que permite mostrar esa vertiente relativa a qué es lo que tenemos que investigar en la clínica, porque yo estoy tratando, en este seminario, de desarrollar una articulación conceptual, pero hay que ponerla a prueba; hay que ponerla a prueba en la problemática clínica de la madre y la mujer.

En el estrago que puede producir una madre por desarticularse del falo, la relación con el hijo no queda significada a partir de la falta en el Otro; para que esté puesto en función el significante de la falta en el Otro, el hijo tiene que estar articulado al falo y como algo no está articulado al falo, lo que ocurre es que el Otro se presenta consistente, es decir, queda sin barrar; la madre queda no barrada, no queda en falta, y como no queda en falta no puede articular o no puede servir de circunstancia determinante y articuladora al fantasma del niño.

Entonces, en los pacientes estragados, van a encontrar que el punto de estrago está en relación con elementos del discurso de la madre que no interpelan al niño en tanto falo; por lo tanto, en ese punto de determinación de goce para el sujeto en relación al Otro del significante, que es el que determina el goce, el goce no queda localizado como una identificación fálica, y si no queda localizado como una identificación fálica, no queda articulado ni a la falta simbólica, que representa el significante de la falta en el Otro, ni al objeto a , que es el fantasma.

Podríamos decir que son puntos donde hay un goce en la que el estragado queda como objeto para el Otro, sin ser, insisto, una psicosis, porque esto que estoy describiendo es prácticamente la misma circunstancia de constitución subjetiva que en psicosis. ¿Cuál sería la diferencia? No lo tengo del todo claro. Pero intento orientarme a partir de una cita que encontré de Marie Helene Brousse, donde señala que algo de la madre queda fuera del intercambio simbólico, no todo lo de la madre, es decir, hay algún punto de la madre en la que el goce no se organiza por medio del falo. Creo que entrar en esta cuestión nos obliga también a poner a prueba nuestras ideas teóricas de cómo funcionan las cosas con lo que vemos en la clínica y, en ese

sentido, creo que los ejemplos clínicos nos van a permitir aclarar bastante esta cuestión.

Marie Helene Brousse es una analista muy interesante; esto que les voy a leer está recogido de sus testimonios del pase, aunque es un testimonio no muy clínico, más bien teórico; digo esto porque no aparece tanto el caso clínico de ella; el testimonio del pase de Dominique Laurent sí es muy clínico y muestra efectivamente la salida del estrago a partir de una intervención del analista.

LA MADRE Y AQUELLO FUERA DE LA LEY.

Comencemos con la cita de Marie Helene Brousse extraída el libro «Posición sexual y fin de análisis»:

¿Qué es el estrago desde esta perspectiva? Que la madre permanezca como el Otro que escapa al intercambio y la ley simbólica, y continúe siendo el objeto único del hijo único. Una respuesta es ser el fetiche materno. Pero, este fetiche es siempre superfluo porque el Otro traumático (es decir, el Otro de la satisfacción sexual) está completo.

Otra respuesta consiste en arrancar a la madre aquello que de todos modos no entrará en el intercambio que no hay y que, apenas arrancado, se convierte en un desecho...

Esto es clave porque vemos a mucha gente en posición un tanto melancólica, lo que tiene que ver con algo de orden del resto; vamos a ver luego, en el caso que les voy a presentar, al sujeto en posición de deshecho.

En todos los casos podría decirse que se trata de un estrago vinculado con el intercambio imposible, porque algo en la madre ha escapado a la ley simbólica que habría debido convertirla en objeto en la estructura del intercambio simbólico. Por este hecho, ella tiende a permanecer como otro real, interpretada como Otro del goce. Y, entonces, convoca o a la fusión imposible o a la persecución.²⁶

Recuerdo un ejemplo clínico de una mujer, a propósito de la fusión, que venía muy mal, con un par de intentos de suicidio a propósito de que el hijo se había ido de la casa a convivir con su pareja. Para ella era absolutamente insoportable que el hijo se separara de ella y apareció una cuestión superyoica tipo «él tiene que estar acá» y la pareja del hijo era «la otra». Estamos hablando de que hizo varios intentos de suicidio incluso estando en tratamiento. Lo interesante es que esa posición se pudo desarticular a partir de que ella pudo analizar que quería ser lo único para el hijo, quería ser todo para el Otro, que es una problemática de la demanda de amor estragante, y lo relevante es que ella pudo articular eso con su infancia, con los malos tratos que ella recibió de la madre que la golpeaba con correas, un estrago de ella con la madre que se articuló bajo la forma de «yo quiero asegurar que a mis hijos no les vaya a pasar algo como a mí».

Ahora, eso era bastante poco neurótico; estamos hablando de una mujer de una comuna periférica de Santiago, una mujer de más de cuarenta años y que se enojó

muchas veces en sesión cuando yo intenté implicarla. La intervención se orientó por una lógica de hablar de otras cosas, de ser un poco cariñoso, de hablar en tono simpático, de no ser muy amenazador, porque o si no la lógica de la persecución venía inmediatamente; también tuvo la suerte de que le tocó una nuera bastante abierta a esta problemática y no se enfrentó con ella porque, de lo contrario, habría sido devastador.

Entonces, cuando algo del estrago se pone en juego en la clínica nos aparece el fenómeno estragante como un imperativo; por ejemplo en este caso que yo les comentaba, era «él tiene que estar acá, yo tengo que ir a enfrentar, no puede ser, no voy a volver aceptar que él vuelva a la casa». Una serie de afirmaciones en el discurso de la madre que eran imperativas. Esa es una de las características clínicas de los fenómenos ligados al estrago, son fenómenos que el paciente percibe como «imperantes»; estoy eludiendo la palabra *impuestos* porque eso nos dejaría en el campo de la psicosis, pero sí imperantes, es decir, que empujan; si ustedes se fijan, la posición es distinta porque en la neurosis el sujeto se ve llevado a hacer cosas producto de la significación de falta; entonces, va a la peluquería para no verse tan mal, porque esta fiesta es importante y todo ese tipo de cuentos. Quiero introducir la cuestión del imperativo, porque me voy a deslizar hacia la problemática de la relación del estrago con la ley de la madre y con la cuestión del superyó como un fenómeno que, cuando se desarticula del ideal del yo, toma la forma de «lo grave», porque evidentemente el superyó no está articulado a la función fálica. Paso ahora del estrago al superyó.

ESTRAGO Y SUPERYÓ

Lacan define al superyó como un imperativo de goce: el «lo quiero ahora» es superyoico. No es la falta en el Otro. ¿Qué sería la falta en el Otro? Sería «los señores del Mac Donald no me pueden dar mi hamburguesa ahora, qué lástima» y me falicizo y digo, «yo los entiendo». Me falicizo yo, me hago complemento de la falta en el Otro y pienso: «Yo los entiendo, no se preocupen, me voy a comer otra cosa». Pero el tipo que vimos por TV dice «¡¡¡Lo quiero ahora!!!», es decir, es un imperativo de goce que no se articula a la falta; entonces interpela al Otro como una obligación.

El superyó está relacionado con el tema del estrago en el punto relativo a la no articulación al ideal del yo. En casos de estrago, cuando el superyó se desarticula del ideal del yo, lo que observamos clínicamente es que el malestar del paciente es percibido como algo imperante, no como algo del orden de «¿no sé por qué me pasa?», «¿no sé si sea capaz?». Esa es la lógica de la función fálica. Lo que les estoy diciendo es que el superyó, junto a la ley de la madre, no está necesariamente articulado a la función fálica y eso es un tema que encontré en la lectura de un texto de Jacques Alain Miller que se llama «Clínica del superyó» y que forma parte del libro «El Recorrido de Lacan».

En ese texto me encontré con el matema de Φ_o , es decir, suspensión de la significación fálica. *Suspensión* es un significante mío, que yo lo prefiero a decir «ausencia». Suspensión de la función fálica es un significante muy interesante, porque fíjense que cuando alguien es objeto del imperativo, lo padece; les voy a dar un ejemplo que creo que todos los presentes acá van a entender. Cuando se arma un proyecto de tesis, no estamos todavía en el superyó; el proyecto está relacionado con el ideal del yo; entonces se quiere hacer una tesis sobre la «invención de la pólvora», es una cosa magnánima.

Cuando han pasado unos meses el ideal del yo ya se va al carajo y lo que nos queda es el imperativo, «escribe, escribe, escribe, avanza, entrega, apúrate» y, ¿qué pasa? Desaparecen las ideas, no se nos ocurre nada y empezamos a solicitarle prórrogas al Otro. Es un ejemplo un poco pueril, pero una tesis nos puede estragar, nos mata el deseo, nos perturba la relación con los amigos, etc. Estraga la relación al Otro porque nos desarticula de la falta y eso nos introduce los «trabaja, escribe, produce». Con el trabajo pasa lo mismo, con las relaciones pasa lo mismo, es muy complejo cuando el ideal del yo y el superyó se desarticulan, porque quedamos a merced de un cierto efecto estragante que es puro imperativo sin relación al ideal; entonces no retorna la significación de falta.

A mí me gusta como describe al superyó Jacques Alain Miller; señala en este texto que está muy del lado de la definición del deseo de la madre y de la ley de la madre

en el Seminario V. Lo llama una ley insensata; cuando uno hace la tesis se pone insensato y dice cosas como, por ejemplo: «Si la termino de aquí a tres semanas...» y va en el capítulo 1 y son 5, es insensato, pero uno está bajo el efecto del superyó; entonces, uno se pone insensato. Cuando se está bajo el efecto del superyó, que es un imperativo, un empuje, es pura insensatez.

Les voy a leer una cita de Jacques Alain Miller para que entiendan por qué estoy tratando de articular esto a la cuestión del deseo de la madre y el estrago. Miller afirma:

El superyó como ley insensata está muy cercano al deseo de la Madre antes de que sea metaforizado o incluso dominado por el Nombre del padre. El superyó esta cerca del deseo de la madre como capricho sin ley [observen que se junta nuevamente la idea del capricho y de desarticulación de la ley]; por esta razón se tiende a recurrir constantemente al superyó materno, como se hizo, por ejemplo, en el caso de Schreber y se valoriza tanto en las psicosis. Se cree que al destacar la función de la madre en la psicosis se está haciendo lo contrario de lo que dice Lacan cuando destaca la función del padre. En realidad, hay que tener claro que al valorizar la función de la madre estamos valorando la incidencia traumatizante del goce puro.²⁷

Es decir, de un goce no articulado al falo; por eso es que Jacques Alain Miller en ese texto va a proponer el mismo matema que utilizó para referirse a las psicosis ordinarias para pensar el goce ligado al superyó. Hay una línea de investigación en torno a ese fenómeno que no necesariamente es la forclusión del nombre del padre; es una línea muy rica cuando la utilizamos en la clínica.

El goce puro; el goce puro por ejemplo es ese goce de las pesadillas; las pesadillas están llenas de incidencias traumáticas del goce puro. No es lo mismo si ustedes están soñando que van a ir a dar un seminario y cuando van entrando se caen, porque ese es un sueño que tiene que ver más bien con la incidencia de lo fálico; caerse es una destitución de uno mismo de la posición fálica. Es un sueño que va a poner en juego la angustia de castración; eso no es igual que cuando ustedes sueñan con maremotos. ¿Por qué? Porque el sujeto no está en el mismo lugar que en la caída en una escena frente al Otro. El maremoto tiene la lógica de un Otro absoluto y es irrefrenable, no se lo detiene, el maremoto es la ola gigante y se es objeto de ese Otro absoluto, no es un falo medio alicaído, no es un falo ahí medio maltrecho, no, no está en juego una identificación fálica, está en juego la posición de objeto de un Otro absoluto y el sueño se es angustioso porque precisamente del maremoto no se puede huir, al igual que de la pulsión, según lo señalaba Freud en su celebre artículo «Pulsiones y destinos de pulsión».

Entonces, la relación al superyó es una relación que pasa por el encuentro con un goce puro que nos estraga; voy a complementar la cita de Jacques Alain Miller:

Este significante representa el goce no frenado por el falo, lo cual parece oponerse a lo que dice Lacan en Subversión del sujeto cuando escribe que el significante del goce, Φ , no puede ser relativizado. No considero que Φ_0 sea una negativización, considero que muestra la ubicuidad del goce cuando este no se localiza como goce fálico. Recordemos que Lacan sostiene que la mujer no está privada del goce fálico. El falo índice 0, Φ_0 , escribe el goce no congelado, no cautivado por el falo.²⁸

Lo que les quiero plantear es que el estrago es consecuencia, para un sujeto, del encuentro con un goce no articulado a la función del falo, y las consecuencias para ese sujeto, que son con las que nosotros nos encontramos en la clínica, tampoco son consecuencias clínicas que operen bajo la lógica de la función fálica; por eso es que la caracterización que les hacía al inicio, de un caso grave, implicaba precisamente mostrarles que lo grave no se articula a la función fálica. El problema para nosotros como clínicos, como analistas, es precisamente que no podemos intervenir con las herramientas clínicas propias de la función fálica, que son las de la transferencia como sujeto supuesto al saber, las de la interpretación como desciframiento, las de la asociación libre como lo que le demandamos a un paciente que haga en sesión, y el modelo clínico de lo que le pasa al paciente en términos de neurosis en tanto conflicto. Entonces, tenemos que buscar otras herramientas clínicas y el problema es que nos aparecen en nuestro imaginario como herramientas «poco» analíticas y, por lo mismo, no las usamos, y como aparecen como «poco» analíticas pensamos que no tienen nada que ver con el encuadre. Como «somos lacanianos» no creemos en el encuadre, creemos en la posición del analista y si creemos en la posición del analista podemos usar cualquier cosa con tal que tengamos alguna idea de hacia dónde vamos, alguna orientación, algún instrumento que nos permita orientarnos.

Pienso que la clínica del estrago tiene esa característica, que no responde a la idea clásica del dispositivo analítico, precisamente por provenir de contingencias de estructuración psíquica distintas a las de la clínica de la neurosis.

El ejemplo que les presentaré a continuación tiene por objetivo ilustrar en la clínica la teoría que les he mostrado hoy día y obtener algunas orientaciones bastante claras sobre cómo trabajar en la dirección de la cura con lo que es un estrago.

Es un ejemplo interesante porque muestra precisamente un acto analítico que no pasa por, valga la redundancia, analizar, es decir no pasa por desarmar asociaciones para poder entender qué le ocurre a alguien. No es un caso completo, es un ejemplo bastante resumido que yo cree para este seminario para poder ejemplificar la teoría y cumplir con los objetivos.

Ejemplo 1.

La paciente es enviada por un medico de la institución en la que es atendida; la madre la trae preocupada por su estado de salud; la paciente no tiene medios para pagar el tratamiento; sin embargo, es atendida gracias a un dispositivo institucional. En sesión relata lo ocurrido, rígida en la silla; sin expresiones en su rostro y un decir claro; vivía con su marido y dos hijas fuera de Chile hasta el año anterior a consultar; allá asiste a un tratamiento psiquiátrico sin poder decir qué la hizo consultar, solo dice haber estado muy triste, amarga e insegura.

(Fíjense, yo les describí las características de los pacientes graves cuando no pueden situar una causa, un inicio; es «estaba muy triste, estuve en tratamiento,»y qué pasó entremedio, ¿por qué?, ¿qué trabajó en ese tratamiento?, ¿qué dijo?, no aparece.)

No puede terminar su tesis, se sienta frente al computador y se bloquea, es el marido el que la impulsa a su magíster ya que, según ella, él sabe tomar decisiones. El marido retorna antes y luego ella llega a vivir a la casa con unos amigos; el marido entabla una relación paralela con otra mujer; ante la sospecha de ella le decía, eres loca, histérica y desequilibrada.

(Vean cómo ya en el discurso empiezan a aparecer elementos que, desde nuestra sensibilidad social, diríamos «maltratadores»; desde nuestra escucha analítica decimos estragantes).

Tiempo después él le reconoce que, efectivamente, tiene una relación con otra mujer, y la deja. Ella, intentando recuperar la relación va a buscarlo y se enfrenta a la siguiente aseveración: «No nos separamos, yo te dejé».

(Es decir, una aseveración donde es el objeto dejado, el objeto deshecho que veíamos en la cita de Marie Helene Brousse).

Ha tenido ideas que describe como irrefrenables, de tirarse por la ventana; en una ocasión se detiene solamente porque percibió la presencia de una mujer cerca; hay la aparición de lo que llama pensamientos tentadores; es como si tuviera sed y solo quisiera tomar agua, sin poder pensar en otra cosa.

(Es el superyó, el superyó es un imperativo, no es que «la niña se levantó un día, se miró al espejo, se encontró fea y se fue a tirar por la ventana», eso sería en orden de la función fálica; acá son pensamientos imperantes no dialectizables).

Cuando está sola es fatal, se le olvidan las cosas y en ocasiones los gritos de las hijas la desesperan. En la primera entrevista dice que no quiere dejar a media su maternidad como lo ha hecho con otras cosas, que está ahí para hacer algo con esos pensamientos. El analista responde que en eso la puede ayudar.

(Ven que hay un primer movimiento de oferta; Lacan, decía que una oferta, sobre todo a los pacientes que vienen sin demanda creaba demanda. La clínica de las instituciones públicas está llena de pacientes sin demanda. En el trabajo que presenté en las jornadas del año pasado de la ALP, hablé de «inversión de la demanda»,

refiriéndome a las instituciones que demandan a la gente que demande. La posición del analista es ofrecer una interpretación, que es lo que hace acá la analista cuando dice «en eso la puedo ayudar», es decir, está interpretando que eso algo tiene que ver con lo que le pasa. Veamos algunos elementos del discurso materno que conducen al estrago).

La madre le cuenta que a los días de nacer, se entera del nacimiento de la hija de la otra mujer del padre y, por tanto, de la infidelidad del padre; al poco tiempo de su nacimiento, los padres se separan y la paciente piensa que la madre tiene rabia con ella por culparla de la separación; la golpea constantemente en la infancia y constantemente también la trata de inútil, le dice tú «hablas puras estupideces», «eres una manzana podrida».

(Esas expresiones son del orden de la desarticulación del deseo materno respecto al falo que el hijo podría representar, porque claramente lo que le dicen las mamás a las niñas es «mi princesa», «mi tesoro», significantes fálicos. Pero «manzana podrida» es un deshecho, es el que uno tira a la basura, es lo que yo les leía de la cita, de Marie Helene Brousse cuando decía que el hijo queda como deshecho, en donde no había identificación fálica).

Señala que las palabras le duelen más que los golpes. Dice: «Yo soy el pasado que ella nunca quiso». «Yo soy el reflejo del pasado que ella nunca quiso».

(Es decir, está totalmente fuera del complemento fálico, del remplazo que el hijo podría constituir para la madre. No es: «No, lo que pasa es que mi mamá me agarró a mí de consuelo después que se separó de mi papá...», pues eso es fálico. No es: «Yo soy el complemento», «yo soy el remplazo del otro que no está». Acá es: «Yo soy el reflejo de lo que no quiere», lo que no es lo mismo, no es la misma lógica).

La madre se casa y tiene tres hijas más, transformándose la paciente en la niñera de estas; ella, a los 17 años, conoce al que luego sería su marido, del que se separa; con él que se siente protegida y dice: «El me abraza completa, él fue mi red». Para una paciente que está pensando tirarse por la ventana, el significante «red» articulado a un hombre es decidor. A los 20 años, por ejemplo, realiza un aborto absolutamente decidido por los padres; los otros toman las decisiones y ella dice: «El otro sabe».

El padecimiento del pensamiento no la deja descansar, la invade en relación con tener que terminar su tesis, sus padres la empujan a ello, la paciente se escucha en un cierto borde próximo al pasaje al acto, el analista le da el teléfono para que la llame cuando los pensamientos se tornen irrefrenables.

(Fíjense que acá tenemos inmediatamente una posición del analista como límite, lo que es muy importante, porque precisamente en la problemática clínica del estrago lo que falta es el límite y sin transformarse en una asistente social, en un psicólogo que le diga haga esto y haga esto otro, le propone que la llame cuando sienta que sus pensamientos suicidas sean irrefrenables. ¿A qué recurre? Cuando no haya límite ¿a

qué recurre? Al analista; es una oferta transferencial clave; en general, cuando uno la utiliza hay mucha fantasía entre los psicólogos y la gente en formación de que si uno da el teléfono a un paciente, el paciente se va a desbordar y lo va a llamar a uno a las 3 de la mañana todos los días; pero en realidad, eso no pasa, a no ser que sean tan inocentes que le den el número a un perverso; lo ideal es que tengan como antesala del diagnóstico diferencial antes de darle el teléfono a alguien. En general, para los neuróticos, incluso opera como placebo: «Me pude aguantar un mal rato porque sabía que si la cosa empeoraba, lo llamaba». Es muy importante eso porque es ofrecer un límite, un límite en potencia. Es ofrecer un límite, un resguardo potencial «en caso de»; eso es muy importante para un paciente estragado, porque siente que ahí va a haber un refugio a la devastación. Si quieren, es un cierto lugar en el nombre del padre).

Se angustia ante la insistencia de la madre porque termine su tesis; la madre le ofrece pagarle los pasajes para que viaje a terminar la tesis al extranjero...

(Observen cómo aparece insistentemente el capricho materno —«termina, termina, termina, termina»—, un capricho materno desregulado del límite fálico en relación con la hija, que empuja al estrago).

La paciente piensa precisamente en viajar y terminar con todo en ese viaje, suicidarse en la escala que el avión debía hacer. El problema es que viajar implicaba que ella hubiera reabierto el tema de su tesis y no se sentía en condiciones de eso; entonces, en algún momento, en relación con la tesis, dice: «Tal vez no sea el momento de terminarla». Y el analista, ¿qué dice? Que, por ningún motivo, es el momento de terminarla.

(El analista avala un límite en relación con el imperativo superyoico del goce puro de la madre, que se manifiesta como capricho —«termina, termina, termina»— y de esa forma tirar por la ventana la manzana podrida de su discurso. ¿Se entiende la idea? El analista dice no, no a eso, a partir de una frase de la paciente).

Decide no terminar la tesis y solicita al psiquiatra una licencia para presentar a las autoridades competentes.

Su marido era su red, tomaba las decisiones, la abrazaba completa, la protegía, siente que él se aburría de ella por su inestabilidad y dice: «¿Quién querría estar con alguien como yo?».

En el discurso de él, ella es la loca, la desequilibrada, la floja, la que no sirve para nada; este discurso la deja aplastada: «Es como si tuviera una cosa encima que no me permite moverme». Sueña con él como un hombre grande y sabio, es un otro sin barrar.

(El hombre estrago; este es un tema que vamos a tratar luego, pero se los dejo enunciado desde ya. El estrago es correlativo a la ausencia de la falta en el campo del Otro, lo que toma la forma imaginaria de una idealización sin límite; sabemos que una de las características de los casos límite, la famosa idealización primordial,

primitiva, es precisamente la imagen del objeto sin falta, totalmente consistente).

Luego de reunirse con el ex, para pedirle que vuelvan y que este la rechazara, llama al analista por teléfono; esta vez, desesperada, no reconoce las coordenadas espaciales. Está perdida en el Metro, llora por teléfono reiterando los pensamientos tentadores; el analista interviene con una frase absurda, fuera del sentido que tiene implicancias en la localización del objeto mirada.

(Yo les decía que el estrago es consecuencia de quedar sometido a un Otro sin barrar y no a un Otro barrado. El problema es que el Otro sin barrar obstaculiza la funcionalidad del fantasma; entonces, como el fantasma no funciona, el sujeto no está en relación con el objeto *a*. El objeto *a*, sabemos, está configurado por los objetos de la pulsión que son la mirada, la voz, los más fundamentales para la constitución del sujeto, el pecho y las heces. Entonces lo interesante es que en los casos de estrago, el sujeto no está en relación al objeto *a*, lo que introduce esta intervención, que es una intervención no tan absurda, porque en realidad demuestra que el analista había escuchado la relación de este sujeto con la mirada).

El analista le pregunta si alguna vez ha visto televisión pegada a la pantalla; la paciente, luego del desconcierto, dice: «Así no se puede ver nada. Con esta intervención la paciente recuerda que su madre la retaba desde niña por acercarse mucho a la televisión; en ocasiones, ella lo hacía para provocarla...»

(Este punto es clave, porque es el primer punto del caso clínico donde hay lo que Lacan llama el bucle del ocho interior del fantasma, donde el sujeto de aquello que aparecía como objeto, aparece como agente y dice: «Yo me pegaba a la tele para provocarla». Es un indicador clínico, es la inversión de la posición de objeto a la de sujeto).

Luego de un rato, conversando por teléfono, dice que llegó a su casa mientras conversaban.

(Al hablar con el otro recuperó las coordenadas espaciales, se estabiliza gracias a la introducción del Otro).

Luego viene la caída del hombre, ella lo ve, y lo ve distinto, no tan alto, no tan bello, algo mentiroso, un poco chanta y dice: «La distancia me hace ver la realidad, verlo tal cual es». El mirar permite localizar el objeto mirada y con ello restablecer la función de la fantasía.

(¿Por qué pongo énfasis en esto? Porque una de las indicaciones clínicas que se desprenden, del testimonio del pase de Dominique Laurent, es precisamente cernir el objeto; cernir el objeto es que en la clínica del estrago haría falta poder construir, generar condiciones para que se restablezca la relación del sujeto con el objeto en el fantasma, porque de lo contrario el sujeto queda identificado a la posición de objeto en el fantasma del Otro. Recuerden que todo el desarrollo que hace Lacan en el Seminario X, «La angustia», es para argumentar que el objeto *a* es un pedazo libidinal que el sujeto extrae del campo del gran Otro; por lo tanto, lo que tendríamos

que producir en la dirección de la cura, es permitir que algo de la dimensión del objeto se extraiga del campo del gran Otro pasando así del Otro sin barrar al Otro barrado.

La madre la aplasta, se ofrece para tomar sus decisiones: por otro lado, ella siempre está atenta a lo que los otros quieren.

La siguiente intervención es una de las orientaciones que creo existen para la clínica del estrago: nominar algo del goce de la madre).

El analista le dice: «La dominación te aplasta». Retoma la historia de la madre y ella culpa ahora a la madre del poco cariño que le entregó debido a sus inseguridades, es decir, el poco cariño que le dio la madre.

(Ya no se trata de que haya sido una manzana podrida; ahora es porque la madre es insegura; *inseguridad* es un significante que nombra, localiza algo de ese goce puro de la madre que se traducía en su discurso manzana podrida).

Comienza a mirar a la madre de manera distinta, dice que se ha equivocado y que no ha tomado buenas decisiones.

(Esto ya es más típico, lo típico que uno hace con las mamás, después de quejarse edípicamente; esto nos traslada más a la neurosis).

La madre es poco clara, se victimiza, ella es insegura.

Observen cómo el efecto de nominación opera claramente para poder conducir a barrar al Otro; ella es *insegura* es un significante que muestra la barradura del Otro y que desarticula a la paciente de ese goce; de ese goce que antes era un goce otro, desconocido y que tenía que ver con la «manzana podrida»).

Le pone un límite a la madre y decide no ir a vivir con ella: «Las decisiones las tomo yo». Con el ex sigue complicada, al menos cuando hablan por teléfono y él la insulta; ella logra colgar el teléfono...

(No es poca cosa, no seguir pegada a ese estrago de ser el objeto del Otro tras los insultos, escuchando eso; se goza de la voz del otro).

Consigue un trabajo; comienza una relación; pero mantiene algunas de sus inseguridades, que la desestabilizan. Se cansa de la situación laboral, exige un contrato y se sorprende al constatar que aceptan su petición; se siente estable y comprende que la presencia de su ex la desestabiliza totalmente, el estrago se encuentra más localizado, ha hecho cosas sin pensar y se da cuenta que pensar es improductivo. Se pone firme respecto a los hijos, se hace respetar, sale de la institución en la que se atendía para acudir a la consulta del analista, ahora sí, para hablar de otras cosas...

Observen cómo la metáfora está hecha, las «otras cosas» son de las que va a ir a hablar, y ya no de los efectos de la «manzana podrida» en el discurso de la madre.

Me interesaba dejar en claro estas tres indicaciones clínicas a propósito del poner límite, nombrar algo del goce del Otro y tratar de ubicar el objeto, todo ello para que el sujeto avance hacia la salida del estrago.

Tenemos algunos minutos les ofrezco la palabra.

Pregunta: *¿Esto tiene que ver con la puesta en función de la Neurosis?*

R.A: La cuestión de la puesta en función de la neurosis fue precisamente lo que evité en la preparación del seminario, porque no lo tengo resuelto y porque Fabián Naparstek y Luis Tudanca aludieron a ello a propósito del caso que les comenté. Ahora bien, ¿cual sería la diferencia entre lo no neurótico, que pertenecería a lo psicótico, y la no puesta en función de la neurosis, que estaría más del lado de la lógica del estrago? Pienso que hay una cuestión que es clínica; podemos divagar mucho teóricamente y discutir si esto corresponde o no conceptualmente y cuál es la definición estricta. Yo creo que la clínica es bien clara y hay casos donde uno, evidentemente, aún no encuentra los signos de la función fálica, pero tampoco encuentra los signos de la forclusión del nombre del padre, que son los elementos distintivos de la psicosis; entonces, creo que hay que remitirse en ese sentido a la clínica y se me ocurre una clave. Tengo la impresión de que los fenómenos ligados –y a lo mejor me voy a extender un poco más allá del estrago– a la no puesta en función del falo, no necesariamente aparecen en la fenomenología clínica, como los signos de la psicosis, porque los signos de la psicosis tienen una estructura que son del orden del retorno y es la idea de que lo no simbolizado retorna desde lo real. La estructura del retorno de la psicosis en algún punto se parece al retorno de lo reprimido de la neurosis, pero no son lo mismo, aunque las dos son estructuras de retorno, es decir son efectos que le vuelven al sujeto y que lo interpelan en tanto sujeto. Tal vez el esquizofrénico es mucho menos interpelado que el paranoide con sus retornos en el cuerpo, pero son fenómenos que retornan y que en tanto retornan, muestran no solamente la no función del falo, es decir, no solamente la imposibilidad de significación fálica, sino que además muestran el punto de ruptura con el principio de realidad y en ese sentido son firmas de la psicosis.

Los casos en los que tenemos que pensar la función de la suspensión del significante fálico, ya sea para el estrago, ya sea para adicción, ya sea para la psicosis ordinaria, tengo la impresión de que no tienen claramente la firma de la psicosis; de hecho, creo que es la riqueza del concepto de psicosis ordinaria. Más bien se los palpa en el sentido de la ausencia de la significación fálica, justamente en la línea de –lo digo en clave freudiana– que no hay contenido latente, no hay significación de significación; entonces, creo que tenemos ahí todo un campo de investigación que pasa por estos casos donde no está la firma del retorno de lo forcluido, del lado de la psicosis, pero tampoco tenemos la puesta en función de la neurosis.

No creo que responder a ese problema clínico pase por constituir una nueva categoría clínica, una nueva taxonomía o un nuevo tipo clínico. Pienso que es el gran atolladero de los casos límite, que incluso tiene bastante más sentido en la perspectiva francesa de los «estados límite», como un estado intermedio de constitución psíquica, que tiene algo que ver con lo de la puesta en función de la neurosis. Planteado en la

lógica de una organización psíquica, como lo propone Kernberg, creo que los resultados clínicos avalan la ineficacia del concepto, es decir, no podemos hablar a esta altura de que haber conceptualizado el trastorno límite de personalidad con la sistematización que se lo hizo, haya conducido a una clínica más orientada; tengo la impresión que el efecto de los clínicos es no saber qué hacer con esos casos y se aferran a la interpretación de la transferencia y la contratransferencia como recurso a veces de forzamiento del aparato psíquico del paciente.

Para mí es un problema; yo pensé si incluir o no en este seminario lo de la neurosis no puesta en función, porque creo que requiere mayor investigación; por ahora, me quedo con uno de los elementos de la no puesta en función de la neurosis que creo que es el estrago y el resto lo tenemos que seguir investigando.

Pregunta: *¿Podrías referirte a la distinción entre la mujer y la madre y sus consecuencias?*

R.A: Una buena pregunta. Efectivamente no lo desarrollé en profundidad. Una primera distinción, cuando la madre desmiente, por ejemplo, una situación de abuso, en ocasiones, es porque está en posición de goce femenino en relación con ese hombre y eso del goce femenino que se articula a ese hombre, es del lado de la lógica del sin límite y toma la forma de lo que voy a desarrollar luego, que es la forma erotomaniaca de la demanda de amor. Entonces, el sin límite de la posición erotomaniaca de la mujer se articula al hombre deslocalizando al hijo del goce fálico, de la posición de falo; en ese pequeño ejemplo uno podría decir que es precisamente la mujer, la Medea, la que arrasa con la madre y provoca un efecto estragante sobre el hijo; no siempre es así; estoy totalmente de acuerdo contigo; a veces uno podría decir: «La madre no deja aparecer a la mujer», y lo que hay es una madre fálica que no tiene acceso a algo de su femineidad y también puede retornarle como estragante a ella misma.

Ahora, ahí tenemos un problema conceptual, de esos complejos teóricamente, porque uno podría preguntarse: ¿Esa madre para la cual el hijo queda en posición absolutamente de complementariedad fálica, sin dar lugar a la mujer, está efectivamente articulada a la función fálica? O: ¿La función fálica, como dice Lacan, está en potencia porque se articula al nombre del padre? Si es así, ¿qué es lo que sería un deseo de la madre no articulado al falo?, ¿podríamos pensar en una categoría no articulado al falo? creo que cuando eso pasa no es que el hijo esté en función de complemento fálico para la madre, sino que el hijo está en posición de objeto de goce, que no es lo mismo, y ahí tenemos la clave del ingreso al campo de la psicosis.

Hago esa distinción porque en el Seminario V, que es de donde tomé la cita, no está conceptualizada la madre y el goce; está conceptualizada la madre y el deseo; creo que ahí hay una complementariedad distinta.

La madre y mujer son dos elementos de un problema clínico que dentro del vasto campo de posibilidades que hay, una de ellas es que por algún avatar de la

contingencia tome la forma de un estrago, pero hay que tenerlo presente en la clínica, dividir esas dos dimensiones.

Pregunta: Quisiera hacer un comentario: Viví 30 años en Europa, he llegado hace poco y he estado trabajando en diversos lugares, actualmente en el Hospital Psiquiátrico. Lo que sorprende y salta a la vista son las estructuras límite, en primer lugar, y luego, hay algo en lo social en este país, que tiene que ver con el estrago en la presencia constante del abuso de las mujeres. Casi no se libra nadie y en general las madres dejan a sus hijos en posición de negar el abuso, posición de objeto de desecho efectivamente. La otra posición, que la madre se queda sola con los hijos en un absoluto desamparo; los hombres las abandonan. Es realmente sorprendente en Chile, es algo que está tan presente en la clínica y de una manera tan feroz, es algo para pararse a reflexionar, y yo creo que efectivamente da lugar a muchas patologías.

R. A: Es interesante lo que tú comentas porque además responde a un sector social en el que se practica la clínica. De alguna manera, el problema de la gravedad en la historia del psicoanálisis no lo plantea Freud, no están el problema en Freud, ese problema lo empiezan a tener los analistas que estaban insertados en instituciones, ese problema lo tienen los analistas cuando van con su formación a otros contextos sociales, así como también lo tienen con el problema del retorno de lo traumático y el problema del goce, cuando empiezan a analizar a los traumatizados de guerra. A eso responde el texto de «Más allá del principio del placer», pero ese no es un problema que hubiese ido a tocar la puerta del consultorio de los analistas, es un problema que emerge desde la inserción de los analistas en otros contextos.

Ha ocurrido en Chile que, dadas las políticas públicas de los últimos 20 años, se ha fomentado la inserción de más psicólogos en la salud pública y entre esos psicólogos hay un grupo de psicólogos con formación analítica, muchos más de lo que creen y quieren algunos intereses políticos. Además, tengo la convicción de que quienes se forman como analistas suelen ser mucho más eficientes por el sencillo hecho de que nuestra formación, además de ser permanente, considera el análisis personal y la supervisión, además del encuentro con otros colegas, cuestión que la gran mayoría de corrientes psicoterapéuticas no considera.

Hay un fenómeno que tiene que ver con que hoy día hay más clínicos para ese 83% de la población que se atiende en instituciones públicas de salud. Por ello, comienza a emerger este problema clínico; por eso digo que en general en las universidades no pueden dar cuenta de estos problemas, y no pueden dar cuenta porque los que están formando psicólogos no están en contacto con ese 83% de la población chilena. Aludo a un fenómeno social de circulación del clínico; cuando tenemos clínicos atendiendo a los pobres, vemos que el inconsciente no se juega de la misma manera. Además, hay que pensar, por ejemplo, en cuestiones acerca de cómo se juega la entrada del discurso capitalista y el discurso universitario también para los más pobres. Me hago una pregunta en voz alta: ¿Tiene los procesos de constitución

subjetiva la misma estructura lógica y la misma incidencia sobre el goce sin diferencia de condición social? Creo que no; el síntoma como modo de goce o modo de vida, depende también del Otro social. Por ejemplo, la cuestión del matrimonio por amor, la elección de pareja por deseo, se juega de manera distinta. Los sectores menos acomodados no tienen el problema femenino en la lógica de la profesional que luego quiere el magister para después ir a darse una vuelta por Europa y luego volver y vivir sola y aparejarse a los 28 o 27 años. Ese problema no lo tienen; es más, las madres adolescentes tiene privilegios –recuerden que en el Gobierno anterior era más fácil postular a un subsidio de la vivienda si se era madre soletera y joven–; incluso hay una cuestión de seguridad, porque en condiciones de pobreza ir con el hijo y ser madre protege de ser asaltada porque a las «mamitas» no les hacen nada.

EL HOMBRE ESTRAGO

Continúo con la tercera referencia en Lacan respecto del estrago que es, podríamos decir, la versión del hombre estrago o cuando un hombre se transforma en un estrago para una mujer. Vamos a revisar los planteamientos teóricos y la argumentación teórica relativa a ese punto. También revisaremos unos ejemplos clínicos más breves que el que les leí en la mañana, para poder ilustrar cómo aparece no solamente la problemática del hombre estrago, sino también la cuestión de la relación con la madre.

Las referencias en Lacan del término *estrago* fueron bastante breves y escasas y por eso había que ver si es que les podíamos dar el estatuto de concepto. Les hablé de una tercera noción de estrago, que no estaba tan relacionada ni con el estrago estructural, el estrago «normal», si ustedes quieren, normal de toda relación madre e hija por el hecho de ser ambas pertenecientes al sexo femenino, que correspondía a la cita del texto «El atolondradicho». Les leía también la cita del Seminario XVII en donde la cuestión del estrago aparecía más bien vinculada al deseo de la madre; el deseo de la madre entendido en esta lógica sin límite, caprichoso, ley de la madre que se soporta solo a sí misma y que nos conduce a un efecto de fracaso de la función fálica.

La tercera referencia en Lacan, proviene del Seminario XXII «El Sinthome», que es un Seminario de los últimos años de Lacan, en el cual trabaja entre otros puntos el problema del desencadenamiento de la psicosis y la función de síntoma. Ya no el síntoma en términos de formación del inconsciente, sino de *sinthome* como aquello que permite articular el goce del sujeto con los registros del imaginario, lo simbólico y lo real.

En ese Seminario hay una breve reseña, una breve mención a lo que podría considerarse una cierta idea de Lacan de la pareja, y una idea de Lacan de la pareja sostenida además en la convicción lacaniana de la no existencia de la relación sexual, es decir, de la no armonía de la relación entre hombre y mujer. Es la ausencia de la media naranja y del fracaso de pretender hacer del Otro sexo esa media naranja. Escuchar los problemas humanos y darse cuenta que la problemática humana tiene que ver con el «no calce», con el «no encaje» para efectos de la relación entre hombres y mujeres. Hay horas y horas de parloteo en divanes y fuera de los divanes respecto a ese punto.

En ese sentido, Lacan va a tener una cierta comprensión de la pareja, precisamente desde la idea de la disimetría, es decir, no desde la idea de la igualdad entre ambos, sino más bien de la diferencia y a partir de esa idea de la diferencia es que va a sostener que el hombre para una mujer y la mujer para un hombre, significan cosas

distintas para cada uno.

Algo de esto mencioné cuando les comentaba esta cita de Lacan en donde, a partir de lo que preguntaba Claudio Maino, aparecía esta idea del goce femenino como un goce otro también para la mujer y que ella podría alcanzar a través de un hombre en una cierta función instrumental. De alguna manera, Lacan tiene una idea de cómo la mujer podría instrumentalizar algo del orden del cuerpo masculino para poder acceder a una dimensión de ese otro goce que no se experimenta a nivel del saber, sino que se experimenta a nivel del cuerpo y del ser.

En ese contexto, la cita de Lacan es la siguiente:

Me permito afirmar que el *sínthome* es precisamente el sexo al que no pertenezco, es decir, una mujer. Si una mujer es un *sínthome* para todo hombre, es completamente claro que hay que encontrar otro nombre para lo que un hombre es para una mujer, puesto que el *sínthome* se caracteriza justamente por la no equivalencia.

Puede decirse que el hombre es para las mujeres todo lo que les guste, a saber una aflicción peor que un *sínthome*. Pueden articularlo como les convenga. Incluso es un estrago». ²⁹

Esta es la tercera mención al estrago del lado de lo que un hombre puede llegar a ser para una mujer.

En la misma línea en que trabajé las otras citas, expongo tres afirmaciones que podemos extraer de esta. Primero, el hombre y la mujer no son equivalentes, lo que corresponde al axioma lacaniano «no hay relación sexual», es decir, no hay una armonía simbólico-imaginaria entre ambos; testimonio de eso es lo que escuchan todos los días en la clínica. Segunda afirmación: la relación del hombre con la mujer está regulada por el *sínthome*, es decir que hay algo de la relación del hombre y la mujer que está mediatizado por la lógica fálica, por la función fálica; no voy a desarrollar la problemática, pero sí es cierto que Lacan a esta altura sostiene que el hombre aborda a la mujer a través de su fantasma y eso implica que va a buscar en la mujer algo del orden del objeto, el objeto parcial, conocido como objeto *a*. Y no es necesario dar muchos argumentos para esa afirmación, ya que todos tenemos el testimonio claro de que una de las quejas más importantes del discurso de las mujeres es que no quieren ser tratadas como objeto y precisamente ese es un problema no de voluntad de los hombres, es un fenómeno fantasmático. En el fantasma el hombre apunta a un objeto parcial y a reducir al Otro sexo, a la mujer puesta en el lugar de Otro, a la condición de objeto. Esto tiene que ver con lo que vamos a explicar ahora de la lógica amorosa.

Tercera afirmación: el hombre puede ser un estrago, en la medida en que se va a articular a ese punto de la mujer que no tiene una medida fálica, es decir, si el hombre

está puesto en la función fálica para la mujer estamos moderadamente asegurados de que no va a haber estrago. Si el hombre no está puesto en la posición que la histeria pone al hombre, vamos a tener consecuencias estragantes. La posición histérica de una mujer nos «previene» del estrago. Si el SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer) escucha esto nos van a preguntar cómo lo hacemos para que todas se transformen en histéricas y hacemos una política pública de la histeria ¿Por qué digo esto? Porque la histeria es una estructura clínica que está fundamentalmente en relación con el deseo del Otro. La histeria se queja de amor, denunciando la insuficiencia de los signos de amor del *partenaire*.

Entonces comprenderán ustedes que una mujer bien asentada en la posición del discurso histérico, cuando recibe el primer golpe ¿qué dice? Dice: «Este tipo no me quiere, me busco otro». Pero una mujer que soporta el primer golpe, el segundo, el tercero, el cuarto, el quinto, y así por años, quiere decir que no estamos frente a una mujer que esté buscando en el Otro signos de amor y está encontrando otra cosa, pero signos de amor claramente no ha recibido.

DEL MASOQUISMO AL GOCE DE LA PRIVACIÓN

Este punto es muy importante porque el estrago va a conectar con la problemática propia del goce femenino, el goce sin límite. Ese es el punto en donde va a quedar ubicado el hombre para que sea un estrago, en el sin límite del goce femenino; por eso resulta tan difícil en la clínica con las mujeres maltratadas poder cortar ese circuito de maltrato. El golpe no es interpretado como falta de amor, conduciendo a una queja de amor. A una histérica basta que el hombre llegue cansado a la casa y no la salude para que se empiece a quejar de «que no la quiere», «que no la miró», «que no puede ser», «que esto no puede seguir así», y eso se instala rápidamente. Una mujer maltratada en general, no emite quejas de falta amor; aparece un vaciamiento del sentido fálico, de la función fálica en relación con el Otro.

Es por eso que les voy a proponer que nos introduzcamos en este punto a partir de una precisión, a mi juicio brillante de Eric Laurent, desarrollada en un texto que se llama «Posiciones femeninas del ser». Ese texto es un seminario de Eric Laurent, en el que hace un recorrido sobre la problemática de la posición femenina en la teoría psicoanalítica; revisa muchos autores postfreudianos, para terminar cuestionando radicalmente la idea del masoquismo femenino, que es una idea que se mantuvo durante bastante tiempo en las teorías psicoanalíticas y para proponer una reinterpretación a partir de la cuestión del goce.

Va a argumentar muy sólidamente que se hace necesario sustituir la idea de masoquismo por la idea de goce de la privación, es decir, la idea de una satisfacción en el «no hay». Es una idea de satisfacción no en la falta, sino en la no existencia; la falta no es lo mismo que la privación, porque la privación es un «no hay» que es del orden de lo real, del agujero; en cambio la falta es un «no hay» que es del orden de lo simbólico.

¿Conocen la diferencia entre lo simbólico y lo real en ese punto? Les doy un ejemplo que es de Lacan en el Seminario IV. Lacan dice: «Si ustedes van a una biblioteca y piden el libro que debería estar en la fila A1 y alguien por error lo dejó en la B4, la persona encargada de la biblioteca va a ir a la fila A1 y va decir 'el libro no está, falta'; sin embargo, el libro en lo real está, está mal catalogado, o sea en lo simbólico el libro no está donde debería estar. Eso es una falta, aunque en lo real no lo sea.

El tema del goce de la privación tiene que ver con esta idea de la presencia o no de pene, interpretado como falo en la sexualidad femenina. Lo que aporta Eric Laurent en ese punto, es que no se trata de falta relacionada al falo, sino de privación, y no solamente eso, sino que además hay un goce de la privación, un goce de privarse; incluso lo pueden articular así: es como si en las mujeres maltratadas hubiera un

cierto goce de privarse de una buena relación.

Entonces, si bien no hay equivalencia entre masoquismo y maltrato o entre goce de privación y maltrato, podemos llegar a entender muchos casos si los toman desde esta óptica. Si los toman desde la óptica de la histeria; van a tener problemas en tratar de escuchar la histeria, la posición de ser el objeto del deseo y el deseo insatisfecho. En relación con un maltrato no hay nada que analizar desde la perspectiva del deseo es el deseo del Otro.

¿Como vamos a analizar esas posiciones? Les voy a leer una cita, un tanto extensa, de Eric Laurent, pero creo que vale la pena porque muestra este punto de la sustitución del masoquismo por el concepto de goce de la privación y lo articula a la cuestión del estrago, proponiendo incluso que el estrago sería el nombre lacaniano del masoquismo.

Se los leo:

Lacan hace de esta privación, entonces, el instrumento para repensar el ser de la mujeres, tal como fue dejado por el masoquismo. Lacan podrá denunciar apres-coup la ilusión masoquista como una ilusión biológica, que la conexión de la mujer y el dolor tenía fundamentos, lo vimos con Helen Deutsch, en los presupuestos darwinianos de un instinto, de una adaptación a su condición biológica, pero que más allá, si los vínculos con esta condición se rompen –cosa que asegura la relación que hace que, llegado el caso, ciertas mujeres hayan podido consentir el fantasma del hombre en posiciones subjetivas donde el dolor y la humillación están unidos– se encuentran protegidas de la amenaza de castración y por eso pueden ir más lejos que los hombres en los caminos de la devoción al amor; por eso Lacan prefiere el término «estrago» –que, en su momento, un hombre puede ejercer sobre una mujer– al término masoquismo. No es que las mujeres sean masoquistas, sino porque al no estar el límite, esa barrera de la amenaza de castración pueden ser mucho más decididas para poner de sí mismas, para poner el cuerpo y alcanzar el punto en el que se aseguran el goce del Otro, en que se aseguran que el «Tú me pegas» les vuelve en forma invertida».³⁰

La posición masoquista, o la posición estragada, es posible porque el sin límite se ofrece al Otro para asegurar algo de la dimensión del ser, algo de lo que se «es» para el Otro.

Esto es importante porque si ustedes piensan en la clínica de lo masculino, lo voy a decir caricaturescamente, en la lógica de lo masculino, el hombre «es lo que se supone que tiene», es en esa línea que se juega la relación al goce fálico en el hombre, se es hombre según «cuánto más o menos se tenga» y la clínica de lo masculino muestra todos los avatares de ese problema: «Cuánto se tiene para ver cuánto se es».

La problemática de lo femenino no se articula en la lógica de «cuánto se tiene para poder ser», porque se parte de la lógica de «no hay». El esfuerzo histérico es el intento de hacer «como si se es el falo», es la identificación al falo a partir del cual la histeria se ofrece como identificada al objeto de deseo del Otro.

El acento está puesto en el ser «cuánto se es linda», «cuánto se es inteligente», «cuánto se es trabajadora», etc. No en cuánto se tiene, sino «cuánto se es para el Otro»; eso está siempre en la lógica fálica. El problema es cuando para la mujer el «ser para el Otro» se desconecta de la función fálica y pone en juego el goce femenino con sus características de sin-límite, porque como les decía al principio, la función fálica de ser el falo para el Otro pone límite. ¿Cual es el límite? Es el punto en que corroboran que no se es el falo para el Otro; entonces dice: «Si este bruto me pega, no me trae regalos, no me saca a pasear, no me lleva a comer, no me lleva a bailar, no me presenta a los amigos, quiere decir que no soy el falo, entonces lo dejo». «Todos me dijeron que terminara, que era un fresco, un pastel, así que me voy a buscar otro». ¿Se dan cuenta que ahí la cuestión del falicismo hace límite? El problema del goce femenino es que no está en relación con un límite y por eso Eric Laurent dice, lo voy a citar de nuevo: *«...al no estar el límite, esa barrera de la amenaza de castración puede ser mucho más decidida para poner de sí misma, para poner el cuerpo y alcanzar el punto en que se aseguran del goce del Otro»*. Esto es clave en la clínica, porque insisto, la dirección de la cura no va a pasar porque le ofrezcan analizar eso en el sentido de asociar; va a tener que ver con hacer otros movimientos para que ese goce pueda entrar en la asociación, pero no funciona ir directamente a trabajar ese punto.

Entonces, ¿qué ponen las mujeres? Voy a decirlo así: es como si tuviéramos que ubicar la idea de «qué tiene la mujer» y no la del «qué es». Podríamos decir que sí hay un equivalente al falo que se supone que el hombre tiene y que siempre se pone clínicamente en función a partir del problema de la suficiencia y la insuficiencia, lo que la mujer tiene es todo su cuerpo, es decir la zona erógena del goce femenino es el cuerpo entero, por eso la cita que les traía de Eric Laurent dice: *«...para poner el cuerpo y alcanzar el punto en que aseguran del goce del Otro»*.

El hombre pone otra cosa, pone el goce localizado en el falo, la mujer pone el cuerpo. Por eso la experiencia de la corporalidad en esta línea está articulada al sin límite, y es en ese movimiento de ir a ofrecer el sin límite al Otro que la erogeneidad del goce femenino está, digamos, distribuida por toda la corporalidad y aparece en la dinámica de ser el objeto del Otro. De ahí la plasticidad de ciertas posiciones femeninas al fantasma perverso del hombre y a la perversión.

La cuestión de la privación también es bastante clara, sin ser necesariamente una cuestión estragante, pero es fácil escuchar a las posiciones femeninas privándose de cualquier posesión por el Otro. Por los hijos, por ejemplo; es bastante común, como lo vamos a ver en uno de los casos que les voy a presentar, en el que lo que aparece

es endeudarse por la pareja, comprar un auto y ponerlo a nombre de la pareja para luego sufrir escasez económica, privarse de lo propio, dándole todo al Otro; ahí aparece el dar todo sin límite con el ser el objeto para el Otro, es decir «si doy todo al Otro sin límite voy a poder ser el objeto que satisface el goce del Otro».

La histeria no soporta mucho la posición de ser el objeto del goce del Otro y lo interpela diciendo: «Yo quiero saber si me quieres», «lo que sea mientras sea por amor», esa es la posición histérica, pero no es la posición del estrago que no pone en juego el amor. El amor hace límite. Aquí tenemos que diferenciar la demanda de amor de la vertiente erotómana del amor.

Entonces vamos hacia la cuestión de la erotomanía, afirmando que amar sin límites o pedir ser amada sin límites es devastador, es decir, que en la versión del hombre estrago lo que se va a poner en juego es la búsqueda de un amor sin límite.

Para Lacan, toda demanda es demanda de amor; se demandan objetos ciertamente, pero también se demanda amor detrás de los objetos. Un ejemplo que yo siempre uso para explicar esto, es cuando los niños dicen «tráeme algo». ¿Qué cosa? Da exactamente lo mismo, cualquier cosa, no está en juego el objeto, sino que está en juego la demanda y la demanda es «yo quiero ser algo en tu pensamiento cuando tú no estés conmigo». Lo estoy tomando desde la vertiente infantil. Es lo más romántico «ser algo en el pensamiento del otro cuando uno no está presente»; el romanticismo apunta a eso, a ser el objeto del Otro sin que haya un objeto de intercambio en juego en la demanda. Entonces la demanda pide; cuando Lacan la define lo hace diciendo que la demanda siempre pide; el deseo no pide nada, el deseo avanza, la demanda pide.

Entonces, les voy a explicar la idea que tiene Lacan del amor. En el Seminario VIII sobre la transferencia define al amor como una metáfora. Creo que es importante para que se entienda qué es lo que se desarticula como para que una demanda de amor pueda adquirir la forma estragante, que es lo que Jacques Alain Miller llamaba *la erotomanía*. No en el sentido psiquiátrico del delirio –«todos me aman», «todos me miran»–, que es otra significación de la erotomanía. En el Seminario «El *partenaire-sintoma*» hay dos clases donde Jacques Alain Miller trabaja de manera muy precisa esta cuestión de la demanda erotómana; la trabaja también en el libro «El hueso de un análisis», que es producto de unas conferencias en Bahía, contemporáneas al mismo seminario.

En el Seminario «La Transferencia», que es el Seminario VIII, como les decía, Lacan hace un recorrido por *El Banquete*, texto de Platón, sobre el tema del amor. En la primera parte del seminario hay una clase muy importante en la que define el amor como una metáfora; y define el amor como una metáfora entre dos términos, entre el amante y el amado. El amor va a ser una metáfora, porque de lo que se trata es que el amante, orientando su deseo hacia el amado, tenga la capacidad de transformar al amado en amante y si tiene la capacidad de transformar al amado en amante, el amante se transforma también en amado. Tenemos una metáfora en donde cada uno es sujeto y objeto a la vez. Es un proceso de sustitución, es decir, el amado pasa a ser amante y el amante pasa ser amado, por eso dice que es una metáfora.

Lo interesante viene en el punto donde Lacan se pregunta sobre qué hace que un amante designe algo en el amado como causa de ese amor y ahí va a introducir la idea

de un objeto al que le llama el *agalma*. El *agalma*, dice Lacan, es un objeto en el vientre del Otro, es un objeto que está dentro del Otro y al cual se dirige el amor con la siguiente idea: «Si se ama al amado es porque este amado tiene el objeto del fantasma». «Tiene» el objeto, no «es» el objeto, que no es lo mismo. El *agalma* es ese objeto que el Otro tiene por el cual el que ama lo aborda con la demanda de amor; en ese sentido, el amor apunta al *agalma*. A ese objeto que alguien tiene. Esto es tan así que cuando hay sujetos en la clínica que se preguntan respecto al *partenaire* ¿por qué me quiere?, ¿no sé qué tengo?, esas preguntas son clave porque muestran que el *agalma* y el sujeto no coinciden. Yo como sujeto soy amado por el *agalma*, pero no coincido con el *agalma*, no es porque soy, es porque tengo, y de hecho las personas se lo preguntan: «¿No sé qué tengo que me quiere?». «¿Por qué me quiere, por qué me ama?». Esa es una condición para que eso sea medianamente soportable. Porque si se hace el *check list* del amor la cosa se empieza a poner complicada, porque una de las condiciones del amor es no saber.

El *agalma* es algo no evidente que se ubica en el campo del Otro, pero que el Otro no es. Se trata de que el Otro lo tiene; por eso es que Lacan tiene esa definición del amor, que amar es dar lo que no se tiene a un ser que no lo es, es dar, ofrecerse como el *agalma* del Otro. Es muy importante que entiendan esta diferencia entre «tener y ser» porque es lo que caracteriza la versión estragante del amor. La versión estragante del amor es un pasaje del tener al ser. Cuando el sujeto queda ubicado a nivel de ser el objeto *agalmático* para el Otro, estamos en la dimensión del estrago.

Voy a leerles una cita de Lacan que sitúa la relación del amor con el objeto:

Ahora bien, con lo que el amor está propiamente relacionado es con la pregunta planteada al Otro acerca de lo que puede darnos y lo que tiene que respondernos. No es que el amor sea idéntico a cada una de esas demandas con las que lo acosamos, pero se sitúa en el más allá de la demanda, en la medida en que el Otro puede respondernos o no con su última presencia.

Todo el problema consiste en darse cuenta de la relación que vincula al Otro a quien se dirige la demanda de amor a la aparición del deseo. El otro ya no es entonces en absoluto nuestro igual, el Otro al que aspiramos, el Otro del amor, sino algo que representa, propiamente hablando, una decadencia, quiero decir, algo que es de la naturaleza de un objeto.

De lo que se trata en el deseo es de un objeto, no de un sujeto³¹.

Esta indicación es importante porque no se trata de que el amante se relacione con el amante, sino que se relaciona con el amado y el amado está en posición de detentar

un objeto. En el amor no son dos sujetos, el amado se tiene que prestar para funcionar como objeto para el Otro para que funcione la estructura metafórica del amor.

Entonces, es fundamental que el amado no sea tomado como objeto en su totalidad, porque si eso ocurre, estamos en la lógica del estrago. Lo necesario es que se tome como objeto *agalmático*, como algo que el Otro posee, pero que no se sabe lo que es; que se mantenga ese enigma es fundamental, porque si no hay enigma desaparece la lógica del objeto parcial y entramos en la lógica de ser el objeto del Otro, lo que nos lleva al campo del estrago, o el de la psicosis, habrá que ver, pero no hay nadie con mayor convicción de que se es un objeto para el Otro que el paranoico, eso está en el campo del ser.

Entonces el problema de la demanda de amor tiene que ver con que, para algunas mujeres, dada la característica ilimitada del goce femenino, la demanda de amor se conecta con lo ilimitado del goce femenino; entonces se dirige al *partenaire*, al Otro, demandando, pretendiendo ser el objeto del Otro y cuando la cuestión del amor se desarticula del problema del tener, para avanzar radicalmente hacia el ser, sin ningún límite, es porque la clínica de lo femenino dejó las puertas abiertas al estrago, al hombre estrago.

Voy a tomar una cita del libro de Silvia Tendlarz, analista de la EOL, que se llama *Las mujeres y sus goces*:

El amor produce en las mujeres una exaltación narcisista por ser una solución al Penisneid. Los estragos que produce en una mujer la relación con el hombre obedecen al entrecruzamiento del amor con una zona donde el goce queda fuera del circuito fálico³².

Lo interesante es que el amor vendría a cumplir una función, en las mujeres, de reparación del narcisismo. Eso lo dice Freud también; yo les traje la cita de Freud para que vean cómo él ubica la pérdida del amor como un equivalente de la amenaza de castración del hombre. Es una cita que anuda muchas de las cosas que he venido planteando hoy día, y es que el goce femenino por ser una dimensión de satisfacción corporal desarticulada de los registros imaginario-simbólicos, al conectarse con la demanda de amor, permite construir una versión unificada de eso que no tiene representación imaginaria-simbólica, que sería el ser de la mujer. Un ser buscado por las vías del amor; es decir, pretender solucionar el ser de la mujer por la vía del amor, conduce al estrago.

Freud tiene cuestiones de pronto que a uno lo sorprenden, como esta que citó Fabián Naparstek en las jornadas del 2011 de la ALP, y que por supuesto yo me fui a buscar; esta cita es una cita del texto «Inhibición, síntomas y angustia». Escuchen lo que dice Freud, respecto de la condición de angustia válida para la mujer:

Respecto de la condición de angustia válida para ella, tenemos derecho

a introducir esta pequeña modificación: más que de la ausencia o de la pérdida real del objeto, se trata de la pérdida de amor por parte del objeto. Puesto que sabemos con certeza que la histeria tiene mayor afinidad con la feminidad, así como la neurosis obsesiva con la masculinidad, ello nos sugiere la conjetura de que la pérdida de amor como condición de angustia desempeña en la histeria un papel semejante a la amenaza de castración en las fobias, y a la angustia frente al superyó en la neurosis obsesiva³³.

La condición de angustia para el hombre sabemos cuál es, es la amenaza de castración; cada vez que los hombres se ven amenazados con perder algo, se angustian; perder algo incluso en el sentido de perder algo del narcisismo. Freud está ubicando como equivalencia de la castración en el hombre, la pérdida de amor en las mujeres, precisamente porque en la mujer la demanda de amor vendría a hacer de suplencia al agujero que la propia sexualidad anatómica implica en el campo de lo simbólico y lo imaginario.

Para Freud la pérdida de amor puede venir a funcionar –no sabemos si lo hace, pero puede venir a funcionar– como la castración. Es un punto complejo porque si es histeria, para decirlo de alguna manera, la pérdida de amor va a estar articulada a la función fálica, entonces es una histeria que podría estar «protegida», por decirlo así, de un estrago. Porque como les decía hace un buen rato, ante el menor signo de falta de amor la histeria huye.

El problema es cuando la cuestión del amor no se conecta a la función de la castración; ahí es cuando quedan a merced de la posibilidad de un estrago.

Pregunta: Hay una cuestión: la histeria también se hace maltratar, y a veces la posición histérica precisamente se deja maltratar cuando el hombre le dice que es ella, solo ella, el ser que él quiere y ella le perdona cada vez, a pesar del maltrato; quiere decir que no está tan protegida...

R.A: Yo no sé si esa es posición histérica desde el discurso histérico, esa es para mí la discusión. Lo entiendo, pero no sé si ese punto que tú describes, precisamente dejarse maltratar porque él le asegura que es la única, supone que lo que la ha hecho que ella consienta es el fantasma de excepción histérica, el fantasma de ser la única.

Pregunta: No se trata de ser la única en términos de que puede haber otra, y muchas veces las hay...

R.A: Pero la única en el amor.

Pregunta: La única que es el objeto o tiene el objeto de amor; entonces el ser colocada o el creer ser colocada en ese lugar, la sostiene para permitir una y otra vez el maltrato.

R.A: Lo que estoy sosteniendo es que, si hay esas otras y esas otras no están funcionando en la lógica de la otra mujer y no activan la problemática clínica de la histeria, en relación a la otra mujer, no estoy tan seguro de que podamos considerar

que eso es una histérica puesta en función.

Pregunta: Bueno, el punto será el caso por caso, pero me ha parecido oírlo de una manera tan... Tú dices la histérica cuando ve que no hay signos de amor se va, ni hablar..,

R.A: No, lo que pasa es que estoy pensando en la estructura no como algo que queda necesariamente siempre respondiendo de la misma manera, sino más bien pensando en que si una histérica en ese punto del maltrato organiza esa experiencia de goce con la lógica del funcionamiento del fantasma histérico, tiende a barrar al Otro y a leer la falta de amor haciendo otro movimiento, pero puede ser perfectamente una estructura histérica en la que en ese punto no está funcionando el síntoma histérico, eso es lo que estoy planteando.

Si una mujer es capaz de aguantar un maltrato, a propósito de que el Otro le asegura ser ella el objeto, no creo en realidad que esa posición de esa mujer, en ese momento y en relación con ese hombre, esté funcionando bajo la lógica de una histeria, es decir, creo que en general a la histérica la cuestión de la Otra, le moviliza el fantasma y la hace movilizarse respecto, en este caso, al *partenaire* de una manera distinta.

La propuesta es pensar precisamente en que el punto en que un hombre se puede llegar a transformar en estrago, también para una histérica, es cuando el hombre queda ubicado en algún punto de goce que está desarticulado a la lógica fálica, y es ahí cuando se presta al estrago. Hay mujeres que a veces no han tenido una relación estragante con todos los hombres; han tenido un par de parejas y no todas sus relaciones han sido así, pero algo pasó con un hombre en particular que en algún punto fantasmático le tocó otra dimensión que la articula de una manera distinta. Pienso que la dificultad ahí es precisamente hacer entrar en el análisis, en el trabajo clínico con esa mujer, la problemática histérica. No se presentan desde la queja y se descubre el maltrato después de muchas sesiones. No estoy diciendo que no pueda haber una estructura histérica detrás de una mujer maltratada, pero a veces la presentación del caso no da cuenta del un funcionamiento del fantasma histérico.

El sujeto está en relación a la falta en el Otro; por ejemplo, no significantiza los golpes de la pareja como una señal de la falta del Otro. Sé que es un punto por discutir, pero de eso se trata, de abrir la discusión sobre los puntos críticos de la clínica.

Pregunta: Estaba pensando en que uno podría preguntarse que si está el estrago del lado de estas estructuras, por decirlo de alguna manera, y también el estrago como una especie de agravamiento de la histeria, entonces ahí hay una estructura histérica que, como tú dices, en algún punto engancha y eso se pone estragante en algún momento.

R.A: Efectivamente hay estructuras histéricas que pueden funcionar perfectamente como histeria, pero en algún punto se les puede volver un hombre estragante. Creo

que la riqueza de estos conceptos es tener la suficiente elasticidad para analizar la lógica del caso en un momento determinado de funcionamiento clínico de un paciente. Por ejemplo, el caso que les comentaba en un inicio; lo interesante es que se empieza a hysterizar, no sabemos cómo sigue, si efectivamente se hysteriza.

Pregunta: Estaba pensando, a propósito de lo que decían que cuando la histeria se hace maltratar, uno en la escucha queda con la idea como que la histeria se hace maltratar, como que monta una escena fantasmática en donde efectivamente hay algo o de la humillación o del maltrato o de la descalificación, pero quiero insistir... en términos de escucha pareciera que hay una escena montada ahí donde el fantasma de alguna manera está operando, tengo la impresión que en el estrago eso no se escucha...

R.A: Por eso hay que ver, hay que ver en el caso por caso si está la escena; si está la escena uno podría pensar en la lógica de la provocación histérica y del barramiento del Otro. Me acuerdo de un paciente hombre que tenía una relación muy tensa con su pareja, y el problema que el tipo tenía era que cada vez que peleaban ella le decía: «Pégame, pégame, a ver si te atreves, pégame». Eso está en lógica de una posición provocadora y por supuesto él nunca le había pegado, habría que ver lo que hubiese pasado si le pegaba por primera vez, cómo habría seguido esa historia, pero eso estaba claramente en una lógica provocadora. Hay que evaluar. En la posición estrago, estoy de acuerdo contigo, no hay la lógica de una escena montada. Lo que no hay en el fenómeno clínico que representa el estrago es la recuperación de goce bajo la forma de plus de goce, no retorna en la forma de plus de goce, no está la utilidad instrumental del fantasma. Tengo la impresión de que efectivamente cuando la escena no está, observamos una fijeza del asociar del sujeto. La escena permite el desplazamiento y el retorno de una posición de goce bajo la forma de la repetición. En el estrago no hay desplazamiento, más bien hay una detención de la posición del sujeto en relación al Otro.

Pregunta: O sea que la gravedad también está dada como por esa ausencia de fantasma en la escucha, porque da la impresión de estar frente a un caso grave justamente cuando en la escucha no aparece el fantasma.

R.A.: Claro, no aparece el funcionamiento del fantasma fálico.

Pregunta: Por tanto, el operador del falo, el operador fálico, como que también de alguna manera no está en función.

R.A: No, no está en función, es la idea por discutir. Como de alguna manera no está operativa la función fálica en lo que hace corte entre el sujeto y el Otro para que el goce retorne bajo la forma de objeto *a*.

Claramente, el fantasma protege y eso es indudable; el fantasma protege del goce del Otro y esa es su misión, interpretar al Otro como el Otro del deseo y proteger. Por ejemplo, Lacan afirma que en todo neurótico hay un rasgo perverso en el fantasma por estar en relación al objeto *a*; sin embargo, ello no posibilita el pasaje al acto

perverso ya que dicho acto supone el consentimiento a la posición de objeto de goce del Otro y romper con la intermediación del fantasma que se sostiene en una identificación fálica.

Entonces, creo que tenemos que regular la escucha, la invitación del seminario es a escuchar otros aspectos en los casos graves, y no escuchar necesariamente un neurótico obsesivo grave o una histeria grave, aunque estructuralmente se trate de eso.

Ese fenómeno grave puede no estar respondiendo en ese punto a una lógica histérica o a una lógica obsesiva. Otro ejemplo es la adicción; alguien puede ser un perfecto histérico o un perfecto obsesivo y en la relación que tiene con el tóxico, no estar en función el fantasma obsesivo y el fantasma histérico. Precisamente el trabajo analítico puede empezar a poner en función el fantasma histérico o el fantasma obsesivo.

Entonces, para ir cerrando este tema, quisiera proponerles algunas citas de este texto de Jacques Alain Miller que tiene que ver con, precisamente, articular el estrago como una cara del amor. Una otra cara del amor en el sentido de que en el estrago el sujeto, más que por la vía del tener el objeto ofrecido al Otro, trata de ser el objeto. Del seminario «El *partenaire*-síntoma», cito a Jacques Alain Miller:

El estrago es exactamente la otra cara del amor. De la misma manera que el amor es la anulación de todo tener, y que es la búsqueda del ser proseguida con la anulación de todo bien, de todo tener, el estrago, en este sentido, es solamente la faz de goce del amor. Esto quiere decir: dar todo, es aquí donde está lo infinito³⁴.

Es un punto interesante «dar todo»; es la lógica del amor incondicional. La verdad es que eso no existe, los amores vivibles son condicionales, no son incondicionales. Cuando los amores se ponen incondicionales, entran en la lógica de lo estragante. Es precisamente cuando la demanda de amor, de una madre, por ejemplo, toma la forma de la demanda de incondicionalidad, es que se puede volver estragante, como esa paciente de la que les contaba en la pequeña viñeta donde decía: «No puede ser que mi hijo se haya ido con otra». Suena extraño porque el hijo lo que había hecho es emparejarse a los 28 años e irse vivir con su pareja.

Es importante que el amor no anule al sujeto. Dos citas muy breves:

El estrago y el amor tienen el mismo principio, a saber, A mayúscula tachada, el no-todo en el sentido del sin límite³⁵.

Es interesante porque el barramiento del Otro puede ser signo de la función fálica o del sin límite. En el caso que les contaba, la paciente empieza a decir: «Parece que mi madre ha sido muy insegura». Es porque el Otro se está barranto y está

empezando a funcionar la función fálica del sujeto en su relación al Otro materno. En la lógica del amor también hay una relación a la falta en el Otro. Al barramiento del Otro el sujeto se ofrece para colmar esa barradura, para sellarla, que no es lo mismo que hace la histeria, que persigue provocar la barradura del Otro.

En esta lógica del amor estragante, la relación al Otro se juega sin límite, porque no se trata de provocarla, sino de ser aquello que taponar el Otro, en la medida de que no hay un límite previamente operativo:

El estrago es la otra cara del amor, es el retorno de la demanda de amor, eso quiere decir, que es como el síntoma, excepto que tiene un índice infinito³⁶.

Es un punto importantísimo en la clínica. Por ejemplo, hay algunos términos de relación de pareja que a los sujetos les cuesta más superar que otros; eso es evidente y hay algunos duelos que toman un carácter melancolizante y que no pasan por la función fálica. Un dicho popular asegura: «Un clavo saca a otro clavo». Freud lo dice más sofisticadamente en «Pulsiones y destinos de pulsión», al señalar que el objeto es lo más variable de la pulsión y, por lo tanto, el objeto puede cambiar y se libidiniza a otro objeto.

Hay algunos duelos que cobran una forma melancolizada porque precisamente lo que se pone en juego no es el registro del objeto, en el sentido del objeto como función libidinal. Se trata del objeto en el sentido de ser el objeto del Otro, es decir, la problemática del estrago. Es una demanda sin límite de ser amado por el Otro. El sujeto queda tomado de la posibilidad de haber sido ese objeto para el Otro si las cosas hubiesen sido distintas; entonces tenemos un sujeto en donde el duelo, como fenómeno de sustitución, se ve obstaculizado por la expectativa de ser el objeto del Otro.

Les voy a relatar otro ejemplo para mostrar este punto. Me interesa que pongan atención en cómo fracasan una cantidad importante de intentos de intervención. Intervenciones en la línea de lo que generalmente entenderíamos que hay que hacer desde lo analítico; por otro lado, interesa el éxito que tiene una intervención que acompaña una decisión de la paciente y que parecería no ser del orden de lo analítico, pero que introduce, y se los adelanto, la cuestión del límite a lo ilimitado de la demanda de amor de la paciente.

Ejemplo 2.

Se trata de una joven de 27 años atendida en un CESFAM derivada de ejemplo clínico en un control psiquiátrico por presentar supuestamente sintomatología depresiva: inapetencia, insomnio, llanto facilitado e ideación de muerte. En la

primera entrevista comenta que hace tres semanas terminó una relación de 7 años. Dice: «Mi vida giraba en torno a él», «lo amo demasiado». Él le solicita un tiempo y ella queda «desesperada». Lo llama, le envía mensajes, visita a sus familiares con una sensación de urgencia. Se refiere brevemente a sus circunstancias retornando siempre al tema de su ex pareja. Su entorno cuestiona su estado. El hombre ha iniciado una relación con otra mujer, que existía desde antes del término, «no lo quería asumir». Realiza acciones singulares como estacionarse afuera de la casa de él y tocar la bocina sabiendo que él se encontraba allí con la nueva mujer. El hombre le envía un mensaje diciéndole «desequilibrada». Vía mail ella lo confronta con una deuda de varios millones que él mantiene con ella y un auto que está a su nombre. El no acusa recibo e insiste en lo desequilibrada de ella. Dice: «Estábamos muy unidos», «no puedo odiarlo». Dice querer estar con él y demanda: «Sáquemelo, por favor».

Las intervenciones fracasaban ante cualquier intento de implicarla, encontrando una respuesta maciza: «Lo amo», «no puedo dejarlo ir». Las tentativas de historización obtenían recuerdos idealizados sin poder encontrar significantes repetitivos.

Ante la pregunta del analista acerca de si soñaba, ella trae sueños en los que aparece besando a su ex pareja y ningún Otro contenido. Se detecta una suerte de impermeabilidad de la posición amorosa de la paciente sin poder fracturar la idealización radical del objeto amado. El analista intenta una interdicción, señalándole que sería importante que no llame a su ex ni visite a sus familiares, apostando por limitar algo de la demanda de amor infinita. Los efectos son modestos y ella no logra respetar el límite. Frases como «le entregué todo mi corazón», «necesito que me laven la cabeza», «hipnotíceme» develan precisamente el carácter totalitario de la forma de amor de la paciente. Es la demanda infinita de amor que caracteriza la versión del hombre estrago para una mujer. Dar todo (goce de la privación) para ser todo por el Otro. Su ex pareja era adicto y su padre alcohólico; de la madre dirá: «Lo da todo». En enloquecimiento amoroso. Insiste: «Lo amo demasiado». No habla de amor, solo lo confiesa y lo declara: «Lo quiero a él». Cuenta que hay días en que ha llorado el día completo. Le escribe al hombre; de vuelta le escribe la otra diciéndole que deje de molestar. La otra es la mala y su ex es una víctima.

Se suceden los cortes de sesión, los señalamientos, las solicitudes de que hable más de esto o de aquello y nada. Psiquiátricamente se decide el retiro de los fármacos dada la ineficacia y debido a que le han señalado que lo de ella es un duelo y no una depresión. Reclama porque ella tendría derecho a estar así y le pregunta al analista: «¿Crees que quiero estar así?». Ante lo que cual y dada una serie de dichos que van en esa dirección, el analista responde: «Sí». A la sesión siguiente, casi al final de su hora, dice estar mejor y que le han sugerido que vaya a buscar su auto a

la casa del hombre. El analista dice: «Anda con tu papa». El padre de inmediato asume un rol, la acompañara y de no haber respuesta han decidido acudir a la policía. Le avisa al hombre que irá por lo que le debe; la respuesta de él da cuenta de que es un «mentiroso» y «poco hombre». Cesa la angustia, disfruta de algunas actividades sociales. «Me di cuenta de sus defectos», «no me gustó». Esa fue la última sesión.

Yo creo que es un caso singular porque muestra precisamente cómo las maniobras del analista, según la concepción clásica, no funcionan, no implican subjetivamente a la paciente y una intervención como decirle «anda con tu papá» sí opera.

¿Por qué opera? Tengo la impresión de que opera porque pone algo en el medio, es decir, pone algo entre la demanda de amor y el Otro, justo en el punto en que algo no está funcionando del lado del fantasma. No digo que sea una psicosis, pero no está funcionando el fantasma, en el sentido del fantasma como una máquina de recuperación de goce en relación al Otro. La indicación «anda con tu papá», es una indicación que introduce un límite, si bien ya lo había decidido ella, ir por lo que le deben, permite articular esa decisión a un significante Otro, en el que soportarse. Podría haber dicho: «Oiga, acompáñenme, vamos a ir a buscar mi auto» y buscar a sus amigos e ir a reclamar lo que le pertenece. Pero no, está el goce de la privación y no le importa no tener nada porque lo que está esperando es serlo todo.

Aquí hay la introducción de un significante Otro, que diría incluso que podemos asociarlo con la idea de que a veces dar el teléfono o el mail, es introducir un significante Otro, un significante en el lugar del nombre del padre que permite que el sujeto se soporte de mejor manera; creo que es un caso que muestra la operatividad clínica del límite.

Pregunta: Es como una llamada a la ley.

R.A: Claro, porque si no, van a ir a la policía.

Pregunta: El padre de todas maneras garantiza.

R.A: Sí, garantiza, le garantiza algo y además pone en falta al tipo. Asimismo, hay que ver el resultado, para que se entiendan que, cuando me refiero a la recuperación de goce y la puesta en función, es porque opera la ley del padre y luego la significación que retorna es «mentiroso», «poco hombre», «me di cuenta de sus defectos», «no me gustó».

Lo que les quiero mostrar es que porque opera algo del límite, puede retornar la significación en términos de función fálica, y retorna diciendo «poco hombre», «mentiroso», es decir lo pone en falta, lo barra, opera algo del orden del discurso histórico y del sujeto barrado que se dirige al S1. Eso muestra nuevamente que a veces, en algunos de estos casos, necesitamos introducir algo de la función del nombre del padre, cuando este no está operativo.

Les comento el siguiente ejemplo, también breve; es un caso con algunas particularidades distintas, porque creo que esboza otra hipótesis, que he comentado.

En los casos de consumo, de toxicomanía, hay algo de la suspensión de la función fálica, pero además este caso tiene la particularidad de que nos hace preguntarnos también por una ausencia de elementos respecto al origen del sujeto en el discurso de la madre, ausencia que puede tener una función de estrago.

Ejemplo 3.

L tiene 22 años, consume alcohol, cocaína, y pastillas. Tiene una pareja que se encuentra embarazada y que ha decidido interrumpir la relación con L hasta que este se muestre responsable de su paternidad. Dice encontrarse motivado por esta situación.

L fue criado por los abuelos desde los 3 años luego de la separación de los padres. Desconoce las razones de esta decisión. Ha preguntado insistentemente a su madre sobre su origen y su crianza, recibiendo evasivas e historias fragmentadas, es decir, no logra recabar información detallada acerca de su infancia.

Durante el tratamiento vive con su madre, luego de que sus abuelos cansados de sus excesos deciden que no puede vivir más con ellos. De la madre dirá que poco la conoce ya que ha mantenido contactos esporádicos con ella. Señala no sentirse perteneciente a una familia.

El primer tema que aparece en el análisis es la «bronca» en relación con la ausencia de claridad respecto a su historia: «Preguntaba y no había respuesta, estaba enojado». «Con la droga no sabes de tiempo», escudándose así de la bronca.

Se mantiene un buen tiempo abstinente para luego tener una recaída al juntarse con un amigo el día del cumpleaños de su pareja. Cuenta que esto le había sucedido en otros cumpleaños de parejas. «Si no me hubiera venido solo, si mi amigo hubiera venido conmigo no me hubiera perdido, no me hubiera ido al lado oscuro». La intervención «parece que mientras mantiene el contacto con el Otro puede regularse, pero cuando ese contacto se pierde, se extravía». Recuerda un sueño que relaciona con la posibilidad de perder a su hijo en un accidente en el que él debe rescatarlo. Se pregunta qué sería de su hijo si él no estuviese. Las imágenes del sueño evocan una película de acción que podría llamarse «El día en que yo no estaba». La interpretación le señala que lo que a él le pasa tiene que ver con no estar.

A partir de este punto, comienza a hablar de su lugar en la familia: «Nunca me he sentido parte de alguien, con mis abuelos pasaba lo mismo. Los quería tanto que los defraudaba, les robaba para saciar mi consumo. Me ocurre lo mismo con la familia de mi polola, yo he aportado a que todos me cierren la puerta». La interpretación: «El cumpleaños es un momento donde se atestigua que se es parte de una familia y justo en ese momento desapareces». Asocia: «De tanto buscar ser parte me hago aparte».

El consumo se localiza como aquello que lo aparta del Otro.

Comienza a hablar de la madre, la que sufre crisis; él ha intentado hacerse cargo y apoyarla; sin embargo, ella se niega al apoyo de él. Intenta construir algo acerca de lo que le ocurre a la madre y supone que algo le pasa con el sistema nervioso, ya que toma mucho café y fuma mucho. La madre sufre crisis de mutismo.

Hacia le final del tratamiento L descubre, gracias a una tía y su pareja, que es adoptado. Frente a ello dice que se le aclaran muchas cosas. La inquietud sobre su origen e historia se reorganizan en torno a la pregunta por las condiciones en que su madre lo adopta. Interpela a la madre sobre este punto; sin embargo, ella le niega que sea adoptado. Llega un punto en que decide que dejará ese tema y que se preocupará de ser un padre para su hijo, para que este tenga una familia y una madre. La relación de pareja se resignifica desde el lugar de padre.

Hay una estabilización, el consumo deja de ser un tema central, algo de su historia se ubica como una suerte de novela familiar en la que hay cosas no dichas. El significante «aparte» lo relocaliza respecto al Otro familiar.

Este es un ejemplo de un caso que no tiene las mismas particularidades de los otros, respecto al estrago materno, pero tiene un dato importante, que es este silencio de la madre respecto al origen. Al paciente, ya sabiendo que es adoptado, le queda una pregunta acerca de qué gozó esa madre o qué goce de esa madre se puso en juego para querer adoptarlo a él; cuando eso queda fuera del discurso, hay un agujero en torno a qué deseo de esa madre estuvo implicado para querer adoptarlo a él. Al haber agujero, el sujeto no tiene referentes del falo en el discurso de la madre, no tiene referentes identificatorios del lugar fálico que pudo haber ocupado para esa madre, por muy adoptiva que fuera; aunque le hubiese dicho: «Yo te vi cuando eras chiquitito y eras tan bonito que no me pude contener las ganas de llevarte para la casa y te adopté». Con eso, un ejemplo caricaturesco, habría designado en el discurso al significante «bonito» como representativo de la significación fálica.

En ese punto se trata de un Otro sin barrar que estraga, devasta por el hecho de no poner en función la cuestión del falo, y si a eso anexamos una de las pocas indicaciones que tenemos de Lacan, cuando dice que la relación con el tóxico es una ruptura con el «hace-pipí», tenemos que la relación al tóxico es una ruptura con el falo.

En el consumo tenemos otro ejemplo más del Φ_0 , es decir, del no funcionamiento de la función fálica. Entonces me parece que es un caso con aristas totalmente distintas porque no está lleno de frases demoledoras de la madre, no está lleno de eventos de la infancia que muestren el punto de un goce no regulado por el falo en la madre, pero que de todas maneras desarticula de la identificación fálica a este sujeto.

Entonces, si se dan cuenta, les estoy trayendo ejemplos con la suficiente heterogeneidad, como para que no salgan de este seminario con una idea demasiado clara del problema del estrago, sino más bien con un cierto bosquejo de un problema clínico.

Pregunta: No están las palabras de pasado de la madre y está el silencio absoluto de la madre respecto del origen, y eso es completamente deslocalizador para él y es impresionante que la madre, él ya sabiendo que la familia se hace cómplice en algún momento de ese silencio de la madre, finalmente se entera y al ya tener la evidencia, le va a preguntar a la madre y la madre insiste....

R.A: La madre sostiene un silencio que ni siquiera cobra la forma del secreto, porque a veces el silencio «secretísima» tiene la gracia de hacer una señal fálica, tiene la gracia de guardar algo, de decir «yo sé algo pero no te lo quiero decir». Nada de eso, este silencio no es un secreto y por eso tiene un efecto estragante. Todas las familias tienen secretos, tienen cosas que dicen a medias y sobre eso construimos el fantasma; el problema es que pareciera ser que él no tenía mucha «tela» de donde construir una fantasía.

Pregunta: Y también en el secreto circula el deseo.

R.A: Exactamente, el secreto, muy buena la aclaración, el secreto atesora un deseo no dicho, no se dice algo porque se lo deseó mucho; es muy ejemplificador el caso de otra forma de estrago, muy distinta a la que hemos venido trabajando, pero que también en la medida en que desarticula de la función fálica, estraga.

En mi opinión, la gran clave de esta cuestión clínica es detectar si hay o no hay función fálica operando, para saber, al menos, en qué dirección de la cura vamos a ir, y luego ver si algo de lo fálico se empieza a poner en función de manera neurótica o si empezamos a encontrar que ya no se trata de que la función fálica está suspendida, sino más bien de que está suspendida porque hay la forclusión del nombre del padre. Como hay forclusión del nombre del padre hay también Φ . Pero insisto, es una herramienta clínica que permite trabajar, por lo menos el tiempo que sea necesario, sin tener que estar desesperado porque el paciente no funciona neuróticamente.

Les comento el último ejemplo clínico. Se trata de una paciente con todas las características de un caso grave; ahora volvemos a los casos más característicos del estrago.

Ejemplo 4.

Se trata de una paciente con todas las características de un caso grave. Pasa por profundas depresiones que la han llevado a reiterados intentos de suicidio. Actualmente sus sufrimientos se concentran en la relación de pareja: puntualmente, la molestia por la relación de su pareja con la madre de esta, y con su propia madre.

Suicidabilidad, ánimo inestable y lábil, maltrato infantil por parte de la madre, y una experiencia de abuso sexual por parte del padre-padrastra.

Respecto a su infancia, al parecer existiría un secreto que tiene que ver con que ella no sería hija del que se supone su padre abusador.

Una primera intervención le señala que ella no ha hecho un corte con algunas

cosas dolorosas de su pasado. No ha dicho «basta», dividiendo su vida en una antes y un después, como los capítulos de un libro. Se le ofrece un lugar para hacer algo de eso.

Por otro lado, su estado es muy lábil ya que en los signos más mínimos tiende a interpretar una falta de amor por la pareja, justificada por la preferencia de esta hacia su madre. Esa situación la mantiene siempre oscilante emocionalmente.

Se trata de la rivalidad con la madre, la de ella y la de su pareja. Es un caso claro de estrago materno.

Cuando la madre se entera, cuando todavía ella estaba en el colegio, que se interesa amorosamente por mujeres, le dice: «Preferiría verte muerta a que seas homosexual». Cuando le cuenta acerca de los abusos, la madre le quita importancia. Cuando la paciente queda en la universidad la madre le dice: «Lo siento, hasta aquí no más te puedo ayudar».

La madre ha generado una dinámica con dos de sus tres hijos, incluyendo a la paciente, en la que se mantiene algo de la condición de súbditos a través de la culpa. Estamos hablando de personas de sobre los 40 años. Por ejemplo, cuando ella vivía fuera de la casa, le entregaba parte de su sueldo a la madre.

La dirección de la cura se orienta a desplegar la rabia hacia la madre, en el entendido que existe un fracaso estragante de la separación, por lo que el sujeto queda dependiente del campo del Otro con un riesgo permanente de caer como objeto en el pasaje al acto.

La madre le ha dicho que cuando se embarazó de ella tuvo un brote de hipertensión. La culpa será una cruz con la que cargará, señalando que ha sentido que lo malo de este mundo tiene que ver con ella.

La intervención del analista le señala que en este mundo hay cosas que no tiene que ver con ella; por ejemplo, que su madre lo haya pasado mal y que se haya tenido que casar para salir de la casa es parte de la historia de la madre y no tiene nada que ver con ella.

Otro ejemplo de la subjetividad de la madre es que luego de su primer intento de suicidio en la adolescencia le dice: «Pero por qué me haces esto». «Mi mamá me hacía sentir culpable».

Un punto complejo por la intensidad de los afectos comprometidos es cuando relatando las veces que le contó a la madre de los abusos, esta no le daba importancia. El analista le dice: «Parece que tu madre algo sabía de esto», a lo que ella responde que sí, y se afirma: «Tu mamá te descuidó».

Se comienza a dirigir la cura hacia la nominación del goce de la madre. La paciente hace cosas suponiendo poder satisfacer y entregar alguna alegría a la madre, la llama, le avisa que va a salir, cuando está fuera de casa se reporta para saber cómo está, pero la madre no muestra satisfacción, la intervención es enfática: «No hay nada que hacer por tu mamá, has creído que podías hacer algo para

satisfacerla». «Toda la vida», dice la paciente. El analista se comienza a referir a la insatisfacción de la madre como la amargura de ella. Actualmente está en el punto en que habla de las cosas raras de la madre señalando: «Yo creo que está muy enferma». Esta nueva perspectiva que se empieza a construir en torno al goce de la madre va acompañada con una observación acerca de su posición sin límite. Dirá: «No supe decir que no».

Este es un ejemplo que muestra mucho más claramente la dimensión estragante del discurso materno; es bastante evidente y está en serie con el ejemplo que les presentaba en la mañana, del «manzana podrida», que era el significante que marca a esa mujer. Los elementos de la dirección de la cura, que muestra el caso son, por un lado, introducir la cuestión del límite. El límite esta vez no en el sentido de la relación al Otro, sino en el sentido de empezar a introducir la idea de un antes y un después, de que si bien se pueden vivir cosas dolorosas en la vida, en algún momento hay que pasar al otro capítulo y transformar lo doloroso en un muy mal capítulo de la historia, pero en un capítulo al fin; esa intervención más bien está en la lógica de introducir algo de lo simbólico.

La segunda línea intervención, que creo que es la dirección en este caso, es intentar nominar algo del goce de la madre. Es cuando el analista ofrece la palabra «amargura», pero que en realidad no toma consistencia, sino que la palabra que viene es que la madre está «enferma», y la madre enferma pasa a ser un significante que nombra ese goce, como decía Jacques Alain Miller, ese goce puro y traumatizante del Otro, el que además tiene una cualidad que es muy importante, ya que además de nombrar el goce lo pone en falta, lo barra, es la enferma, la madre enferma de esta paciente y de la paciente que les contaba en la mañana, es la madre llena de inseguridades, es una madre en la que «inseguridad» nombra algo de ese goce y además lo barra, la pone en falta.

Entonces, creo que estos cuatro casos, bastante heterogéneos, nos permiten circunscribir algo del problema del estrago en términos de una suspensión de la función fálica; nos permiten también tener algunas orientaciones respecto a la dirección de la cura. Una perspectiva, por lo mismo, es introducir algo del orden del límite, no dejar que lo sin límite se desarticule de una manera radical.

Fíjense que hay varias intervenciones de todos los analistas en estos casos que no tienen ese carácter de pregunta, no son intervenciones del tipo «¿a usted no le parece que su mamá....?». Más bien son afirmaciones, intervenciones en un tono afirmativo, no son preguntas.

Lo afirmativo del campo del Otro, que sería el analista, introduce la función del nombre del padre porque sugiere la verdad, designa la dimensión de la verdad, introduce la dimensión de la verdad en la clínica. Por ejemplo, en el caso de este chico que estaba en relación con las drogas, hay una verdad que al menos él decide dejar hasta ahí, pero la instala como una verdad: «Fui adoptado». De ahí en adelante

hay secreto, pero ya hay una verdad: «Fui adoptado». Entonces la función del límite tiene que ver con el establecer una dimensión de la verdad en el sujeto.

La otra línea de intervención importante de destacar, aunque no aparece claramente en estos casos, es la cuestión del objeto.

Me remito al otro caso que era la intervención donde el analista le pregunta a la paciente: «¿Has visto televisión pegada a la pantalla?». Parece una intervención rara; yo les decía que el analista escuchó del objeto mirada; entonces, es una intervención que apunta a poner al sujeto en relación con el mirar, y poner al sujeto en relación con el mirar es poner al sujeto en relación con el objeto *a*, restituyendo así la función del fantasma.

Es por eso que a partir de esa intervención, la paciente dice: «Yo lo empiezo a ver a él distinto». Esa es una indicación que extraje del testimonio del pase de Dominique Laurent, donde ella lo dice así: «Hay que cernir el objeto». Es la indicación que ella nos trae de la intervención que le hace su analista.

La otra línea de intervención, que me parece importante destacar, es la que tenía que ver con nombrar un goce; creo que nombrar un goce es fundamental en la clínica del estrago. Porque la nominación del goce introduce la función del más allá de la ley de la madre; decirle «enferma» o decirle «insegura» es introducir la inseguridad y la enfermedad como un más allá de la ley de la madre que se manifiesta en el discurso de ella; entonces, tiene la función, además de localizar ese goce, de restituir al Otro materno como un Otro en falta.

Eso permite reinstalar la función fálica; creo que es bastante clave porque de otro modo los dichos de la madre, el decir de la madre, quedan como una ley que se soporta en sí misma. Pero «insegura» o «enferma» son significantes que nombran algo de lo cual la madre no puede dar cuenta por sí misma; enfermedad o inseguridad remiten a otra cosa y esa otra cosa quedará por construirse. Esa otra cosa en la clínica de una neurosis y en la dirección de la cura de un análisis más clásicamente entendido, esa otra cosa es la novela familiar; pero en estos casos, al menos, algo se localiza y algo se pone aparte permitiendo que el caso tome una dirección, yo diría una dirección un poco menos grave.

Bien dejo hasta acá y les paso la palabra; creo que tenemos tiempo para discutir.

Pregunta: Iba a pedirte que volvieras a mencionar las distintas formas que señala Marie Helene Brousse.

R.A: Destaqué dos fundamentales: la fusión y la persecución.

Pregunta: Obviamente se me han pasado por la cabeza montones de mujeres básicamente de mi época de trabajo en salud pública, pero quiero traer una, de una mujer que viene de 10 años o 20 años de depresión, porque el marido, que era borracho, le pegaba; ella llega como impregnada de la depresión. Era una nube negra y en la desesperación, en una terapia de grupo, a la terapeuta que hacía coterapia conmigo, se le ocurre hacer un *role playing* y le da ese *role playing*. Ella hace

primero de sí misma y después hace del marido; ella se muestra en una posición muy complaciente con él; de pronto, ella nos mira y nos dice: «Qué horror tener a alguien así al lado todo el tiempo, que te diga a todo que sí». Ella desaparece del grupo, no vuelve, vuelve dos o tres semanas después. Tenía muchos lunares muy feos y muy gordos en la cara. Resulta que le habían sacado todos los lunares y llega radiante y comunica que está saliendo con un vecino.

R.A: Interesante el ejemplo que traes, porque muestra cómo el dispositivo del *role playing*, al hacerla a ella actuar, viene a ser como una suerte de suplencia del proceso de introspección, que en realidad es lo que en estos casos graves, cuando no está funcionando el fantasma, suele estar ausente. La introspección es un ejercicio donde el sujeto se mira desde el ideal del yo y se ve en el yo ideal, o sea, está funcionando la función fálica; se ve en falta y si eso opera, podemos trabajar con la idea tradicional del proceso analítico.

Muchas veces la introspección no funciona; entonces, al actuar, es como si lo que se hubiera producido en acto fuese mirarse y decir: «Qué horror estar en esa posición». Y se produce inmediatamente el viraje, el viraje fálico.

El desafío es poder desarrollar la formación de un analista y la posición del analista, por sobre el aprendizaje de un dispositivo.

Ocurre bastante que porque alguien maneja los conceptos psicoanalíticos y usa palabras psicoanalíticas, se dice que «es psicoanalista». Eso no es así, ya que la primera pregunta es cómo se ha formado, cómo va su análisis, ya que más que un uso riguroso de los conceptos, lo que se necesita son analistas suficientemente formados como para adoptar la posición analítica sin responder a pautas técnicas fijas, sino a una cierta orientación respecto al goce.

Pregunta: La pregunta mía tiene que ver con si es posible establecer alguna diferencia clínica en los estragos causados por una madre en posición de mujer o bien de una madre estragando al hijo en posición de madre. Me pregunto si clínicamente es posible establecer alguna diferencia, si es que las hay; si no las hay, pensar por qué, porque me parece interesante qué consecuencias puedan tener una y otra.

R.A.: Pienso que lo importante es atender a cómo la dinámica clínica está en juego. Para mí la cuestión importante respecto a la madre es que lo estragante de la madre se refiere al momento en que la potencialidad del falo no se pone en función; cuando decimos eso aparece inmediatamente una pregunta y es que también hay madres que por hacer del hijo el falo, lo absorben; entonces, nos aparece el problema de que el falo no es que proteja del estrago, como dice Lacan. El ser el falo de la madre para el hijo, también podría llevar al estrago. En realidad no es tan así en la teoría, porque si el hijo queda en posición de falo y su significación no circula haciendo la tríada, lo que ocurre es que el hijo queda como objeto de goce de la madre, porque el falo en potencia no apareció.

El falo es por excelencia lo que le falta a la madre y si no aparece el discurso del

falo que le falta a la madre, quiere decir que el falo no funcionó, no operó, y en realidad lo que el hijo obturó es el lugar del objeto de goce de la madre. El problema es que la cuestión del estrago y el concepto de deseo de la madre Lacan lo trabaja en el Seminario V y la cuestión del objeto de goce hace su aparición más hacia mediados de los años sesenta.

Me atrevería a decir que el problema clínico del estrago surge como consecuencia de lo que clínicamente implica la relación entre la mujer y la madre; de esa contingencia surge el problema del estrago.

Pregunta: En la mañana dijiste que lo propiamente analítico fracasa con los casos graves, por lo menos pensando en la cuestión clásica del análisis, asociación libre, transferencia, interpretación. Que la asociación libre estaba un poco cortada porque entre S1 y el S2 no había una cadena, no había encadenamiento y que la interpretación fracasaba porque no hay remisión a la escena; por eso quería preguntarte si ves algún rasgo particular de los casos graves en relación con la transferencia.

R.A: Una buena pregunta. No me animo a que transformemos todas las descripciones que hice en síntomas parte de un síndrome, es decir, en síntomas que constituyen una categoría que sería la de los «casos graves». No me animaría a hacer eso para luego asociarlo a un problema directo de la clínica de la transferencia. Si hay algo en común en estos casos, es la ausencia temporal o estructural de la función fálica, y la ausencia de la función fálica cuestiona también nuestro concepto clásico de la transferencia, ya que supone la significación fálica.

Ahora hay una herramienta muy interesante en Lacan: es la idea de distinguir los tres registros de la transferencia por un lado, y por otro plantear que la transferencia es una consecuencia de la interpretación, no es un marco para la interpretación, sino que es porque hay intervención del analista que hay efecto de transferencia. Entonces, esos dos elementos puestos juntos son una herramienta muy útil porque se puede evaluar en qué registro de la transferencia o de la relación al Otro, un analista puede estar para un paciente.

Todos los ejemplos que comentamos hoy día son institucionales; eso es un segundo problema para la cuestión de la transferencia, porque no hay un rasgo de elección del analista desde el que se elige al analista a partir de una identificación. El problema acá es que no hay la elección de la transferencia, hay la transferencia a la institución y a veces es por la intervención del analista que se puede instalar una transferencia en dirección al análisis.

En las instituciones a veces estamos obligados a radicalizar la posición de Lacan de que la transferencia es el resultado de la interpretación o de que la transferencia es el resultado de la intervención clínica. Sobre todo en instituciones donde tenemos que existir a pesar de la institución, es decir, tenemos que existir en la institución mostrando que hay algo de la institución que no está en juego en el encuentro con un

analista. Es un rasgo nuestro como analistas y no es compartido por todos los analistas; es de cada uno y por eso hay analistas que quieren trabajar en instituciones y otros que no quieren trabajar en instituciones o que trabajan en unas instituciones y no en otras; es decir, hay algo ahí del estilo que se tiene que poner en juego.

Pregunta: Quisiera comentar, a propósito del restablecimiento del funcionamiento del falo, que a veces se reintroduce por vía del imaginario, el ejemplo que daba Claudia, quien bajo los efectos del grupo envía una escena que no es la otra escena; una escena puede ser a raíz de una intervención o una contingencia familiar que restablece la función del espejo, que de hecho no opera en los momentos de mayor estrago; la persona no se puede ver a sí misma, los otros le dicen cómo es, cómo está, pero no dice «yo me veo así», no lo ve desde ese retorno, por más que los otros le den su opinión.

En cambio, hay situaciones vía el imaginario, donde se produce el movimiento de restablecimiento yoico, una parte de la función yoica, que produce una estabilización. Estoy pensando cómo vía del sentido que también produce estabilización en la psicosis, también puede producir estabilización en los casos de estrago.

Respecto a la función del límite, sobre todo en esta erotomanía, lo que muchas veces pasa es que lo que reintroduce el límite es la reactivación del odio, porque el odio como pasión está anulado; entonces, en ciertos casos, la rabia salva, salva del Otro, introduce al Otro, pero con este rasgo del hombre malvado; ese ya es otro problema, pero en cierto modo permite una salida al estrago. Eso quería aportar.

R.A.: Estoy totalmente de acuerdo, creo que es interesante esto de la rabia porque me permite ubicar bien el alcance que yo veía en este caso de cómo la rabia le permite a este sujeto tener un cierto efecto de separación del Otro, y por lo menos tomar una distancia. Respecto a lo del imaginario, yo creo que es clave; más de una vez he dicho que tenemos una deuda histórica con lo imaginario; la verdad que en los casos graves la transferencia imaginaria –estoy juntando un poco el problema del imaginario con la cuestión de la pregunta de Benjamín, y esta idea a veces del analista de intervenir en el imaginario dando sentido, dando una buena explicación consistente–, permite reintroducir la significación fálica y separar al sujeto del campo del Otro.

Pregunta: Quería decir que me parece peligroso relacionar los pacientes de la salud pública con la idea de gravedad ya que suena discriminatorio.

R.A.: Efectivamente, tenemos que tener mucho cuidado de no hacer categorías de los pobres –ahora voy a ser un poco irónico– siempre y cuando tengamos también una prudencia para no hacer del Edipo y la neurosis un modelo del funcionamiento de todos, porque la contracara ha sido esa: dejar de lado al Otro social.

No olvidemos a los analistas que presentaron su testimonio en el congreso de la AMP, donde aparecía bastante el tema del estrago, pero también es interesante otro aspecto, y es que el tema del estrago aparecía a partir de la incidencia de la Segunda

Guerra Mundial, en su historia personal y subjetiva; entonces tampoco es sin el Otro de lo social.

Creo que lo que tenemos que reintroducir es pensar el tipo de lazo social que producen ciertas formas de subjetivación; es también lo que decías tú en la mañana respecto al tema del abuso y cómo eso se ha generalizado en Chile, y en eso los únicos que podemos decir algo, somos nosotros, es decir los analistas de nuestro país que tiene algunas contingencias del lazo social muy particulares. Algunas particularidades como que tenemos pacientes de sectores pobres que tienen más dinero en ropa que cualquiera de nosotros, son cosas un poco raras, tenemos particularidades.

Muchas de estas particularidades tienen ver con dos cosas que podemos profundizar.

La primera es la radicalización de los discursos y de las políticas de protección social durante los últimos 20 años, que vinieron a reparar algo de la historia anterior de nuestro país. El segundo aspecto importante es cómo lo han venido a reparar, porque han venido a reparar con una operatividad radicalmente neoliberal, incluso por cómo se administran los recursos para las mismas instituciones que reparan.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA DEL TEMA

- Brousse. M. H. (2003). *Posición sexual y fin de análisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- Chamorro. J. (2008). *Las mujeres*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Durand. I. (2008). *El superyó femenino*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- Glaze. A; Acevedo. L (Compiladora) (2012). *No locas-del-todo*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Goldenberg. M (Compilador). (2008). *De astucias y estragos femeninos*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Lacan. J. (1981). *Seminario XX Aún*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (1984). Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina, en *Escritos 2*. Decimoctava edición. México. Editorial Siglo XXI.
- Lacan. J. (1994). *Seminario IV La relación de objeto*. Primera edición. Barcelona. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (1999). *Seminario V Las formaciones del inconsciente*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (2003). *Seminario VIII La transferencia*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (1992). *Seminario XVII El reverso del Psicoanálisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (2006). *Seminario XXIII El sinthome*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Lacan. J. (2012). El atolondradicho, en *Otros Escritos*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Laurent. E. (1999). *Posiciones femeninas del ser*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- Laurent. D. (2005) *El analista mujer*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- Miller. J.A. (1998) *El hueso de un análisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- Miller. J.A. (2008) *El partenaire síntoma*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Miller. J.A. (2001) Teoría del capricho, en revista *Enlaces*. Número 6. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Miller. J.A. (1984). *Recorrido de Lacan*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Manantial.
- Tendlarz. S. (2002) *Las mujeres y sus goces*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Diva.

- [17](#) Lacan. J. (1995). Autocomentario. En Revista *Uno por Uno*. Página 13.
- [18](#) Lacan. J. (1984). Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina, en *Escritos 2*. Decimoctava edición. México. Editorial Siglo XXI. Página 711.
- [19](#) Lacan. J. (1981). *Seminario XX Aún*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 90.
- [20](#) Lacan. J. (1981). *Seminario XX Aún*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 90.
- [21](#) Lacan. J. (1984). Ideas directivas para un congreso de sexualidad femenina, en *Escritos 2*. Decimoctava edición. México. Editorial Siglo XXI. Página 711.
- [22](#) Lacan. J. (1992). *Seminario XVII El reverso del Psicoanálisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 118.
- [23](#) Lacan. J. (2012). El atolondradicho, en *Otros Escritos*. Primera edición. Buenos aires. Editorial Paidós. Página 489.
- [24](#) Lacan. J. (1999). *Seminario V Las formaciones del inconsciente*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Páginas 194 y 195.
- [25](#) Lacan. J. (1999). *Seminario V Las formaciones del inconsciente*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 197.
- [26](#) Brousse. M. H. (2003). *Posición sexual y fin de análisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches. Página 60.
- [27](#) Miller. J.A. (1984). *Recorrido de Lacan*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Manantial. Página 143.
- [28](#) Miller. J.A. (1984). *Recorrido de Lacan*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Manantial. Página 146.
- [29](#) Lacan. J. (2006). *Seminario XXIII El síntoma*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 99.
- [30](#) Laurent. E. (1999). *Posiciones femeninas del ser*. Primera edición. Buenos aires. Editorial Tres Haches. Página 70.
- [31](#) Lacan. J. (2003). *Seminario VIII La transferencia*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 198.
- [32](#) Tendlarz. S. (2002). *Las mujeres y sus goces*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Diva. Página 142.
- [33](#) Freud. S. (1926). *Inhibición síntoma y angustia*, Obras Completas, Tomo XX. Segunda Edición. Ed. Amorrortu. Página 135.
- [34](#) Miller. J.A. (2008). *El partenaire-síntoma*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 276.
- [35](#) Miller. J.A. (2008). *El partenaire -síntoma*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 297.
- [36](#) Miller. J.A. (1998). *El hueso de un análisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Tres Haches. Página 81.

PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL EN CHILE: ENTRE
CLÍNICA Y POLÍTICA

INSTITUCIONALIDAD, GOCE Y GOBIERNO

*Este texto fue escrito el 13 de enero del 2008
en el contexto de la realización de estudios de postgrado.*

Para pensar psicoanalíticamente la relación del individuo y la sociedad tomaré como punto de referencia la institucionalidad, considerándola un espacio de cruce de ambas dimensiones e intentando articular la hipótesis psicoanalíticas del inconsciente con las discusiones relativas a las formas de gobierno que regulan las relaciones individuo-sociedad.

Rene Lourau define las instituciones como la materialización de una norma universal que instituye ciertos modos de comportamientos que modifican las acciones de los individuos. La escuela, el hospital, las universidades, el matrimonio, el trabajo son todas instituciones, son instancias imperativas que ejercen una coerción sobre el individuo conformando su comportamiento. No entraré en la discusión de si las instituciones «obligan» o «violentan», ya que eso supondría pensar los efectos de la institución como contraviniendo la voluntad del individuo, y en estricto rigor existen militancias institucionales que no son elegidas, como el propio nacimiento en el seno de la institución familiar, por ejemplo.

La función de la institucionalidad es la preservación de la cohesión social; así, las instituciones emergen como brotes de institucionalidad, surgen como dispositivos de encuentro entre la necesaria cohesión social y el individuo. Por otro lado, la institucionalidad busca asegurar la continuidad de las formas de organización social; esta continuidad es posibilitada por la trascendencia que las instituciones poseen respecto a los individuos que transitan por ellas. Los individuos no forman parte de la sociedad en abstracto, sino que lo hacen por vía de las instituciones que le dan cuerpo a lo social.

En este punto, el de la articulación de los individuos con las instituciones, es en el que interesa abrir una reflexión. Pero antes una indicación más. Desde la perspectiva de la lógica hegeliana, es posible pensar este punto a partir de las categorías de lo universal, lo particular y lo singular. Lo universal es la norma universal que se realiza en las instituciones, como por ejemplo *la* familia o *el* sistema escolar. La inscripción del individuo como representante de dicha universalidad lo hace ser un particular, *un* hijo o *una* madre en el caso de la familia, o *un* alumno o *un* profesor en el caso del sistema escolar. ¿Pero cuál es el sentido de la singularidad? La singularidad tiene

sentido solo en tanto introducimos la dimensión del inconsciente enlazada a la particularidad. O sea, si el punto de encuentro del individuo con la institución responde a la lógica de lo particular, la singularidad es la consecuencia del modo en que dicha inscripción institucional es subjetivada, apropiada por el individuo, dando lugar al sujeto y su subjetividad a partir de las condiciones de sujeción institucional. Este proceso es un proceso de identidad y diferencia, ya que el sujeto se reconoce como perteneciente a la particularidad de los alumnos, los hijos, etc.; pero se diferencia de estos en la medida en que como autoconciencia se funda en la distinción. Es en este proceso de articulación entre lo viviente y lo social que me interesa introducir una reflexión psicoanalítica.

Antes de abordar psicoanalíticamente el problema en cuestión, revisaré el problema filosófico-jurídico de la institucionalidad, en sus formulaciones del derecho subjetivo y del derecho objetivo. El derecho subjetivo se fundamenta en la noción derivada de la filosofía de Rousseau acerca del contrato social como acto instituyente de lo social a través de un pacto. La consecuencia instituyente del pacto es la renuncia, en la medida en que el pacto me limita, pero a la vez me retribuye por dicha limitación. La retribución consiste en la garantía que se obtiene a través del pacto. Mi libertad, mi propiedad, no será avasallada por el otro. Se me aseguran mis derechos sobre un determinado número de propiedades. En la perspectiva del derecho objetivo, el Estado es de hecho la base de todas las instituciones. La institución es lo que hay de universal en lo particular. Desde la lógica hegeliana de la constitución de la conciencia, es a consecuencia de la negatividad. El Estado y las instituciones están ahí ya dadas, constituidas, sin necesidad de una actividad instituyente, debido a que la negación de lo «ya allí» verá a luz el nacimiento de la conciencia y sus peldaños hasta la autoconciencia. Así, tanto el individuo como la subjetividad se constituyen negando la universalidad.

R. Lourau indica que ambas maneras de explicar lo instituyente poseen sus «impensados» puntos de exclusión que permiten organizar una cierta comprensión, pero que no participan de las mismas reglas que instituyen. En el contractualismo, por ejemplo. Rousseau supone un estado natural, previo a todo contrato, un estado en total ausencia de sociabilidad. Dicho estado iguala a todos los hombres, posibilitando el contrato que se establece siempre entre semejantes, lo que le otorga a este su legitimidad. El estado de naturaleza anterior es un punto de excepción respecto al pacto contractual. En la perspectiva de Hegel, lo que hace excepción a la actividad instituyente es la institucionalidad misma del Estado, el que no requeriría de lo instituyente por el hecho de ser precisamente lo instituido. En síntesis, todo acto instituyente, para poder instituir, requiere de una excepción a su propia actividad instituyente. Este es un punto central para pensar la cuestión psicoanalítica a la que ahora me aboco.

Si hay un tema respecto al que el psicoanálisis puede conversar con disciplinas

como la sociología, el derecho y las ciencias políticas, es acerca de las relaciones de constitución de la subjetividad a partir de lo social. El modelo de sujeción psíquica del psicoanálisis es ya bastante conocido: el Edipo. En el Edipo, como aparato instituyente, reencontramos de manera evidente algunos de los problemas antes planteados. Por ejemplo, la familia como institución ya constituida, frente a cuya realidad el problema contractualista no tiene lugar. Por otro lado, el individuo, al nacer, se inscribe como particularidad de lo que hay de universal en la categoría de «hijo». El Edipo es clásicamente un dispositivo de «renuncia» al deseo incestuoso. Renuncia bastante particular, ya que no es difícil impugnar tal conceptualización con el argumento acerca del grado en el que lo que se juega es del orden de la «elección», de la «decisión». Para el psicoanálisis, y este es tal vez uno de sus puntos de lo «impensado», siempre hay la responsabilidad subjetiva de la elección. Cuestionar el estatuto de la elección no es solo cuestionar la teoría psicoanalítica, sino el fundamento mismo de la modernidad occidental: la libertad supuesta, bajo la noción de decisión. Intentaré penetrar en los detalles del proceso instituyente del sujeto, para dar cuenta de la singularidad de aquello que se presenta en términos de lo «imposible» de ser gobernado, absorbido por las instituciones que dan cuerpo a lo social; *impossible*, que es otra forma de nombrar lo que Freud denominó *el malestar en la cultura*.

Lo que denominamos Edipo es una estructura que ofrece condiciones de posibilidad para una regulación de las satisfacciones del individuo. Lacan rebautizó dicha estructura como el lugar del Otro, distinguiendo tres vertientes: la del Otro del significante, la del Otro del deseo y la del Otro del goce. Esas tres vertientes son la traducción psicoanalítica de lo instituido, de aquello que está «ya allí» como *a priori* a la vida de todo ser humano. La constitución subjetiva es consecuencia de la institución de la dimensión del sujeto del inconsciente en la realidad material del individuo. Esa realidad material no es otra cosa que el cuerpo. Ese cuerpo sobre el cual germina la erogeneidad, núcleo libidinal del sujeto; pero ¿qué relación tiene esto con lo instituido? Que la erogeneidad solo germina si hay algo del orden del encuentro con el Otro, en sus tres vertientes. Ya lo decía Freud en sus «Tres ensayos», cuando señalaba que eran los cuidados del otro sobre el cuerpo del bebé los que despertaban la actividad autoerótica, la que empujaba la generación de circuitos de repetición en la búsqueda de satisfacción pulsional. Estas experiencias de satisfacción dejarán huellas psíquicas, representaciones aún desorganizadas, que luego del proceso identificatorio del Edipo constituirán al aparato psíquico y sus instancias. El Otro del lenguaje es la dimensión de lo instituido en el orden de la representación, del significante, por lo que será en las contingencias de los significantes disponibles en donde la libido proveniente del autoerotismo encontrará los referentes identificatorios para su tramitación, regulación y organización. El Otro

del deseo es el motor del desarrollo psíquico del sujeto en el viviente, ya que es este deseo el que lo interrogará más allá de las necesidades, abriendo la dimensión del sujeto. El goce del Otro es la satisfacción libidinal autoerótica que el Otro obtiene con el infante como objeto; es esta una satisfacción en disyunción con el deseo y que luego de la constitución psíquica ha de quedar velada por el fantasma inconsciente. Es lo que en el desarrollo psíquico puede ser comparado con la necesidad lógica de la exclusión de lo instituyente, con la excepción para que algo se instituya. A modo de ejemplo clínico, observamos lo acontecido con sujetos que han sido objeto de «abusos», ya que se han encontrado con aquello que precisamente debería estar excluido de la relación con el Otro, el goce del Otro. Habiendo ubicado estas tres versiones del Otro, ¿cómo se produce la articulación con el viviente para la constitución subjetiva? Lacan teorizó distintos operadores: el estadio del espejo, la metáfora paterna, alienación y separación, la sexuación y el anudamiento borromeo. En todas ellas lo que está en juego es que el Otro de lo instituido fomenta una operación de limitación, de regulación o de renuncia al orden de la satisfacción libidinal, al orden del goce. Defensa y represión son movimientos que posibilitan la articulación del goce y la representación, dando como resultado la institución del sujeto del inconsciente en la realidad material del individuo. El sujeto del inconsciente es precisamente el resultado del fracaso del orden instituido en la regulación de la satisfacción; ese fracaso deja siempre un resto, un exceso ingobernable de goce; es el objeto *a* de Lacan, es esa insistencia libidinal que cobra forma en el retorno sintomático que comanda el malestar del hombre civilizado. Es el fundamento de la singularidad. El sujeto del inconsciente se funda en la diferencia absoluta del individuo, respecto a la identidad identificatoria con la que se incluye en lo «particular» de su participación institucional.

Desde esta concepción, podemos repensar los fracasos en la gubernamentalización de los individuos por parte de las instituciones. Tomemos el plan AUGGE-GES en el área de la salud mental. Por ejemplo, el intento de regular institucionalmente la práctica psicoterapéutica por parte de las Isapres, hace que los usuarios, en lo que tienen de ciudadanos, puedan optar a comprar «paquetes» de atenciones; sin embargo, dicho paquete incluye al profesional con el que tratarse ¿Qué ocurre si al paciente en cuestión no se siente a gusto con el médico o terapeuta? Es lamentable, pero ya pagó. O bien, si quiero que el Estado me atienda por depresión, este lo hará y gratis, pero a condición de que me atienda con los profesionales del Estado, no puedo elegir. Esta situación grafica notablemente los problemas aquí tratados, ya que el GES es justamente el sacrificio de la «libre elección»³⁷ en nombre la universalidad de la prestación: «se los atiende a todos, pero no pueden elegir».

Sabemos que las condiciones mismas de la vida y la subjetividad humana es insistir con el retorno sintomático de la singularidad, con lo que el goce tiene de ingobernable. Queda a los psicoanalistas estar dispuestos a escuchar las formas en

que cada momento histórico, cada sociedad, produce su formas de ingobernabilidad, sus retornos del goce, para instalar en la ciudad espacios donde la singularidad pueda apropiarse de aquel imposible, de aquel resto y exceso que resulta de la inclusión de cada uno y uno por uno, en el tejido social.

BIBLIOGRAFÍA

- Lourau, R: *El análisis institucional*. Ed. Amorrortu. Primera edición. Buenos Aires. 1975.
 - Supiot, A: *Homo juridicus: Ensayo sobre la función antropológica del derecho*. Ed. Siglo Veintiuno. Primera edición. Buenos Aires. 2007.
- [37](#) «Sistema de libre elección» es el nombre que recibía en funcionamiento de FONASA antes de la implementación del plan AUGE, aludiendo a la posibilidad de los beneficiarios de elegir al profesional con que tratarse de una lista de profesionales que habían elegido inscribirse como prestadores en el dispositivo.

LA REFORMA A LA SALUD: UNA PROBLEMATIZACIÓN PSICOANALÍTICA

Este texto fue presentado en las Primeras Jornadas de la Asociación Lacaniana de Psicoanálisis de Chile (ALP-Ch) cuyo tema fue «La práctica psicoanalítica y las problemáticas clínicas del sufrimiento actual», realizadas los días 5 y 6 de noviembre de 2010 en Santiago de Chile. El texto se presentó en la mesa del día viernes 5 y llevó por título «Políticas públicas y psicoanálisis».

En los últimos años se ha venido implementando una reforma a la salud que transforma radicalmente el contexto del ejercicio de la clínica «psi». La reforma a la salud implementada a través de sistema GES atraviesa el sector público y privado, por supuesto con las diferencias que cada cual implica. La pregunta que me planteo es: ¿Cómo afecta, perturba, tensiona esta reforma a la posición del analista? En primer lugar, caracterizaré la reforma señalando que su espíritu central es la consideración de la salud como un derecho humano. Al definir, por la ley, la salud como un derecho humano, asistimos a la cristalización de un ideal de salud que será puesto en función a través de una serie de garantías explícitas en salud que la nueva ley viene asegurar. Estas garantías aseguran al ciudadano acceso, oportunidad, financiamiento y calidad a las prestaciones necesarias para un conjunto de enfermedades. Dentro del conjunto de enfermedades se encuentran la depresión y el primer brote de esquizofrenia³⁸. En consecuencia, a quienes se encuentran deprimidos el Estado de Chile les asegura que serán atendidos de manera gratuita, rápida, igualitaria y eficientemente, porque ello hoy es un derecho. Este espíritu se ha visto acompañado por una transformación en la administración y financiamiento de las instituciones de salud, tendiendo a implementar en el sistema público una lógica liberal que resumiría en las frases «prestación hecha prestación pagada» o «pago por prestación». En consecuencia, las instituciones de salud pública y privada no tienen su presupuesto asegurado, recibiendo financiamiento de acuerdo con su rendimiento en la atención a patologías garantizadas por ley. Tenemos un incentivo económico al diagnóstico de las enfermedades incluidas dentro de la ley. Se materializa así una profunda contradicción de los gobiernos de la Concertación, a saber, implementar una política de seguridad social con un modelo de financiamiento neoliberal que a fin de cuentas persigue en el horizonte evitar y eludir la pérdida económica, el gasto, ya que el mandato superyoico es la eficacia y eficiencia. En consecuencia, las depresiones las pagan, pero bajo ciertos estándares. Actualmente, doce sesiones según las canastas del Ministerio. Pero esto no es todo, ya que la reforma trae aparejada la creación de

una serie de nuevos estratos de realidad como son los nuevos marcos legales (leyes y decretos), las nuevas instituciones (Superintendencia de Salud y agencias acreditadoras), los nuevos procesos (acreditación), los nuevos dispositivos (registro nacional de profesionales), nuevas reglas y nuevos actores político-administrativos (expertos, supervisores, acreditados). En este nuevo contexto que se organiza bajo una lógica del «para todo», es decir un universal-particular, el psicoanalista puede encontrar su lugar en las instituciones públicas y privadas en las que se encuentra inserto. ¿Cómo circunscribimos la posición del analista y su orientación ya sea en relación con el paciente, la burocracia administrativa, los profesionales médicos y psicólogos entre otros? En primer lugar, podemos intentar precisar la posición del analista señalando que no es ni la del ideal del yo ni la del objeto de goce. El analista no es vehículo de ideales en la cura; por el contrario, esperamos de él una conmoción de las identificaciones del sujeto en relación con los ideales que provienen del Otro, tal como lo señala Lacan al final del Seminario XI. Respecto al lugar del objeto, podemos precisar que si bien la orientación es a ser semblante del objeto, se esperaría que el analista al no realizar la satisfacción objetual posibilitase la separación del objeto y de la identificación. En síntesis, la posición del analista se orienta a producir, en el caso de la dirección de la cura de la neurosis, un desmontaje de la articulación sintomática del significante y el goce. En otros casos y en la práctica institucional, evidentemente no se trata de la dirección de la cura en los mismos términos, pero sí del mismo problema; a saber, el imposible encuentro absoluto entre significante y goce que recibe también el nombre «no hay relación sexual». En términos de Freud diría que la libido no puede articularse en su totalidad con los representantes de la representación. La posición del analista entonces se orienta siempre por esa hiancia entre significante y goce. Pero en esa hiancia tenemos un producto fundamental: el síntoma como función. El síntoma en tanto solución de anudamiento permite el empalme de lo real y lo simbólico, transformándose así en la ley singular que regula el goce del sujeto. La posición del analista se orienta a conmover esa ley del síntoma que provoca malestar. Las nuevas solicitudes terapéutico-administrativas que ha impuesto la reforma no consideran el problema del goce y su singularidad (no tendrían porqué hacerlo, señalo aquí una contingencia), ya que a través de las guías clínicas y protocolos proponen un tratamiento universal y estándar para todos los diagnosticados, suponiendo que el malestar «psi» puede ser equivalente a la patología médica biológica, objetiva y realista. El panorama no es crítico, ya que si bien se podría suponer que no es este el mejor lugar para el psicoanálisis, no ha tardado en manifestarse el fracaso de una política de la vida como la de la reforma. El fracaso se manifiesta a través del retorno de la elección de goce, como consecuencia de su rechazo. Por supuesto que en ocasiones esos retornos son profundamente dolorosos. Por ejemplo, los trastornos metabólicos asociados a los hábitos nocivos perturban notablemente la planificación de los problemas en salud, ya que si el control de la

diabetes tiene atención asegurada, el problema ahora es que se trata de enfermedades como esta, que se generan precisamente por las costumbres, los modos de vida, los modos de goce de los sujetos. En el contexto «psi» el retorno se produce por la «personalidad» que termina siendo el recurso explicativo al fracaso farmacológico en los tratamientos de depresión. El sujeto y su elección de goce pueden ser rechazados, pero retornan y los analistas debemos estar atentos a dicho retorno y ofrecer una respuesta posible, pero nunca ceder a la exclusión fálica con la consecuente degradación del Otro. Por ejemplo, requerimos de una política no disyuntiva con la psiquiatría; no se trata de los psicofármacos o el análisis, sino de los psicofármacos y el psicoanálisis, ya que de elegir la primera posición estaríamos proponiendo una sustitución de uno por otro. Ello sería ciertamente ubicarnos del lado del ideal y competir y probablemente terminar excluyéndonos. No es lo mismo rebatir que agregar un comentario. Así a la biopolítica de la estadística los psicoanalistas podemos agregar nuestros significantes a condición de que entendamos que no se trata de reemplazar los discursos existentes, ya que si lo hiciéramos, estaríamos vociferando modos de vida ideales según nuestra teoría. El analista opositor meramente identificado con un Lacan expulsado, o bien vocifera desde el ideal o se ofrece como objeto rechazado del Otro. Esa no es nuestra orientación, esta mesa da cuenta de ello. Por el contrario, se trata de apuntar a producir la barradura en el campo del Otro, pero no para denunciar su impotencia o hacer existir una demanda a la que responder de modo afanoso y obsesivo, sino para en esa falta, esa hiancia, pueda servir de contingencia y posibilidad a la elaboración por parte de un *parletre* de un saber sobre la repetición y el goce. Quisiera finalizar recordando una observación que escuche a Eric Laurent hace algunos años en las jornadas de la EOL. Le preguntaron acerca de qué íbamos a hacer con la arremetida de los DSM y cómo iba a haber lugar para nosotros en un contexto así. Lo que Laurent respondió es para mí una orientación precisa: tendrán que haber lacanianos construyendo el DSM V. Se trata entonces de saber-hacer con lo Otro en tanto contingencia; esa puede ser también otra forma del deseo del analista.

³⁸ Actualmente el GES ha incluido otras enfermedades del ámbito de la salud mental. El consumo de alcohol en menores de 15 años y el trastorno bipolar.

PRINCIPIOS DEMOCRÁTICOS DE IGUALDAD Y LIBERTAD EN LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN CHILE

Este trabajo fue presentado el 27 de julio de 2013 en el XXII Coloquio Seminario del Campo Freudiano que llevó por título «Posición del analista y singularidad en la época del «para todos»», organizado por la Asociación Lacaniana de Psicoanálisis de Chile (ALP-Ch).

Mi intención en el presente trabajo es plantear y presentar un problema y sus posibles consecuencias. Se trata de problematizar ciertos aspectos de la implementación de políticas públicas de salud en relación con sus consecuencias para la práctica clínica, por supuesto desde la perspectiva psicoanalítica. Dicha problematización la centraré en las tensiones que surjan como consecuencia de la reforma a la salud y del GES en función de los principios democráticos de la igualdad y la libertad.

En primer lugar, es necesario obtener una visión general y organizadora del tema de la salud, para luego centrarnos en el punto específico que señalo.

En grandes líneas, puede decirse que el tema de la salud mental en Chile se organiza desde tres grandes líneas:

1. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000.
2. Los procesos de psicopatologización como consecuencia de las políticas de protección social.
3. La Reforma a la salud con la institución de las Garantías Explícitas en Salud del año 2005.

1. El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria

Se trató de una iniciativa elaborada a finales de los años noventa, cuyo objetivo principal era instalar un trabajo en RED que articulara los distintos niveles del sistema de salud: la atención primaria, los hospitales de atención secundaria y sus centros de especialidades, los hospitales psiquiátricos y organizaciones sociales y no gubernamentales con el fin de coordinar las atenciones en el ámbito de la salud mental. Posee un declarado espíritu comunitario que se expresa en una confianza irrestricta en la posibilidad de despsiquiatrización; de hecho, el plan establece claramente que no se crearán más hospitales psiquiátricos. Dicha confianza manifestada en el énfasis marcado en los trastornos psiquiátricos severos, declara igualmente la existencia de otras áreas prioritarias como eran la promoción en salud mental, la violencia y el maltrato, la depresión, las demencias, la hiperactividad y el

abuso y la dependencia de alcohol y drogas. Toda la lógica del plan recaía en el denominado Equipo de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, perteneciente a la atención secundaria y desde el cual se esperaba que se coordinasen técnicamente las acciones vía actividades de consultoría en salud mental. Este plan se vio bruscamente interferido con la aparición de la reforma a la salud y del GES. Dos deficiencias fundamentales poseía el plan. En primer lugar, el hecho de no tener el carácter de ley impedía que actuara de manera enérgica sobre los equipos de salud, los que además debían alinearse con los planteamientos del mismo, lo que siempre quedó sometido a la «medida de lo posible». En segundo lugar, la ausencia de un financiamiento sistemático y planificado, lo que se tradujo prontamente en que la creación de dispositivos absolutamente necesarios para su ejecución, como hospitales de día, centros diurnos de rehabilitación, clubes sociales u hogares protegidos, dependiese de la gestión de proyectos de organizaciones e instituciones no estatales como ONG o fundaciones.

2. Las políticas de protección social y la psicologización de la seguridad social

La segunda observación es lo que denominaría la paulatina psicologización como consecuencia de las políticas de protección social de los últimos veinte años. Dicho proceso se ha manifestado de diversas formas, como por ejemplo, reformas legales, creación e implementación de programas sociales, redefinición de prioridades en salud, nuevas estrategias de seguridad social, etc.

Si bien la protección social, con la llegada de la democracia, se orienta a los grupos más pobres del país, paulatinamente se irá extendiendo desde el enfoque de los derechos humanos a otros sectores de la población. Este proceso de extensión de la protección social, desde el enfoque de derecho, se sostiene en el principio de equidad que persigue la igualdad de derechos para todos los chilenos. Así es como un gran número de coberturas y prestaciones se expanden a diversos sectores sociales con el fin de garantizar la equidad, es decir, superar las desigualdades injustas.

En este contexto es que podemos indicar iniciativas que incluyen la participación de profesionales psicólogos como parte de sus coberturas y servicios. Podemos identificar la reforma educacional y la ley de integración de niños con necesidades especiales, que exigen por ley la participación de un psicólogo en el equipo. La creación de los tribunales de familia que ha llevado a la célebre instancia de la «psicoterapia como condena», resultado del dictamen de un juez en casos de violencia intrafamiliar.

Las políticas de protección de la infancia que en sus numerosos dispositivos y programas incluyen psicólogos como «reparadores» de daños, evaluadores de habilidades parentales, evaluadores periciales de hechos delictuales, etc. Es decir, la

protección de la infancia se ha psicologizado profundamente, transformándose más que en una responsabilidad política del Estado en un hecho técnico-profesional.

Continuamos con la Ley de Responsabilidad Juvenil que ha introducido en el contexto del delito la noción de «rehabilitación» articulada a acciones de tipo psicosocial, suspendiendo la operación de la ley en nombre de la necesaria reparación de vulneraciones de derecho que se transforman en atenuantes psicológicas del acto delictivo.

Sin duda que podríamos continuar designando ejemplos de este proceso social en el que la psicologización y la psicopatologización reorganizan los lazos sociales en nombre de la igualdad de derechos.

Este contexto no es menor a la hora de considerar el ámbito de la salud mental en Chile, ya que se trata de un rol del profesional «psi» inspirado por el ideal de la igualdad de derechos. Ello se traduce, en el ejercicio de una práctica, en una demanda explícita o implícita que define las condiciones de posibilidad de los profesionales.

3. El GES, el derecho a la igualdad y sus restos

Sin lugar a dudas, la implementación de la reforma y el GES constituyen una de las grandes revoluciones de los últimos años en materia de salud pública y seguridad social en Chile. Ello no resiste análisis por más críticos que podamos ser. Pese a los enormes beneficios que ha traído, en materia de enfermedades médicas, no podemos dejar de instalar una discusión necesaria en materia de patologías de salud mental. Se trata de una discusión necesaria fundamentalmente porque es absolutamente discutible la supuesta equivalencia entre enfermedades médicas y trastornos mentales; junto a ello, es también cuestionable el empeño en la estandarización y burocratización de los tratamientos, que si bien es absolutamente viable y necesario en medicina, es poco probable su efectividad en ámbitos como la depresión, la bipolaridad, la esquizofrenia y mucho menos en las adicciones. Esto por el evidente componente no orgánico que las constituyen.

¿Qué es el GES? El GES significa Garantías Explícitas en Salud, lo que equivale a asegurar la atención y la cobertura financiera de un grupo de ochenta patologías definidas como prioridades por el Estado. Esta garantía se establece por decreto de ley garantizando el acceso, la oportunidad, el financiamiento y la calidad de las prestaciones para el grupo de patologías establecidas. Así, cada patología cuenta con una «canasta» que incluye las prestaciones que la ley garantiza. Por ejemplo (recordemos que las patologías de salud mental incluidas son esquizofrenia, depresión, bipolaridad y consumo de alcohol en menores de 15 años) la canasta de un episodio depresivo grave incluye un número de doce sesiones de psicoterapia; la canasta del episodio depresivo moderado incluye 6; la canasta de trastorno bipolar no incluye la cobertura de hospitalización ni para un episodio depresivo ni para uno

maniaco; en cambio, sí cubre de por vida los medicamentos, ya que se considera un trastorno crónico. Estas condiciones se traducen, por ejemplo, en que la persona que pose un diagnóstico de depresión severa tendrá derecho solo a doce atenciones de psicoterapia. Sin duda esto es muchísimo mejor que nada.

Ahora bien, el punto de interés es señalar cómo es que esta instalación de una garantía de atención bajo el enfoque del derecho igualitario, es decir del «para todos», propio del espíritu democrático, lleva en sí mismo una contradicción interna cuyas consecuencias están por verse. La contradicción a la que aludo es la restricción de la libertad de elección de quien ejerce su derecho. Ganar un derecho universal tiene el precio de la libertad individual. Libertad e igualdad dejan de ser una pareja fraterna. En términos prácticos, esto significa que si una persona es diagnosticada con depresión y pertenece al seguro de salud estatal, es decir FONASA, entonces tiene la atención de su patología garantizada siempre y cuando se atienda en el sistema público de salud. Igualmente, una persona con el mismo diagnóstico, pero que pertenece al sistema privado, debe atenderse con lo que se denomina el «prestador institucional» con el que su ISAPRE tiene convenio. Es decir, que en el contexto GES, lo que antiguamente se denominaba «libre elección» –consistente en que una persona podía elegir atenderse con cualquier profesional de los dispuestos a atender por el seguro en cuestión– queda desechado. Más aún, un clínico para poder atender una patología GES debe estar asociado a alguna institución pública o privada, ya que la ley establece que las garantías solo operan con relación a instituciones. Así se deja entrever una cierta incompatibilidad entre la igualdad, entendida como derecho soberano «para todos», y la libertad como derecho individual.

Esta incompatibilidad entre el igualitarismo equitativo y el liberalismo fomenta la convivencia institucional de dos lógicas, en ocasiones contradictorias, cuya coexistencia condiciona la práctica clínica, ya que establece plazos, regula ingresos a la atención, sanciona altas administrativas, etc.

Un ejemplo concreto. Hace un par de semana una paciente se me acerca, en la institución que trabajo, y me dice que no podrá seguir asistiendo ya que su Isapre no emitirá más bonos de atención. La razón es que el 1 de julio del 2013 entró en vigencia el nuevo decreto de ley GES, en el que se modificaron las canastas. La paciente posee el diagnóstico de depresión severa en su segundo año y con este nuevo decreto la prestación «psicoterapia» ha sido retirada de la «canasta», es decir, esos pacientes con un diagnóstico como ese ya no tienen «derecho» a psicoterapia; en consecuencia, hay que impulsar el alta. Así el «derecho» a psicoterapia será reservado para las depresiones en su primer año. Ciertamente este es un proceso aún en curso y las cosas pueden cambiar; flexibilizares en el camino ya que estas circunstancias suelen calibrarse a medida que se van implementando. Aclaro que no se trata de una medida de la institución, ni siquiera de de la Isapre, sino más bien es una circunstancia motivada por la ley que determina las condiciones del derecho a la

atención.

¿Cuál es nuestro interés como psicoanalistas tanto a nivel clínico como a nivel de las consecuencias que esta tensión entre igualdad y libertad tienen en el lazo social?

4. Consecuencias

Evidentemente, un análisis crítico de esta situación excede las posibilidades de esta instancia; pese a ello, hay algunas ideas que quisiera mencionar.

En primer lugar, mencionaría que todo «para todo» tiene su resto, su desecho. El «todismo» igualitario no puede evitar generar sus propias condiciones de exclusión, de segregación y marginación. El contraste entre la garantía de atención y el radical desamparo en el que quedan quienes no cumplen con los requisitos para «tener derecho», reproduce la desigualdad que se pretendía superar. Resulta a todas luces contradictorio por estructura; sin embargo, es un saldo inevitable, ya que el anhelo de justicia social se ve profundamente resignificado como injusticia a nivel de la singularidad de quien «sobra» por no cumplir con las condiciones necesarias para tener derecho. Seguramente la expresión «peor es nada» puede ser un consuelo necesario, pero no suficiente. Será necesario atender a las consecuencias de la exclusión, cuyo destino es siempre retornar bajo diversas formas.

En segundo lugar, quisiera referirme a la posición del analista en contextos clínico-institucionales como el que he descrito. No considero que la posición analítica deba ser la de la autoexclusión que afirma que bajo esas condiciones no hay lugar para el psicoanálisis. Por el contrario, pienso que en contextos como este estamos incluso empujados a radicalizar nuestra posición, no para «enfrentarnos al sistema», sino para señalar con nuestra interpretación que más allá de todo igualitarismo garantista, de toda ilusión de libertad, de toda guía clínica, hay el goce. Reprimido, retornado, enlazado, deslocalizado, sintomatizado, etc. No hay política pública que incluya el problema del goce, no estoy seguro aún si es por una incompatibilidad estructural de ambas, pero sí que es precisamente dicha exclusión la que condiciona el fracaso o el éxito parcial de las políticas públicas.

La posición analítica entonces supone que en el seno de una política pública, como sería atender pacientes en el contexto del GES, se puede dar lugar al goce singular y a la elaboración de saber que resulte de la interpretación. Se trata de restituir, en el acto analítico mismo, la dimensión de la elección forzada que no tiene nada que ver con la «libre elección del liberalismo». La elección forzada, en el contexto del derecho «para todos», permite reinstituir la dimensión de la pérdida de goce, restituyendo así la dimensión singular del sujeto. «La bolsa o la vida», como Lacan formuló la elección forzada, muestra que si se elige no perder la bolsa el ladrón puede quitar la vida y la bolsa, pero si se elige entregar la bolsa se puede conservar la vida. Así la elección forzada restituye la lógica del intercambio, articulando pérdida y ganancia:

solo se gana si se pierde. Los analistas, en el contexto del «derecho igualitario» podemos hacer valer la diferencia, ofreciendo a los pacientes algunos encuentros en los que perder un goce y ganar saber, un saber-hacer.

Para ello, vale matizar el «para todos», de este igualitarismo garantista, con un «para todos... los que quieran». De esta forma puede llegar a restituirse, en la clínica en contextos de salud pública, la condición del sujeto que puede llegar a ser rechazada cuando los ideales de igualdad se traducen en garantías, guías clínicas, protocolos y algoritmos, reduciendo el malestar clínico a una condición biomédica. La posición del analista reclama el consentimiento y la responsabilidad en la elección de goce del sujeto que subyace a todo «para todos».

LA INVERSIÓN DE LA DEMANDA Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN CHILE

Este texto fue presentado en las Segundas Jornadas de la Asociación Lacaniana de Psicoanálisis de Chile (ALP-Ch) cuyo tema fue «Amor y goce en la clínica psicoanalítica», realizadas los días 18 y 19 de noviembre de 2011 en Santiago de Chile. El texto se presentó en la mesa del día viernes 18, y llevó por título «Transformaciones de lo simbólico y el lazo social en Chile contemporáneo».

Quisiera proponerles una reflexión acerca de un fenómeno que considero una consecuencia de las políticas de protección y justicia social, y que opera como contingencia al ejercicio del clínico.

El fenómeno lo he denominado *la inversión de la demanda* y para describirlo diría que desde hace unos 10 años constatamos que en los servicios, dispositivos, instituciones, programas, proyectos propios del sector público en los que se encuentra inserto algún clínico, psicoanalista o psicólogo, este ya no debe responder solo a la demanda de ayuda de un paciente o usuario, sino que debe en ocasiones instalar una demanda desde la contingencia institucional hacia la persona o, bien, arreglárselas con la demanda que la institución le dirige para intervenir con quien ha sido designado como potencial objeto de ayuda. Si la demanda es una petición, clásicamente una «petición de ayuda» a la que los clínicos nos veíamos enfrentados y podíamos responder de diversas formas, la *inversión de la demanda* es algo así como «pedir que pidan ayuda» y hacer existir la demanda no como resultado de la división subjetiva, sino como respuesta a la demanda misma del Otro ideológico e institucional. Paso a enumerar varios ejemplos de nuestra realidad. Los jueces no solo le piden, sino que condenan a la gente a ir a tratamiento psicológico. En el programa Chile Crece Contigo las enfermeras envían a las mujeres embarazadas al psicólogo si estas consideran que la madre podría estar deprimida o presentar un potencial «trastorno del vínculo». Las mujeres víctimas de VIF son atendidas por duplas psicosociales, pretendiendo el «empoderamiento». Aclaro que no es que piense que una madre deprimida no requiera ni tenga derecho a la atención, al igual que un hombre o una mujer maltratada; solo me interesa precisar las posibles implicancias clínicas de la inversión de la demanda. Sé que podríamos continuar enumerando ejemplos, pero quisiera antes de señalar algunos desafíos clínicos y comentarles algunas de las circunstancias ideológico-políticas nacionales que creo contribuyen a esta inversión de la demanda.

La justicia social se define como el anhelo de reducir la tensión fundamental que

existe en las sociedades democráticas entre la afirmación de la igualdad de todos los individuos y las inequidades sociales nacidas de los intereses en conflicto de cada uno de los individuos participantes de la sociedad democrática. Las democracias occidentales nacen «en falta», sobre el telón del fondo de una profunda desigualdad social, pero con el imperativo categórico de utilizar las herramientas soberanas y democráticas del «para todos» a fin de contribuir al menos a la disminución de dichas desigualdades. Con tal propósito nacen las políticas de protección social como una suerte de medida compensatoria de parte del Estado, es decir de «todos» los chilenos, con aquellos que por el azar contingente nacen en condiciones de vulnerabilidad. Chile Solidario, Programa Puente, Chile Crece Contigo, FONADIS, CONACE, SERNAME, SENAME, la reforma educacional, la reforma a la salud, la reforma penal, entre otros, son leyes, instituciones, programas e iniciativas profesionales que se inspiran todos ellos en mejorar las condiciones de *igualdad*. Igualdad que es a fin de cuenta la verdad fundamental sostenida por el discurso democrático. Es en nombre de la igualdad anhelada que todas las políticas de protección social se implementan, incluyendo en muchos casos a profesionales del área clínica.

La inversión de la demanda está inspirada, en último termino, en el ideal democrático de la igualdad. No se trata de condenar a la democracia, sino de observar cómo cuando un modelo político avanza y despliega, se producen efectos que pueden llegar a ser contradictorios con el espíritu mismo del sistema, llegando por ejemplo a negar aquello que precisamente lo funda. En el caso de la democracia se trata de la libertad, la libertad de elegir. Les doy un ejemplo: la reforma a la salud y el GES pretenden asegurar y garantizar por fuerza de ley la atención de un grupo de patología por parte de Fonasa o las Isapres, es decir, asegura el «para todos» hay atención. Sin embargo, se paga el costo del modelo de libre elección, o sea, para que me paguen mi patología GES no puedo elegir con que profesional me atiende. Si usted tiene depresión y paga la Isapre, lo atendemos muy barato, pero no piense en elegir con quien atenderse. Si tiene depresión y está en Fonasa, entonces lo atendemos prácticamente gratis pero tampoco pretenda elegir, lo atendemos en el sector público. La elección es el precio del «para todos». Conceptos como el de *empoderamiento* persiguen precisamente que los sujetos hagan uso de sus derechos. Durante los años noventa asistimos a una reforma educacional cuya enunciación era «todos al colegio»; hoy si los padres no envían a los niños al colegio son negligentes, y los niños están obligados por ley a asistir a este; si los papas no los llevan, los lleva el SENAME. Dejo hasta acá el panorama político para abordar las implicancias técnicas de la posición del analista en algunos contextos.

En síntesis, la inversión de la demanda en el contexto clínico nos plantea a los analistas el desafío de enfrentarnos a dos circunstancias: 1. Sujetos sin demanda y sin el efecto de división subjetiva que el sufrimiento psíquico supone. 2. Un Otro institucional que nos demanda y les demanda a las personas que demanden. Se trata

de Otro que pide que pidan.

Me pregunto: ¿qué posición para el analista? Y no digo para el psicoanálisis, sino para el psicoanalista que evidentemente no es lo mismo. Con ello pongo énfasis en la necesidad de que los psicoanalistas y sus procesos permanentes de formación hagan la experiencia y hablen de dicha experiencia con sus pares. Ello permitirá elevar la experiencia del caso a caso al caso paradigmático y de esa forma construir un saber que nos oriente.

Entonces, ¿cómo conducirse ante la ausencia de división subjetiva? Conocemos la indicación clínica de no responder a la demanda, pero ¿si no hay demanda, que hacemos? En el texto « *Dirección de la cura...* » Lacan decía que él con oferta creaba demanda «*He logrado en suma lo que en el comercio ordinario quisieran poder realizar tan fácilmente: con oferta, he creado demanda*». ³⁹

Propongo entonces que el analista enfrentado a un sujeto sin demanda y a una institución que le demanda, puede operar con la dimensión de la oferta. La oferta es siempre un semblante de valor; quien ofrece supone una significación agalmática fuera del alcance de aquel a quien se le ofrece. Y entonces, ¿cuál es la oferta del analista? Vamos a un breve consejo técnico para la iniciación de los tratamientos. El analista ofrece una interpretación, una interpretación que en este caso no apunta a la causa de la división subjetiva, sino a la producción de la división subjetiva misma. Se trata de una interpretación que en primer lugar debe instituir al sujeto en tanto tal y que dice: «Hay un punto en usted que lo hace distinto a todos los demás». En este punto es que la interpretación no es democrática, porque en primer lugar persigue aislar el vacío en que se aloja la singularidad del sujeto y en segundo lugar, porque no apunta a la responsabilidad compartida sino a la no compartida. Esto es la responsabilidad subjetiva del goce inconsciente. Es precisamente esa dimensión que no entra nunca en el lazo institucional de los sujetos y que en el psicoanálisis hemos denominado de distintas formas: el fantasma, el objeto *a* y el síntoma son las nominaciones más comunes.

¿De qué se trata interpretar para producir la división subjetiva? La división subjetiva es la incertidumbre del sujeto asociada a su malestar y que se le presenta a sí mismo como algo cuyo origen es desconocido. Ofrecer una interpretación es, por ejemplo, preguntarle a una madre que lleva a su hijo a un consultorio derivado con un diagnóstico psiquiátrico: «Y usted, ¿qué piensa como mamá?». Ofrecer una interpretación es decirle a un sujeto diagnosticado con depresión: «¿Está usted de acuerdo con que tiene depresión? ¿Qué le parece?». Es decirle a un adolescente cuya madre se queja insistentemente de su comportamiento: «Parece que tu mamá espera otra cosa de ti, eso no debe ser fácil, ¿no?». Podría seguir con los ejemplos, pero creo haberme hecho entender. Ofrecer una interpretación es separar al sujeto de la identificación a un significante ideal, y no es lo mismo que ofrecer ayuda. La ayuda

carga con el yugo de la desigualdad, instalando de manera imperativa el ideal de la equidad. Ciertamente, hay desigualdades inaceptables y estas deben ser asumidas por la clase política, pero no podemos ceder a introducir en el espacio clínico el tratamiento de dicha desigualdad. No podemos ceder a disfrazar de clínica la responsabilidad de juez que acude a un diagnóstico psiquiátrico para desentenderse de la responsabilidad que le corresponde. No se puede disfrazar de clínica los interrogatorios a padres y a niños para comprobar la veracidad o no de una acusación ante un tribunal de familia. Podemos alojarnos en esas nuevas posibilidades de inserción institucional para que pese a todo el dolor que circunscribe a los problemas psicosociales en nuestro país, podamos contribuir, sin falsa modestia, con una interpretación que por interpelar al sujeto por la responsabilidad que le compete en el sufrimiento que lo apremia, le devuelva la libertad de elegir al menos, y no es poco, el modo de satisfacción con el que se articula a sus contingencias psicosociales.

Ante la inversión de la demanda, ¿por qué no?: la oferta de la interpretación.

³⁹ Lacan. J. (1984). La dirección de la cura y los principios de su poder, en *Escritos 2*. Decimoctava edición. Mexico. Editorial Siglo XXI. Página 597.

¿HACEMOS PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES?

Este texto fue presentado en las Terceras Jornadas de la Asociación Lacaniana de Psicoanálisis de Chile (ALP-Ch, cuyo tema fue «Entrevistas preliminares y la práctica analítica en instituciones», realizadas los días 26 y 27 de octubre de 2012 en Santiago de Chile. El texto se presentó en la mesa del día viernes 26 y llevó por título «Síntoma e institución: ¿Qué política para el psicoanálisis?».

Quisiera proponerles algunas reflexiones en torno a uno de los grandes problemas históricos de la práctica psicoanalítica. La distinción entre un psicoanálisis ejercido de manera autónoma en la consulta privada y un psicoanálisis practicado en alguna institución diferente. Esta oposición desde ya supone que la consulta privada de un analista no es una institución; pero la «consulta privada o particular» sí es una institución posibilitada por un modelo de sociedad mínimamente liberal.

Esta diferencia tuvo como consecuencia la producción de dos psicoanálisis bajo diversos modos de denominación: el psicoanálisis y la psicoterapia de orientación analítica, derivando a psicoterapia breve, por ejemplo. Esta última vendría a ser la modificación necesaria tanto del encuadre como de los instrumentos técnicos para que el tratamiento analítico se adapte a contextos institucionales.

La gran interrogante es si este «otro psicoanálisis» es o no es psicoanálisis. La distinción ha tenido que ver con elementos como duración de las sesiones, la cantidad de sesiones semanales, el tiempo de duración del tratamiento, el tipo de interpretación adecuada, uso o no uso del diván, etc. La diferencia se justificaría en una suerte de incompatibilidad entre el encuadre y la técnica propia de la consulta y las posibilidades y limitaciones que las instituciones ofrecerían a la práctica psicoanalítica tal como ella fue concebida por Freud. La distinción entre estos «dos psicoanálisis» radica fundamentalmente en la definición de lo analítico a partir del encuadre.

¿Cómo enfrentar entonces la cuestión de «lo psicoanalítico», más allá del encuadre y de la multiplicación de los psicoanálisis? Cito a Lacan: «Hace algún tiempo me tocó, irónicamente... definir un criterio de lo que es el psicoanálisis, o sea, el tratamiento dispensado por un psicoanalista».⁴⁰

Al destacar al analista y su formación, se traslada la discusión desde la pregunta sobre si «el psicoanálisis» es o no posible en las instituciones, a la pregunta acerca de qué prácticas clínicas pueden desarrollar los analistas en la diversidad de instituciones. Jacques Alain Miller en uno de los Boletines para los encuentros europeos de psicoanálisis señala que si se toma como referencia el encuadre, lo

analítico queda identificado a la práctica de la consulta privada. Señala además que los efectos analíticos dependen del discurso y de las coordenadas simbólicas instaladas por parte de un analista. Sería el analista quien instala lo analítico sin que ello dependa ni del emplazamiento de la consulta ni del tipo de paciente.

Miller define al analista como un objeto nómada y al psicoanálisis como una instalación móvil susceptible de desplazarse a distintos contextos. Es una orientación clave, pero si la aceptamos tiene como consecuencia hacerse cargo del psicoanalista, su formación y la verificación de esta.

A mi juicio, es absolutamente viable practicar el psicoanálisis en las instituciones, bajo la denominación que se quiera y más allá de cualquier dogmatismo no útil. El punto es verificar si hay psicoanalistas en las instituciones y cómo saben hacer con las contingencias institucionales. Eso hay que demostrarlo caso a caso, institución a institución y analista a analista.

¿Qué es el saber hacer con la institución? Es el resultado del encuentro de la institución, con sus fantasías, su discurso, sus ideales y sus personajes con la fantasía fundamental y los restos sintomáticos de quien soporta la función del analista. De ese encuentro dependerá la posibilidad de que el analista pueda proponerse en la posición de objeto nómada. Sin análisis personal, no hay saber hacer; sin análisis personal, el entrecruzamiento con la institución queda liberado a los avatares de la trama edípica condensada en la fantasía de quien practica el análisis sin un saldo de saber que le permita no actuar esa tendencia de goce singular que lo articula al Otro de la institución.

Quisiera citar a Mauricio Tarrab, quien en un testimonio del pase señala:

Para analizar hay que estar un poco desidentificado, y también un poco a distancia de los propios fantasmas... La formación analítica supone también reconocer y desprenderse un poco al menos de esas raíces del deseo del analista que se hunden en la neurosis de cada uno. Yo he dicho lo mío... ¿y ustedes, con que fantasmas analizan a sus pacientes?⁴¹.

En lo tocante a las instituciones, también corresponde analizar el aspecto neurótico con la que un analista se inserta en la institución.

No hay posición del analista sin posición analizante, porque tampoco hay definición teórica del deseo del analista. De ello depende en gran medida la respuesta a la pregunta de si practicamos o no psicoanálisis en una institución.

Para terminar, me referiré brevemente al Otro institucional.

El Otro institucional nos propondrá siempre alguna contingencia que al modo de un *partenaire* podrá llegar a aparejarse con el fantasma. Quisiera dejar enunciadas algunas de esas contingencias que se pueden constatar en la experiencia y con las que los analistas tendrán que inventar su saber hacer no sin su neurosis y mucho menos sin su análisis.

Algunas contingencias institucionales son:

1. El discurso del amo. El carácter irreflexivo de toda institucionalidad por sostenerse en el S1 del discurso del amo. Es la imagen del jefe quien encarna ese lugar del que debe asegurar que las cosas funcionen más cerca o más lejos de algún ideal, pero que funcionen. Ello puede perfectamente resonar en el lugar del superyó para cada practicante, encajando con su fantasma.
2. El pago. El psicoanálisis es un oficio laboral, muchos vivimos de él. Hay dos modalidades del pago institucional. Uno en el que el pago está asegurado aunque el paciente asista o no, y otro en el que se paga por paciente atendido. Aseguro que la posición subjetiva no es la misma frente a uno u otro. ¿Acaso en la consulta particular se alegran cuando falta un paciente como se lo hace en las instituciones públicas? ¿Acaso en la consulta particular los pacientes esperan la misma cantidad de tiempo para que los atiendan que en las instituciones públicas? Estoy seguro que no.
3. La demanda. Hay una clínica con demanda y una clínica sin demanda, al menos en los primeros encuentros con el paciente. La inversión de la demanda es una constante de muchas instituciones, ya sea por su alienación al ideal de la protección social o al ideal del consumo. En ambos casos, se trata tanto desde el discurso del amo, como del universitario o del capitalista, de taponar la división del sujeto entre significante y goce. La posición del analista resulta clave para extraer ese tapón, no ya como efecto del síntoma, sino como un efecto de los discursos institucionales. Es un momento de la cura en que hay que instalar la demanda para luego no responder a ella. Este momento implica muchas veces el no responder a la demanda institucional, lo que evidentemente tiene sus complejidades.
4. La administración. En las instituciones relacionadas con la salud convive el quehacer clínico con el administrativo. No se oponen ni se confunden. Los analistas debemos considerar que lo administrativo es muchas veces un Otro para nuestras curas, ni bueno ni malo, simplemente un Otro. Es una distinción necesaria a fin de no demandar a la burocracia administrativa una actitud analítica, ni mucho menos permitir que requerimientos administrativos se disfracen de clínicos. Es un desafío inventar formas de convivir con la administración como una presencia actual de un tercero en la experiencia analítica.

No son todas las contingencias institucionales, sí algunas con las que debemos saber hacer, no sin antes tener alguna idea de nuestra propia fantasía fundamental de la que no solo el deseo del analista extrajo su lugar, sino también la institucionalidad en la que practicamos nuestra experiencia clínica.

- ⁴⁰ Lacan, J. (1999). *Seminario XI Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Primera edición. Buenos Aires. Editorial Paidós. Página 11.
- ⁴¹ <http://www.wapol.org>. M. Tarrab, *Una piedra prehistórica y un vacío*.

REFLEXIONES SOBRE LA CULTURA DE LAS GARANTÍAS DE CALIDAD Y LOS DESAFÍOS PARA EL PSICOANÁLISIS

Este texto fue presentado en las Jornadas de Psicoanálisis que celebraban los 20 años del Ichpa (Sociedad Chilena de Psicoanálisis) los días 4 y 5 de diciembre de 2010. A dichas Jornadas el autor fue invitado en calidad de Presidente del Directorio Ejecutivo de la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos

Propongo una reflexión acerca de los desafíos para los psicoanalistas a partir de un aspecto de nuestra cultura que en los últimos 20 años se ha visto profundamente transformado y que se correlaciona, en parte, con las políticas de seguridad social que los gobiernos de la Concertación han implementado.

Definiría esta transformación como la paulatina instalación de una actitud tendiente a asegurar y garantizar la calidad de los productos y servicios que circulan en la sociedad.

Me refiero a que desde el retorno a la democracia se ha implementado en nuestra sociedad una intención por asegurar que los productos y servicios que tanto el sector privado como estatal entregan a los ciudadanos-consumidores, cumplan con estándares mínimos de calidad.

Esta transformación no ha sido sin una, también paulatina, transformación de la opinión pública, la que ha incorporado en su propia ideología la preocupación por la calidad, el aseguramiento, la garantía y la seguridad de que lo que se adquiere es «bueno».

Desde los años noventa hemos asistido en distintos sectores de la sociedad a tal transformación. Por ejemplo, nos acostumbramos a escuchar, durante los años 90, unas famosas normas iso 9000; después vinieron las 9001 y, supongo que así sucesivamente. También vimos aparecer figuras institucionales como las superintendencias de bancos e Isapres, todos ellos actores centrales de esta transformación cultural en diversos ámbitos de la sociedad.

En esta ocasión, haré referencia fundamentalmente a los sectores de la salud y la educación por ser las áreas principales con las que el psicoanálisis entra en tensión en el contexto de esta transformación.

Para dar una imagen panorámica de lo que entiendo por esta transformación, les presentaré una serie de estratos en la que esta se materializa. Paso a mencionarlas brevemente como una serie de *novedades*:

- Nuevos marcos legales

Por ejemplo, la Ley GES, que estableció garantías de atención en algunas enfermedades (para nuestro interés, depresión, primer brote de esquizofrenia). Esta ley luego de asegurar el acceso y la oportunidad universal, pasa a preocuparse por la calidad de las prestaciones que se entregan como consecuencia de la atención universal a la que la ley obliga. Es en esa línea que una serie de acontecimientos y movimientos se tienden a producir. Por ejemplo, la tendencia a estandarizar a través de guías clínica y protocolos de atención las prestaciones requeridas para cada patología. Otro ejemplo es la creación del Registro Nacional de Profesionales en el que se consigna la totalidad de profesionales especialistas debidamente acreditados. Un último ejemplo es la implementación de procesos masivos y generalizados de acreditación y certificación, tanto institucionales como profesionales.

- Nuevas instituciones

Como las superintendencia —de Isapres y de bancos por ejemplo—, y que recientemente hemos visto aparecer en el ámbito de la salud. Son instituciones encargadas de fiscalizar a las instituciones que desarrollan sus actividades en un determinado ámbito. Pero son también instituciones interconectadas con otras instituciones para cumplir su rol fiscalizador. Por ejemplo, la Superintendencia de Salud acredita las comisiones de acreditación con las que pueden acreditarse prestadores institucionales como los hospitales, clínicas y centros médicos públicos y privados. Se trata de un sistema interconectado con el fin de brindar seguridad.

- Nuevos procesos

Como los procesos de acreditación y certificación (algunos ya mencionados: las normas ISO 9000). En el sistema de educación asistimos a la explosión de las universidades privadas con su correspondiente proceso de certificación de autonomía y ahora de acreditación de calidad. Actualmente, podemos mencionar los procesos de acreditación de prestadores institucionales en el sector salud, así como también los procesos de acreditación de especialidades profesionales. No puedo dejar de mencionar los procesos de capacitación, enseñanza e instrucción que han pasado también a formar parte de este complejo ecosistema de la calidad

- Nuevos dispositivos

Como, por ejemplo, las comisiones: la CNAP, la CNAPC, las Comisiones de acreditación de especialidades médicas, etc. Comisiones de expertos que construyen nuevas reglas de comportamiento en las que las sociedades científicas cumplen un rol de autoridad destacado. Por ejemplo, para la construcción de la guía clínica de depresión del MINSAL fue invitada la Sociedad Chilena de Psicología Clínica en su calidad de sociedad científica, tal como lo especifica la ley, para contribuir en representación de la psicología clínica a dicha tarea. Este es

un punto importante, ya que los nuevos marcos legales abren espacios de participación a través de lo que se denomina *sociedades científicas*. Así, por ejemplo, las especialidades médicas se han reorganizado formando cada una su propia sociedad y agrupándose en una Asociación de Sociedades Científicas de Medicina (Asocimed). No estaría demás que nos preguntemos los psicoanalista acerca de cómo ocuparemos esos canales de participación.

- Nuevas políticas

Las nuevas políticas orientadas por la preocupación por la calidad las encontramos presente por ejemplo en las nuevas formas de financiamiento de la salud tanto en el sector privado como en el sector público. El financiamiento se amarra a la certificación como una forma de asegurar la calidad del servicio o producto ofrecido. Nuevas políticas de contratación de servicios profesionales, por ejemplo, profesionales acreditados debido a que este es un requisito para la posterior acreditación institucional, lo que se amarra nuevamente con las formas de financiamiento. Otro ejemplo son las políticas de financiamiento de parte del Estado y de los entes privados para la educación superior, entre cuyos criterios se encuentra también la acreditación de los programas de estudio.

- Nuevas reglas

Es en función de la calidad explícitamente certificada que se generan nuevos estándares de comportamiento que se traducen de manera operativa e instrumental en guías clínicas y protocolos de atención que objetivizan los pasos por seguir debidamente certificados. Otro ejemplo es la estandarización de los tiempos de duración de las sesiones y de las terapias. Les comento de la existencia de las canastas de prestaciones del Minsal en las que se especifica los tipos de prestación y sus cantidades asignadas a ciertas patologías. Les menciono que para la depresión se encuentran reglamentadas siete intervenciones de consulta psicológica, una de psicodiagnóstico y doce de psicoterapia. Para los trastornos de ansiedad ocho de consulta psicológica, una de psicodiagnóstico y doce de psicoterapia⁴². Estas cifras son importantes, ya que no se trata solo de aplicaciones al sistema público que cubre prácticamente al 80 % de la población, sino que paulatinamente comienzan a ser incluidas por las Isapres y los seguros de salud tanto a nivel de sus propios centros médicos como a los prestadores externos.

- Nuevos personajes

Nuevas personas encargadas de ejecutar las políticas de calidad, como por ejemplo el superintendente de bancos, de Isapres o de salud. Los por todos conocidos pares evaluadores, paladines fiscalizadores de la calidad universitaria. Todos, también, hemos asistido a la frecuente redada de buenos alumnos y ex alumnos cada vez que se acerca un nuevo proceso de acreditación. Los supervisores de Fonasa, autorizados a la revisión de fichas clínicas como forma de inspección de

cumplimiento de los protocolos y estándares (ejemplo, inspección de hospital). Finalmente, quisiera mencionar a los expertos, a los profesionales y especialistas con sus debidas certificaciones de calidad, lo que los transforma en prestadores privilegiados y autorizados de esta nueva forma de funcionamiento del sistema. A modo de anécdota les cuento que he visto avisos de ofertas laborales solicitando psicólogos con acreditaciones que... ¡¡¡no existen!!! Por ejemplo un psicólogo acreditado como especialista infanto-juvenil. ¿Qué muestra esto? Que precisamente estamos ante una cultura de la certificación de calidad en la que tal solicitud se naturaliza sin siquiera considerar si dichas acreditaciones existen en el país.

Espero haberles dado una visión panorámica de la situación. Antes de pasar a reflexionar acerca de cómo el psicoanalista participa de esta situación, quisiera simplemente hacer una última observación relativa a lo que pienso como la contracara de la garantía y la calidad, a saber, la *desconfianza generalizada*. Porque si debemos asegurar la calidad de los servicios es porque desconfiamos profundamente de los procedimientos anteriores. Voy al grano: si hay que certificar especialidades es porque existe una desconfianza estructural propia del modelo radicalmente neoliberal. Es decir, si tenemos que certificar a un hospital es porque creemos firmemente que el hospital puede no cumplir con lo que debe hacer profesional y moralmente. Si tenemos que certificar a un profesional, es porque desconfiamos profundamente de la formación que este recibió.

Esta desconfianza es propia de la incertidumbre del modelo económico y ha sido denominada por la sociología como *la sociedad del riesgo*. Pero no profundizaré más en ello. Se los menciono porque me parece extremadamente relevante observar la manera en que desconfiamos de nuestras propias instituciones.

Retomo el hecho de que considero que estamos frente a un cambio cultural debido que las personas han aprendido a pensar y actuar según estos mismos parámetros. Les doy un ejemplo: hace unas semanas recibo a una adolescente y a su madre, quien me señala que vienen de una terapia anterior con un neuropsicólogo que no fue de su agrado, ya que las sesiones duraban 25 minutos y ella tenía entendido que eso no correspondía. Como vemos, el sentido común ya ha adoptado la idea de duración de la sesión.

La preocupación por la calidad ha salido del anonimato, pasando a formar parte de nuestra cultura de consumo de manera decidida e inequívoca.

Voy ahora al psicoanálisis. ¿Cómo afecta esta transformación a los psicoanalistas? ¿Qué nuevos desafíos nos impone? ¿O podemos recluirnos en nuestros consultorios e instituciones y mirar con desdén estas preocupaciones poco profundas y utilitarias? Evidentemente, no creo en esta última posibilidad.

Diría que nos afecta desde dos direcciones, desde dos ángulos:

1 La salud. En el entendido de que el psicoanálisis es una práctica clínica, por lo

que se tensiona la práctica del psicoanálisis a partir de la preocupación por la calidad en salud.

2 La educación. En la medida en que se pone en el tapete el viejo problema de la formación del analista y sus relaciones con las certificaciones y acreditaciones de la capacidad profesional de prestar ciertos servicios. Es decir, la condición de experticia.

Propongo, entonces, a modo de planteamiento del problema, reflexionar acerca de las tensiones y desafíos tanto en salud como en educación que por el momento surgen del encuentro del psicoanálisis con la cultura de la garantía y la calidad.

En el contexto legal, los psicoanalistas se verán constreñidos a responder de acuerdo con las nuevas leyes. Por ejemplo, al tomar conocimiento de un delito o bien de la inminencia de este, la ley obliga a la denuncia, ya que en caso contrario nos transformamos en cómplices. Por ejemplo, en el caso de una violación o de tomar conocimiento de abusos sexuales que están ocurriendo durante el tratamiento, nuestra neutralidad y abstinencia transferencial se ve profundamente conmocionada por la necesidad de cumplir con los mandatos legales de la sociedad. Por otro lado, hemos de saber que nuestros analizantes o pacientes (me resistiré a llamarlos clientes) tendrán en algún momento el derecho legal de reclamar por la eficiencia de nuestros servicios clínicos; por ello es que nuestra preocupación por la discusión de la eficacia no puede desconocerse ni dejarse de lado. No es posible refugiarse en las cuatro paredes de nuestras consultas, es absolutamente necesario que demos a conocer lo que nuestros pacientes pueden obtener.

En el contexto institucional, resulta evidente el empuje a la creación de puntos de inserción universitaria de nuestras instancias de formación. Resulta imprescindible adherir a las certificaciones de calidad que se exigen actualmente. El analista anarquista, como ironizaba Lacan, hoy es cada vez menos posible. Pero no podemos olvidar que ellas no pueden resolver unos de los puntos trascendentales de nuestra formación: el análisis personal y didáctico. Por ello se hace necesario ser capaces de tener al costado del camino nuestras particularidades, en las que instancias como estas preservan algo de lo incommensurable de la experiencia psicoanalítica. Otro aspecto que es imposible que una formación universitaria cubra es la electividad de las transferencias, ya que la carrera académica es precisamente el antídoto de las transferencias. Pero no se trata de destacar las diferencias, eso ya se ha hecho durante muchos tiempo e incluso en exceso, sino de construir, desde las diferencias, los lugares posibles y comunes.

Respecto a los procesos de acreditación, ¿podrá el psicoanálisis, sus instituciones y su práctica, mantenerse fuera? Absolutamente no. El psicoanálisis no puede ser extraterritorial a la autoridad y la cultura; tampoco debe plegarse a ella de manera inconsciente; pero si es necesario arreglárselas con ella desde los problemas que son constituyentes de lo propiamente psicoanalítico. Efectivamente, hay parte de la

formación que es absolutamente acreditable y certificable, pero «no toda lo es». El análisis personal está en ese sector. Porque si bien podemos asegurar que alguien asiste a un análisis con cierta periodicidad, ¿qué nos asegura que alguien ha obtenido de este lo que se supone que debemos esperar de un análisis didáctico?

¿Qué ocurre con nuestra relación a las nuevas guías clínicas y protocolos? Más radical aún: ¿Qué vamos a hacer con el paciente que haciendo uso de todos los aportes que ha realizado a la Isapre nos solicite responder a su depresión en las 20 sesiones? Ciertamente, podemos renunciar y decir que el psicoanálisis es nuestro «rincón tranquilo» en el que la terciarización de la salud no meterá su mano jamás. Puede ser, pero, y en esto no me cabe la menor duda, una actitud así pone en inminente riesgo el futuro de nuestra práctica, no solo porque los potenciales pacientes que pueden renunciar a sus derechos en salud y costear de manera absolutamente particular sus tratamientos es cada vez menor, sino también porque con una actitud así el psicoanálisis se restaría como un oficio que puede brindar beneficios a distintos sectores sociales. Sería renunciar a la utilidad pública del psicoanálisis. Se vuelve imperativo reflexionar sobre estas condiciones de la práctica.

Pero también quisiera llamar la atención sobre que los psicoanalistas deberíamos estar interesados en participar de la construcción de protocolos y guías clínicas para poder incidir también en las políticas públicas. Sería fácil escandalizarse y preguntar en tono molesto por qué fue un psicólogo de corte más bien cognitivista, pero lo verdaderamente importante es preguntarnos por qué no estuvo un psicoanalista.

No voy a extenderme muchos más. Unas últimas reflexiones.

Los psicoanalistas no podrán sustraerse de la cultura de la garantía y la calidad, por lo que hay que enfrentar ese desafío de manera responsable y decidida. Pero ¿cómo hacerlo? Pienso que al menos dos vías se hacen necesarias. Por un lado, se requiere una reflexión interna de los psicoanalistas, con sus grupos, instituciones, disidencias y credos, y por qué no, «parroquias» como solemos decir, con el fin de unificar criterios mínimos que nos permitan tener una posición frente a estas cuestiones. Por otro lado, se requiere una participación ciudadana de los psicoanalistas, un compromiso con los debates públicos que le permitan a nuestra disciplina dialogar con otros actores políticos y culturales. Necesitamos estar en la próxima reforma o ajuste de reforma en el área de la salud. ¿Qué opinan los analistas de niños respecto al déficit atencional? ¿Tendrán algo que decir respecto a una posible universalización del tratamiento de ser este incluido en el GES? Nadie nos va a venir a buscar para participar.

Para finalizar, simplemente quisiera mencionar que tal vez frente a la cultura de la calidad son tiempos de pensar un psicoanálisis más ciudadano.

[42](#) En la actualidad estas canastas pueden hacer variado. Para mayor información se puede consultar el detalle de las prestaciones en la página web del MINSAL.

DESAFÍOS PARA SER PSICOTERAPEUTA EN TIEMPOS DE LA SALUD COMO DERECHO Y LA CULTURA DE LA CALIDAD

Este texto fue presentado en el 10^a Congreso Chileno de Psicoterapia realizado del 26 al 29 de agosto del 2010 en Viña del Mar, Chile. El texto fue presentado el día 26 en la mesa plenaria que llevaba por título «Convertirse en psicoterapeuta hoy». A dicho congreso el autor fue invitado en calidad de presidente del directorio ejecutivo de la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos.

Buenas tardes. En la siguiente presentación quisiera proponerles una reflexión en torno a lo que considero como una serie de transformaciones socioculturales que inciden directa o indirectamente en el ejercicio del psicoterapeuta, instalando nuevas perspectivas para la formación de estos. Estas transformaciones se han venido desarrollando a lo largo de los últimos 20 años, como consecuencias del desenvolvimiento de una política democrática de acceso a la salud y la educación. Es por ello que propongo hablar de la implementación de la salud como derecho y la cultura de la calidad para así dar cuenta de los desafíos que se acercan.

Por otro lado, les comento que la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos es una institución que surgió con antelación a las transformaciones a las que me refiero, por lo que se ve enfrentada ella también a los desafíos a los que me referiré.

Quisiera, entonces, realizar una breve reseña de las condiciones de nacimiento de la CNAPC y los problemas que resolvía, para luego referirme a los desafíos que se impondrán en un futuro para nada lejano.

La Comisión nace el año 1992 por las gestiones de la Sociedad Chilena de Psicología Clínica y el Colegio de Psicólogos de Chile, teniendo como objetivo fundamental el ingreso de los psicólogos como prestadores de FONASA. Para el cumplimiento de dicho objetivo, se tuvo que sortear una suspicacia compartida por muchos sectores durante esos años; a saber, la desconfianza existente acerca de las formaciones impartidas por las nacientes universidades privadas. En ese contexto es que la acreditación de la CNAPC asegura el cumplimiento de ciertos estándares básicos de formación en las áreas de la teoría, la práctica, la atención de pacientes, la supervisión y el trabajo de exploración personal de un psicoterapeuta.

La validación del sistema universitario privado es hoy un hecho y los desafíos son otros.

Paso entonces a describir el actual contexto del ejercicio de la psicoterapia para luego señalar los desafíos que ello implica.

Caracterizaría las transformaciones de los últimos 20 años como *la paulatina implementación de un nuevo marco de derechos sociales y la consecuente preocupación por la calidad de los productos y servicios obtenidos como consecuencia de la operación de dicho marco político-jurídico*.

Esta transformación ha reordenado el rol del psicoterapeuta, bosquejando nuevos requerimientos formativos a nivel de pre y postgrado.

Revisemos más en detalles esta implementación de un marco de derechos, el que se materializa fundamentalmente en la reforma a la salud y el por todos conocido GES. El espíritu central del GES es la consideración de la salud como un derecho humano, por lo que el rol del Estado es garantizar a los ciudadanos el acceso, la calidad, la oportunidad y el financiamiento a la salud. De no hacerlo, estaríamos en presencia de la vulneración de un derecho. Junto al gesto de aseguramiento que implica el nuevo marco legal de los derechos, se introduce la preocupación por la calidad, ya que se espera que el servicio con el que se cumpla el derecho de un ciudadano cuente con estándares mínimos de calidad. Así, por ejemplo, se espera que el tratamiento para una patología determinada sea un tratamiento de calidad, logrando responder a los requerimientos esperados. Para tal fin se han introducido las guías clínicas y los protocolos de atención como pautas de comportamiento burocratizadas que persiguen asegurar universalmente la calidad de un tratamiento a partir de la estandarización. Actualmente, contamos con guías clínicas para Esquizofrenia y Depresión.

Esta nueva política se operativiza en la institucionalización de una serie de dispositivos, procesos y actores que poseen la tarea de responder a los requerimientos clínicos de los pacientes en el contexto definido y delimitado por los nuevos marcos legales.

Puede parecer extraño que me refiera a estas cuestiones en un panel sobre formación del psicoterapeuta; sin embargo, pienso que las condiciones del ejercicio de nuestro oficio han cambiado radicalmente, generando cada vez más una tensión entre la formación y las exigencias y condiciones mismas del ejercicio psicoterapéutico. Daré algunos ejemplos más adelante.

Este nuevo contexto legal y financiero tiende a diseñar al menos tres áreas para el desempeño del psicoterapeuta:

- La práctica privada, que es la que tal vez se ve menos afectada por la terciarización de la salud y en consecuencia por las regulaciones del nuevo marco legal que los derechos y la calidad exigen, quedando el control a la regulación que el consumidor puede ejercer en el contexto del mercado de los servicios. El mercado regula y la calidad de un psicoterapeuta se verá reflejada probablemente en el aumento o disminución de pacientes.

- El ejercicio en instituciones del sector privado como centros médicos de Isapres, la Redgesam, Psicomédica, etc. Resulta ser otro de los hoy en aumento sectores del ejercicio de la psicoterapia. Esta vez, con las condiciones de rentabilidad que la institución requiere, como por ejemplo, atenciones cada media hora en algunos casos y análisis estadísticos de la asistencia de pacientes, de las ausencias, de la cantidad de sesiones. Se establece una racionalización económica de la psicoterapia que posee un rasgo muy particular y es que en la relación costo-beneficio el elemento clínico se encuentra radicalmente excluido. Dicho de otro modo, el beneficio es el beneficio económico que resulta para la institución y el profesional, pero no se integra la preocupación clínica como parte de los beneficios posibles necesariamente. Prueba de ello es la escasez de reuniones clínicas en las instituciones privadas donde se ejerce psicoterapia, excluyendo así el elemento reflexivo, formativo y finalmente de producción de conocimiento que la práctica clínica conlleva. En este contexto, vemos cómo el encuadre es determinado de manera radical por los requerimientos administrativos de los planes de seguro, la Isapre y la institución misma.
- Respecto a la práctica en el sector público, me extenderé un poco más debido a que cubre al 77% de la población de nuestro país. Desde dos ángulos es posible comentar la inserción de los psicoterapeutas en la salud pública. En primer lugar, desde las condiciones laborales y administrativas del ejercicio clínico y, en segundo lugar, desde los problemas clínicos a los que deben responder. Por supuesto no se trata de una separación clara, sino precisamente de una permanente confusión de ámbitos que contribuye a desperfilar el lugar de una intervención psicoterapéutica. Desde el punto de vista laboral-administrativo, asistimos a una dependencia de programas de intervención que delimitan la inserción y las problemáticas a las que se enfrentan los psicoterapeutas. Por ejemplo, en atención primaria existen programas de alcoholismo que enfrentan al profesional con una patología de alta especificidad y de gran complejidad; una pregunta resulta, por lo mismo, relevante: ¿Está preparado nuestro psicoterapeuta para responder de manera específica al tratamiento de un paciente con esa adicción y la situación psicosocial concomitante? Más aún, ¿se trata solo de un problema «clínico individual» con requerimientos psicoterapéuticos? Y ahora tal vez una pregunta más radical: ¿En qué centro de formación existe un programa de formación con ese nivel de especificidad dictado por profesionales con experticia en el tema? La oferta es sin duda limitada. Los invito a hacer el mismo ejercicio con otras problemáticas como la VIF, la organicidad crónica, los trastornos del aprendizaje, etc.

Otro ejemplo que quisiera comentarles es el problema de la indicación psicoterapéutica, esto es: ¿quién decide quién, cómo y cuándo alguien requiere psicoterapia? Por ejemplo, en programas como Chile Crece Contigo existe un

paquete de prestaciones entre las que se encuentra la consulta al psicólogo. La derivación está evidentemente a cargo de otro profesional. La pregunta relevante es, entonces: ¿hemos los psicoterapeutas sido capaces de traspasar nuestras barreras profesionales para transmitir y capacitar a otras profesiones vecinas en los requerimientos de una derivación para así perfilar nuestro territorio de acción? Les planteo estas preguntas como un ejercicio de autoobservación. Por supuesto, no pretendo responderlas ni afirmativa ni negativamente; solo me interesa contribuir a desarrollar la conciencia crítica.

Les comento otra situación que he escuchado y vivido en el contexto de salud pública. Una psicóloga me comentaba a los pocos días de haber ingresado a trabajar en un consultorio de atención primaria acerca de la sorpresa que le había causado escuchar a los otros psicólogos decir: «Qué bueno que no vinieron tantos pacientes». Ella no podía entender cómo se alegraban porque los pacientes no llegaban, ya que en la consulta particular si a ella no le llegaba un paciente se preocupaba. Por supuesto que luego de unas cuantas semanas de trabajo pudo entenderlo. Este efecto en la subjetividad de los terapeutas suele ser correlativo de denominaciones caricaturescas que buscan graficar el empuje administrativo que recae sobre los psicoterapeutas como «fábrica de embutidos», «trinchera», «esto es otra cosa», todas nominaciones que designan algo del orden del exceso.

Otra situación que quisiera mencionar dice relación con la tensión entre problemas clínicos y problemas de salud mental. Me refiero a que en los dispositivos clínicos los terapeutas suelen recibir trastornos que si bien muchas veces requieren de la acción de un especialista, responden más bien a una problemática amplia de salud mental, que incluye determinantes sociales fuera del alcance de una intervención clínica. Es, por ejemplo, lo que hoy ocurre con la sobrediagnóstico del déficit atencional, figura psicopatológica que obtura factores como la privación ambiental, conflictos emocionales en el núcleo familiar, desapego parental, violencia, saturación del sistema escolar, etc.

En este sentido, es que para obtener una psicoterapia eficiente debemos asegurar que no estamos esperando que un proceso psicoterapéutico resuelva situaciones de mucha mayor complejidad en salud.

Por último, quisiera simplemente señalar la escasa existencia de programas de formación que respondan a las necesidades del ejercicio clínico en el sector público; ello, evidentemente, nos convoca a problematizar la relación entre nuestras teorías psicológicas y las condiciones sociales de los pacientes que atendemos.

Dejo hasta acá la descripción de los sectores del ejercicio psicoterapéutico como consecuencia de la institución de una política de los derechos. Respecto a la calidad, es poco lo que podría decir ya que hoy el modelo se encuentra más preocupado de asegurar la oportunidad, al igual como ocurriera en educación durante los años

noventa, que de asegurar el derecho a la calidad.

A continuación quisiera mencionar lo que considero algunos desafíos para convertirse en psicoterapeuta, que surgen de la cultura de la calidad y el derecho, de las transformaciones en las formaciones universitarias y de la heterogeneidad, dispersión y en ocasiones falta de representatividad de las organizaciones de profesionales.

Desafíos

- En primer lugar, señalaría la necesidad de considerar por parte de las instancias de formación de pre y postgrado las problemáticas clínicas con la que se enfrentan los psicoterapeutas, ya que en ocasiones existe una distancia enorme entre la realidad académica y la realidad social en la que se presentan los problemas clínicos de la psicoterapia. Ello implica, por ejemplo, fomentar programas de formación que no se estructuren solo en función de la transmisión de contenidos y ejercicios prácticos alejados de la experiencia clínica real. Instancias como las pasantías permiten estilos de formación *in situ*, entregando al psicoterapeuta una experiencia real de los desafíos clínicos y los requerimientos de intervención. Aquí el modelo de formación de las especialidades médicas es un modelo digno de imitar por realizar precisamente la formación en el contexto mismo de la intervención.
- En segundo lugar, mencionaría la necesidad de poseer plataformas de discusión, producción y difusión de las experiencias clínicas. Ciertamente existen publicaciones de parte de distintas asociaciones; sin embargo, hoy resulta más necesario que nunca el encuentro no solo interdisciplinario, sino también entre distintos modelos. Paradigmas y técnicas de intervención que permitan responder a las complejidades de los problemas clínicos y sus factores adyacentes.
- En tercer lugar, pienso que es cada vez más necesaria una complementarización al modelo médico de la psicoterapia, incluyendo principios paradigmáticos propios de las ciencias sociales. En este punto me apoyo en el modelo de los determinantes sociales en salud, que plantea que una patología es el emergente de la interacción de factores que no se relacionan directamente con la fisiología o la anatomía. Así, por ejemplo, en obesidad y todos los problemas médicos que ella conlleva nos enfrentamos con los estilos de crianza, hábitos, condiciones socioeconómicas, la distribución temporal de las actividades diarias, entre otros. Es decir, factores que responden precisamente al modelo médico biológico del proceso de enfermar.
- En cuarto lugar, quisiera mencionar la necesidad de superar las brechas entre los profesionales de más experiencia y los profesionales más jóvenes correlativa a las repartición de estos en las áreas privadas, institucional y pública. Me consta que

en el ámbito de la psiquiatría existen profesionales de basta experiencia en los servicios públicos, transformándose en una herramienta potente de formación continua, pero también me consta la prácticamente inexistente inserción de psicólogos con competencias académicas en el ámbito público, constituyendo un contingente que suele permanecer solo algunos años sin llegar a constituir experticia suficiente como para crear espacios de formación.

- En quinto y último lugar, considero necesaria la generación de una conciencia gremial (y aquí me refiero al ámbito de la psicoterapia sin distinción de profesiones) que permita la construcción de plataformas técnico-gremiales de discusión y reflexión que articulen el interés clínico profesional, con los requerimientos económicos de la administración de las instituciones de salud privada y pública. Resulta complejo a mi parecer la ausencia de lugar que la intervención psicoterapéutica posee en el contexto de las guías clínicas, sin mencionar el sesgo evidentemente ideológico respecto a unos modelos teóricos por sobre otros. La implementación de una política de la evidencia requiere también la consideración del bienestar, la salud mental y la salud pública, para no terminar siendo una herramienta administrativa con fines económicos.

En la misma línea de la conciencia gremial, se requiere la apropiación de las condiciones laborales en los contextos de la salud privada y pública. En el caso de los psicólogos, los sueldos no siempre alcanzan para financiar formaciones de excelencia ni mucho menos impulsar la formación continua.

En síntesis, diría que los desafíos para convertirse en psicoterapeuta requieren de una actitud reflexiva y participativa; hoy en día la soledad de la práctica psicoterapéutica ya no es posible; los contextos reguladores del derecho y la calidad nos obligan no solo a sostener una atención crítica sobre nosotros mismos, sino también sobre las condiciones institucionales y laborales en las que ejercemos nuestro quehacer.

Índice

[La sociedad de los casos graves](#)

[Agradecimientos](#)

[Presentación](#)

[Intervenciones Psicoanalíticas en Salud Pública](#)

[Capítulo I. La reforma a la salud en Chile y la concepción psicoanalítica del sufrimiento psíquico](#)

[Capítulo II. Determinantes sociales en salud y el campo del Otro en psicoanálisis](#)

[Capítulo III. De los determinantes sociales a la pragmática del síntoma](#)

[Capítulo IV. Operaciones subjetivas en la experiencia clínica](#)

[Capítulo V. Operaciones significantes en la experiencia clínica](#)

[Capítulo VI. Las psicosis ordinarias: un aporte lacaniano a la clínica de los casos graves](#)

[Capítulo VII. Clínica de la depresión en instituciones de salud](#)

[Capítulo VIII. Una aproximación lacaniana a la clínica del «fenómeno depresivo»](#)

[Capítulo IX. Perspectivas lacanianas de la angustia](#)

[Capítulo X. Pasaje al acto y el problema de la suicidabilidad](#)

[Capítulo XI. El problema clínico de la «personalidad» y la insistencia del goce](#)

[Aproximación lacaniana a algunos casos graves: estrago y goce femenino](#)

[Psicoanálisis y Salud Mental en Chile: entre clínica y política](#)

[Institucionalidad, goce y gobierno](#)

[La reforma a la salud: una problematización psicoanalítica](#)

[Principios democráticos de igualdad y libertad en las políticas de salud mental en Chile](#)

[La inversión de la demanda y la protección social en Chile](#)

[¿Hacemos psicoanálisis en las instituciones?](#)

[Reflexiones sobre la cultura de las garantías de calidad y los desafíos para el psicoanálisis](#)

[Desafíos para ser psicoterapeuta en tiempos de la salud como derecho y la cultura de la calidad](#)

Índice

La sociedad de los casos graves	6
Agradecimientos	19
Presentación	20
Intervenciones Psicoanalíticas en Salud Pública	22
Capítulo I. La reforma a la salud en Chile y la concepción psicoanalítica del sufrimiento psíquico	23
Capítulo II. Determinantes sociales en salud y el campo del Otro en psicoanálisis	44
Capítulo III. De los determinantes sociales a la pragmática del síntoma	62
Capítulo IV. Operaciones subjetivas en la experiencia clínica	80
Capítulo V. Operaciones significantes en la experiencia clínica	100
Capítulo VI. Las psicosis ordinarias: un aporte lacaniano a la clínica de los casos graves	116
Capítulo VII. Clínica de la depresión en instituciones de salud	134
Capítulo VIII. Una aproximación lacaniana a la clínica del «fenómeno depresivo»	152
Capítulo IX. Perspectivas lacanianas de la angustia	168
Capítulo X. Pasaje al acto y el problema de la suicidabilidad	184
Capítulo XI. El problema clínico de la «personalidad» y la insistencia del goce	204
Aproximación lacaniana a algunos casos graves: estrago y goce femenino	220
Psicoanálisis y Salud Mental en Chile: entre clínica y política	303
Institucionalidad, goce y gobierno	304
La reforma a la salud: una problematización psicoanalítica	310
Principios democráticos de igualdad y libertad en las políticas de salud mental en Chile	313
La inversión de la demanda y la protección social en Chile	319
¿Hacemos psicoanálisis en las instituciones?	323
Reflexiones sobre la cultura de las garantías de calidad y los desafíos para el psicoanálisis	327
Desafíos para ser psicoterapeuta en tiempos de la salud como derecho y la cultura de la calidad	334
Índice	340