

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

LA PROBLEMÁTICA DE LA CURA EN
PSICOANÁLISIS

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Psicología Clínica

Presenta

ADRIANA ARTEMISA AMEZCUA ORNELAS

Santiago de Querétaro, Qro. Diciembre de 1998.

No Adq. HS9035

No. Título _____

Clas. 616.8917

A.514p

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

LA PROBLEMÁTICA DE LA CURA EN PSICOANÁLISIS

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Presenta:

Adriana Artemisa Amezcua Ornelas

Dirigido por:

Mtro. José Casas Jiménez

SINODALES

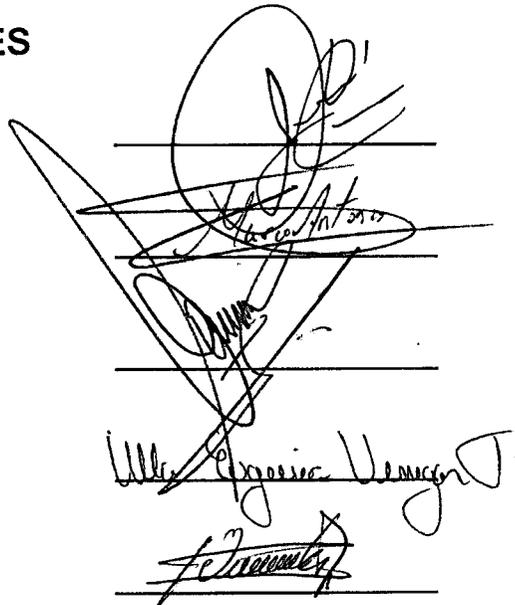
Mtro. José Casas Jiménez
Presidente

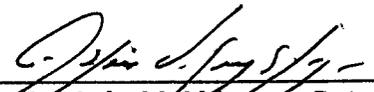
Dr. Marco Antonio Macías López
Secretario

Dr. Manuel Guzmán Treviño
Vocal

Mtra. Ma. Eugenia Venegas Fernández
Suplente

Mtro. Javier Rosales Jiménez
Suplente




Mtro. Andrés Velázquez Ortega
Director de la Facultad de
Psicología


Dra. Ma. Guadalupe Bernal Santos
Directora de Investigación y Posgrado

CENTRO UNIVERSITARIO
QUERÉTARO, QRO.
MÉXICO

ÍNDICE

RESEÑA.....	7
INTRODUCCIÓN.....	10
 <u>Capítulo I</u>	
ALGUNOS ELEMENTOS PARA REFLEXIONAR SOBRE LA CURA EN PSICOANÁLISIS.....	16
 <u>Capítulo II</u>	
ANULACIÓN DEL SÍNTOMA Y CURA.....	25
 <u>Capítulo III</u>	
MÁS ALLÁ DE LA FANTASÍA.....	42
 <u>Capítulo IV</u>	
CASI UN ÉXITO TERAPÉUTICO.....	55
 <u>Capítulo V</u>	
INTERRUPCIÓN O FIN DE ANÁLISIS.....	88
 CONCLUSIONES.....	 100
OBRAS CONSULTADAS.....	106

Han pasado 5 años desde el momento en el que inicié mi maestría y paralelamente mi trabajo de tesis; espacio por el que han pasado y permanecido varios personajes importantes para la realización de este trabajo.

A todas ellas mi más profundo agradecimiento.

Un especial reconocimiento:

Al Maestro José Casas Jiménez por el entusiasmo compartido y su presencia crítica, pues fue un interlocutor que hizo posible aclarar algunos conceptos metodológicos fundamentales de mi tesis.

A mi maestro y asesor el Doctor Marco Macías López, por el cúmulo de conocimiento que compartió conmigo a lo largo de todos mis estudios, y sobre todo por su paciencia en esta labor intermitente que hoy concluyo.

**A mi padre en su cumpleaños
y a David por estar conmigo.**

RESEÑA

A lo largo del trabajo de tesis, se aborda el tema de la cura en psicoanálisis haciendo referencia sobre todo a la obra freudiana, que sigue siendo un clásico y por tanto punto de referencia obligado para todo aquel que desee hablar desde él.

El punto de vista de diferentes escuelas que también se nombran psicoanalíticas, polemizan la cuestión de la cura en tanto pese a que retoman los pilares nombrados por Freud como fundamentales de su método (resistencia y transferencia), conllevan no sólo a distintas producciones teórico-metodológicas, sino también clínicas, como producto de una lectura parcializada de la obra originaria, o el resultado de contemplar en un autor la verdad absoluta sin percatarse de los límites humanos de dicho autor. Lo anterior determina, entre otras cosas, la manera de iniciar y de concluir un análisis, y si es éste terminable o no.

Siendo la transferencia el aspecto medular por el que atraviesa todo análisis, es desde luego retomada en esta investigación que muestra los abusos a los que puede llegar aquel que la ignora ya que su escucha se orilla al ámbito de la comprensión. De igual forma la idea del diagnóstico lo único que provoca es escindir el discurso del paciente llevándolo a situaciones límites como alternativa para ser escuchado.

SUMMARY

The cure by psychoanalysis is approached, throughout the development of this thesis by making emphasis on Freud's work; which continues to be a classical point of reference obligated for anyone interested on talking about of it.

The point of view of many schools which are called psychoanalytic, are in continuous discussion about cure (the treatment) considering as basic the two main elements of Freud's theory (resistance and transference). This takes them not only to the development of theoretic and methodological productions, but also to clinical productions of this because a partial study of the original works or because considering the author as owner of the truth within other things.

All of these things determine among others, the way to initiate and conclude an analysis, as well as if it is considered finished or not.

Being the transference, the essence (by which) any analysis takes place, it is then considered in this research, to demonstrate the abuses which can be done if it is ignored, due to the fact that listening to it edges onto "the understanding". In the same way, the only thing that diagnosis does, is to brake the patient's discourse taking him to the limits as an alternative to be heard.

"La cura ya no es el testimonio vivo de descubrimientos grandiosos, ya no posee la fuerza mágica de antaño. Ha perdido el alma, la verdad, su valor de limpieza de chimenea, su carácter épico, su potencia heroica .

La aventura se ha terminado: Emmy, Dora, Anna, Hanns, el hombre de los lobos; son los fantasmas imperceptibles del continente perdido.

Freud se ha convertido en el maestro del pensamiento, enseña, transmite, produce un trabajo teórico inmenso, pero la cura no es ya el lugar de referencia".

ELIZABETH ROUDINESCO.

INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se presenta, plantea varias incógnitas a trabajar: ¿Cómo se llega a un final de análisis? ¿Quién lo decide? ¿Es el análisis una actividad terminable o interminable? Estas son algunas de las preguntas a trabajar en esta tesis, pero que, inevitablemente, son el resultado de todo un proceso que involucra, entre otras cosas, la manera de entender y de actuar ante la demanda de un paciente.

Hace poco más de cien años, en 1890, Sigmund Freud describía su actividad como un "Tratamiento psíquico o tratamiento del alma," cuyo procedimiento se basaba en la sugestión e hipnosis, pero ambas como lo veremos, desde hace mucho, no son más los recursos terapéuticos.

Resulta importante marcar que cura y fin de análisis no se manejarán como sinónimos, sino como posibles resultantes del trabajo analítico. De tal forma puede decirse, desde ahora, que la cura implicaría un fin del análisis, pero un fin no necesariamente es una cura.

Como sabemos, el psicoanálisis se separa de los límites que tradicionalmente ha establecido la psiquiatría entre salud y enfermedad, en tanto que el paciente es el único que tiene la autorización para hablar de su bienestar o malestar, por tanto es él quien decide iniciar un análisis o no.

Se entiende como fin de análisis, el momento en que el paciente y el analista simplemente ya no están, cuando deja de producirse el acto analítico. La cura, por su parte, implicaría necesariamente una mejoría en los síntomas que llevaron al paciente a pedir ayuda, o por lo menos una conciliación con ellos. Cura y fin no son lo mismo, aunque en ocasiones se funden.

Freud en su escrito *Análisis Terminable e Interminable*, menciona que para él, no existe posibilidad de llegar a un fin de análisis en tanto que en el trabajo clínico se topa siempre con la "piedra de castración" en los hombres, y la "envidia del pene" en la mujer, elementos que imposibilitan concluir, de una vez y para siempre, el trabajo analítico.

Jacques Lacan, por su parte, supera al maestro al descubrir que es posible llegar a un fin, a un cierre en el análisis, aunque el paciente siempre será sujeto del inconsciente.

Esta distinción inicial entre cura y fin de análisis sólo tiene el propósito de aclarar que se trata de cosas distintas, a la vez que señala las dificultades que existen para lograr tal distinción. En el transcurso de este trabajo se podrán argumentar y exponer con mayor amplitud esta dificultad y su problemática.

Hablar de la cura en Psicoanálisis, implica por parte del analista contar por lo menos con tres elementos: teoría, práctica y análisis personal, donde este último encabezaría la lista, en tanto que no habría posibilidad de transmisión de lo que el psicoanálisis es, si no se ha vivido en carne propia.

De esta manera los otros dos elementos cobran sentido, sólo con la referencia del primero, a lo vivido en esta experiencia, también conocida con el nombre de *Psicoanálisis en Intensión*. Estas son razones para plantear que el análisis personal resulta imprescindible, pero no en el sentido de un trabajo profiláctico, es decir, "planteando que aquél que quiera ser analista tenga que

arreglar sus propios problemas, antes de pretender arreglar los ajenos, a fin de estar en posición de arreglar los ajenos", como lo comenta Allouch en su artículo titulado: *El síntoma como ocupando hipotéticamente lugar de santidad*.

De ninguna manera queremos decir que los otros dos aspectos queden desechados, ambos también tienen un lugar y una intención.

Comencemos por la teoría. Ésta encuentra su sentido si la ubicamos en el orden de lo general, es decir, se teoriza a partir de un caso clínico y por lo tanto único y particular, lo que de él se teorice pasa a ser del orden de lo general, especialmente para los otros que lo leen. La teoría es el intento de hacer pública una experiencia privada, ya que la teoría es una forma de transmitir algo de lo que sucede en el trabajo de análisis, que de no ser transmitido, se quedaría en la escucha del analista.

La literatura analítica cubre un aspecto importante en la formación del analista, ya que no podemos dar cuenta de ninguno que no haya acudido a la literatura de este tipo. Claro que no basta con hacer teoría, o con leer teoría psicoanalítica, para ser psicoanalista: lo teórico sólo cubre el aspecto informativo. No obstante, no se trata de quedarse en ese lugar, ya que como información general si la teoría fuera el objetivo, todas las experiencias serían estandarizadas, sin posibilidad de un desarrollo particular del caso.

La teoría se reconoce también con el nombre de *Psicoanálisis en Extensión*, en tanto que lo que de él se escriba, tendrá que estar atravesado por nuestra propia experiencia de análisis ya que, en pocas palabras, el *Psicoanálisis en Extensión* dependerá del *Psicoanálisis en Intensión*.

Un pilar importante de la práctica es el proceso de cura. Si no practicamos, entonces no hay a quién curar, pero si ésta condición se da, justamente buscaríamos una dirección distinta a la plasmada en la teoría, dado que cada uno de nuestros pacientes es una experiencia única e irrepetible que no puede explicarse por la experiencia de otros. Un paciente no es un texto freudiano, y como experiencia de análisis, estaría también en el ámbito de la intensidad.

En otras palabras, el psicoanálisis contiene dos dimensiones: *la intensión y la extensión*. Ambas configuran una entidad, teórico-clínica, en la que el problema de la cura y el fin del análisis son centrales, dado que todo pasa por esa experiencia individual y que, parafraseando a Lacan, constituye la matriz de lo que partiría todo, ya que todo provendría del análisis y solamente de él.

A través de este proyecto, y durante el tiempo de duración de la maestría, se intentó que el espacio universitario -si bien nada tiene que ver con la experiencia de análisis- se convirtiera en un lugar para la reflexión teórica, permitiendo la discusión conceptual entre distintos interlocutores sobre la problemática que ahora nos ocupamos.

Aun cuando la universidad tiene un propósito meramente académico, también es cierto que la asistencia a este lugar puede estar convocada por algo más que un grado universitario. Quizá sea la propia experiencia de análisis lo que logre que lo académico adquiera otro sentido: comprender un concepto desde la propia experiencia del análisis extensional. Freud, en la *Primera Conferencia de Introducción al Psicoanálisis*, señala de manera tajante:

"Ahora tienen todo el derecho de hacer esta pregunta: si no existe ninguna certificación objetiva del psicoanálisis ni posibilidad alguna de hacer demostraciones públicas de él, ¿cómo se puede aprender y convencerse de la verdad de sus aseveraciones? Ese aprendizaje no es en realidad fácil, ni son muchos los hombres que lo hayan hecho en regla, pero desde luego existe un camino transitable. El psicoanálisis se aprende primero en uno mismo, por el estudio de la personalidad propia"

Hemos ya comenzado a abordar algunos de los aspectos que se trabajarán a lo largo de esta tesis, sin embargo es pertinente exponer la forma en la que estará dispuesto este trabajo.

En el capítulo I se hace una delimitación general de la problemática que dió origen al proyecto, continuando con la tesis de que todo lo que gira sobre el psicoanálisis retorna a la experiencia o, incluso, a la no experiencia del análisis personal.

En ese mismo apartado se perfila el punto de vista teórico que servirá de base para el desarrollo del trabajo: la necesidad de recurrir al texto de Freud, para de ahí construir los instrumentos metodológicos desde los cuales se sustentará el problema de la cura en psicoanálisis.

En el segundo y tercer capítulo se trabajarán diversos escritos de Freud y de otros autores por medio de los cuales se desarrolla y expone el trabajo, a la vez que se ponen en uso algunos de los instrumentos metodológicos, nos referimos a los conceptos de síntoma, fantasía, *Das- Ding*, y sus implicaciones en la cura.

En el capítulo IV se presenta un caso clínico -el de Ellen West- que llegó a ser famoso por el revuelo que generó a causa de su trágico fin, y que fue atendido por el psiquiatra Ludwig Binswanger. La presentación de este caso y su reflexión conducirá a otro concepto metodológico: la transferencia. También aquí se sigue un doble movimiento: al tiempo que se va construyendo el concepto, éste sirve de instrumento para desarrollar el trabajo.

Es necesario mencionar que el caso West, se convierte en el punto medular de este trabajo, puesto que refleja claramente las dificultades en el manejo de la transferencia y sus consecuencias en el fin de análisis de esta paciente. Veremos cómo el desconocimiento de la relación transferencial, impide la dirección de la cura en el tratamiento.

Vale la pena advertir al lector, que el orden que los capítulos tienen no es arbitrario, sino que por el contrario, como se darán cuenta, guardan una íntima conexión, y al mismo tiempo sirven de preámbulo para abordar el caso ya mencionado.

En el capítulo V se presenta otro caso clínico -el de un niño de diez años llamado Ivan- pero en esta ocasión referido a una experiencia directa que tuvo lugar en los inicios de mi práctica clínica. Esta vivencia guarda un matiz un tanto autobiográfico, ya que la forma en que se presenta es prácticamente la misma que originalmente tuvo. Sin embargo, la intención no es describir el caso sino trabajar sobre ese primer encuentro con un paciente, tomando en consideración la falta de análisis personal, y veremos cómo los resultados obtenidos con Ivan lo reflejan.

Como quiera que sea, recuperar una experiencia propia de aquel momento - para hacerla material de reflexión y análisis en el ahora- resulta importante desde el punto de vista metodológico y clínico.

Como se mencionó anteriormente, para la realización de este trabajo, se recurrió a la revisión de algunos autores, dentro de los cuales se encuentran Sigmund Freud y Jacques Lacan, así como autor argentino Horacio Etchegoyen. En todo momento se trató de mantener como punto de referencia las cuestiones de cura y fin de análisis, con el propósito de rescatar el valor de la transferencia.

No podemos dejar de mencionar a otro autor que se involucra muy de cerca con el caso principal que nos ocupará, Ludwig Binswanger, creador del *Psicoanálisis Existencial*, y al que se le brindó todo un apartado en la tesis.

La decisión de realizar esta maestría, marca una postura y un lugar desde el cual se pretende responder a los planteamientos que se expondrán, sin anular el diálogo con otras escuelas y autores, que, de hecho, será lo que de sentido y valor al trabajo.

¿Cuál es la dirección de un tratamiento? ¿Cuál es el camino a seguir para la terminación del análisis de un paciente? Las dos preguntas implican una seria reflexión sobre las consecuencias que cada uno de los abordajes trae consigo en el momento de la finalización del análisis, y todo lo que de éste devenga.

Cada Escuela, al interior del psicoanálisis, posee una forma particular de interpretar los conceptos claves en Freud. ¿Qué produjo tales diferencias, si todos parten de un mismo punto y dicen no hacer otra cosa más que psicoanálisis? Este problema, que se aborda ya desde el primer capítulo, se sucederá a lo largo de esta tesis. El fin no es otro más que el de demostrar la importancia que tiene el manejo de la transferencia y que, según la Escuela de la que se hable, será el manejo y las implicaciones que ella traiga.

CAPÍTULO I

ALGUNOS ELEMENTOS PARA REFLEXIONAR SOBRE LA CURA EN PSICOANÁLISIS

" (...) Puedo invocar en mi favor que en el curso de mis trabajos he modificado mis opiniones sobre algunos puntos importantes sustituyéndolos por otros nuevos, de lo cual desde luego hice comunicación pública en cada caso. (...). Algunos ni siquiera han tomado conocimiento de mis autoenmiendas y todavía hoy me critican por tesis que desde hace mucho ya no significan para mí lo mismo. Los otros me reprochan justamente esas mudanzas y me declaran poco sólido. (...) no me abstendré de rehacer y corregir todas mis doctrinas según lo exija mi experiencia más avanzada."

Sigmund Freud.

CORRIENTES PSICOANALÍTICAS Y SU IDEA DE CURA.

En los estudios de licenciatura, durante casi tres años, no se hacía otra cosa más que leer teoría y método psicoanalítico desde Freud, continuando con algunos autores que hacían propuestas en torno a la psicoterapia tales como Klein, Hannà Segal, Armida Aberastury, Ralph Greenson, Heinrich Racker, Kemberg y muchos otros más que corren por esta línea de acción en la que, se supone, estaríamos capacitados, mismas que marcan formas particulares de abordaje terapéutico, para estar atentos al discurso del paciente, pues como solía decirse: "todo es material de análisis."

No habiendo más técnica que la consignada hasta ese momento, el trabajo clínico no tenía otra salida más que seguir los patrones de trabajo marcados desde la psicoterapia del yo.

No fue sino hasta llegar a los dos últimos semestres de la carrera, en donde se escuchó el nombre de un *tal* Jacques Lacan, el cual era un desconocido para nosotros y que, por el poco tiempo que faltaba antes de partir, su estudio sólo quedó a nivel de introducción. No obstante fue posible apreciar que sus propuestas, teórico-metodológicas, eran diferentes porque confrontaban fuertemente a los autores ya conocidos por nosotros.

Fue este tímido acercamiento el que dejó marcada una inquietud personal por conocer, un poco más, la obra del psicoanalista francés: de ahí radicó también el interés por cursar esta maestría y no otra.

En mis tiempos de licenciatura, la fascinación que ejercía la propuesta de Lacan, en algunos de mis maestros, evidenció un período de crisis en cada uno de nosotros, debido a que cuestionamos seriamente lo aprendido hasta esos días.

En el salón de clases se vivían verdaderas batallas campales, lo mismo sucedía en conferencias, presentaciones de libros y talleres. Aún recuerdo cómo *El yo y el ello*, *Pulsión y destinos de pulsión*, e *Introducción del narcisismo*, por nombrar algunos trabajos freudianos, parecían textos diferentes en boca de uno y otro exponente. Y, mientras escuchábamos la clase, nos preguntábamos: ¿Hacia dónde conduce cada uno de ellos a su paciente?

Freud no se equivocaba cuando hacía notar su molestia por las distintas interpretaciones que hacían de su pensamiento. Ya, en 1922, en los grupos didácticos de Viena, intervino en un acalorado debate diciendo:

"Señores, ustedes me tratan con gran deshonor. ¿Por qué me tratan como si ya estuviera muerto? Aquí están ustedes, sentados, discutiendo sobre lo que he dicho en este artículo, lo que he dicho en otro y sacan citas de aquí y de allá, y aquí estoy sentado a la cabeza de la mesa y nadie me pregunta: ¿Qué es lo que en verdad quiso decir?...Tomo esto como un insulto, y me preocupa mucho, porque si esto es lo que hacen ahora que estoy sentado aquí entre ustedes, ya me imagino lo que ocurrirá cuando de veras esté muerto" (1).

Freud, en , *Contribución a la Historia del Movimiento Psicoanalítico*, expresa:

"En efecto el Psicoanálisis es creación mía, yo fui durante diez años el único que se ocupó de él, y todo el disgusto que el nuevo fenómeno provocó en los contemporáneos se descargó sobre mi cabeza en forma de crítica. Me juzgo con derecho a defender este punto de vista: Todavía hoy, cuando hace mucho he dejado de ser el único Psicoanalista, nadie puede saber mejor que yo, lo que el Psicoanálisis es, en qué se distingue de otros modos de explorar la vida anímica, qué debe correr bajo su nombre y qué sería mejor llamarse de otra manera" (2).

En el mismo texto menciona que toda aquella línea de investigación que admita el hecho de la transferencia y de la resistencia, tiene derecho a llamarse *Psicoanálisis* aún cuando arribe a resultados distintos que los suyos.

Actualmente podemos percatarnos de las pugnas manifiestas existentes entre una y otra Escuela Psicoanalítica, que admiten el fenómeno de la transferencia y la resistencia: ¿Qué sucede?

Es como si Freud, en esta consigna, hubiera dado el permiso de llamar psicoanálisis a cualquier cosa, y tal vez nunca pensó en los resultados de esa frase tan ambigua. ¿Todo es psicoanálisis por el hecho de admitir estos elementos? Una cosa es admitirlos y otra, muy diferente, la forma de entenderlos y trabajar con ellos.

Uno puede coincidir cuando autores como Härtmann, Klein o incluso Lacan, dicen que Freud no hizo del psicoanálisis algo acabado. Freud tuvo la sagacidad de descubrir el inconsciente, pero fue un hombre con limitantes que le impidieron avanzar en su hallazgo. Era un hombre finito, igual que todos, y su propia muerte lo demuestra. De hecho, el conocimiento especialmente el científico nunca llega a un fin, nunca se llega a una ciencia acabada, de una vez y para siempre ya que, si así fuera, terminaríamos acabando con ella.

Por eso se entiende y se admite la relación dialéctica de la teoría y del método psicoanalítico. Pero lo que no queda claro es por qué, de dónde surgen, y qué fin tienen en la resolución del conflicto psíquico este cúmulo de teorías abigarradas, donde cada una de ellas puede llegar al extremo de decir que es la corriente más acabada en el campo de la labor analítica, comentario harto escuchado entre los estudiosos de una y otra corriente.

Horacio Etchegoyen nos servirá para continuar problematizando la cuestión de la cura, en tanto que muestra algunas ideas que servirán para este objetivo. En su texto titulado *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, aborda el tema de la terminación del análisis tomando en cuenta, aunque brevemente, las posturas psicoanalíticas y sus diferentes indicadores -que así es como él los llama- pero que nosotros reconocemos como criterios. Un criterio indica también la particularidad del caso y nunca la generalización, como sucede con los indicadores. Lo anterior permite comenzar a hacer un análisis y una comparación conceptual, aún cuando el autor busque empatar teorías. Nos dice:

"Interesa señalar que los criterios de curación, van a ser diferentes (sic) según sean los soportes técnicos con que nosotros tratemos de abordarlos. La Psicología hartmanniana de la adaptación, por ejemplo, conduce a pensar que la terminación del análisis implica reforzar el área libre de conflicto y un funcionamiento yoico suficientemente adaptativo, mientras la escuela kleiniana va a hacer hincapié en la elaboración de las angustias depresivas. Lacan dirá, desestimando ácidamente la psicología de la adaptación, que un buen final sanciona la sujeción del sujeto al orden simbólico y Winnicot sostendrá que el analizado habrá adquirido su verdadero self y, aceptado suficientemente la desilusión, sabrá ahora cuánto le debe a su madre" (3).

Más adelante, cuando habla de los factores curativos, nos dice que si bien éstos varían con las escuelas, en realidad no hay que dejarse llevar demasiado por esas "diferencias", ya que si analizamos con seriedad y desapasionamiento los diversos criterios de cura que se proponen, no son tan distintos, pues inmediatamente se llega a la conclusión de que son cosas muy parecidas que, aunque sí varían los soportes teóricos y la praxis para alcanzarlos, las coincidencias son evidentes:

"Tomamos como ejemplo los criterios de curación de Hartmann, es decir, el reforzamiento del área libre de conflicto y, consiguientemente, (sic) una mejor adaptación a la realidad, y comparémoslo con lo que propone Klein cuando afirma que hay que elaborar las angustias paranoides y depresivas. Puestas así las cosas, la diferencia es notoria e irreductible. Klein dijo siempre, sin embargo, siguiendo al Freud de Duelo y Melancolía, que uno de los elementos fundamentales de la posición depresiva es el contacto con el objeto, es decir, con la realidad. El duelo, decía Freud, consiste en que la realidad nos muestra dolorosamente que el objeto ya no está; y el duelo para Klein, consiste en poder aceptar la realidad psíquica y externa tal como son. Si bien Hartmann no habla de duelo, su adaptación a la realidad le viene de Freud. Hartmann y Klein entonces tienen que convenir en que un analizado debería terminar su análisis con un mejor contacto con la realidad que el que tenía antes de empezar" (4).

Etchegoyen se da a la tarea de encontrar semejanzas entre las diversas corrientes psicoanalíticas, pero veamos un ejemplo más:

"Tomemos otro criterio como el de Lacan, por ejemplo, el acceso al orden simbólico. Lacan siempre se enoja con Hartmann y tiene sus razones, pero no sé si tiene razón (sic). Considerando pedestremente el criterio de adaptación de Hartmann suena sociológico y es para Lacan repugnante. Yo, personalmente, tengo muchos desacuerdos con Hartmann pero no lo creo un autor superficial ni un simple representante del American way of life. Si uno juzga desapasionadamente lo que dice Lacan cae en la cuenta de que hay que abandonar el orden de lo imaginario, que es el orden de las relaciones duales y narcisistas, para elaborar un tipo de pensamiento conceptual o abstracto que él llama con toda razón, Simbólico. Este pensamiento es el que permite el acceso al orden de lo real. Claro que lo real para Lacan debe ser distinto que lo real para Hartmann; pero también es innegable que emplean la misma palabra" (5).

Comentemos estas citas extraídas de Etchegoyen, en ellas podemos ver que se contradice en más de una ocasión. Por un lado dice que los criterios de cura son distintos; si es así: ¿Cómo es que luego afirma que no hay realmente diferencias de fondo? Que todo es "casi igual", siempre y cuando se vean desapasionadamente. De hecho y retomando el criterio de cura que él explica -y que supuestamente es de Lacan- nos damos cuenta que esa idea es equivocada. Así lo entendió Etchegoyen, pero no es lo que plantea Lacan.

Después de leer a Etchegoyen posiblemente puede alguien afirmar que encuentra aspectos interesantes en él, pero en este caso intenta meter en un molde prefabricado todas las formas de cura -aunque no quepan en él-, y convencerse a sí mismo y a los otros de que lo que hacen a fin de cuentas es lo mismo, por lo tanto todos son igualmente psicoanalistas. Si lo vemos desde esta óptica, la problemática de la cura estaría resuelta y no habría al respecto nada que discutir. No obstante sabemos que esto no es así, pues nos hemos percatado desde antes que justamente a través de los criterios que las diferentes escuelas manejan, se evidencia que cada una de ellas trabaja con elementos distintos orientados a metas diferentes: curas diferentes, trabajadas y llevadas, desde y para otro lugar por psicoanalistas distintos.

La justificación de la existencia de tan variados enfoques psicoanalíticos -si es que la hay-, no es por algo que se reduzca al campo lingüístico, en el sentido de que no es un problema de simples sinónimos, sino de contenidos que pasan por el

orden de lo conceptual, paralelo al abordaje clínico, es decir, que la teoría tiene consecuencias en la clínica.

Aunque de otro orden, es importante hacer el siguiente comentario, ya que refleja el criterio de cura bajo el cual trabajan algunos que se nombran analistas .

En cierta ocasión escuché a un psicólogo que comentó:"*la cura depende de cada paciente, si su problema es no tener pareja, para mí está curado cuando logra establecer una relación. Si otro más es un paciente que se siente deprimido y triste, la cura estará dada cuando logre verlo feliz, cuando me de cuenta que goza. Tal vez para otro no sea así, pero para mí sí lo es*".

Esta es una versión más pragmática que la de Etchegoyen pero finalmente refleja el mismo punto de vista.

En el sentido de lo pragmático, recordemos el comentario de Freud :

"Otro quizá preferiría un instrumento ligeramente diferente, más adecuado a su mano" (6). O el de Molière que nos decía: "*Il y a fagots et fagots*" (*Hay atados y atados de laña*) (7).

¿Hay diferencias de fondo que tienen consecuencias clínicas, o como dice Etchegoyen todas son psicoanálisis?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL PRIMER CAPÍTULO

- (1) Kardiner, A. *Mi análisis con Freud*. Ed. Joaquín Mortiz, México, 1979, pág. 88.
- (2) Freud, S. *Contribuciones a la Historia del Movimiento Psicoanalítico*, 7Ed. Amorrortu, tomo XIV. Buenos Aires, 1989. Pag. 7,
- (3) Etchegoyen, H, *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica, (Teoría de la Terminación)*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1991, pág. 576.
- (4) Etchegoyen, H, *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica, (Los Factores de Curación)*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1991, pág.581.
- (5) Etchegoyen, H., Op: cit. pp. 581-2.
- (6) Freud, S., *El Método Psicoanalítico de Freud*. Ed. Amorrortu, Tomo VII, Buenos Aires, 1989, pág. 241.
- (7) Freud, S., *El Sentido de los Síntomas*, Ed. Amorrortu, Tomo XVI, Buenos Aires, 1989, pág. 257.

CAPÍTULO II

ANULACIÓN DEL SÍNTOMA Y CURA

El síntoma es señal.

El síntoma es señal y sustituto.

***El síntoma es señal y sustituto de una
satisfacción pulsional que no se realizó***

El síntoma será el resultado de una represión."

MOUSTAPHA SOFOUAN.

ANULACIÓN DEL SÍNTOMA Y CURA.

Algunos de los lectores se podrán preguntar: ¿Qué relación guarda el síntoma con la cura? Para esto, habremos de recordar que fue el síntoma histérico la puerta de entrada que Freud tuvo para el descubrimiento posterior del inconsciente; de igual manera, en algunos casos puede ser motivo para la iniciación de un tratamiento analítico, ya que desde el punto de vista clínico, no siempre que un sujeto padece de un síntoma recurre a un analista. Repetidos casos en este renglón nos indican que el sufrimiento no es el motor que lleva a un sujeto a análisis.

Un paciente acude a análisis cuando tiene una pregunta sobre la cual se interroga, y que puede traer como consecuencia la liberación de los síntomas que lo aquejan o la reconciliación con ellos.

Podemos iniciar la vinculación de estos dos conceptos "síntoma y cura", diciendo que el análisis entra en juego a partir de que el sujeto padece por sus síntomas, en donde es preciso que prevalezca la formulación de una pregunta sobre la cual se interroge. Pero esto no siempre fue así, desde los albores del psicoanálisis hasta nuestros tiempos, se han generado cambios cualitativos que han marcado el abordaje a partir de la comprensión particular que sobre síntoma y cura se han tenido.

Realizaremos un recorrido por la obra Freudiana que nos permita ver los distintos momentos conceptuales y de abordaje clínico con respecto a estos dos conceptos. Los textos seleccionados para dicho fin nos mostrarán los pasajes más importantes que sobre síntoma y cura existen en Freud, desde *Estudios sobre la*

histeria de 1893, hasta 1920 en *Más allá del principio de placer*. Iniciamos con esta labor:

Para los médicos de aquella época, contemporáneos a Freud, la manera de eliminar los síntomas era cosa fácil, ya que siendo producto de la imaginación del paciente, sin recurrir a ningún otro veredicto afirmaban:

"<<Usted no tiene nada, sólo está nervioso; por eso puedo hacerle desaparecer su trastorno en pocos minutos>>" (1).

Para Freud, el síntoma adquiere otra dimensión, es visto como señal y como tal indaga en el paciente: lo escucha hablar, y de esa manera el síntoma se convierte en el sendero que lo conduce a otro escenario, al del inconsciente.

Los síntomas de la histérica no tenían repuesta desde la lectura biologizante que en aquella época predominaba en torno a estas manifestaciones. Desde la escucha de Freud, la histeria rompe con el orden de la enfermedad orgánica y por lo mismo, poco a poco abandona su formación médica. Con una postura distinta, es capaz de indagar la causación del síntoma.

Desde los primeros contactos con sus pacientes descubre el valor insustituible de la palabra hablada:

"Los médicos se comprometen muy poco con los neuróticos; oyen con tan poca atención lo que ellos tienen que decir que se han enajenado la posibilidad de extraer algo valioso de sus comunicaciones, y por tanto de hacer en ellos observaciones en profundidad" (2).

Cuando Anna O. hablaba del efecto "chimney sweeping"- limpieza de chimenea- le estaba otorgando un lugar fundamental a la palabra hablada, donde lo que importa, más allá de encuadres y patologías es ese material vivo al que evocaba en sus historias. Es del orden de lo inédito lo que está por darse en el aquí y ahora de la sesión analítica. Se deja al margen la idea de la importancia del diagnóstico y encuadre que hacen del inconsciente algo sin vida, algo guardado, como diría Foucault, en el *El Jardín de las Especies*, de su: *Historia de la locura*.

Detengámonos a pensar unos instantes. Podemos decir que de nada sirve encuadrar el discurso y el síntoma del paciente en histérico, fóbico, obsesivo, etc., porque lo único que se logra es fragmentar al sujeto y escuchar su discurso desde ese lugar que le hemos asignado; y si el inconsciente se estructura como un lenguaje, con este tipo de escucha la palabra es cosificada. Si el objeto de estudio del psicoanálisis es el inconsciente sólo habremos de escucharlo.

En *Los Caminos de la Formación del Síntoma*, se dice que su eliminación no es la cura. El síntoma no es el culpable del malestar sino el efecto intrapsíquico del sujeto; por lo que hay que actuar sobre la causa. Freud decía que el síntoma cesa tan pronto se sabe su sentido. Es decir, que ese saber genera cambios en el enfermo.

El síntoma es luz, da razón de lo inconsciente y se impone como importante. Dado que el psicoanálisis no etiqueta, éste ha revolucionado el conocimiento del hombre, dejando a un lado la ciencia de la personalidad, para dar paso a la del sujeto único e irrepetible. Desde este momento podemos decir que si el psicoanálisis es una ciencia, éste se definiría como una "Ciencia de lo particular".

Reflexionemos un poco más sobre la cura. Podemos decir que no es un tema propio del psicoanálisis en tanto que hablar de cura es remitirse al campo de la salud-enfermedad. Aparentemente no es un tema preocupante desde la teoría, pero sí lo debe ser desde las motivaciones que hacen que un sujeto acuda a análisis en busca de ayuda y con ella, espera cambios que lo hagan sentir mejor.

Catharina, la paciente de Freud, lo atestigua:

"- ¿El señor es un doctor?"

-Sí, soy un doctor.

-Es que estoy enferma de los nervios, y ya una vez estuve en casa de un doctor "L", es cierto que él algo me ha dado pero todavía no estoy buena" (3).

Los síntomas implican sufrimientos para el que los padece y algún alivio busca necesariamente al acudir a análisis. Pero, ¿es posible que algo de esto se logre a través de la palabra hablada? La señora Emmy Von N. lo atestiguaba. Al

despertar de su sueño hipnótico en donde hacía confesiones a Freud, mostraba una mejoría.

Freud a lo largo de su obra y como producto de su quehacer clínico, realiza pases interesantes en la estructura de su teoría y en la aplicación de su método, sustituyéndolos y modificándolos por otros nuevos. Este es el caso del síntoma.

Sin duda podemos afirmar que independientemente de los giros dados en torno a este concepto, es la teoría dualista -o modelo del conflicto psíquico- la que prevalece a lo largo del pensamiento psicoanalítico para la explicación del origen del síntoma, en donde siempre existen dos instancias o dos fuerzas en oposición.

En *Estudios sobre la histeria*, se dice que para la formación del síntoma existe un trauma psíquico ante el cual el sujeto se defiende; es del orden de lo sexual y que por tanto suscita afectos de pena, angustia, vergüenza y dolor psíquico, motivando la defensa que se encarga de sacar fuera del comercio asociativo la representación intolerable.

Sobre lo anterior, conviene analizar algunas cosas:

Ya desde ese tiempo, Sigmund descubrió el peso de lo sexual en la formación del síntoma -aún cuando lo entendía como hecho real- que aparecía como sustituto del afecto no abreaccionado, es decir, no expresado por vías psíquicas normales como el llanto, la palabra o la acción.

Se comprende el síntoma como el resultado de una vivencia sexual no tramitada, originando el trauma psíquico que actúa en el enfermo a manera de un cuerpo extraño; algo ajeno que hay que eliminar. Sorprendentemente, los síntomas desaparecían al recordar la vivencia y el afecto, al mismo tiempo que eran expresados a través de la palabra:

"Descubrimos, en efecto, al comienzo para nuestra máxima sorpresa, que, los síntomas histéricos desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto" (4).

Queda claro que Freud no se conformaba con provocar en el paciente un drenaje de emociones; ante todo, privilegiaba la palabra hablada. La cura, entonces, pasa por la palabra en unión de representación y afecto, ya que no bastaba con la mera descripción de hechos o acontecimientos, sino también con la expresión de afectos. Para él, en este momento, la cura estaba dada.

El síntoma se elimina hablando, pero la cura con el tiempo ya no está ahí. No basta con hacer hablar a los pacientes en estado de hipnosis para que existan ganancias. Se observa que el método catártico resulta insuficiente y hasta contraproducente.

La historia del psicoanálisis registra que, entre 1880 y 1882, Josef Breuer libró de sus síntomas a una paciente enferma de histeria grave. Él intuyó que podría haber algún nexo con la época en la que ella cuidaba a su padre enfermo. Adoptaba la hipótesis de que el síntoma histérico se generaba por la energía del suceso anímico, era apartado de la consciencia y guiado a la corporal (somatización).

El síntoma era un sustituto de un acto anímico interceptado y una reminiscencia de su conocimiento por parte del sujeto. La cura -sostenía Breuer- se producía mediante la liberación del afecto mal guiado y su descarga por vías normales. Por un lado, el método catártico proporcionaba a la enferma una mejoría sorprendente, pero este avance no le era duradero.

Como ya sabemos, la hipnosis catártica se mostraba insuficiente: producía efectos poco duraderos -puesto que se trataba de un método sintomático y no causal-. Los síntomas volvían idénticos o se transformaban en otros diferentes, por lo que la supuesta cura era sólo momentánea. Debemos de recordar también las dificultades personales a las que se enfrentó Freud ya que algunos de sus pacientes no caían en estado hipnótico. Con este agravante más, el método de Breuer es abandonado, y la teoría del trauma psíquico es desechada.

Pero algo interesante se ponía en evidencia, una fuerza psíquica de la que en esos momentos no se había indagado más, pero que posiblemente tras ella se escondía el verdadero sentido del síntoma:

"Mediante mi trabajo psíquico yo tenía que superar en el paciente una fuerza que contrariaba el devenir consciente (recordar) de la representación patógena. Se me ocurrió que esa podría ser la misma fuerza psíquica que cooperó en la génesis del síntoma, y que en aquel momento impidió el devenir consciente de la representación patógena". (5)

En el *Manuscrito K.*, en *Neuropsicosis de Defensa*, y en *Nuevas Puntualizaciones*, Freud hablaba de que existe una tendencia defensiva cuando se presenta una representación psíquica desagradable. Son vivencias que en su tiempo causaron placer, pero ahora ya no. La tendencia defensiva entra en juego cuando el recuerdo de la vivencia es ahora nocivo causando displacer. La defensa cobra un precio muy alto a la representación intolerable: le cuesta el olvido. La cura entonces se lograba con la unión de la idea y afecto originario.

Freud utiliza un nuevo método: pasa de la hipnosis catártica al apremio. El trabajo consistía -como ya sabemos- en hacer hablar al paciente de todo aquello que le cruzara por la mente. El médico se auxiliaba aplicando una presión en la frente del paciente, mientras éste, recostado en el diván, era obligada a recordar. Elisabeth Von R. al parecer, fue la primera en sorprenderlo al dar en esta nueva modalidad la información que él buscaba.

Aún así, el trabajo no era fácil:

"Han prometido decir todo cuanto se les ocurra bajo la presión de la mano(...) y bien; no mantienen su promesa" (6).

En el sujeto había algo que se oponía más claramente al recuerdo de contenido penoso por ser del orden sexual. A este no poder hablar se le designó el nombre de defensa. Hay una resistencia que se opone al discurso y el analista tiene que movilizarla. Esta fuerza, que ahora se presentaba, ya se había dado originariamente en forma de repulsa, y volvía ahora a presentarse ante el intento de hacer consciente lo inconsciente.

Freud no se conformaba con la información proporcionada por el enfermo, acudía a los familiares para saber qué indagar y en dónde insistirle al paciente, llegando al extremo de anticiparle el por qué de sus padecimientos.

En algunos casos, la información del médico resultaba benéfica; en otros, indiferente; pero en la mayoría, contraproducente: al momento de escuchar el secreto de su enfermedad, el síntoma se presentaba con mayor intensidad. La cura no estaba tampoco en el esclarecimiento verbalizado hecho por el analista, la cura no estaba dada por su saber. Necesario era que por sí solo el paciente llegara a hablar de esa parte de su historia olvidada. El saber del analista no era (no es) el conveniente. Hay, como dice el mismo Freud en la conferencia 18, "de saberes a saberes."

El pensamiento psicoanalítico genera una nueva teoría: el síntoma de los dos tiempos.

Emma no puede ir sola por ningún motivo a las tiendas. Recuerda que a los 12 años entró a una en la que ve a dos tenderos que se ríen entre sí. Al percatarse, sale corriendo presa de un ataque de angustia. ¿Qué es lo que echa a andar esta angustia? Aparentemente, "la risa de los tenderos."

Emma dice que cuando entró a la tienda, uno de los empleados le atrajo sexualmente, y luego sale huyendo cuando él mira su vestido, mientras se ríe con su compañero. La risa como tal resulta ser un elemento indiferente en la causación del ataque de terror generado en esta paciente. ¿Qué provocó entonces el síntoma?

La paciente recuerda que a la edad de 8 años, en una ocasión, entró a una confitería en donde un pastelero le pellizcó los genitales. Ella, no escarmentando con lo sucedido, regresó una segunda vez con la intención de que la experiencia se repitiera.

Veamos qué sucedió aquí. Para esa niña de 8 años la vivencia de seducción no fue penosa ni desagradable; por el contrario, algo placentero encontró en la experiencia, en tanto que vuelve una segunda vez. Hasta aquí no hay absolutamente nada que haya engendrado lo traumático.

Recordemos ahora lo sucedido a la edad de 12 años: Dos tenderos se rieron y ella quedó presa de pánico. Este segundo momento, de manera aislada, parece

igualmente carente de fuerza provocadora de tal síntoma. Entonces, ¿dónde se puede ubicar lo traumático? ¿En el primer momento? ¿En el segundo?

En ninguno de los dos.

Lo que da sentido al trauma es el enlace de ambas vivencias, y en consecuencia el ataque de angustia genera. Lo traumático está en la significación inconsciente sostenida por una escena de seducción, donde los diques morales y la educación dados en el transcurso de ambas vivencias, fueron determinantes para que se produjera el trauma.

La cura del síntoma de los dos tiempos, se lograba con el enlace consciente de ambas vivencias. Nuevamente lo sexual -la seducción- emerge en la formación del síntoma, pero continúa apareciendo como un hecho realmente vivido.

Hasta aquí hemos querido hablar del síntoma en términos generales, sin tocar las particularidades que Freud hace en torno a las otras patologías. En *Neuropsicosis de Defensa*, el autor marca un idéntico camino en el proceso de formación del síntoma:

- a) Hay una vivencia sexual inconciliable para la consciencia.
- b) Se produce un choque entre lo sexual y lo moral.
- c) Se soluciona el choque, vía represión, la cual saca a la representación del comercio asociativo.
- d) Se produce el olvido.

Freud plantea que el proceso de las neurosis es idéntico, pero en lo sucesivo, el afecto toma caminos diferentes: en la histeria, el afecto pasa al cuerpo, y el síntoma característico es la conversión somática, de ahí que se diga que el cuerpo de la histérica habla.

En la neurosis obsesiva el afecto pasa a otra representación más tolerable para el yo del sujeto, y la representación original se debilita, produciendo un falso enlace con una idea o acto que se convierte en obsesiones como rituales, reproches o cavilaciones.

En la psicosis alucinatoria, existe también una representación ligada a un afecto, pero no se habla de represión, sino de denegación, que incluye a ambas, y por lo tanto una parte del mundo al que pertenece ese suceso es repudiado y sustituido por el deseado de manera alucinatoria. Este es el mecanismo básico de la psicosis para él.

Lo que Freud planteó es que, sea cual fuere la neuropsicosis, se requería de dos elementos para su causación:

- a) De un trauma sexual.
- b) De un trauma vivido en la infancia.

Pero: ¿Qué se necesita para que el afecto tome caminos diferentes?. Freud señala en *Tres ensayos para una teoría sexual*, que se requiere de una fijación a etapas infantiles superadas, donde hubo exceso o falta de satisfacción. Es un lugar a donde el deseo insatisfecho regresa nuevamente en busca de la satisfacción, que en el momento actual no se logra como consecuencia de la vivencia, en la que siempre aparecía un seductor y un seducido.

En la *Carta 69* Freud comunica a Fliess: "*Ya no creo en mi neurótica*". Se da cuenta de que no existía nada en el psiquismo de la histérica, que justificara la idea de la experiencia sexual de seducción o violación de la que había sido víctima en su infancia. Era también imposible pensar que la gran mayoría de los padres eran unos perverso, ya que eran ellos los que aparecían como responsables de tales sometimientos.

"Como ustedes saben, por el análisis de los síntomas tomamos conocimiento de las vivencias infantiles en que la libido está fijada y desde las cuales se crea el síntoma. Bien, lo sorprendente reside en que estas escenas infantiles no siempre son verdaderas"(7).

Entramos aquí en el terreno de la fantasía, de los recuerdos encubridores, de los deseos sexuales infantiles reprimidos. Esto marca de ahora en adelante la línea del pensamiento que no abandona Freud, ya que da cuenta de una dimensión distinta a las planteadas anteriormente, muestra la realidad psíquica que da noticia

de todo cuanto es el sujeto, en donde se incluye al síntoma como testimonio de esta realidad. El síntoma es ahora visto como el resultado de una represión, y no habría diferencia alguna entre el síntoma y cualquier otra formación sustitutiva:

"La última de mis generalizaciones se impuso y parece querer expandirse al infinito. En efecto, no sólo el sueño es cumplimiento de deseos, sino que también el ataque histérico lo es. Esto es cierto inclusive para el síntoma histérico y tal vez para todo producto de neurosis. -Realidad- cumplimiento de deseos: De esta antítesis surge nuestra vida psíquica" (8).

En el capítulo VII de *La Interpretación de los Sueños*, el autor llega a la conclusión de que sueño y síntoma son la misma cosa, proponiendo que todos ellos deben ser considerados como cumplimientos de deseos inconscientes.

En el artículo, *Los Caminos de la Formación del Síntoma*, Freud nos dice que las enfermedades psíquicas son "actos perjudiciales, o al menos inútiles para la vida del que los padece". El síntoma es una formación sustitutiva y de compromiso entre dos fuerzas que se han reconciliado, por eso, el síntoma es tan resistente al trabajo analítico ya que está sostenido sobre ambos extremos.

El síntoma es una satisfacción distorsionada, pero conveniente en tanto que el deseo es cumplido sin displacer para el yo del sujeto. De esta forma, podemos pensar al sujeto en relación con su deseo, como dos personas que, emperó, están íntimamente ligadas por una fuerte comunidad. Como diría Freud, en el cuento de *La Hada y los Tres Deseos*, de su texto, *La Interpretación de los sueños* :

Tal vez el lector podrá localizar algunos otros momentos en la obra psicoanalítica en la que se aborde la cuestión del síntoma y cura, pero nosotros ahora pasaremos a ubicar las implicaciones que tuvo para Freud el encuentro con el concepto de pulsión de muerte.

El dualismo, vale recordar, el conflicto psíquico, está presente a lo largo del pensamiento psicoanalítico y lo pulsional no es la excepción. Freud, en el origen de esta teoría, parte de una oposición cualitativa entre pulsiones yoicas y pulsiones sexuales. Con el tiempo se percata de que si bien las pulsiones sexuales se dirigen a los objetos, el yo también se comporta como uno de ellos, por lo que propone

ahora una polaridad tópica entre pulsiones yoicas y pulsiones de objeto, es decir, autoconservación por un lado y pulsiones sexuales por el otro.

Más tarde, Freud se da cuenta de que ambas preexisten desde el yo, por lo que, como todos sabemos, se enfrenta ante un vacío del conflicto pulsional, cosa que resuelve hasta 1920 en *Más Allá del Principio de Placer*, en donde se plantea que es incorrecto hablar de imperio del principio de placer en la vida anímica del sujeto, a lo que agrega:

"En el alma existe una fuerte tendencia al principio de placer, pero ciertas otras fuerzas o constelaciones la contarían, de suerte que el resultado final no siempre puede corresponder a la tendencia al placer" (9).

La neurosis traumática, el juego infantil y la neurosis de transferencia, son fenómenos en los cuales vivencias del pasado que no contienen ningún placer, tienden a la repetición de manera compulsiva. Si el aparato psíquico tiende al placer, la compulsión a la repetición vendría a cuestionar y a poner en tela de juicio dicho principio. Más allá del placer algo insiste, algo que seguramente es displacentero para el yo del sujeto en tanto que *"lo inconciente, vale decir, lo «reprimido» no ofrece resistencia alguna (...); y aún no aspira a otra cosa que a irrumpir hasta la conciencia-a despecho de la presión que lo oprime- o hasta la descarga" (10).*

Por tal motivo, se podría decir que la oposición más bien estaría entre el principio de placer y la compulsión de repetición, la cual como se ha dicho, viene a poner en jaque a tal principio.

Al aparece la oposición no estaría dada entre pulsiones de vida y de muerte: Eros y Tánatos, ya que ambas, tarde o temprano indistintamente son descargadas; ya que se tiende básicamente a suprimir toda tensión cancelándola o rebajándola.

Nos parece que Freud y la teoría pulsional, y todos los rincones por los que nos hace pasar, son de sobra confusos; muestra de esto es la misma obra de *Más allá del principio de placer*, pese a esto, deja entrever al parecer, que el principio de placer está a la orden de la pulsión de muerte y no del lado de la compulsión de repetición o de la cura misma. De tal manera que esta inercia a la que tiende el principio de placer es en sí una aliada de la pulsión de muerte.

"El principio de placer parece estar directamente al servicio de las pulsiones de muerte; es verdad que también monta guardia con relación a los estímulos de fuera, apreciados como peligrosos por las dos clases de pulsiones, pero muy en particular con relación a los incrementos de estímulo procedentes de adentro, que apuntan a dificultar la tarea de vida" (11).

De esta manera lo reprimido siempre aspira a la satisfacción, cosa a la que se resiste el yo, dando paso a la compulsión a la repetición:

"Las pulsiones reprimidas nunca cesan de aspirar a su satisfacción plena, que consistirá en la repetición de una vivencia primaria de satisfacción; todas las formas sustitutivas y reactivas, y todas las sublimaciones, no son suficientes para cancelar su tensión acuciante" (12).

En la transferencia algo se repite y es, desde el procedimiento psicoanalítico, la única manera que hay de llegar a una cura; por lo que no se puede evitar que el paciente repita algunas vivencias de su infancia que fueron olvidadas.

Sin embargo, en el decurso del análisis de algunos pacientes, algo sucede que hace que el efecto de la cura se vea mermado. Si bien es cierto hemos indicado que la cura se asoma cuando los síntomas mejoran o se superan, el efecto contrario que se logra es el del empeoramiento de la enfermedad, de suerte que aparece en el paciente "la necesidad de mantenerse enfermo".

Algo se opone a la cura, en donde salta a la vista del médico un sentimiento de culpa que la paraliza, y por lo que es preferible el padecimiento a sentirse mejor. En este caso el sujeto no se sabe culpable, se sabe enfermo. A esto se le llamó "Reacción Terapéutica Negativa," producto de una desmezcla pulsional, en donde la de muerte prevalece desde el Superyo mostrando una cruel severidad hacia el yo.

Freud en un pie de página de *El Yo y el ello*, plantea la dificultad de trabajo en estas circunstancias:

"No es fácil para el analista luchar contra el sentimiento inconciente de culpa. De manera directa no se puede hacer nada; e indirectamente, nada más que poner

poco a poco en descubierto sus fundamentos reprimidos inconcientes, con lo cual va mudándose en un sentimiento conciente de culpa" (13). Inconciente en sus fundamentos, claro está, ya que los afectos siempre son concientes.

Al fin de cuentas, el proceso de la cura busca que el paciente repita esa parte de su vida olvidada, pero que a la par, reflexione y reelabore sobre eso que repite en la situación transferencial, cosa que resulta no menos complicada en tanto que de nueva cuenta, los síntomas del paciente son el resultado de una formación de compromiso, donde ambas partes en conflicto resultan beneficiadas.

En Freud no encontramos nada que postule otro momento teórico sobre el síntoma y la cura.

En los párrafos siguientes se presentarán algunas elaboraciones teóricas que, a partir de la enseñanza de Lacan se han efectuado en relación con el síntoma. El síntoma marca una insistencia, repite ese vacío que no ha podido expresarse en palabras, y el medio para escucharlo es a través del mismo síntoma, de ahí la importancia de mantenerlo.

Safouan en su seminario titulado, *Angustia, Síntoma e Inhibición*, se pregunta: ¿Qué es el sujeto?. Lo que el síntoma oculta.

El síntoma es una salida lábil y precaria pero es la única que el sujeto tiene para defenderse de la representación insoportable y que le permite mantener un equilibrio. Visto así el síntoma es valiosa para el paciente, quien encuentra en éste un apoyo. ¿Cómo querer entonces suprimir el síntoma si éste es lo que mantiene al sujeto de pie? Son, por llamarle de alguna manera, muletillas que aseguran su transitar en el mundo. Como diría Pasternac *"El análisis es una flor delicada."*

No podemos arrebatarse al paciente algo que lo sostiene de momento.

El síntoma es una de las piezas claves del análisis, ya que le permite al sujeto pedir ayuda. Si de entrada se erradica del tratamiento analítico, éste buscará un nuevo camino para manifestarse. Miss Lucy sólo cambió el extraño olor de pastelillos quemados por el de humo de cigarrillos. Freud no quedó muy satisfecho con este resultado.

Al trabajar de esa manera, se estaría retrocediendo a los albores del psicoanálisis donde se lograban efectos puramente sintomáticos. Al erradicar el síntoma, el esfuerzo en la labor analítica quedaría anulada, y el trabajo no tendría por qué llamarse psicoanalítico sino de otra forma.

En suma, el trabajo analítico no consiste en quitar el síntoma de un plumazo, pues ya se ha visto que los efectos suelen ser efímeros, o hasta peligrosos. Habremos, más bien, de indagar el inconsciente a través de esa forma particular de expresión del deseo que insiste e irrumpe en el lapsus, los olvidos, los sueños; y por supuesto el síntoma.

Haciendo una mirada retrospectiva a este capítulo, podemos decir que Freud a lo largo de su obra y de sus distintos momentos abordados sobre el síntoma y cura, nos remite a un modelo que no abandona nunca: el del "conflicto," por lo que lo coloca como constituyente a todo sujeto: Conflicto entre fuerzas, entre instancias, sistemas y conflictos pulsionales.

En un primer momento lo importante era recordarlo para que el paciente lograra la abreacción y de esta manera la cura. Posteriormente, el peso está en dejar a un lado lo realmente ocurrido, para tomar en cuenta solamente la realidad particular del sujeto, su realidad psíquica: sus fantasías, su deseo. Aunamos a esto la complejidad de la cura analítica con la pulsión de muerte y la compulsión a la repetición.

Pasamos a ver, de manera muy general, cómo las elaboraciones teóricas lacanianas, entienden el síntoma como un sostén que el hombre posee para mantenerse en pie, donde este síntoma oculta al sujeto, pero que a la vez da cuenta de él.

Pese a todo lo anterior, el síntoma continúa siendo hasta nuestros días la pieza clave, en tanto que dio sentido al origen del psicoanálisis; y desde el caso particular del sujeto, el motor que puede llevarlo a buscar respuestas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL SEGUNDO CAPÍTULO

- (1) Freud, S., *Conferencia 128 La Terapia Analítica*, Tomo XVI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág. 410.
- (2) Freud, S., *Conferencia 16 Psicoanálisis, y Psiquiatría*, Tomo XVI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág.224.
- (3) Freud, S., *Estudios Sobre la Histeria*, Tomo II, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág.144.
- (4) Freud, S. Op. cit. pág.32.
- (5) Freud, S. *Psicoterapia de la Histeria*. Tomo II, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág. 273.
- (6) Freud S. Op. cit. pág. 285.
- (7) Freud, S., *Conferencia 23. Los Caminos de la Formación del Síntoma* Tomo XVI., Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág.334.
- (8) Freud, S., Carta 19. *Los Orígenes del Psicoanálisis*, Tomo XXII. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág. 313.
- (9) Freud, S., *Más Allá del Principio de Placer*, Tomo XVIII., Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág. 9.
- (10) Freud, S., Op. cit. pág. 19.
- (11) Freud, S., Op. cit. pág. 61.
- (12) Freud, S., Op. cit. pág. 42.
- (13) Freud, S., *El yo y el ello*. Tomo XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág. 51.

CAPÍTULO III

MÁS ALLÁ DE LA FANTASÍA

"La fantasía proviene de lo oído, entendido con posterioridad, y desde luego son genuinas en todo su material (...) y así combinan lo vivido y lo oído, lo pasado de la historia de los padres y los antepasados con lo visto por uno mismo."

Sigmund Freud.

MÁS ALLÁ DE LA FANTASÍA

Antes de iniciar con el tema, es importante hacer la vinculación de este nuevo concepto: "la fantasía", y los que ya hemos trabajado en los dos capítulos anteriores: la cura y el síntoma. En el capítulo anterior, mencionábamos cómo Freud encuentra a través de los síntomas el camino para escuchar algo distinto, siendo éstos una manera distorsionada y fantástica de hablar del inconsciente. Por lo tanto, la fantasía cobra un papel importante en la aparición del síntoma.

La fantasía es el motor que da marcha a la creación de toda formación sustitutiva como el síntoma, el sueño o lapsus, pero por ser el síntoma el sitio del que brota la posibilidad de análisis, la vinculación de los tres aspectos arriba mencionados, resulta indiscutible y provechosa para nuestro fin, ya que conocer la naturaleza del síntoma ayudará a discernir más claramente el camino hacia la cura.

En este capítulo nos interesa reflexionar en torno a lo que la fantasía es, de dónde proviene, y qué la determina. Para ello nos remitiremos a varios textos que por su contenido aportan ideas significativas e importantes para el sostenimiento de una hipótesis fundamental, manejada a lo largo de este trabajo, y es, que algo del orden de lo prehistórico y originario se entreteje finamente en la conformación de la fantasía a la par con la historia del sujeto.

Como artículo central, se recurrirá a uno escrito por Freud en 1895, pero encontrado hasta 1950, fecha en la que fue publicado, intitulado: *El Proyecto de Psicología para Neurólogos*. Retomaremos sobre todo los apartados XVI, XVII y XVIII, que hacen referencia a la cosa del mundo "*das-Ding*".

Reflexionar sobre la fantasía, hizo pensar en la posibilidad de una relación con el *das-Ding* y por tanto, entre *das-Ding* y toda formación de compromiso, como forma básica de manifestación del inconsciente.

La fantasía es uno de los elementos más importantes al interior de la teoría psicoanalítica, descrita por Freud como la verdadera realidad psíquica, que pasa a ser el lugar en donde se despliega la historia de un sujeto. Para que este pensamiento sobre realidad psíquica se produjera, tuvieron que pasar varias cosas. Como ya lo mencionamos en el capítulo anterior, en los albores de su práctica clínica, las historias contadas por sus pacientes eran consideradas como realmente ocurridas, y no fue hasta el año de 1897, cuando Freud escribe a Fliess su ya famosa carta : "*Ya no creo en mi neurótica*" (1):

El autor explica que no hay en el psiquismo de la enferma ningún signo de realidad que avalara lo ocurrido: el atentado sexual del que había sido víctima. Mas bien esos recuerdos ocultaban los verdaderos deseos de las pacientes, apoyando con ésto la constitución de la fantasía originaria de seducción.

"Cuando después hube de discernir que esas escenas de seducción no habían ocurrido nunca y sólo eran fantasías urdidas por mis pacientes, que quizás yo mismo les había instalado, quedé desconcertado un tiempo" (2), " mi error había sido entonces como el de alguien que se toma por verdad histórica la leyenda de la monarquía romana según la refiere Tito Livio, en vez de considerarla como lo que es: una formación reactiva frente al recuerdo de la época y circunstancias mezquinas probablemente no siempre gloriosas " (3).

En 1899, Freud hace evidente la importancia de los recuerdos infantiles y su carácter encubridor, cayendo en cuenta de que todos los recuerdos son encubridores independientemente del tiempo que sean. Hay recuerdos, no de la infancia, sino *sobre* la infancia (4).

Se puede pensar aquí en una coincidencia entre recuerdo encubridor y fantasía, en tanto que ambos son productos falsificados; alteraciones de vivencias conjugadas en el tiempo, admitiendo que no se conformarían "*si no hay ahí una*

- (11) Lacan, J. *Seminario 7, la ética del psicoanálisis*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1991. .pag.69-70.
- (12) Lacan, J. O.p. cit. pp.70-71.
- (13) Lacan, J. O.p. cit. pág. 69.
- (14) Freud S., *Carta 52*, tomo I, Ed. Amorrortu Buenos Aires, 1988.pág.281.
- (15) Freud, S., *Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre*. Tomo XI, Ed., Amorrortu .pág. 163.
- (16) Lacan, J., *Seminario 2, El yo en la teoría de Freud*, Ed. paidós, Buenos Aires, 1991. .pag. 241

huella mnémica cuyo contenido ofrezca puntos de contacto con la fantasía, que por decirlo así, la solicita" (5).

La fantasía, al igual que el recuerdo encubridor, obedecen a las leyes del inconsciente y ambas son para Freud subrogados de un conflicto psíquico, frente a una representación insoportable para la consciencia. Son formaciones sustitutivas que permiten a lo reprimido tener acceso de esta manera.

En *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, (1915-1916) - y de manera más evidente en las tres primeras de ellas- en el momento en el que Freud quiere introducir al auditorio la noción de inconsciente, no lo hace hablando de alguno de los pilares fundamentales del psicoanálisis como la represión o transferencia, sino, simple y sencillamente, a través de los fenómenos y lagunas de la palabra hablada, lugares donde el inconsciente se desliza y hace su aparición: en lapsus, olvidos, equivocaciones y, por qué no: en la fantasía.

Ya desde *Estudios sobre la Histeria*, el autor hace explícito el valor de la fantasía, aunque no se identificaba aún con ese nombre, sino con el de "sueño diurno o devaneo", en donde el paciente hablaba de episodios novelados e historias que, como cuentos, eran narrados en estado de vigilia. Anna O. nuevamente lo atestigua con su llamado "teatro privado" donde narraba a Breuer historias muy semejantes en donde siempre aparecía una niña abandonada, una pobre huerfanita que se quedaba sola; hablaba también de duelos y pérdidas tempranas.

Los sueños diurnos tienen una relación con los nocturnos, ya que al igual que éstos, en aquellos aparecen historias increíbles, insólitas, maravillosas o macabras. Tal vez no estén tan fragmentadas ni olvidadas como en el nocturno -por efecto de la censura- ya que el diurno se encuentra más alejadas del núcleo de lo reprimido, sin embargo el material de ambos fue equiparado en *La interpretación de los sueños*:

"Una mayor profundización de los caracteres de estas fantasías nos enseñan que con todo derecho conviene a estas formaciones el mismo nombre que llevan nuestras producciones nocturnas: el nombre de sueños" (6).

En esa misma obra, Freud comenta que existen fantasías conscientes e inconscientes, y estas últimas están más cerca de la formación del síntoma. Por lo tanto podemos pensar que el síntoma, al igual que cualquier otra formación sustitutiva, va íntimamente ligado con la fantasía, con el retorno de lo reprimido, con eso que se encuentra colocado en otro escenario -alejada de la consciencia- y de la que el sujeto sólo sabe a raíz de sus estragos ínfimos o dolorosos, pero que son vividos como extraños, o sin razón de ser.

"Las formaciones en un todo análogo se presentan de manera regular en todas las psiconeurosis, en especial en la histeria, y de que en ellas -las llamadas fantasías (phantasie) histéricas- se pueden discernir importantes nexos para la causación de los síntomas neuróticos" (7).

Freud, en su artículo *Los Caminos de la Formación del Síntoma*, plantea que en la neurosis se juegan fantasías que son transmitidas de generación en generación y que son reconocidas con el nombre de "fantasías originarias". Lo anterior nos lleva a pensar que Freud estaría proponiendo que en todo síntoma y en toda formación sustitutiva, hay algo que se repite filogenéticamente -tal vez no de la misma manera- donde algo del orden del lenguaje se vuelve a repetir. Pero: ¿Por qué del orden del lenguaje? Hemos señalado que el inconsciente hace su aparición en las lagunas del lenguaje, que algo se presenta en el escenario para invocar la escucha de un experto que no lo percibe como un simple desliz de la palabra.

- Las cuatro fantasías originarias nos transportan, por su contenido, al origen del hombre: fantasía de la vida intrauterina, escena primaria, seducción y castración. Todas ellas hablan del origen de la vida y, por ende, de la sexualidad. Son fantasías que guardan un peso importante al interior de la etiología de la neurosis. Traigamos a cuenta las repetidas anécdotas de la paciente seducida, o del niño testigo del coito de los padres. En ambas se trata, pues, de supuestas vivencias capaces de trascender a todo sujeto, pero que mito o realidad ahora forman parte de su discurso.

¿Qué es lo que generaría en el sujeto el despliegue de este tipo de fantasías? Y más aún ¿Que lo iguala en esta parte de su realidad psíquica al resto de la humanidad? ¿Habría un antecedente histórico que las determine en cada uno

de los hombres? Tal vez este elemento común a todo ser humano se relaciona con esa primera vivencia de satisfacción y con ese objeto originariamente perdido. En *El Proyecto*, Freud habla del *Complejo del Semejante*:

"Y así, el complejo del prójimo, se separa en dos componentes. Uno de los cuales se impone por una ensambladura constante, se mantiene unido con una cosa del mundo, mientras que el otro es comprendido por un trabajo mnémico. Es decir, puede ser reconducido a una noticia del cuerpo propio." (8).

El primero de los componentes es comprendido por el sujeto en tanto que da noticia del propio cuerpo, en tanto que le remite a algo conocido por él: lo reconoce como parte de su ser.

Es lo que nos hablaría de esa anticipación que el niño asume como suya en el cuerpo del prójimo auxiliador, que actúa como un espejo y que por eso el movimiento del cuerpo lo remite al suyo propio, por tanto es lo conocido, lo que el sujeto puede decir de sí mismo. El otro componente corresponde a una ensambladura constante que aparece como lo más lejano, desconocido y ajeno al sujeto: lo extranjero; sin embargo corresponde a lo más suyo, "el núcleo del yo o núcleo del ser".

Conviene detenernos por un momento en este punto. Se habla de una ensambladura constante porque representa algo fundido e inherente al sujeto, por lo mismo cercano, suyo -del que no puede desprenderse pero que aparece oculto- de ahí que sea vivido por él como ajeno del que no puede dar cuenta. La ensambladura constante aparece como algo innombrable porque, como elemento extranjero, habla un idioma incomprendido para el sujeto: algo habla desde otro escenario. Tal vez esa escena tenga que ver con aquel complejo del semejante -donde el niño queda totalmente sometido a los deseos del otro- que idealmente, se dice, pudo ser la madre.

Si la cosa del mundo es el núcleo de nuestro ser, se entiende que la parte comprendida como resultado de un trabajo mnémico, no es la que determina la vida del sujeto. Habría otra parte de la que depende totalmente y sería por tanto la cosa del mundo, el *das Ding*, que posiblemente tiene que ver con esas "bahnung"

existentes en la memoria inconsciente que hacen que el sujeto seleccione desde adentro unas cosas y no otras. Es decir, que sólo determinados objetos atraen su atención. Se menciona que las *bahnungs* son lo que más tarde Freud nombraría como "huellas mnémicas". En el apartado *I de El Proyecto* -en donde aborda el tema de las Barreras-Contacto- menciona que la memoria está constituida por facilitadores o *bahnungs*.

Reflexionemos ahora en los términos como Freud se dirige a esa parte oscura que es el núcleo de nuestro ser: el *das-Ding* o cosa del mundo.

¿Por qué designarle ese nombre? decir *das-Ding* no resulta algo arbitrario de parte de Freud, es sin duda la palabra clave que él encontró para nombrar lo que escuchaba en boca de sus pacientes. De esta manera la cosa del mundo puede ser cualquiera o ninguna al mismo tiempo: un vacío ¿Cómo es que el núcleo de nuestro ser se sostiene en este vacío? Y más aún ¿Cómo nos puede determinar? Es aquí cuando recordamos que el psicoanálisis trabaja con escenas que nunca sucedieron como hechos de la realidad externa, puesto que éstas son el resultado de un rompecabezas armado por las leyes del inconsciente: condensación, desplazamiento, atemporalidad y no contradicción.

Safouan, en el libro: *Angustia, Síntoma e Inhibición*, se interroga: "*¿Qué es el sujeto? Exactamente lo que el síntoma oculta*" (9).

Freud, por su parte, señala que no hay diferencia alguna entre el síntoma o cualquier otra formación sustitutiva:

"*Eso es tan verdadero que la teoría que engloba todos los síntomas patológicos termina en una simple proposición: todos ellos deben ser considerados como cumplimientos de deseos inconscientes*" (10).

Por lo anterior, si la formación sustitutiva oculta al sujeto, y el *das Ding* está oculto al sujeto, esto hace pensar que el síntoma será uno de los lenguajes o caminos de expresión de la cosa, igual como el sueño, el lapsus o la fantasía.

"*Lo que encontramos articulado aquí nos permite una primera aproximación de lo que está en juego en las neurosis y comprender su correlato, su término*

régulador. Si el fin de la acción específica que apunta a la experiencia de satisfacción es reproducir el estado inicial, volver a encontrar el das Ding, el objeto, comprendemos muchos modelos de comportamiento neurótico (...) Pues bien, aquí en relación a ese das Ding original se realiza la primera orientación, la primera elección, el primer emplazamiento de la orientación subjetiva, que llamaremos en este caso Neurosenwahl, la elección de la neurosis" (11).

Recordemos que lo extranjero habla en un idioma diferente y que, incluso, es innombrable: "*cosas mudas no son lo mismo que cosas que no tienen ninguna relación con la palabra*" (12).

Katharina contaba a su médico historias de una cabeza horripilante cada vez que le hacía falta el aire, era esta una narración recurrente. Esta repetición nos hace pensar en una fuerte relación con este *das-Ding*, con el deseo, ya que pensamos finalmente que puede ser la misma cosa, en tanto que en ambos la compulsión a la repetición impera. Podemos agregar algo muy interesante para nuestra reflexión: si el síntoma es un subrogado del deseo, el camino a la cura se hace resistente, ya que si en el padecimiento se obtiene un paralelo de satisfacción -un sustituto del deseo- deseo que por ende orienta la elección de la neurosis.

La dificultad a la que se enfrenta el análisis es evidente, pero que por otro lado es básica en tanto que da nuevamente la razón para no eliminar el síntoma como fin primero, ya que sin él, esta veta de saber quedaría anulada, al menos temporalmente en tanto que tarde o temprano la compulsión volvería a presentarse al no haber encontrado salida.

Esa necesidad imperiosa de repetición que insiste desde alguna modalidad de formación sustitutiva: síntomas, sueños, transferencia, etc; nos muestra que en el sujeto existe una dosis de sufrimiento y angustia; visto así, podemos decir - abruptamente- que la cura estaría dada cuando la compulsión a la repetición cesa.

Lo que insiste es ese núcleo en un intento de ser nombrado aunque sea a medias. En ese sentido toda formación será un consuelo, un paralelo de satisfacción, como puntualiza Lacan. "*Se vuelven a encontrar sus coordenadas de placer, no el objeto*" (13).

Como cosa del mundo que es, puede ser llenado por cualquier cosa, pero nunca por la que en verdad busca; por lo tanto, todo objeto encontrado será un objeto a medias. Nunca habrá ninguno que llene el vacío, el deseo insatisfecho.

Es precisamente ese vacío, la falta de ese objeto originario el que produce que el ser humano se lance al mundo en constante búsqueda. Es porque la cosa falta, que los objetos del mundo externo cobrarán sentido, donde la brújula de eso que busca será su propio deseo.

En *El Proyecto*, Freud habla de un objeto perdido desde el origen, es decir, que siendo originariamente perdido nunca estuvo donde se pensó. Por lo que el psicoanálisis muestra que nuestros ideales están suspendidos en un pasado frustrado que busca ser lograrlo- hacerse realidad: se podrán encontrar paralelos de satisfacción, pero nunca con ese objeto originario.

En *La Carta 52* se habla de lo "*Prehistórico inolvidable a quien ningún posterior igualará ya*" (14). En los escritos donde Freud hace contribuciones sobre la vida amorosa, lo menciona como "*lo insustituible eficaz*" (15). Y se torna insustituible en el sentido de que no habrá nada que lo colme, pero eficaz, porque gracias a eso el hombre estará en constante búsqueda y movimiento.

Hay en el hombre algo perdido originariamente, donde la fantasía será la fórmula que intentará llevarnos al éxito de nuestra búsqueda. Si se trata de un objeto perdido en la prehistoria, esto nos hace suponer que, en parte, tiene que ver con algo anterior a la historia del sujeto, que se conecta con la historia de sus antepasados por el hecho de ser prehistórico y, en donde de alguna forma, ellos hablan también. De ahí que se piense que esa falta es algo que marca a todos por igual, pero con una especificidad única a cada ser.

Remitiéndonos a la clínica, se podría uno preguntar: ¿Hacia dónde se dirige la intervención del analista? ¿hacia aquella parte conocida de la que el sujeto puede dar cuenta con ese discurso coherente? o ¿hacia esa otra escena ilógico y sentida como ajena?

Por supuesto que el trabajo del análisis estará concentrado hacia ese extranjero porque, como portador de un mensaje distinto, sólo el analista con su lectura atenta podrá dar cuenta de él.

Lacan, en el seminario *La ética del Psicoanálisis*, lo nombra como la insistencia del significante, que por más lejano que aparente estar al sujeto, estará atado a él- núcleo de su ser- en tanto que determina su mundo de elecciones, fantasías, síntomas, y en sí (como ya hemos repetido), toda formación sustitutiva.

Con las ideas anteriores podemos reflexionar ahora en términos de lo que el sujeto es para el psicoanálisis. Sujeto diferente al que se refieren otras disciplinas como la Filosofía o el Derecho por mencionar algunas. Freud, en primer término dio cuenta del sujeto descentrándolo de la consciencia, descentrando al ego de ese lugar privilegiado en el que había permanecido por siglos. El lugar de referencia ahora es el inconsciente en tanto que él, y sólo él, habla de lo que el sujeto es: "*Más allá del ego, lo que en el sujeto es el sujeto y no es el sujeto, es el inconsciente*" (16).

¿Qué es el sujeto?. Lo que su deseo desplegado en la fantasía le obliga a ser. Un vacío que llena el principio y el final de su existencia y en cada encuentro del objeto que llame su atención, éste le hablará de aquel que sin haberlo tenido es inolvidable, y se asoma de vez en vez, a la escenificación de la fantasía, velo del deseo.

A lo largo de este capítulo pudimos percatarnos una vez más de la complejidad a la que nos remite el término "Deseo" tanto en lo teórico como en lo clínico, sin embargo rescatamos como significativo para nuestro tema, que el síntoma siendo un subrogado de éste, dificulta la cura analítica al encontrar en él un paralelo de satisfacción:

Por otro lado la compulsión a la repetición se ve íntimamente relacionada con el *das Ding*, donde la cura se lograría precisamente cuando se apresa aquello que insiste en mostrarse cada vez de una forma diferente, y que le permite al sujeto dar respuestas a los interrogantes que se ha formulado en el trayecto de su análisis. Compulsión indispensable en tanto que le paciente inicia el tratamiento con un tipo particular de repetición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEL TERCER CAPÍTULO

- (1) Freud, S., *Carta 69. Tomo I.* Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág. 301
- (2) Freud S., *Presentación Autobiográfica*, Tomo XX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág. 33.
- (3) Freud S., *Presentación Autobiográfica*, Tomo XX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág. 33.
- (4) Freud, S. *Sobre recuerdos encubridores*, tomo III, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pp. 314-315
- (5) Freud S. O.P. cit pág..311.
- (6) Freud, S. *La interpretación de los sueños*, tomo V, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pág. 488.
- (7) Freud S. *Las fantasías histéricas y su relación con la homosexualidad*, tomo I, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pág.142
- (8) Freud, S., *Proyecto de Psicología*. Tomo I., Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1988., pág.377
- (9) Safouan Moustaphá., *Angustia, síntoma, inhibición.*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires,. A. 1988.pag. 22.
- (10) Safouan, M. O.P. cit: pag 20.

CAPÍTULO IV

CASI UN ÉXITO TERAPÉUTICO

Quisiera morir como la avicilla que rompe su garganta en una explosión de júbilo; mejor que vivir como el gusano reptador por la tierra, tornándome feucha y vieja, estólida y muda. Quiero sentir una vez más como se inflan mis fuerzas y ardo en la hoguera salvaje de mi propio fuego.

ELLEN WEST.

ANÁLISIS EXISTENCIAL DEL CASO ELLEN WEST Y EL PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO

Creemos importante la contextualización del caso para que las ideas que en él se expongan, puedan lograr un entendimiento más claro, tomando en consideración algunos de los elementos prevalecientes no sólo de la época en la que se atendió y se publicó, sino también, en cuanto al manejo clínico, así como la relación de Binswanger con el movimiento psiquiátrico y su acercamiento al Psicoanálisis y a Freud mismo.

El caso Ellen West, fue abordado por el psiquiatra suizo Ludwig Binswanger, en el año de 1941, el cual tiene ya para esa época su propia técnica terapéutica, basada en una extraña mezcla de Psicoanálisis y Existencialismo, al que él llama Psicoanálisis existencial. Ludwig Binswanger (1881-1966) fue un médico-psiquiatra suizo que trabajó con Eugen Bleuler y Carl G. Jung. Descendiente de una familia de psiquiatras, Binswanger fue Director y Médico del Sanatorio Belevue, en su natal Suiza. De hecho, Ludwig heredó de su padre, el psiquiatra Robert Binswanger, éste cargo. Anteriormente su abuelo también había sido Director del mismo lugar.

El aporte de L. Binswanger es en el terreno del llamado "análisis existencial" (Daseinsanalyse). Derivado de las ideas de Heidegger, específicamente de *El Ser y el Tiempo*, Binswanger hace del análisis existencial un "*Método de investigación psiquiátrico- fenomenológico*"- *tendiente a- lograr una nueva concepción científica de los problemas de la psiquiatría, la psicopatología y la psicoterapia, sobre la base del análisis de la existencia (Daseinsanalytik) tal como fue desarrollado en la notable obra de Martin Heidegger; Seint und Zeit en 1927"* (1).

Bajo esta nueva concepción, ya no se comprende al hombre en términos de alguna teoría, sino en términos de una elucidación puramente fenomenológica de la

estructura total de la existencia como "Ser-En-El-Mundo". Esta expresión (In-der-Welt-sein), abarca por igual el mundo propio del individuo y las relaciones simultáneas y coextensivas con y hacia otros individuos y cosas.

Resultó llamativo averiguar que entre Binswanger y Freud, existió una amistad que perduró toda su vida, y que por la admiración que sentía hacia él, introdujo al interior de la institución psiquiátrica a su cargo el psicoanálisis como forma alternativa de abordaje terapéutico. Como ya decíamos, lo que él intentó hacer más bien fue una combinación de ambas teorías, sin embargo Binswanger se dio a conocer más como existencialista que como psicoanalista, siendo la figura representativa de la actual psicología existencial, así lo reafirma Hendrik Ruitenbeek en su libro: *Psicoanálisis y Filosofía de la existencia*. El mismo autor asegura que la simpatía era también de Freud hacia él, quién nunca demostró repudio por la persona del psiquiatra. Aunque no compartía su punto de vista teórico, sí mantuvieron una amistad.

Así, el libro *Binswanger, Sigmund Freud Reminiscences of a friendship*; muestra sus correspondencias y conversaciones con Freud. "*La amistad entre Freud, el psicoanalista, y Binswanger, un destacado psiquiatra existencialista suizo, fue tierna, duró toda la vida, y constituye, además, el único caso de amistad prolongada de Freud con alguien que difería radicalmente de él*" (2).

El caso Ellen West, fue traducido al español por Werner Mendel y Joseph Lyons. El título original era: *Der Fall Ellen West*. En la traducción al español el título es: *El Caso Ellen West, Estudio Antropológico-clínico, Un caso Histórico*. El término de Antropología al parecer, era sumamente común en la psiquiatría europea de esa época para designar toda aquella ciencia que se hiciera cargo del hombre. En cuanto a lo de la frase un caso histórico (se menciona en el mismo texto a pie de página), va en el sentido en que Binswanger plantea un tratado sobre las psicosis maniaco-depresivas, procedimiento que él desarrolló en su obra titulada *Sobre la fuga de ideas*.

Debido a que muy pocas de sus obras han sido traducidas al Inglés, y desde luego casi nada al español, el trabajo carecerá de mayor profundidad en cuanto al acercamiento a fuentes directas. También resultó particularmente lamentable que el caso West no contara con referencias sobre sesiones de trabajo, o con respecto al

abordaje terapéutico realizado con ella; sólo se menciona brevemente algo de la técnica y de los objetivos sobre los que trabaja el análisis existencial. Con esto, una vez más comprobamos a través de este hecho, que el trabajo terapéutico en general, es un quehacer a puerta cerrada que no admite terceros, y que por lo mismo pertenece al ámbito de lo privado.

Pero entonces ¿por qué elegir el caso Ellen West? Se pueden dar por lo menos dos razones en favor de esta elección.

La primera es de orden histórico-crítico, se trata de un caso que durante varios años fue altamente famoso y muy controvertido. Estos años van desde su publicación en alemán en 1944 hasta después de su traducción al inglés en 1958.

Luego de ésto, prácticamente fue olvidado y sólo se hacía referencia a él como ejemplo extremo de fracaso terapéutico.

Sostenemos que recuperar este caso para trabajarlo a la luz de nuevas concepciones sobre la salud mental y el proceso de curación es una forma de hacer investigación. La apertura hacia nuevos horizontes teórico-clínicos y la búsqueda de algún sentido novedoso -no presente hasta entonces- son también formas de producción de conocimiento. No se trata de encontrar un sentido oculto o latente, que por falta de pericia - de quienes lo enfrentaron anteriormente- no se percataron de él. Se trata de un proceso de construcción de nuevos conocimientos. No estamos seguros de haberlo logrado, pero en cambio sí estamos seguros de haber puesto en práctica este proceso.

Esta primera razón nos coloca en el terreno de la segunda. De acuerdo a Rollo May *"Binswanger no pretendía, al publicar el caso, discutir sobre técnicas psicoterapéuticas, tampoco trata de ilustrar cómo el caso habría debido o no tratarse. Lo que pretendía Binswanger era ahondar en el conocimiento de ciertos problemas que presentan los seres humanos. Más bien procuró plantear la más profunda de todas las cuestiones: ¿existen necesidades y valores del ser humano que trascienden su propia sobrevivencia, y acaso no hay situaciones en que la existencia necesita, para completarse, destruirse a si misma?"* (3).

Independientemente de cual haya sido el propósito de Binswanger, nada impide trabajar nuevamente el caso y hacer algunas observaciones acerca del tratamiento de Ellen West.

Este capítulo consta de seis partes:

- I. Los orígenes de la terapia existencialista y el problema de la comprensión.
- II. Objetivos y forma general de la terapia existencial.
- III. Descripción del caso Ellen West.
- IV. Análisis existencial realizado por Binswanger.
- V. Conclusiones sobre la terapia existencial desde la teoría y el método psicoanalítico.
- VI. La transferencia y el fin de análisis.

LOS ORÍGENES DE LA TERAPIA EXISTENCIALISTA Y EL PROBLEMA DE LA COMPRENSIÓN.

Si bien no se trata de exponer la filosofía existencialista, tarea que, además de ardua, es difícil por no ser una corriente homogénea dada la diversidad de autores. Pero es necesario señalar aunque sea brevemente, algunas de las características que pudieran considerarse como distintivas.

El existencialismo es la corriente filosófica, cuyo centro de interés, es la experiencia más inmediata del hombre, "Su propia existencia".

Desde este punto de vista se puede decir que filósofos como Nietzsche, Bergson, Kierkegaard, Dilthey y Jaspers; si bien tienen marcadas diferencias entre sí, fundan las bases de una nueva corriente filosófica a la que llaman existencialismo; que proviene de la palabra existencia, y que significa ex-sistere; sobresalir o emerger. El existencialismo tenía como fin explicar la realidad del hombre, única y enteramente a través de la vida.

Heidegger filósofo contemporáneo a Jaspers inicia un trabajo reflexivo de tendencias fuertemente psicológicas. Jaspers atraído, entre otras, por este tipo de ideas, desecha poco a poco su formación metafísica que concibe al hombre como un ser en su máxima abstracción: lo bello, lo verdadero, lo bueno.

Se buscan respuestas más reales y cercanas a lo que es el ser humano, alejándose más y más de esa idea de perfección metafísica. Hay que encontrar-decía-la esencia no del ser abstracto, sino de las formas básicas del ser. Ambos buscaban las características del ser humano, del ser real existente que vibra tanto en el dolor como en su contraparte.

Para explicarlo se abarcan todos los niveles posibles de la realidad humana: La realidad biológica, psicológica, cósmica, espiritual; etc. De esta manera se llega a la autenticidad del ser humano, a su estar único e irrepetible, expresado en sus formas básicas de existencia en el mundo.

Los llamados existencialistas, trabajaron siempre en razón de una pregunta central: ¿Qué es lo característico del ser humano? Para Jaspers, la manifestación más humana estaba dada en la *verstehen*, en "La Comprensión".

Jaspers habla de relaciones comprensibles, donde es vivido en carne propia el vivenciar del otro, se llega a un compartir de experiencias, que son empíricamente reales en tanto que son percibidas. Muestra que hay cosas obvias, cosas que el hombre puede ver, entender y comprender a simple vista, por lo que todo es posible de explicación.

"La noción de comprensión tiene una significación muy neta. Es un resorte del que Jaspers hizo, bajo el nombre de relaciones de comprensión, el pivote de toda su psicopatología llamada general. Consiste en pensar que hay cosas que son obvias, que, por ejemplo, cuando alguien está triste se debe a que no tiene lo que su corazón anhela. Nada más falso: hay personas que tienen todo lo que anhela su corazón y que están tristes de todos modos. La tristeza es una pasión de naturaleza muy diferente" (4).

OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA EXISTENCIAL DE LA COMPRESION.

La terapia existencial busca como fin último llevar al individuo a un estado de consciencia tal, que dé luminosidad de su existencia a través del restablecimiento de la dignidad y el amor propio (¿reforzar el yo?). Intenta despertar en él, recursos de sobrevivencia para que el ser existente no naufrague en su derrota. El terapeuta trabaja con una actitud de rescate en situaciones límites, en donde el paciente llega vacío y se intenta reconstruirlo internamente. Su filosofía es valerse de todos los elementos posibles siempre y cuando saquen al individuo del fango en el que se encuentra (el fin, justifica los medios). Kierkegaard decía al respecto: "*no basta que alguien esté hundido, porque puede hundirse más*". Es pues como ya dijimos, una terapia de rescate y de salvación para el hombre. Valdría la pena reflexionar desde aquí, si sólo el existencialismo mantiene esta línea de intervención desde lo que debe ser, buscando el bienestar del paciente, o si existen coincidencias con algunas prácticas terapéuticas de nuestra realidad inmediata.

"Lo que Binswanger denominó análisis existencial, representa una síntesis de psicoanálisis, fenomenología y conceptos existenciales modificados por nuevas intuiciones originales" (5).

Encontramos varios planteamientos que se exponen como básicos para la teoría de Binswanger:

1. Toma en cuenta todos los aspectos de la existencia individual, no sólo los conscientes, ¿querrá decir que trabaja con los inconscientes?. Seguramente sí, en tanto que dice retoma al psicoanálisis como método.
2. Para él, un individuo puede vivir en dos mundos a veces opuestos. Posiblemente esta idea surge de la influencia freudiana sobre el conflicto psíquico. Inclusive maneja tres mundos que entran en conflicto en la vida del ser, como una semejanza de la triada psíquicas: ello, yo y super yo.
3. En el análisis existencial se trabaja en el aquí y ahora, lo inmediato a experimentar.

4.- Su análisis busca reconstruir o transformar el mundo, según él, con una investigación biográfica conducida desde "Los Métodos Psicoanalíticos."

Al parecer, Binswanger no sabe lo que dice, en tanto que refleja confusiones teórico-metodológicas fundamentales. No basta con leer de Freud para ser psicoanalista. Agrega que, igual que los analistas, estudia la actitud de sus pacientes, sus reacciones, charlas, escritos, sueños, asociaciones libres y reconstruye su biografía; llegando con esto al encuadre analítico existencial, y a una comprensión más profunda que cualquier otra terapia, dando más y mejores respuestas al paciente.

En sus relaciones interpersonales, menciona estar atento a las manifestaciones del paciente tomando en cuenta la transferencia y contratransferencia. Afirma que como parte del análisis existencial que realiza, está implícito el análisis de la transferencia.

La descripción que a continuación se presenta es un resumen extraído del texto de Rollo May, tomando en cuenta los aspectos más importantes de este historial clínico según nuestro juicio. Los personajes que hablan a lo largo de este apartado son varios: por un lado aparece la historia que es dicha por Ellen y su esposo, conjugada con la que Binswanger hace. Por otro lado nuestras opiniones, que al igual que cada una de las anteriores muestran una lectura transferencial sobre el caso -aspecto por cierto inevitable-, aparecerán en esta capítulo III en cursivas.

Por lo anterior, si el lector lo cree pertinente, puede acudir a la bibliografía original para su consulta.

CASO ELLEN WEST

Ella es hija de un matrimonio judío. Su padre, por el que siente una inclinación inmesurada, es descrito como pasivo, débil, padece ataques de terror, depresiones y sensibilidad entre muchas otras cosas. De sus dos hermanos

varones, el menor es un manojito de nervios y fue internado en un hospital psiquiátrico por unas semanas por intentos suicidas.

Por parte de la familia paterna, su tía se volvió loca el día de su boda, y de los hermanos dos de ellos se suicidan, otro par muere de arteriosclerosis demencial y el otro se convirtió en asceta. La abuela era catatónica,

De la madre sólo se menciona que cayó en profunda depresión por 3 años, en el momento de su compromiso matrimonial.

De pequeña Ellen es descrita como violenta, lista y muy necia. Rechazó la leche materna, por lo que fue alimentada de papillas; hay en ella un gusto por desquiciar a los demás: un día al enseñarle un nido, ella se emperra (Sic. p 290), en afirmar que no, sin que nadie la hiciera cambiar de opinión.

Hasta llegada la adolescencia, vestía y actuaba como hombre. Había dos temas preferidos por ella: uno, el deseo a ser varón, el otro, el tema de la muerte. Desde aquí, su tendencia fúnebre se asomaba fuertemente en su diario y sus poesías. El primer intento amoroso la aparta de la homosexualidad, sin embargo el tema de la muerte continúa vigente a lo largo de su corta vida. Ellen hablaba de la felicidad que sentiría el día de su muerte, que vivía resignada en el mundo sólo porque sabía que moriría algún día. Aseguraba que lo único que la calmaba un poco era el trabajo, el cual tenía efectos de opio porque le ayudaba a tolerar el dolor que le causaba estar viva.

Uno se podría detener aquí a pensar que si lo que deseaba era la muerte, la salida era sencilla, pero recordemos a Freud en Más allá del principio de Placer, cuando menciona que uno busca la muerte no por el camino más corto, sino por el más largo y complicado: el camino de la vida.

Cuando Ellen tiene 20 años, el hermano mayor enferma al parecer gravemente, teniendo que viajar a ultramar para cuidarlo. En ese viaje conoce a un joven extranjero con el que súbitamente se compromete, cosa que el padre no acepta pidiéndole romper su compromiso, ella lo hace al parecer sin mayor disgusto.

En su retorno a Italia (ciudad donde vivía), para en Sicilia a vacacionar, Ellen las reconoce como las últimas semanas de felicidad de su vida. Una nube oscurece su horizonte; el pánico a engordar. Presa de esta idea a la que llama "Idea Fija" aparece su contraparte, el deseo enorme de mantenerse delgada. Se inicia una lucha encarnizada entre estas dos tendencias habitadas en un solo ser: Ellen West.

A la edad de 21 años, muestra una actitud francamente depresiva, dice que lo único que le da consuelo es saber que vendrá la muerte. En el otoño de ese año se reanima y pone una sala de lecturas para niños, al mismo tiempo que se prepara para ingresar a la universidad en la carrera de Ciencias Políticas.

En la primavera ya tiene 22 años, y asegura que con cada año ha ido perdiendo fuerza.

Presa de ataques incontrolables por comer, se arroja sobre la comida que precisamente más la engorda, logrando con esto aumentar de peso. Se desespera ante la supuesta burla de sus amigas etéreas y bellas.

En busca de su esbeltez, recurre a trucos y estratagemas: Ayunos exagerados, reduce su dieta a la mínima expresión, nada de dulces, chocolates; practica caminatas desfallecedoras. Lo único que la puede salvar del martirio es la muerte: *"Si mi gran amiga la muerte me hace esperar mucho más, entonces saldré a buscarla"* (6).

Su antiguo entusiasmo se reduce a casi nada, ahora ni su opio le hace efecto. Inicia actividades en una sala de lectura para niños, pero la abandona al poco tiempo y a la edad de 23 años, sobreviene el colapso.

Su compulsividad se acentúa al mismo tiempo que su deseo de no engordar, para lograrlo toma un número impresionante de pastillas para adelgazar que le producen diarreas espantosas por el día, y vómitos incontrolables por la noche.

Ahora el mundo que le rodea pierde su sentido original; todo existe para dos cosas, para enflacar o engordar. Su conflicto la hace caer en profundas depresiones donde su mundo parece triste, vacío y sin color: Los pájaros callan y huyen, las flores

se marchitan a su soplo helado. El mismo mundo se convierte en una tumba en donde sólo la muerte la puede liberar.

Por ese tiempo, se hace novia de un estudiante y en el momento en el que sus padres se lo ordenan rompe con él nuevamente, pero también por la incomodidad que siente con su cuerpo. Casi al mismo tiempo, conoce a un primo con el que se compromete y posteriormente se casa a la edad de 28 años.

Se pone profundamente triste al mirarse en un espejo; su imagen la tortura, no soporta ver su cuerpo, lo golpea con sus puños en señal de su desprecio.

En el verano cesa su menstruación y al poco tiempo se produce un aborto como consecuencia de sus caminatas exageradas y de su mala alimentación. Nunca más vuelve a quedar embarazada.

Confiesa a su esposo que sólo vive para adelgazar, que desearía tener un bebé, pero que teme engordar. Baja hasta pesar 92 libras, parece un esqueleto.

A la edad de 32 años se somete a su primer psicoanálisis con un analista, joven, sensible y no ortodoxo. Estando con él, recobra sus esperanzas, asiste al teatro, a conferencias; al poco tiempo Ellen considera su terapia como una tontería, que no le ayuda:

"Muchas veces me siento completamente deshecha por el conflicto que nunca se termina; en mi desesperación abandono a mi analista y me vuelvo a casa con esta certeza: puede darme luz, pero no salud" (7), ahora me conozco mejor, pero no me siento bien.

Ellen termina su análisis por motivos externos (sic pag), así es como describen el final(*no se aclaran cuáles fueron los motivos externos*). El análisis duró sólo 7 meses, de febrero a agosto. Su marido está fuera de la ciudad cuando esto sucede, y dice que la encuentra en un fuerte estado de angustia y de agitación. De visita en la casa de sus padres, Ellen decae notoriamente y el médico de la familia le sugiere que se atienda, pero ella se rehusa y prefiere iniciar el segundo análisis, esta vez, con un profesional más ortodoxo.

El analista le sugiere que piense en internarse dejándolo para esto a su marido, cosa a la que Ellen se rehúsa. Pasados dos días de esta sugerencia, comenta que se quitará la vida, toma 58 tabletas de anfetaminas en un fallido intento de suicidio, el analista se muestra "neutral" al parecer. Vienen con éste 3 intentos más en el mismo mes: toma nuevamente tabletas, luego intenta echarse a los coches para ser atropellada y en el propio consultorio del analista pretende aventarse por la ventana. El analista sólo recomienda nuevamente que sea internada, Ellen lo acepta mudándose con su marido a la institución (cosa permitida en aquella época). Continúa con el analista, quien le aconseja no dejar de escribir su diario como parte de la misma terapia.

Llega a la clínica el 12 de noviembre, logrando aparentemente una estabilidad tanto física como emocional, sus notas y poesías revelan esperanzas, pero nuevamente decae. Los médicos del hospital la vigilan: guarda comida en los armarios, come vorazmente como un animal salvaje. Ella les asegura que cuando come así lo que busca no es sólo satisfacer su hambre, sino también el amor. Dice que en el aspecto de la comida está loca. Hay una parte de su existencia imposible de controlar.

Echa en cara a su analista que sus consejos no le sirven de nada, *"Es inútil que venga a decirme que eso es precisamente lo que yo quiero, ese terror y esa tensión. Parece una observación brillante, pero no alivia en nada la tortura de mi corazón"* (8).

Además de la terapia, recibe relajamiento espiritual, dietas especiales, se cultiva intelectualmente, toma clases y comienza a escribir nuevamente. Se dan cuenta que en presencia de su esposo mejora notablemente.

Recordemos que al inicio de este segundo análisis el médico que la atendía sugirió como estrategia terapéutica la separación de ambos, y contradictoriamente ella sólo mejora en presencia del marido, ¿qué lugar ocupa él, qué es capaz de provocar mejoría en Ellen?

A finales del mes de noviembre, Kraepelin diagnostica en la paciente melancolía, pero su analista, asegura que no, y continúa el tratamiento, pues para él es un clásico caso de erotismo anal, que nada tiene que ver con el diagnóstico tan

complicado que hacen de la paciente, y en diciembre, cuando su ánimo se vuelve a alterar, es "zarandeada de acá para allá debido a las diferentes opiniones de los doctores en relación con su enfermedad y su tratamiento" (9).

El analista le aconseja que abandone el hospital y regrese a la vida; tal propuesta antes de agradecerle, genera una desconfianza que acaba con su fe hacia el tratamiento aunque continúa con él.

Podemos decir que esta desconfianza es primordialmente hacia la figura del médico que cae del pedestal de la transferencia.

Sufre otra recaída, se siente deprimida, pide a su esposo que si en verdad la ama le de muerte.

Según Karl, el esposo de Ellen, la relación que había entre su esposa y aquel médico fue muy especial, ya que no había forma de separarla de él. Durante su análisis, presentó manifestaciones de transferencia claras, se sentó de golpe en sus piernas y le dio un beso, expresaba su deseo de recargar su cabeza en su hombro para que le acariciara y le hablara tiernamente llamándola Ellenita. El análisis fue decayendo poco a poco, hasta que en el mes de diciembre se da la ruptura, justo cuando revisaban aspectos del complejo paterno.

El lugar de la transferencia es rechazado de nueva cuenta por este analista, lo que genera en la paciente una segunda desilusión. Hasta aquí, ninguno de los dos supuestos analistas acepta la transferencia y por ende, el análisis decae.

Un médico interno en el hospital interviene enérgicamente y le prohíbe seguir el análisis, sugiriéndole que se traslade al sanatorio de Bellevue en Kreuzlingen. Su estancia en este nuevo lugar es del 14 de enero, al 30 de marzo. Es aquí cuando entra en contacto con Binswanger, y su tercer análisis, esta vez desde el psicoanálisis existencial.

Ingresa al hospital con trastornos severos de tipo endocrinológico, aunado a ello el deterioro de la neurosis que la caracteriza. Debido a su variado estado de ánimo, es sometida por Kraepelin a largos descansos., pero el 21 de marzo vuelven sus intentos suicidas, lo único que espera es su sesión fija del día 24. Llega la fecha

y es sometida a chequeo médico por un psiquiatra extranjero (en el caso no aparece el nombre), y por el profesor Bleuler, cuyo veredicto fue que en vista del aumento del riesgo suicida, la paciente no podía estar más tiempo en áreas abiertas, debiendo de trasladarla a espacios cerrados o definitivamente darla de alta.

Binswanger tuvo que dar directamente esta resolución al marido, quien comenta estar dispuesto a todo siempre y cuando le aseguren mejoría. Al parecer, nadie se compromete con esta petición.

Binswanger diagnostica esquizofrenia progresiva, asegurando que si el tratamiento del shock se hubiera conocido por ese tiempo, los resultados hubieran sido otros aunque temporales. Por lo mismo no da muchas esperanzas al marido. Igual que Binswanger, los otros dos médicos coinciden en que el comprometerse con la situación en nada modificará. Bleuler diagnostica indudable esquizofrenia, el psiquiatra extranjero la clasifica como una constitución psicopática del desarrollo progresivo, y sólo se puede pensar en esquizofrenia si hubiera algún defecto intelectual.

Los tres médicos coinciden en que no hay tratamiento efectivo para este caso. Ellen es dada de baja (sic), Sale del sanatorio el 30 de marzo, asegurando que ahora sí tomará las riendas de su vida, aún cuando muestra nerviosismo de volver a ella. Esa tarde como hacía mucho tiempo no lo hacía, come galletas, huevos de pascua y café con crema. Sale a pasear con su marido, lee algunas poesías románticas y alegres. Escribe unas cartas a sus amigas del hospital. En la noche toma una fuerte dosis de veneno y en la mañana es encontrada muerta. Ellen tiene un semblante que irradia tranquilidad, y una sonrisa como nunca se le había visto en los últimos 13 años de su existencia.

EL ANÁLISIS EXISTENCIAL HECHO POR BINSWANGER.

Algunos de los lectores se preguntaran al revisar este apartado, que caso tiene el introducir una serie de terminologías existencialistas que nada tiene que ver con el psicoanálisis, a la cual podemos contestar que bastante, cuando hemos visto desde el primer capítulo que dependiendo de la escuela o corriente psicoanalítica, así será la manera de interpretar lo que es la cura; de esta manera tenemos

psicoanalistas que trabajan con el yo del paciente, otros parecen más sofisticados al trabajar con la energía cósmica del universo ¿por qué no hablar entonces del psicoanálisis existencial? Las terminologías pueden variar, pero las consecuencias seguramente no.

Binswanger Aunque influenciado por el psicoanálisis, deja ver a lo largo de este trabajo, y particularmente en el caso que nos ocupa, su formación existencialista, utilizando conceptos e ideas que podemos catalogar de filosóficas, pasando por el sentido común, la comprensión, e ideas religiosas.

Para Binswanger, la existencia es la forma de actuar, y habla de tres mundos del momento: Umwelt (Medio ambiente natural), Mitwelt (Mundo cultural, social), Eigenwelt (propio mundo).

En Ellen se ha dado un conflicto entre su Eigenwelt y los otros dos mundos. " Este nido de pájaros no es un nido" es muestra de su conflicto con el Mitwelt. Su existencia está vacía como consecuencia de este conflicto y aun con su propio yo, por la devaluación de ser mujer. Llega el amor y es quien la salva, es lo que puede brindarle estabilidad y patria en el mundo. Pero justamente es la carencia de amor lo que genera tal vacío en su ser.

Ellen no tiene puestos los pies en la tierra, no tiene independencia, ni orientación en su vida, y por eso se mueve sólo compulsivamente en ella, y su único sostén era el trabajo. Según Binswanger, tiende a estar mucho en el plano del aire: en la fantasía. Observa que más allá de sus palabras, su corazón huele a muerto, por lo que, eso es lo que en el fondo Ellen desea. Su existencia está coherentemente hecha para llegar a la muerte...Sabe que un día se escapará para pudrirse en el olvido.

Por otro lado quiere ser menuda y etérea como sus amigas, pero su zona corporal opaca su condición en el mundo y ve claramente la fragilidad de su vida, Binswanger sabe ya desde aquí que su paciente está condenada a morir.

Su conflicto se da entre el mundo brillante y el oscuro, el mundo interno y los externos, entre el mundo terrenal y el etéreo; por tanto habla de la escisión de Ellen en dos mundos.

El miedo a engordar, su idea fija no es sólo el síntoma, es la forma de manifestación de la enfermedad. Vale la pena agregar que esto que afirma Binswanger, es desde el psicoanálisis algo brillante, ya que también se asegura que los síntomas o formaciones de compromiso no son en absoluto la enfermedad, sino la manifestación de ella, de ahí la necesidad de mantener el síntoma activo para llegar al final del análisis. Freud decía que después de que se haya encontrado sentido, el síntoma será descifrado; lo primero es escuchar el discurso del paciente, con lo que se privilegia la escucha del analista.

Retomando su idea de síntoma, él se apoya en Kierkegaard cuando habla de enfermedad de muerte: Ellen está enferma de muerte, y lo único que la aprisiona para morir es su cuerpo. Vive en una jaula como una leona buscando vanamente una salida; pero contradictoriamente esas dos fuerzas, esos dos mundos viven en ella. Esta idea de indisolubilidad es también manejada por Freud, de ahí que afirme que el síntoma es el resultado de dos fuerzas que se han enemistado, producto de un conflicto psíquico.

Binswanger dice que Ellen siente terror de todo, su mundo es una amenaza, su yo se acobarda, y por eso el desprecio que siente por sí misma.

El círculo de su existencia se cierra cada vez más, y por eso desea la muerte como el mayor coronamiento de la felicidad. Binswanger comenta que analizó varios sueños de su paciente, pero por la forma en que lo hace, podemos darnos cuenta de manera evidente que se trata no de un análisis, sino de una explicación de símbolos, destrozando de esta manera la idea del sentido particular que el sueño contado posee en, y para cada sujeto. Por otro lado, aseguraba también que sólo eran posibles de analizar los sueños coherentes, lógicos y no los fragmentados. Si retomamos el artículo *La Interpretación de los Sueños*, veremos que Freud indica entre otras muchas cosas, que es en lo más olvidado, en lo más ínfimo y deformado por donde el inconsciente hace su aparición, pero finalmente el que un sueño esté ordenado no significa que no habrá que analizarlo.

Si alguien se maneja desde el psicoanálisis, de nada le sirve abordar el caso desde saberes o patrones preestablecidos, ya que se estará, por una parte, parcializando el discurso del paciente al no mantener una escucha libre, y por el otro,

en cada juicio que se emita, en cada interpretación que se haga, habrá algo del inconsciente del analista que se deje ver; sin embargo, esto constituye una forma particular de análisis, de abordar el síntoma.

Binswanger, apoyado nuevamente en Kierkegaard, menciona que en la base de muchas esquizofrenias se encuentra el deseo desesperado de no ser, de despersonalización, pero también a su contraparte, a ser uno mismo. Ellen desde joven, dice su psiquiatra, quiso ser ella misma, sólo que nunca supo quién era, y si no lo supo, fue porque nunca encontró a nadie que le ayudara a saberlo.

Los dos primeros analistas desecharon las oportunidades que la transferencia les brindó para que la paciente llegara a su verdad; en el tercer intento de análisis, la terapia existencial no cumplió ni tan siquiera con su cometido básico:

" llegar a un estado de consciencia tal, que le diera luminosidad a la existencia, a través del restablecimiento de la dignidad y el amor propio".

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES DESDE EL MÉTODO PSICOANALÍTICO.

Una sola paciente y 4 diagnósticos diferentes alrededor de ella: melancolía, erotismo anal, esquizofrenia, enfermedad de muerte. Podemos agregar uno más, el de Cotard mencionado por Bercherie en el libro titulado *Los Fundamentos de la Clínica*, en donde hace referencia de un curioso delirio que se muestra como la contrapartida del de persecución, al que da el nombre de "delirio de negación".

"El negador es un melancólico ansioso, a veces estuporoso, es autoacusador, se denigra, se cree damnificado, se suicida y automutila fácilmente...los negadores desarrollan un delirio especial que niega la integridad de su cuerpo, de su espíritu...a esta idea se une una "locura de oposición" muy diferente de la desconfianza de los perseguidos..." (10). su mundo aparece vacío de sustancia, de contenido, de color.

Tomando la referencia de este nuevo psiquiatra, Ellen sería un caso de delirio o locura de negación, y en tanto que para diagnosticarla basta con acomodar síntomas, podemos ver cómo ella presenta una oposición, un rechazo a la comida,

una melancolía profunda cuando caía en períodos depresivos, o cómo se ponía ansiosa cuando comía sin freno, cómo se autoacusaba y se golpeaba frente el espejo.

Todo lo anterior muestra la inutilidad del diagnóstico, que lo único que provocó en la paciente, fue un rechazo a ser atendida. Nadie se comprometió con ella para ser escuchada. No fue analizada, pues en ninguno de los tres intentos terapéuticos se logró nada, a no ser cooperar al desencadenamiento del suicidio.

Sabemos que todo análisis implica necesariamente un análisis de la transferencia, pero al parecer, en ninguno de los tratamientos se logró el objetivo. Podemos decir que Ellen West no fue analizada en tanto que nunca existió análisis de la transferencia, lo que indica que para iniciar un análisis, no basta ni sirve de mucho un simple diagnóstico y más bien refleja su inutilidad, en tanto fragmentan y reducen no sólo a la escucha del analista, sino al mismo discurso del paciente. En el caso de Binswanger, sólo escuchó que era esquizofénica, y la redujo a eso, de tal forma que todo lo que de ella dijera o hiciera, estaría encaminado a confirmar tal hipótesis.

Ninguno de los médicos asumió el lugar del analista, ni soportó la transferencia, por eso, justamente cuando se evidenciaba cualquier tipo de manifestación que comprometiera su presencia como analista, desistían de diferentes maneras, uno recomendando el internamiento urgente de la paciente, otro diciendo que no había remedio alguno.

Resulta sencillo en estos momentos echar por tierra este tipo de posturas al interior de la práctica analítica, pero no debemos olvidar que justamente en ese momento, existía un impedimento teórico que negaba la posibilidad del trabajo con las neurosis narcisistas. Freud declara abiertamente la inutilidad del método analítico en el trabajo con psicóticos. El error de la mayoría de analistas estuvo en hacer de esta limitante personal una afirmación. De aquí pudo surgir el rechazo constante hacia Ellen, sin justificar el ultraje terapéutico del que fue víctima esta paciente.

¿Acaso cada uno de los médicos que se comprometieron con su cura no realizaron las llamadas entrevistas iniciales, cuyo objetivo era arribar a un diagnóstico? objetivo ideal, pero inútil como podemos ver.

Pero existe algo más que pondremos en la mesa de discusión con respecto a los diagnósticos hechos en torno a la paciente; en uno de los tratamientos es diagnosticada como un caso típico de erotismo anal, es decir, que el simple diagnóstico daba la posibilidad de trabajar la transferencia tomando en cuenta la limitante de la época ya mencionada, por lo que podemos pensar que el elemento desencadenante de la muerte de Ellen, no se reduce a un error en la categoría patológica (en la que se le encasilló), la cual permitía ya el acceso al análisis. Más bien es necesario pensar que la limitante estaba en los propios médicos que la atendieron. Por lo tanto el problema sí se puede reducir a una palabra "transferencia". Algo sucedía que en el momento del surgimiento de ella, los médicos rehusaban al tratamiento.

Esquizofrenia, erotismo anal, ¿Dónde encontrar la diferencia de estas categorías cuando los resultados fueron los mismos? Decir que se trataba de un caso de erotismo anal, finalmente no facilitó el tratamiento y el resultado fue el mismo. Tal vez si el analista se hubiera creído su diagnóstico el resultado hubiera podido ser otro.

Se gana poco cuando pretendemos trabajar con patologías, cuando sabido es que, el objeto de estudio del análisis es el inconsciente, que como diría Aída Dínerstein en su libro titulado. ¿Qué se juega en psicoanálisis de niños?, no tiene edad, evolución o crecimiento.

Para Binswanger la muerte de Ellen coloca al caso como un éxito terapéutico, en la medida en que supo comprender a Ellen en su deseo de morir. Inicialmente uno podría sorprenderse de la postura de respeto que asumió con su paciente, podríamos decir orgullosamente que respetó el deseo de Ellen. Sin embargo, ni con su terapia existencialista logró un trabajo que realmente brindara algo más que los otros médicos que la atendieron. Inclusive podría decirse que fue el de actitud más aberrante en el momento en que junto con los otros psiquiatras literalmente la desahucian, diciendo que como era una esquizofrénica progresiva no había

absolutamente nada que hacer al respecto, y que no se podían comprometer con ella. Por lo tanto estaría mejor en casa con su marido.

La sensación que deja este "Fin de análisis" es de fracaso más que de éxito, de enredo más que de claridad. En el momento que Ellen es dada de alta, se suicida. ¿Por qué? Tal vez porque los analistas en los que ella creía, y en los que había colocado el deseo de entender lo que le pasaba, la abandonaron. En vez de trabajar en el escenario que generosamente el análisis propició, la condenaron a repetir hasta llevar al acto lo que nunca escucharon.

En *Recordar, repetir y reelaborar*, Freud menciona que lo más importante de la compulsión de repetición, es su surgimiento en la transferencia; y en *Mas allá del Principio de Placer*, nos sigue sorprendiendo al comunicarnos que "*la neurosis de transferencia es el genuino objeto de estudio del Psicoanálisis*". Por lo que el analista es el responsable de permitir que la neurosis de transferencia se despliegue, y de esto depende en gran medida el éxito.

Volviendo al caso. no sólo Ellen actuó, también los analistas hicieron lo mismo, ya que sus intervenciones con fuertes matices de comprensión, no fueron más allá de la mera imitación del discurso de la enferma.

Para Lacan, la comprensión de Jaspers y en parte la de Binswanger, no es más que mero espejismo, en tanto que se queda en el plano imaginario. Como ejemplo, brevemente describiré lo que el mismo Lacan comenta en *El Seminario Las Psicosis*, dice que cuando el petirrojo muestra su pecho, esto tiene una función imaginaria: limitar su territorio. Dentro de las relaciones comprensibles, se traduciría que el sujeto vestido de rojo, se verá rojo, es decir, expresará hostilidad y cólera. Se dirá que no hay comprensión, sino más bien ilusión. Nada puede ser comprensible, en tanto que ningún fenómeno puede predecirse a la experiencia del otro para su comprensión.

Si es así, entonces no se puede creer que Binswanger escuchó el deseo en Ellen, y decir que, como su deseo era morir, la muerte equivalía a la cura.

Estamos plenamente de acuerdo cuando Lacan dice que el analista debe respetar el deseo del paciente; pero siempre y cuando este deseo sea resultado de

un análisis en transferencia. El caso que nos ocupa, refleja lo contrario, en tanto que nunca se esclareció si el deseo de Ellen era realmente el de morir. No se avanzó más allá del discurso que ella desde su adolescencia repitió y sostuvo hasta el final.

Si bien la labor analítica no es la de impedir que el paciente haga uso de sus decisiones, sí pretende brindar un espacio reflexivo a todo aquel que lo busque, sea cual sea el resultado final, donde el suicidio puede ser la salida, pero no producto de una actuación no trabajada a tiempo en el espacio de análisis.

Hacen exactamente 57 años del análisis existencial de Ellen West. En 1941 Lugwig habló de éxito terapéutico, aunque muchos otros no compartieron su opinión. Hoy en 1998, este idéntico caso no podría seguir siendo un éxito ni para el mismo existencialismo, que lo que busca, según sus fundamentos básicos, es el restablecimiento de la dignidad y del amor propio del otro.

Para el Psicoanálisis de aquella época, la transferencia psicótica era imposible de analizar, y en tal caso nada había que hacer. Hoy, gracias al trabajo de posfreudianos, entre ellos Lacan, el psicoanálisis ha logrado remover la roca imaginaria que había en Freud sobre la imposibilidad de trabajar con la psicosis, de ahí que, el caso Ellen West, sea visto por el psicoanálisis de hoy, simple y sencillamente como un fracaso terapéutico. Ellen murió, y a Biswanger le costó la vida también, la vida dentro del mundo de la psiquiatría de Zurich.

TRANSFERENCIA, PRINCIPIO Y FINAL DEL ANÁLISIS.

CONTINUACIÓN DEL CASO ELLEN WEST.

Antes de continuar con el caso, nos referiremos a un comentario hecho durante el ciclo de conferencias "A 50 años de la muerte de Freud", realizado en Noviembre de 1989 en nuestra Facultad de Psicología, en donde el Dr. Alberto Sladogna, explicaba el por qué el sueño del prisionero en el cartel alusivo al evento. "

Cuál es el sueño del prisionero si no el de salir libre...cuál es el sueño del paciente si no el de la cura, el fin de su análisis, donde la única salida posible estaría dada sólo a través del análisis de la Transferencia" (11).

El tema de la transferencia y los fenómenos que en ella se generan, referido al caso Ellen West, resulta el aspecto obligado a tratar. Así mismo el paradigma lacaniano en torno a la analizabilidad de la transferencia psicótica, al mismo tiempo que el planteamiento de la posibilidad de acceder a un fin de análisis. Por lo anterior, daremos un breve recorrido por la obra freudiana, tratando de rescatar algunas ideas relevantes de estos aspectos.

Para Freud, París y Nancy fueron los primeros escenarios del descubrimiento y la práctica de la hipnosis, donde la transferencia hace ya su aparición en una forma particularmente llamativa. Estando en la Salpêtrière, un fenómeno en particular lo sorprende desde aquí, las enfermas solían tener manifestaciones eróticas, como tirarse a los brazos del médico que las atendía. Una fuerza muy peculiar se desplegaba en aquella relación médico-paciente. El aprende el método de la hipnosis a través del arte de la sugestión, empleado en la cura de los padecimientos nerviosos sobre todo en la histeria.

Posteriormente continúa su tarea con el método hipnocatártico, descubierto por Breuer, cuya diferencia con el primero era que los pacientes no sólo obedecían órdenes sino sobre todo, narraban las historias que había provocado-supuestamente- la enfermedad. Sabemos cuál fue el fin que tuvo la hipnosis, y cuáles fueron las justificaciones que dio Freud para su renuncia a este método, pero hay que volver a los orígenes del Psicoanálisis para ver cómo en el momento del abandono de la hipnosis, se da paso a la sugestión bajo la forma de transferencia. Dejando de ser un instrumento del trabajo, pasa a ser objeto de análisis, es decir, pasa de ser un fin a un medio.

Anna O; cuyo nombre verdadero era Bertha Pappenheim, es el ejemplo clásico de la manifestación de transferencia (aunque bajo el efecto de la hipnosis). Esta paciente fue atendida por un médico de bastante reputación en aquel tiempo, el Dr. Josef Breuer. La terapia consistía en hacer visitas domiciliarias periódicamente, en las que le ordenaba a la paciente que hablara bajo el efecto hipnótico. Ella contaba

historias, que siempre hablaban de duelos y de pérdidas tempranas, de una pobre niña solitaria y triste.

Un buen día, sin más, él da de alta a la paciente, dice que ya está curada y que todo está bien. Para la tarde de ese mismo día, es localizado pues se requiere que atienda urgentemente a Anna, quien ahora presentaba síntomas de embarazo y parto histérico. Anna estaba en transferencia con su médico, y lo que hace él es salir huyendo después de calmarla un poco, espantado de lo que estaba viviendo con la paciente. Podemos notar un cierto parecido en lo ocurrido con Ellen y sus médicos.

Con Anna O. podemos empezar a dudar de esta especie de inmunidad del analista, cuando sabemos por la historia que Breuer, al salir huyendo aquella tarde, se marcha a un viaje inesperado en el cual su esposa queda embarazada de una niña a la que ponen por nombre "Bertha". Existen otras dos versiones sobre el asunto, una, que ésa hija ya existía cuando atendió a la paciente, y la otra, que Breuer era huérfano y que el nombre de esa madre muerta era el mismo nombre de esa paciente "Bertha". De la manera que haya sido, en el momento en el que Anna actúa la demanda de amor de su médico, a él no le queda mas que aterrarse y con justa razón. Desde luego no se puede negar la predisposición de ella, pero se rescata la idea de que hay algo del médico que se pone en juego también en el momento de la transferencia de un paciente, desde el momento en el que ambos poseen inconsciente, y ambos son poseedores de un deseo.

En su *Presentación autobiográfica*, Freud habla de la transferencia no como un hecho real, sino como fantasías urdidas por sus pacientes, y concluye diciendo, "*fantasías...que quizás yo mismo les había instalado*" (12). Si bien deja ver de repente en su obra esta idea, parece en otros momentos del lado de que la transferencia es producto no del análisis, sino de la neurosis misma por efecto de la regresión de la libido a la reanimación de las imagos infantiles, y por lo tanto, no se debe a la figura del médico ya que el afecto estaba preparado en el enfermo, y sólo se transfirió a la figura del analista. Nosotros por nuestra parte podemos agregar que estas dos ideas sobre la transferencia, lejos de aislarse coinciden.

Existen varios casos que ejemplifican que de alguna manera la figura del médico algo tiene que ver en ese despliegue de la transferencia, y en los fenómenos que en ella se dan: Freud le regaló a Juanito en su cumpleaños un caballo; a Tausk,

su analista le decía que no era un plagiario, y al salir de análisis, comía sesos frescos, o la analista de falda diminuta que no le deja nada a la imaginación, por la que varios sus pacientes sienten una fuerte atracción sexual.

En 1912, con *Dinámica de la transferencia*, Freud habla de ella como la más fuerte de las resistencias, en tanto que frena el trabajo analítico. El paciente ya no recuerda, ahora actúa. Agrega también que justo aparece en el momento en el que nos acercamos al complejo patógeno, de ahí la conocida fórmula; la resistencia es inversamente proporcional a la distancia de lo reprimido o bien: a mayor resistencia mayor actuación.

"Así en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia" (13), dando a entender que su poder posteriormente se revertiría en favor de la cura.

En este mismo texto, hace una distinción bien marcada entre las manifestaciones de transferencia, que pueden ser de dos tipos: una de sentimientos tiernos, la otra de sentimientos hostiles y amorosos. La primera de ellas en sí no muestra mayor problema para su manejo, ya que el paciente con agrado coopera con sus asociaciones, aún aquí hace su aparición la resistencia (en proporciones menos dramáticas que en la segundas), y la forma de removerla, según Freud, es presentándosela al paciente. Pero en la medida en que se le ama o se le odia al analista, las cosas andan mal, en tanto que surgen pasiones tales que paralizan el tratamiento (¿o al médico?); el paciente no asocia, se muestra agresivo, no tolera nada que venga del analista, o por el contrario, su gran pasión por él le hace perder todo cuidado, todo interés en su propia cura.

Freud en *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*, dice que hay casos intratables en donde el médico no puede dominar la transferencia, y que al parecer no habría otra salida mas que retirarse sin obtener éxito.

En *Conferencias de introducción al Psicoanálisis*, para ser exactos en la 26 y 27, habla de cómo la terapia analítica no tiene resultado alguno en las neurosis narcisistas, en tanto que el sujeto no tiene capacidad de transferencia alguna. *Se muestran completamente indiferentes ante los comentarios del analista, no por falta de capacidad intelectual, sino por que su libido se encuentra depositada en su yo,*

retirándola de los objetos externos (14). Aparecen en estos pacientes, dice Freud, resistencias insuperables en el análisis, sin posibilidad de influencia, "no muestran transferencia alguna y por eso son inaccesibles para nuestro empeño; no podemos curarlas" (15). Ellen por su parte, justamente refleja lo contrario a este fenómeno descrito por Freud, no se muestra ajena a la figura del médico, su transferencia es masiva.

Necesario fue hacer todo este recorrido con el objeto ahora de dialogar con el caso clínico que nos ocupa, refiriéndolo íntimamente con el tema de la transferencia, en tanto que como ya lo decíamos, el error más grande de Binswanger fue creer que había logrado un éxito terapéutico con su método. Como ya lo hemos mencionado sabemos que para esa época, la teoría psicoanalítica estaba limitada al trabajo con neuróticos, en tanto que las neurosis narcisistas eran consideradas como la rocas del análisis, y por tanto imposible de ser destituida. Binswanger, de cualquier forma estaba limitado; por un lado la diagnóstica como esquizofrénica progresiva, y sabemos que para Jaspers su maestro, la esquizofrenia no era accesible para la comprensión; por el otro lado el psicoanálisis, en donde la transferencia erotizada no era analizable. De una u otra forma el resultado hubiera sido el mismo. Lo interesante es ver como pese a eso se mantuvo atado a ese caso, hasta el momento en el que se da por vencido y la deja ir.

Ellen es esquizofrénica, está loca y por lo tanto no tiene salvación. En dos ocasiones establece transferencias muy marcadas con sus analistas; con uno de ellos exterioriza amor, le pide que la bese, que le hable con cariño, que la tenga en sus piernas y le hable con cariño; con el otro intenta tirarse por la ventana, envenenarse. En ambos análisis, el tratamiento decae.

Los analistas (incluyendo al mismo Binswanger), renuncian al lugar que en un inicio aceptaron, en el que la paciente los había colocado y que era necesario para la cura. Se permitió que la transferencia llegara a tal grado, para luego decirle no.

"Será lo mismo que hacer subir un espíritu del mundo subterráneo, con ingeniosos conjuros, para enviarlo de nuevo ahí abajo sin inquirirle nada. Uno habría llamado lo reprimido a la conciencia sólo para reprimirlo de nuevo, presa del terror" (16).

Para llegar a un buen término en el análisis de la transferencia, Freud aconseja no aceptar la ternura, pero tampoco renunciar a ella porque lo inconsciente sólo hace su aparición de esta manera, en tanto que se recuerda actuando.

El médico tiene que ser neutral, neutralidad que en ocasiones es mal interpretada y asumida como los propios estoicos, en los que la exteriorización de afectos, se convertía en un acto pecaminoso, por lo cual intentaban separar de manera tajante el cuerpo del alma en un afán por huir de sus pasiones vistas como peligrosas. Si por error inquirían en ellas, eran sometidos a una cura espiritual, creyendo en su eliminación total, al igual que muchos analistas con su análisis didáctico. Pero las pasiones en psicoanálisis constituyen el motor, siendo la transferencia la pasión que atraviesa toda experiencia analítica.

Lo establecido por el padre del psicoanálisis es regla, y esto trajo consecuencias reflejadas en el trabajo clínico, una muestra clara es Ellen, para la que no hubo otra alternativa que condenarla a la muerte. Lacan en 1960, en *El seminario la Transferencia*, abre el paradigma al análisis, diciendo: sí hay transferencia psicótica, transferencia que por definición revela su especificidad, "*el neurótico transfiere, el psicótico plantea la transferencia*" (17). Ellen, intenta besar a su analista sentándose en sus piernas, intenta que la acaricie, que le diga palabras tiernas y le hable dulcemente. El analista por su parte permanece inmutable aparentemente, y al parecer justo después es cuando le recomienda internarse.

Para Lacan, "*la transferencia no viene del analizante, sino del analista, o más exactamente del deseo-del-analista*" (18), en tanto que se trata de un deseo advertido en la experiencia de su propio análisis: el deseo de ser analista, poniéndose en el lugar del sujeto supuesto saber (SsS).

Lacan, en este seminario, el de La Transferencia, recurre al Banquete de Platón para su nuevo planteamiento de la transferencia, ahora como metáfora de amor, en donde el analista toma el lugar de amante, y el analizante aparece como amado, en tanto ocupa ahora el lugar vacante del deseo, lugar que cambia a lo largo del proceso analítico, es decir, no es un lugar fijo para ninguno de los dos.

Laçan comenta desde antes, que la transferencia se muestra como resistencia sólo si se permanece en la idea de que se ama o se odia al analista, pues esto es puro imaginario, en tanto que se ve sólo como la proyección de imagos infantiles sobre la figura del analista. Tendría que generarse algo diferente, pasar al tiempo de lo simbólico, y si el inconsciente está estructurado como un lenguaje, habrá que escuchársele, para dar paso a otra cosa, a lo inédito, el tiempo de lo real. En Ellen al parecer, no se avanzó más allá de lo imaginario, del discurso lineal, que se repitió y repitió durante años sin ser escuchado, al grado de pasar al acto.

Recordamos ahora a Alberto Sladogna en otra conferencia realizada en la Facultad de Psicología, quien tratando de definir la transferencia psicótica de la neurótica dijo: "*yo no conozco otro tipo de transferencia que no sea la psicótica.*"

¿Deberá asociarse siempre la alucinación y el delirio como las más claras muestras de psicosis? En el caso de Ellen, no se registraron en las descripciones que de ella hacen, ningún tipo de alucinaciones o delirios, a no ser que se trate de esta manera el mismo hecho del pasaje al acto. Se puede pensar que el pasaje al acto va de la mano con la psicosis, en tanto que hay pérdida momentánea de la realidad y despersonalización; así como el delirio intenta dar cuenta de algo, el acto mismo sería un intento de restitución en el circuito simbólico, algo de lo no dicho intenta serlo aunque sea de esta forma.

Igual como el síntoma, el acto se dirige a un otro, a alguien que lo escuche e intente intervenir en esa restitución que no se ha dado. De esta manera, el acting es una acción demostrativa dirigido al analista, que al no ser advertido, puede generar un pasaje al acto, en la insistencia de ser escuchado. Ellen quiso decir algo, nadie la escuchó y no hubo marcha atrás.

Recordemos cómo después de cuatro intentos de suicidio, por fin lo logra. Intentos de suicidio vistos como acting-out, que al parecer fueron ignorados por sus dos primeros analistas, y que más tarde quisieron acallar con la hospitalización. Actings que desembocaron en el pasaje al acto, sin posibilidad alguna de retorno. Cambio de lugar que le costó la vida.

¿Podemos pensar en un acto súbito y repentino, que no dé ni la mínima razón de su existencia? En el caso de Ellen, sí existen elementos que anunciaban el

trágico final; pero no hay peor sordo que el que no quiere oír. ¿Se podría decir que en ella existía un potencial suicida? Tal vez sí, lo interesante resulta cuando al revisar el caso, no encontramos lugar en el que intente el suicidio, de no ser exclusivamente estando en análisis, es decir, estando en transferencia con sus analistas que le salvarían de continuar sufriendo. Sí, es verdad que en ella había una idea fija desde su corta edad, plasmada en sus poemas y su diario; la muerte, pero nunca intentó llegar a ella de manera tan evidente como en esas circunstancias.

Freud en sus primeros casos clínicos sataniza el *acting* como parte indeseable en el trabajo analítico. Su objetivo estaba localizado en el recuerdo y la reelaboración, evitando al máximo la actuación sobre todo fuera de análisis. Ya en 1905, en el Caso Dora, habla de lo dañino del *agieren* (actuar) al interior de la cura; menciona como este fenómeno fue evidente en ella:

"de tal modo actuó un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías, en lugar de reproducirlo en la cura" (19).

Se puede pensar con esta idea, que el lugar de la transferencia es el lugar del despliegue de las fantasías de una manera actuada, de ahí la importancia de no renunciar a dicho despliegue. El actuar es reconocido en este momento como un gran error, como una auténtica falla de la tarea analítica, y el trabajo en la cura es reducido únicamente a lo que acontezca en el espacio analítico.

Lo ideal menciona, Freud, es que el paciente se comporte normal fuera de análisis, que solamente actúe, en presencia del analista, para procurar el buen progreso del análisis, ya que si el paciente realiza una actuación, se puede estar ante una resistencia, que así evite la continuación del trabajo analítico.

En 1914, en su texto *Recordar, repetir, reelaborar*, habla claramente acerca de este objetivo como imposible de limitar a la relación médico-paciente y por tanto al espacio analítico, en la medida en que la transferencia, no tiene que ver estrictamente con la figura del médico, sino que su despliegue es general.

"Pronto advertimos que la transferencia es sólo una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no sólo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente" (20), es decir, que

aunque la sesión termine, el análisis continua en tanto que el inconsciente es poseedor de una temporalidad diferente a la cronológica. Ahí los tres tiempos se condensan.

Pese a lo anterior, sobran casos en los que nos damos cuenta que hoy día el acting se continúa satanizando, manteniendo en la línea de lo indeseado, lo mal logrado, llegando al grado de sorprenderse cuando ocurren. Tal parece que no se han percatado aún de lo dicho por Freud, que lo reprimido no vuelve como recuerdo, sino como acto.

Podíamos equiparar al acting con el síntoma o el sueño, en donde Freud propone un trabajo de lectura exactamente en esas manifestaciones inconscientes: en las partes débiles y sin sentido en los sueños, en los lapsus, en los actos fallidos, que bajo esta lógica más bien serían actos logrados.

"Nuestros actos fallidos son actos que triunfan, nuestras palabras que tropiezan son palabras que confiesan" (21).

Este tipo de producciones inesperadas son las que dan en parte sentido al análisis, en la medida en que rompen con el plano ordenado del discurso y de su actuar; de no darse, no habría nada que trabajar en análisis. Pero por otro lado no debemos ignorar la magnitud que hay de actos a actos, como productos de una escucha mal lograda en el analista. Es aquí cuando nos referíamos a que el médico puede ser el generador de acontecimientos en el trabajo analítico, ya que todo acto fuera o dentro del análisis es un esfuerzo por expresar algo, ya que *"está incluido en un contexto de palabras"* (22). Es la forma que tiene de hablar, es una escena que en el contexto analítico careció de reconocimiento. Es decir, que el analista no es infalible, el inconsciente se valdrá de todo lo que le pueda servir para ser hablado, y si se vale de cualquier cosa, es por que la forma que adquiere es tan variada, como el número de representaciones (restos diurnos), que utilice para hacerlo, esto es, que lo reprimido retorna en lo diferente.

"Freud nos muestra cómo la palabra, a saber la transmisión del deseo, puede hacerse reconocer a través de cualquier cosa, con tal de que esa cualquier cosa esté organizada como sistema simbólico" (23), de ahí que la transferencia no sea una repetición de lo igual, sino de lo diferente, esto lo podemos ver en Ellen, en

los tres momentos en los que estuvo en transferencia, donde cada una de ellas se evidenció de diferente manera.

Hay pues en el sujeto algo que insiste de diferentes maneras, y que mete zancadillas al imperio del principio de placer, marcando un más allá: el automatismo de repetición. La repetición no es la puesta en escena de la transferencia, lo que se repite, va en el sentido del lenguaje, más específicamente lo que se va repitiendo y repitiendo es el significante que busca ser simbolizado. Ellen no murió por el veneno que tomó, murió por el efecto de un significante que en un último intento quiso hacerse palabra.

REFERENCIAS DEL CUARTO CAPÍTULO

- (1) Binswanger, pág.32, Paidós.
- (2) May, G, Allport. *Biblioteca del Hombre Contemporáneo*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1963, pag. 32.
- (3) Rollo, May, *Existencia*, .Ed. Gredos. pag.23.
- (4) Lacan, J., *El seminario. Libro 3. Las Psicosis*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1985.
- (5) . Rollo, May, *Existencia*, .Ed. Gredos. pag.155
- (6) Rollo, May, O.p. cit. pág. 295
- (7) Rollo, May. Ibid. dem., p. 309
- (8) Rollo, May. Ibid. dem., p. 308.
- (9) Rollo, May. Ibid. dem., p. 311.
- (10) Bercherie, P., *Los fundamentos de clínica, Seglas y el grupo de a Salpetriere*, Ed. Manantial. Buenos Aires pág. 121
- (11) Sladogna, Alberto. "De la enseñanza de Freud a Lacan", *Ciclo de conferencias: a 50 años de la muerte de Freud*. Querétaro, 1989. Ed. Argentina, 1988.
- (12) Freud, S. *Presentación autobiográfica*. Tomo XX, Amorrotu 1988, pág.33.
- (13) Freud, S., *Dinámica de la transferencia*. Tomo XII, Ed. Amorrotu, 1988. pág. 99
- (14) Freud, S. *Conferencias de introducción al psicoanálisis*, (Conferencia 26; Conferencia 28) Tomo XVI. Ed. Amorrotu, Buenos Aires, 1988, pág. 388
- (15) Freud, S. Op. cit. (*Conferencia 27*). pág 407.

- (16) Freud, S. Op. cit. "*Puntualizaciones sobre el amor de transfencia*". pág. 167.
- (17) Philippe, Julien. "*La transfencia. Un cambio de lugar*", Revista Litoral, Ed. Torre Abolida México 1990.
- (18) Philippe, Julien. Op. cit. pág. 97.
- (19) Freud, S. "*Fragmento de análisis de un caso de histeria: caso Dora*", Tomo VII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988.pág.104
- (20) Freud, S., "*Recuerdo, repetición y reelaboración*". Tomo XII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1988, pp.152-153
- (21) Lacan, J., "*La verdad surge de la equivocación*", Seminario I los escritos técnicos de Freud. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1990, pág.386
- (22) Lacan, J. Op. cit. "*Función creadora de la palabra*". p. 355.
- (23) Lacan, J. Op. cit. p. 354.

CAPÍTULO V

INTERRUPCIÓN O FIN DE ANÁLISIS

"La novela familiar es una manera de restablecer el pedestal donde los padres han caído. el analista el llevado a cubrir la misma función, restablecer una transferencia puesta a prueba y es lo que hace en el mejor de los casos.

Es una transferencia indirecta que aspir a sostener la transferencia sobre la persona que de entrada se reveló inepta para sostenerla... una transferencia alacantonade. "

ERICK PORGE.

¿INTERRUPCIÓN O FIN DE ANÁLISIS?

El caso clínico que a continuación presento, conserva su versión originaria en términos de su manejo e implicaciones. No pretendo abordar el caso desde el rastreo teórico del tema, sino simple y sencillamente desde la experiencia clínica vivida con un paciente de 10 años de edad, y por supuesto tenía un nombre, que al principio traté de ocultar llamándolo " M". Ahora creo que no se puede hablar de un caso sin nombre, por lo que opté por "completarlo", se llamaba Ivan.

Sabemos que la puerta de entrada y salida de todo análisis, está dada por el surgimiento de la transferencia, pero que en el trabajo con niños por su situación particular, adquiere una dimensión distinta y mayormente complicada, generando una variedad de transferencias en relación a las figuras que lo acompañan en su entorno y en su estructuración.

Aquí fue cuando me encontré con el primer problema y al mismo tiempo con algo que ahora entiendo con un mito socorridos en el análisis de niños: "El trabajo con niños es más sencillo".

" Nada más falso. El niño nunca llega solo al análisis y su situación de dependencia real implica necesariamente que su demanda si la hay, esté presidida y vehiculizada por la demanda de uno (o varios) adulto (s)" (1), de tal forma que cuando te das cuenta estás invadido (tanto imaginaria como físicamente), de otros personajes en ese escenario que es el consultorio.

Si ya he afirmado que la transferencia es el único medio de lograr el análisis y que se presenta múltiple en el niño, me parece que de igual manera, las dificultades vividas a lo largo de un tratamiento y el fin mismo involucran al niño, y a muchos más.

Haciendo un poco de historia, Ivan fue llevado a Ce.Se.Co. (como casi siempre sucede en estos casos) sólo por su madre. Entre los motivos de consulta aparecían los siguientes: era un niño sumamente rebelde, agresivo, grosero, morbosos; se le acusaba de pequeños robos. En su desempeño escolar no andaba nada bien, y mucho menos en sus relaciones con amigos o compañeros, con los que se comportaba retraído y tímido; sufría de alteraciones en el sueño y el apetito. Aunado a todo lo anterior, una enuresis nocturna que se había acentuado con la partida del padre al estado de Hidalgo, donde al parecer había encontrado un mejor trabajo. Las visitas del padre se fueron distanciando más y más hasta llegar a una mensual, lo que motivó también a la madre a solicitar ayuda para Ivan, pues sola no podía hacerlo todo. "*Demanda desencadenada...en virtud de una fractura narcisista*" (2), que yo ubicaría ahora tanto en el niño como en la madre al no retener al marido. De hecho ella marca el distanciamiento del padre desde antes de su partida, como producto del nacimiento de su última hija que padece síndrome de down...una hija deforme.

El padre no asistió a las entrevistas iniciales y realmente nunca estuve segura ni de su aprobación, o conocimiento al menos, acerca del tratamiento, error grave si tomamos en cuenta el rol fundamental del padre en la iniciación del tratamiento, mencionados por algunos autores como por ejemplo Doltó, que dice que el padre debe de estar enterado y autorizar el tratamiento por lo menos vía correspondencia, aunque creo que tal vez esta fue la única manera en la que Ivan pudo ser atendido, de otra forma nunca hubiera sido posible.

La idea de que los problemas de los hijos son siempre resultado de los problemas de los padres (aunque actualmente no creo que este ni todos los planteamientos sean lineales), en este momento parecía evidente y creo que también para la madre e Ivan, ya que ellos mismos lo llegaron a mencionar.

-La madre: "Tal vez sería bueno que yo viniera también, pero mejor luego, prefiero que mi hijo sea el primero porque lo necesita más."

-Ivan: "mi hermano está peor que yo, pero como no soy el consentido, soy el que tengo que venir; mi mamá debería de venir también, se enoja mucho y pelea con papá cuando viene a Querétaro. Estamos mejor cuando no está él."

La única alternativa de trabajo directo se tenía efectivamente con Ivan; si bien es cierto no estaba en la mejor disposición, tampoco se negó a hacerlo. Pensé que él podía funcionar como pieza clave al interior de su familia para lograr cambios a partir de los suyos, recordé que en algún lugar Dolto menciona que el hijo puede ser el terapeuta de los padres "Es un analista" (3).

En el espacio asignado para trabajar con él, utilicé la tradicional caja de juego que contenía juguetes como; pistola, muñequitos, coches, chupón, plastilina, tijeras, papel, lápices de colores, etc; donde cada uno posee un significado preestablecido (intentando estandarizar el inconsciente). A pesar de todos los juguetes existentes, de manera invariable Ivan recurría a los lápices de colores y la plastilina para jugar, ¿fijación anal?

El reporte para Ce. Se. Co. debía contener el diagnóstico como parte indispensable del control y cuidado que minimamente se pedía, cosa que llené por mero requisito, en pro de la idea de la comprensión, aún cuando había muchas cosas que no comprendía. Me enfrenté a una realidad distinta a la que comúnmente leía en los libros. Eran tantas cosas las que mostraba en el niño, que no había manera de saber qué era lo que tenía.

El contar con sesiones de supervisión era también parte importante del rito institucional, por lo que, al igual que el resto de los practicantes, conté con un experto que se encargó de guiar el trabajo de una principiante como yo. Curiosamente no sólo contaba con un supervisor oficial, sino que en una clase también teníamos el espacio para conversar de nuestros casos, y bueno, sucedió algo parecido a lo que pasó en el caso de Ellen West, ya que cada uno de los supervisores diagnosticó algo distinto en Ivan. He de confesar que esto me aterró, y recuerdo que lo que hice fue mejor trabajar desde la ignorancia, dejando a un lado lo que cada uno dijo.

Se inició el tratamiento con Ivan trabajando una sesión semanal. Acordé con la madre trabajar durante 5 meses, debido a su insistencia de recortar al mínimo el tratamiento, con el pretexto de que se irían terminando el semestre a Hidalgo con el padre. En caso contrario, se revaloraría el trabajo para ver si continuaba o no en el tratamiento, ya que la actitud de Ivan era un poco renuente al inicio.

Como podemos ver, era más fácil pensar que el tratamiento terminaría a los 5 meses como la madre ya lo había estipulado. Pero aquí surge una pregunta ¿Quién decide el tiempo de un tratamiento? Me parece que lo único que lo decide es la propia relación de análisis. La duración de un análisis se marcará sobre la marcha, ya que el tiempo lógico se antepone al cronológico en un trabajo de este estilo; así como cada caso tiene su tiempo de iniciación, así tendrá su momento de finalización.

En ese momento yo pensaba que el psicólogo debía de aceptar el trabajo pese a las circunstancias que rodearan al caso en tanto que se lograra el bien del paciente, aunque tal vez lo que buscaba era mi propio bien, ya que el caso ponía en riesgo mi práctica clínica como requisito de titulación.

Durante las primeras sesiones Ivan se mostraba muy tímido, demasiado reservado, pero sí jugaba al menos con la plastilina. Al poco tiempo la timidez fue cesando, platicaba más, pero el juego del modelado seguía, al mismo tiempo que yo me desesperaba ¿por que habiendo tantos juguetes sólo juega con la plastilina? y tal vez él se preguntaba ¿por qué pudiendo platicar sólo puedo jugar?

Resulta sorprendente la cuadratura en la que se nos capacitó, pero al mismo tiempo debo reconocer que el contacto que yo tenía con el psicoanálisis era meramente teórico. Llegué al extremo en ocasiones de tomar tan al pie de la letra mi "neutralidad" ante él, que independientemente de su discurso, yo no mostraba gesticulación alguna, así que mas bien parecía una estatua. Me di cuenta de esto cuando el mismo Ivan me lo marcó,

Poco a poco el pequeño paciente parecía más contento de ir a terapia, me contaba historias, dibujaba, platicaba de su escuela, de sus amigos, de sus sueños. En la medida en que me permití dejarlo en libertad, es que pudo desplegar

su creatividad, de allí que sea vital para un tratamiento de niños que el analista priorice el juego, pero sobre todo lo que en él se diga.

Entre sus sueños más frecuentes, mencionaba el de una extraterrestre que venía a salvarlo, con una madre buena que lo cuidaba y agradaba.

Las sesiones semanales aumentaron a una más, porque Ivan así lo pidió: "La hora se va muy rápido, me gustaría jugar más".

¿Como establecer el número de sesiones? En ningún lugar de la teoría he leído la manera en la que se designa el número de sesiones; sin embargo, ya desde aquí, comencé a pensar que dependía del paciente, y que tenía que ver necesariamente con la transferencia.

Con relación a mis intervenciones, realmente siento que en ocasiones eran marcadamente a nivel de significado, que nos mantuvieron en una relación común y corriente de a 2, pero en otras creo que llegué más allá recordando a uno de mis profesores que decía: "Den oportunidad de introducirse al imaginario del niño a través de su juego, nunca se dirijan al niño, sino hacia el mismo juego donde pone en escena su historia, apoyados de lo que también dice hablando."

Cumplidos los 5 meses de terapia, se replanteó de la posibilidad de proseguir o no en ella. La madre al acudir a la entrevista me comunicó alegremente que Ivan había mejorado notoriamente en algunas áreas: su relación con su familia era mejor, su agresividad había disminuido, aunque los períodos nocturnos de angustia últimamente habían aumentado. La madre y sobre todo él, aceptaron continuar el tratamiento.

En esa entrevista, en presencia del hijo, la señora confesó que ella estaba consciente de que la relación con sus esposo "era un fracaso, y que lo había perdido", cosa que anteriormente no podía aceptar como real. Comentó también que ahora estaba más preocupada por cuidar a sus hijos, porque antes ni esposa ni madre era, al menos ahora le quedaba claro que sería lo segundo, aún cuando anhelara la relación con su marido.

Años más tarde, la lectura de Erick Porge, me dio luz para entender qué había sucedido con este caso que hoy inclusive, lo puedo identificar como un típico ejemplo de transferencia a lacantonade.

Creo que con estas reflexiones, la madre lograba hacerse cargo nuevamente de su rol de madre abandonado desde hacía un tiempo; y muy posiblemente, los cambios de actitud en Ivan dependían en mucho de ella.

En los posteriores meses de terapia, Ivan presentó una mejoría notable, sus calificaciones escolares hablaban por sí solas, lo que hacía posible salvar el año escolar. La enuresis había desaparecido. Comentaba la madre que era más amable con todos en casa, La abuela estaba asombrada de los cambios en su nieto, ahora hasta ayudaba a mantener la casa en orden. De esta manera, comenzaron a aparecer una serie de movimientos que sin invocarlos aparecían en su discurso y en el de la familia.

Traté durante este lapso del tratamiento, trabajar la separación (como sugerencia de mi supervisor), así que le recordaba que pronto ya no estaríamos juntos; sólo que conforme el tiempo pasaba, yo me angustiaba más; sentía una especie de impotencia, de miedo de no estar trabajando bien. Sentía que el análisis quedaría a medias.

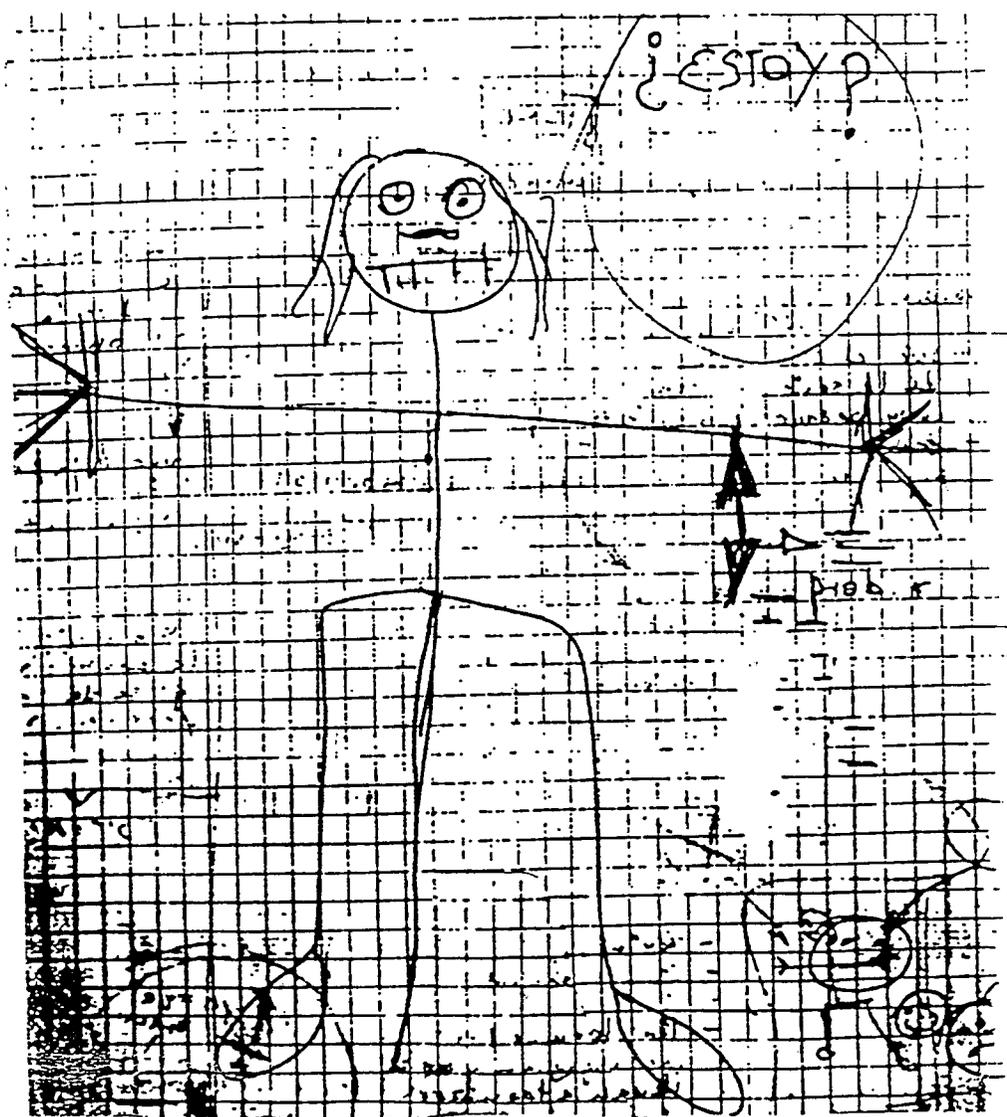
Paralelamente con estas ideas, se acercaba también la terminación de mi carrera y de pronto la oportunidad de un trabajo en el extranjero apresuró todos mis planes y pendientes, entre los que encontraba la terapia de mi paciente. Hablé con él para decirle que el tiempo de trabajo se modificaría un poco, que tal vez él querría continuar con otro psicólogo, a lo que respondió que no, que prefería ir una sesión más, pero terminar conmigo, así que aumentamos 30 minutos más, de tal forma que asistía, los miércoles una hora y los viernes una hora y media. ¿Derivar la transferencia? como si esto se pudiera. Me parece que es esta cuestión la que en la gran mayoría de la veces ocasiona la deserción de un paciente e inclusive algunos finales no muy felices.

Pronto llegó la última sesión, esa tarde Ivan recordó su tiempo pasado, el inicio de la terapia: "Me acuerdo cuando llegué aquí, yo no quería platicarte nada porque no te conocía, y luego ya no quería dejar de venir... y hoy es la última vez que

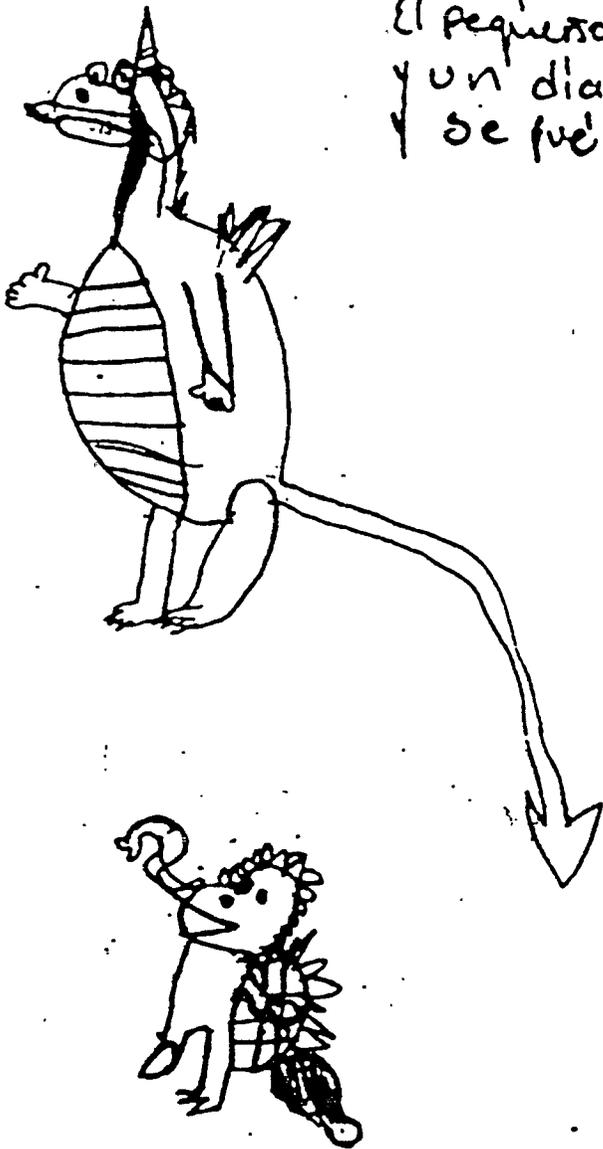
vengo; quiero llevarme mis muñecos de plastilina y te voy a regalar el que tú quieras, pero guárdalo bien para que te acuerdes de mí." ¿puede uno ponerse triste por que un paciente se va?

La hora se terminaba y casi al final de la sesión me dijo: "Quiero hacerte un dibujo, tomó su caja de juego y se dispuso a encontrar los lápices y una hoja; cuando terminó dijo: también éste es para tí, lo tomé con agrado y le pedí que me dijera algo sobre el dibujo: Te voy a contar un cuento: "Este era un dragón...

Al comparar éste con uno de sus primeros dibujos no pude más que sorprenderme, y ahora les mostraré porqué:



Era un dragón bien grande
q' le pegaba con su cola
al pequeño y siempre lloraba
El pequeño lo hacía enojar
y un día le hizo cosquillas
y se fue



No sé si unos dibujos digan mucho, pero éstos, en especial para mí, sí: se muestran diferencias en los trazos, cambios en el lenguaje, cambios subjetivos. Sentí que su mundo de alguna manera se había suavizado. Sé que ninguna vida es perfecta, que siempre habrá como dice Doltó, "dificultad de vivir," pero sentí que sería menos trágica, que ahora tenía elementos no para evitar el dolor, pero sí para manejarse mejor, la posibilidad de mirar su vida desde otro lugar, aquí ubico el cambio subjetivante de su experiencia en este tratamiento.

El facilitar en Ivan el despliegue de su discurso y la superación de las dificultades mencionadas, se mantuvieron hasta el final de la terapia, al mismo tiempo la madre estaba ya preparada para hacerse cargo de su hijo, mi ayuda auxiliadora ya no era necesaria, el lugar que tuve en meses ya había sido ocupado.

" El terapeuta debe de trabajar para dejar de ser necesario" (4).

Sé que todo se precipitó, y que tal vez estas explicaciones no sean más que meras imaginaciones mías para justificar un fin de análisis, aun que no una cura, y digo cura porque se trató de un niño de 10 años, por tanto con una estructura que permitía un trabajo de este tipo.

Fin y cura a veces van juntos, otras no.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Dinerstein, Aida. *Qué se juega en psicoanálisis de niños*, pag. 107. Ed. Lugar. Argentina 1987.1).
- (2) Dinerstein, Aida. Iden pag.107.
- (3) Dinerstein, Aida. Iden pag.111
- (4) *Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil. El concepto de cura en psicoanálisis de niños*. AMPI. A.C. 1994.

CONCLUSIONES

"La Problemática de la Cura en Psicoanálisis" ¿Cómo hablar de este asunto sin haberlo vivido? ¿Basarse en lo general de la teoría para concluir desde ese lugar? De aquí surge una preocupación al referirme en mi trabajo a algo no vivido mas que de oídas, o a través de los textos referentes al tema. ¿Es ilógico y contradictorio hablar de cura y fin de análisis, cuando yo misma repito a lo largo de la investigación, que uno no puede experimentar sino en carne propia lo que el psicoanálisis es? pese a lo anterior, éste fue un tema que no quise abandonar.

Al principio de mi tesis propuse que fin y cura no eran lo mismo, y continúo pensándolo, sin embargo puedo agregar que veo la posibilidad de unión o de coincidencia de estos dos momentos, y si en la experiencia del análisis ~~ambos~~ se dan, aparecen como una unidad difícil de ser separada.

Por otro lado podemos decir que la cura y el fin de análisis, son el resultado de los distintos momentos por los que atraviesa un tratamiento, por lo que se hace valiosa la totalidad de la experiencia, ya que en cada sesión algo apunta a la salida de un análisis. No se puede caer en la idea de que el fin se ha dado cuando paciente y analista no estan más juntos en el consultorio; hablar de un fin o cura implica más bien un proceso que involucra la totalidad de la experiencia de análisis, y no a lo ocurrido en la última sesión.

A lo largo de este trabajo se tocaron varios aspectos, pero retomo cinco de ellos como pilares fundamentales:

- 1.-El síntoma y fantasía, como formaciones del inconsciente.
- 2.-La inutilidad del diagnóstico en la práctica clínica.
- 3.-La transferencia como principio y fin del análisis.
- 4.-El manejo de la transferencia y sus efectos.
- 5.-La necesidad de análisis personal por parte del que desea ser analista.

En el capítulo I se abordaron algunos puntos de vista sobre la cura y los manejos terapéuticos en psicoanálisis, pudiendo decir que éstos se deben entre otras cosas a la fragmentación de la obra freudiana, a las interpretaciones que del psicoanálisis se han hecho y como consecuencia, los disidentes que iniciaron sus propias escuelas, donde cada una de ellas habla de ser la verdadera escuela de psicoanálisis. Se puede decir al respecto que los criterios de cura no dependen de las palabras o conceptos que conforman el marco teórico fundamental del psicoanálisis, sino más bien de la manera en que teorizamos o vivimos la experiencia de analítica con todo lo que ella implica.

No hay empate o sinónimos de teorías, ya que cada escuela se maneja desde lugares distintos con definiciones y hasta conceptos diferentes, donde necesariamente la idea del psicoanalista mismo implicaría una redefinición para cada una de las escuelas. Freud dijo que toda línea de investigación que admitiera la resistencia y transferencia podía ser considerado como psicoanálisis, no importando los resultados a los que llegara. Siguiendo esta idea y la realidad de este ámbito, podemos decir que existe un psicoanalista diferente para cada enfoque: cada escuela con su propio psicoanalista, con su propio concepto de cura, con sus propias consecuencias.

En este apartado, también se destaca que el psicoanálisis no es un saber transmitido en el aula, sino uno adquirido en un espacio diferente: del psicoanálisis se logra informar en la enseñanza tradicional, pero la enseñanza del psicoanálisis se logra sólo en el transcurso de nuestro propio análisis, es decir, el psicoanálisis como teoría rompe la idea coloquial de la enseñanza-aprendizaje.

En el apartado II, podemos concluir que la cura no está dada con la eliminación del síntoma, en tanto que éste no es la enfermedad. El síntoma sería, sí el aspecto fundamental con el que arrancan algunos análisis, ya que a partir de él, el sujeto acude a solicitar ayuda. Es sólo a través del interrogante que se formula

una persona como el analista puede hacerse presente. En este sentido, el sujeto es el que llega a formular la demanda de análisis porque sólo él, posee la autoridad para declarar la necesidad de ayuda. Por lo anterior queda cuestionado el juicio cultural sobre salud-enfermedad, en tanto que lo que para uno es normal, para otro no lo es. El paciente es el que declara su fractura, su quiebre narcisista, en donde algo para él como observador no tiene respuesta, declarando una interrogante sobre la que quiere saber.

En este mismo apartado se destaca el privilegio dado a la palabra hablada, ya que a partir de ella, se logra el sentido del síntoma. Dejar hablar al paciente para que desde allí se produzca el inconsciente. Aquí nos referimos a que el síntoma tiene que cobrar sentido en boca del paciente, producto de su saber, donde el síntoma delataría su saber no sabido. Al mismo tiempo nos percatamos de las consecuencias que el trabajo de la interpretación genera en el decurso de un tratamiento, donde el analista antepone su saber al del analisante.

Para lograr lo anterior, se hace un recorrido sobre los diferentes momentos teóricos que sobre el síntoma se observan en la obra freudiana, y que dan cuenta de las implicaciones que tiene la teoría sobre la práctica y la práctica sobre la teoría en el desarrollo del psicoanálisis.

En Más allá de la fantasía, correspondiente al capítulo III, nos damos cuenta del peso e importancia que tiene el síntoma, ya que delata lo que el sujeto es. De hecho, guarda íntima relación con el apartado anterior, ya que es la fantasía la que hace posible el desdoblamiento del inconsciente, a través de sus distintas formaciones sustitutivas: el sujeto es lo que el síntoma, el acto fallido o el sueño ocultan.

Aquí caemos también en la cuenta de que la fantasía, a través de las formaciones del inconsciente, por asombroso que parezca, es un paralelo de satisfacción.

El IV apartado se convierte en el punto medular de esta tesis, que justifica los capítulos anteriores. Si bien es cierto a lo largo de la investigación se abordan diferentes aspectos que se encadenan, sólo sirven de hilo conductor para llegar nuevamente a la puerta de entrada y salida de un análisis, "La transferencia." Todo

radica ahí, desde el primer momento en el que un sujeto llega a pedir ayuda, porque cuando un paciente llega al consultorio, ya desde entonces existe transferencia; desde el momento en el que el analista que todavía no conoce tiene al menos- y ya es mucho-un nombre o una imagen para él.

Revisamos cómo la transferencia en sus albores al no ser analizada, tenía el carácter de algo indeseado en el encuentro analítico. Posteriormente se advierte que la transferencia es la única alternativa para dar conclusión a un análisis. Claro está, tomando las distintas maneras de entender la transferencia, ya que según la entendamos así actuaremos sobre de ella.

Fuimos testigos en el caso West, de los abusos técnicos que se pueden amparar bajo el nombre de algún tipo de terapia, en donde especialmente nos referimos al Psicoanálisis Existencial, que llevó a la paciente al acto suicida. Rompemos también con la creencia fundamentalista de que el diagnóstico garantiza el éxito de un trabajo, ya que con él lo único que se logra al final es parcializar el discurso, como sucedió claramente con esta paciente.

Nos percatamos también de las consecuencias que acarreó la teoría sobre el manejo clínico con Ellen, como producto de la imposibilidad y rechazo de Freud para el análisis de la transferencia psicótica; experiencia individual que se convirtió en una afirmación para el mundo psicoanalítico de esa época.

En el capítulo V, producto de una experiencia personal con un pequeño paciente, se abre una reflexión después de varios años en torno a si hubo fin o interrupción de su tratamiento, en donde invariablemente se rescata el análisis personal, al mismo tiempo que se muestran los elementos y circunstancias que acompañaron la intervención con este niño y sus consecuencias.

Al final de este trabajo de tesis puedo observar un punto medular, en tanto que todos los otros aspectos nos remiten a él, me refiero a la importancia del análisis personal. La cuestión del análisis personal resurge como fundamental para el sujeto que desee ser analista en tanto que repercute en todas direcciones, tanto en el psicoanálisis en intensión como en el de extensión. Volvemos a concluir que no hay análisis posible sin análisis personal.

Rescato también la importancia que tiene la presencia del analista, ya que no se encuentra al margen del fenómeno transferencial, para la cual me refiero a varios casos que ejemplifican perfectamente dicho fenómeno.

Vuelvo aquí a algunas de las incógnitas de los que partió mi trabajo:

¿Quién dice cuándo debe de iniciar un análisis?

¿Quién dice cuándo llega a su fin?

Si el paciente es quien decide llegar a análisis en un momento concreto de su vida con la seguridad de que ese otro dará la solución a sus conflictos y dificultades, será él mismo quien decida que el análisis llegue a su fin, cuando el otro no es más visto en ese lugar de saber, y cuando los interrogantes que se fueron formulando durante el análisis se han agotado; donde al final, el paciente puede reconocer su incompletud no como una falla sino como parte de lo humano. Aquí no puedo evitar el mencionar un epígrafe de Raymond Devos, que aparece en la revista Artefacto de El Psicoanalista : *"Si hubiera sabido que el fin del tunel era también la entrada, no habría hecho toda la travesía."*

El fin de un análisis ubicaría al sujeto en un lugar distinto, teniendo entonces en ese tránsito del inicio al final de un análisis, un pasaje de la impotencia a la imposibilidad, al reconocimiento de su falta. Tenemos entonces, que el análisis sí llega a un fin, se termina cuando el paciente cae en la conclusión de que el analista es, simple y sencillamente igual que él: un sujeto castrado.

¿Pero se puede hablar de cura?

Hablar de cura en psicoanálisis sigue siendo una ambigüedad desde la teoría que presenta lo general de la experiencia. La cura es algo que no se puede teorizar, es algo que sólo se puede vivir. El sujeto siempre será sujeto del inconsciente, eso es verdad, por más que haya sido sometido a análisis, continúa atado a su inconsciente. Pese a lo anterior podemos concluir que si creemos en la idea de que existe un sujeto supuesto saber externo al paciente, la cura no existiría ni tampoco fin, en tanto que el analizante siempre estaría dependiente de ese ser superior dador de saber.

El sujeto al final de un análisis, no logra librarse de quiebres o complicaciones en su vida cotidiana, pero sí deviene en otro distinto a partir de un cambio subjetivante como producto de un trabajo en el que se ubica en otro lugar y puede manejar su vida de manera distinta. De esta forma, él decide el momento en el que el analista ya no le sirve más: la transferencia decae. Visto así cura y fin de análisis coincidirían.

A punto de terminar el capítulo de conclusiones, quiero decir que para mí, éste no es tan importante como el contenido global de todo mi trabajo, ya que el poner conclusiones, es delimitar puntos de importancia claves para el autor, y no para el lector que en él puede encontrar algo diferente. Por eso es que los invité-si es de su interés- a leer el contenido total de esta memoria, y que por sí solos lleguen a sus propias conclusiones. Sin embargo, este espacio fue privativo para las mías.

OBRAS CONSULTADAS

1. Baremlitt G. *Definición del procedimiento Analítico: La Cura*. Cuaderno de psicología #1. U.A.Q.
2. Bercherie, P; *Los fundamentos de la clínica*. Ed. Manantial. Buenos Aires Argentina 1990.
3. Dinerstein, Aida. *Qué se juega en psicoanálisis de niños*. Ed. Lugar. Argentina 1987.
4. Etchegoyen Horacio (1985) *Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica, teoría de la terminación*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1991.
5. Freud, S. *Carta 59*. Tomo I. O.C. Ed. Amorrortu Buenos Aires Argentina 1988.
6. Freud S. *Caso Anna O*. Tomo I. O.C. Amorrortu Ed. Buenos Aires Argentina 1988.
7. Freud Sigmund. *Proyecto de Psicología*. Tomo I. O.C. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
8. Freud S. *Carta 69*. Tomo I. O.C. Ed. Amorrortu . Buenos Aires Argentina 1988.
9. Freud S. *Manuscrito K*. Tomo I. O.C. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
10. Freud, S. *Psicoterapia de la Histeria*. Tomo II. Ed. Amorrortu. Argentina 1988.
11. Freud S. *Historial Clínico de Catharina*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
12. Freud, S. *Neuropsicosis de Defensa*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.

13. Freud S. *Nuevas Puntualizaciones Sobre Psicoterapia de la Defensa*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
14. Freud S. *La herencia en la etiología de la neurósis*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
15. Freud S. *Recuerdos encubridores*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
16. Freud S. *La sexualidad en la etiología de la neurosis*. Tomo III. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
17. Freud S. *La Interpretación de los Sueños (1900-1)*. Apartado VII. Tomo V. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
18. Freud S. *EL método psicoanalítico de Freud (1903-4)* VII. Ed. Amorrortu Buenos Aires Argentina 1988.
19. Freud S. *Sobre Dinámica de la Transferencia*. Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
20. Freud, S. *Sobre la iniciación del tratamiento*. Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
21. Freud, S. *Recordar, repetir y reelaborar*. Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
22. Freud, S. *Puntualizaciones sobre el amor de transferencia*. Tomo XII. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
23. Freud S. (1914). *Contribuciones a la Historia del movimiento Psicoanalítico*. Tomo XIV. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
24. Freud S. *Conferencias de introducción al Psicoanálisis. Conferencia 16, Psicoanálisis y Psiquiatría*. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Argentina 1988.
25. Freud S. *Conferencia 17. El sentido de los síntomas*. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Argentina 1988.
26. Freud S. *Conferencia 23 Los caminos de la formación del síntoma*. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Argentina 1988.

27. Freud, S. *Conferencia 26, La teoría de la libido y el narcisismo*. Tomo Ed. Amorrortu. Argentina 1988.
28. Freud, S. *Conferencia 27, La transferencia*. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
29. Freud, S. *Conferencia 28, La terapia analítica*. Tomo XVI. Ed. Amorrortu. Buenos Aires Argentina 1988.
30. Freud, Sigmund. *Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII. Amorrortu Ed. Argentina 1988.
31. Freud Sigmund(1938-40). *Esquema del Psicoanálisis. La técnica psicoanalítica*. tomo XXIII. Ed. Amorrortu, B. A. Argentina 1988.
32. Freud Sigmund (1937). *Análisis terminable e interminable*. Tomo XXIII. Ed. Amorrortu, B. A. Argentina 1988.
33. Hartmann y C. Track. *Los padres bajo transferencia en la clínica con niños neuróticos*. El niño en psicoanálisis. Ed. Manantial.
34. Jaspers K. *Filosofía de la Existencia*. Ed. Aguilera. Argentina 1980.
35. Jaspers K. *Psicopatología General*. México, F. C. E. 1993.
36. Lacan Jacques (1953-54). *Escritos técnicos*. Ed. Paidós. Buenos Aires argentina 1975.
37. Lacan J. *El seminario, los escritos técnicos de Freud*. Ed. Paidós. Argentina 1990.
38. Lacan J. capítulo XI. Seminario. *El yo en la teoría de Freud*. Ed. Paidós 1989.
39. Lacan J. *El Seminario, las Psicosis*. Ed. Paidós. Argentina 1990.
40. Lacan J. *Introducción a la cosa*. Seminario La ética del Psicoanálisis. Ed. Paidós 1989.
41. May Rölle. *Existencia. Análisis Existencial de Ellen West, Estudio Antropológico-Clinico*.
42. Philippe Julien. *Revista litoral de la escuela lacaniana de psicoanálisis. La transferencia*. Ed. La torre abolida. México 1990.

43. Porge, Erick. *La transferencia a la cantonade*. Revista Litoral #10. Ed. Torre abolida.
44. Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil. AMPI. A.C. 1994.
45. Revista Psicología y sociedad # 12. Revista informativa de la facultad de Psicología. U. A. Q. Julio- septiembre 1991.
46. Rodulfo, Ricardo. *El niño y el significante*. Ed. Paidós. Las tesis sobre el juego.
47. Safouan Moustapha. *Angustia, síntoma, Inhibición*. Introducción. Seminario. Ed. Nueva Visión. B. Aires Argentina. 1988.
48. Sladogna Alberto. *De la enseñanza de Freud en Lacan*. Ciclo de conferencias: A 50 años de la muerte de Freud. Noviembre de 1989. Facultad de psicología U.A.Q.
49. Velázquez Andrés. *Psicoanálisis y literatura*. Revista Psicología y Sociedad. Año 2, #4. 1985.