



Artículos y Ensayos

**CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE LA NEUROSIS:
SÍNTOMA, SUJETO Y POSICIÓN DEL ANALISTA.**

LUCIANO LUTEREAU

RESUMEN

Este artículo se propone elaborar tres consideraciones generales acerca de la clínica de la neurosis: en primer lugar, se considera el estatuto del síntoma neurótico y su relación con aquello que Freud llamara “síntomas típicos” en función del diagnóstico; en segundo lugar, se analiza la división sujeto y su relación con la neurosis entendida como “pregunta”; por último, se plantean ciertas disquisiciones en torno a la posición del analista.

Palabra clave: Neurosis; síntoma; sujeto; analista.

**CLINICAL CONSIDERATIONS ON
NEUROSIS: SYMPTOM, SUBJECT AND THE
POSITION OF THE ANALYST.**

ABSTRACT

This article poses three general considerations about the clinic of neurosis: first, the status of the neurotic symptom and its relationship with what Freud calls “typical symptoms” is considered depending on the diagnosis. Secondly, the division of the subject is analyzed in its relationship with neurosis understood as “a question”. Finally, certain digressions will be posed regarding the position of the analyst.

Keywords: Neurosis; symptom; subject; analyst.



Introducción

Habitualmente se sostiene que la clínica de la neurosis tiene forma de pregunta. Sin embargo, ¿cómo entender esta afirmación? De manera eventual, suele confundirse este aspecto estructural con una circunstancia más o menos empírica: que quien consulta se pregunte algo, que tenga una inquietud, quiera saber algo acerca de sí mismo, etc. No obstante, estas indicaciones no hacen más que apelar al yo como instancia de referencia para la orientación del tratamiento. Al respecto, Freud propuso una advertencia que tiene valor paradigmático:

Tanto legos como médicos, que tienden aún a confundir al psicoanálisis con un tratamiento sugestivo, suelen atribuir elevado valor a la expectativa con que el paciente enfrente el nuevo tratamiento. A menudo creen que no les dará mucho trabajo cierto paciente por tener esta gran confianza en el psicoanálisis y estar plenamente convencido de su verdad y productividad. Y en cuanto a otro, les parecerá más difícil el éxito, pues se muestra escéptico y no quiere creer nada antes de haber visto el resultado en su persona propia. En realidad, sin embargo, esta actitud de los pacientes tiene un valor harto escaso; su confianza o desconfianza provisionales apenas cuentan frente a las resistencias internas que mantienen anclada la neurosis. (Freud, 1913, 127-128)

De este modo, la relativa confianza o desconfianza del paciente no es un factor de importancia para Freud, punto en el cual podríamos hablar de una actitud “imaginaria” – esto es, variable según el momento de la consulta y suspendida de la mayor o menor



empatía que pueda tenerse con el analista y no de los efectos mismos del dispositivo—. Dicho de otra manera, que quien consulta “tenga ganas” de iniciar un tratamiento no es un indicador en el que el analista pueda apoyarse con firmeza, mucho menos asumir el caso como un interrogante acerca de la posición subjetiva en la causa del padecimiento. De hecho, la referencia freudiana continúa con un esclarecimiento suplementario que permite prever todo lo contrario:

Es cierto que la actitud confiada del paciente vuelve muy agradable el primer trato con él; uno se la agradece, pese a lo cual se prepara para que su previa toma de partido favorable se haga pedazos a la primera dificultad que surja en el tratamiento. Al escéptico se le dice que el análisis no ha menester que se le tenga confianza, que él tiene derecho a mostrarse todo lo crítico y desconfiado que quiera [...] y que su desconfianza no es más que un síntoma entre los otros que él tiene, y no resultara perturbadora siempre que obedezca concienzudamente a lo que le pide la regla del tratamiento. (Freud, 1913, 128)

En esta última indicación hay tres cuestiones para subrayar y que cabe considerar con detalle en este artículo: por un lado, si las actitudes imaginarias pueden ser consideradas tan sintomáticas como los síntomas que importan en un análisis, ¿a qué llamamos síntoma y, en particular, cuál es la especificidad del síntoma neurótico (aquel que permitiría circunscribir un diagnóstico y delimitar la especificidad de la dirección de la cura)?; por otro lado, si la pregunta como modo de relación con el Otro –que *parecería*,



según suele decirse, algo propio de la neurosis— no se reconduce a una actitud yoica, ¿no hay modos concretos de reconocer esta puesta en forma de un interrogante analítico, para no afirmar solamente una posición estructural (que suele enunciarse al decir que el neurótico se pregunta por el deseo del Otro)?; por último, ¿qué cuestiones se desprenden de estos interrogante para la posición del analista?

El síntoma neurótico

La clínica psicoanalítica tiene en su centro el síntoma. De un modo indirecto, aunque certero, lo decía Lacan cuando —en la “Apertura de la sección clínica” (1977)— afirmaba que la clínica “consiste en el discernimiento de cosas que importan” (Lacan, 1977, 39), por ejemplo, la distinción entre el síntoma y las demás formaciones del inconsciente. Porque no alcanza con sostener que el síntoma sea una realización de deseo más o menos desfigurada (como lo es también el sueño) ni una formación de compromiso o comprometida con una verdad de palabra (como lo es también el chiste), sino que encontramos un hilo conductor para aislar su especificidad al interrogar su carácter de satisfacción sustitutiva.

Ahora bien, ¿a qué debería su privilegio clínico el síntoma? Justamente a esta satisfacción a la que conduce, en la que se fundamenta como el motor pulsional de un tratamiento y que, paradójicamente, suele manifestarse con extrañeza —dado que el analizante no se reconoce en esa satisfacción... aunque sabe que eso le concierne de un



modo íntimo—. De hecho, es tan extraña esta satisfacción que se la suele vivir como padecimiento. Así lo expresa Freud en una de sus más significativas definiciones clínicas del síntoma:

Los síntomas [...] son actos perjudiciales o, al menos, inútiles para la vida en su conjunto; a menudo la persona se queja de que los realiza contra su voluntad, y conllevan displacer o sufrimiento para ella. Su principal perjuicio consiste en el gasto anímico que ellos mismos cuestan y, además, en el que se necesita para combatirlos. (Freud, 1916-17, 326)

Importa subrayar el carácter clínico de esta definición —el alcance que de ella se desprende para la práctica del psicoanálisis y, en particular, para la puesta en marcha del dispositivo— que podría ser vinculada con el “penar de más” de que hablara Lacan en el *seminario 11* —y que justifica, de forma perentoria, la intervención del analista—. Dicho de otro modo, se trata de una definición clínica y no metapsicológica, como la que podría extraerse del caso Dora cuando se enlaza el síntoma de la tos con la fantasía sexual respecto del padre. El síntoma como expresión de fantasías inconscientes, en función del concepto de sobredeterminación, he aquí una concepción especulativa y las palabras de Freud en dicho contexto lo demuestran:

De otra manera, los requisitos que suelo exigir a una explicación de síntoma estarían lejos de satisfacerse. Según una regla que yo había podido corroborar una y otra vez, pero no me había atrevido a formular con validez universal, un



síntoma significa la figuración –realización– de una fantasía de contenido sexual...” (Freud, 1905, 42)

No obstante, los presupuestos teóricos de Freud acerca de lo que debía encontrar en la experiencia fueron en más de una ocasión motivo de obstáculos. En todo caso, se trata de interpretar clínicamente esas definiciones metapsicológicas (así también lo hace Freud cuando, en el mismo historial, afirma que los síntomas son la “práctica sexual” de los pacientes, punto en el que vuelve a restituir la coordenada clínica capital para pensar el síntoma: el acto). Lo mismo podría decirse del concepto de sobredeterminación. Para dar cuenta de este punto, que remite a la relación entre síntoma y sentido, podría recordarse un breve pasaje de la “Conferencia en Ginebra” de Lacan:

Lean un poco, estoy seguro que esto no les sucede muy a menudo, la introducción al psicoanálisis. Hay dos capítulos sobre el síntoma. Uno se llama ‘Los caminos de formación de síntoma’, es el capítulo 23, y se percatarán luego de que hay un capítulo 17 que se llama *Der Sinn*, el sentido de los síntomas. Si Freud aportó algo es eso. Que los síntomas tienen un sentido y que sólo se interpretan correctamente –correctamente quiere decir que el sujeto deja caer alguno de sus cabos– en función de sus primeras experiencias, a saber, en la medida en que encuentre lo que hoy llamaré la realidad sexual.” (Lacan, 1975, 126)



Ya nos hemos referido a la definición de la “23ª Conferencia”. Detengámonos ahora en la “17ª Conferencia”, para despejar posibles malentendidos en torno a la máxima de que los síntomas tienen un sentido.

En primer lugar, el sentido de un síntoma no debe entenderse como un mero significado (una respuesta a la pregunta: “¿qué quiere decir?”, donde el desciframiento se realizaría de modo exterior o sin implicar la historia de vida de quien padece). Para explicitar esta cuestión, Freud presenta dos casos, de los cuales tomaremos sólo el primero para introducir algunas distinciones indispensables para el uso clínico de la noción de síntoma. Se trata de una mujer de 30 años, a la que Freud califica de obsesiva dado que realizaba la acción siguiente:

Corría de una habitación a la habitación contigua, se paraba ahí en determinado lugar frente a la mesa situada en medio de ella, tiraba del llamador para que acudiese la mucama, le daba algún encargo trivial o aun la despachaba sin dárselo, y de nuevo corría a la habitación primera. (Freud, 1916-17, 239)

Que no se trata de un mero significado es evidente dado que, toda vez que Freud le preguntara “¿Por qué hace eso?”, ella respondía: “No lo sé”. Dicho de otro modo, la elaboración de saber a la que invita el síntoma no se desprende en términos de una cuestión hermenéutica. Asimismo, es curioso el modo en que el sentido del síntoma se recorta en este caso. Hacía más de 10 años se había casado con un hombre mayor que, en la noche de bodas, resultó impotente. Esa noche él corrió de una habitación a otra con el objetivo de reintentar el acto, pero sin suerte. A la mañana siguiente, dijo: “Es como



para que uno tenga que avergonzarse frente a la mucama”; y volcó un frasco de tinta roja sobre la sábana. El punto en que se entiende el nexo entre la acción de la neurótica y este recuerdo se halló en que, en la segunda habitación, sobre el mantel había una mancha también. Freud interpreta el sentido del síntoma del modo siguiente:

Ante todo, se aclara que la paciente se identifica con su marido; en verdad representa su papel, puesto que imita su corrida de una habitación a otra. [...] El núcleo [del síntoma] es, evidentemente, el llamado a la mucama, a quien le pone la mancha ante los ojos [...]. Vemos, pues, que la mujer no se limitó a repetir la escena, sino que la prosiguió, y la hacerlo la corrigió, la rectificó. (Freud, 1916-17, 240)

Volviendo al comienzo, podríamos preguntarnos por qué Freud sostiene que se trata de una neurosis obsesiva, cuando la posición de la mujer bien podría corresponder a la de una histérica: interesada en el deseo del Otro, cuya potencia sostiene, se identifica con su *partenaire* para formular la pregunta por el ser sexuado. Acaso, ¿no podría pensarse que Freud sería un poco susceptible respecto del hecho de que se trate de una “acción” compulsiva –al faltar la condición conversiva? Del modo que sea, faltan también más detalles para decidir una conjetura semejante. En todo caso, la presencia de la vergüenza de la mujer –aunque ella hace carne de la que corresponde a su marido–, con el carácter corporal que esta suele tener, bien podría orientar la interpretación en otra dirección.

Esta última indicación tiene un propósito concreto: desairar cualquier intención de una lectura fenoménica de los síntomas (al sostener que la obsesión es cuestión de “meras



ideas” y la histeria de un “cuerpo desimplicado”). En efecto, lo significativo de este prolegómeno es entrever los síntomas en función de la posición subjetiva que los subtiende. Dicho de otro modo, las neurosis son posiciones sintomáticas del deseo y, en este punto, remiten a sus fantasmas específicos. No obstante, no podríamos en este contexto realizar una justificación más precisa de las relaciones entre síntoma y fantasma (cuya articulación rescatamos, y cuya diferenciación estricta desleímos en este argumento), pero sí recuperar el planteo freudiano de los llamados “síntomas típicos” como una forma de ubicar dichas posiciones privativas de cada tipo clínico:

Es preciso llamarlos síntomas ‘típicos’ de la enfermedad; en todos los casos son más o menos semejantes, sus diferencias individuales desaparecen o al menos se reducen tanto que resulta difícil conectarlos con el vivenciar individual [...]. No olvidemos que justamente mediante estos síntomas típicos nos orientamos para formular el diagnóstico. (Freud, 1916-17, 240)

De este modo, los síntomas típicos denotan posiciones fantasmáticas fundamentales (el asco en la histeria, la duda en la obsesión, etc.) que son las que un analista calcula no sólo para esclarecer el diagnóstico, sino también para orientar sus intervenciones.

Una clínica de la pregunta

Como hemos indicado en un comienzo, acostumbramos decir que la neurosis está estructurada como una pregunta y, en cierto modo, este es un efecto de la enseñanza de



Lacan. Así, por ejemplo, es que presentara la distinción entre obsesión e histeria en el *seminario 3*:

...lo que caracteriza la posición histérica es una pregunta que se relaciona justamente con los dos polos significantes de lo masculino y lo femenino. El histérico la formula con todo su ser: ¿cómo se puede ser varón o se puede ser hembra? Esto implica, efectivamente, que el histérico tiene de todos modos la referencia. La pregunta es aquello en lo cual se introduce y se conserva toda la estructura del histérico, con su identificación fundamental al individuo del sexo opuesto al suyo, a través de la cual interroga a su propio sexo. A la manera histérica de preguntar o... o... se opone la respuesta del obsesivo, la denegación, ni... ni... ni varón ni hembra. Esta denegación se hace patente sobre el fondo de la experiencia mortal y el escamoteo de su ser a la pregunta, que es un modo de quedar suspendido de ella. El obsesivo precisamente no es ni uno ni otro. (Lacan, 1955-56, 358)

De acuerdo con estos términos, la histeria sería una pregunta acerca de la feminidad y la obsesión acerca de la relación entre la vida y la muerte. En este último caso, eventualmente ha podido decirse que esta inquietud trasunta en la pregunta acerca de la paternidad, y esta indicación es apropiada... aunque parcial: el modo en que la pregunta acerca de qué es un padre se constituye en la obsesión es a través de la muerte, esto es, se interroga al padre muerto –al que vale como nombre, es decir, como ideal frente al cual la obsesión se apaña como término degradado–; y el carácter parcial de esta respuesta



radica en que la histeria no está menos orientada hacia la misma pregunta: la histérica también interroga al padre, pero a partir de su deseo... En definitiva, tanto histeria como obsesión son formas de orientación hacia el padre, de servirse del padre como referencia sintomática.

No obstante, en este contexto importa destacar el carácter inconsciente de las preguntas en cuestión. Ya hemos enfatizado que esas preguntas no pueden ser verificadas a nivel del discurso yoico. Dicho de otro modo, la pregunta neurótica se descifra de acuerdo con la elaboración de saber que se desprende del síntoma –según hemos entrevisto este punto con el comentario de la “17ª Conferencia” en el apartado anterior, la pregunta del neurótico se interpreta retroactivamente a partir de esa respuesta que es el sentido del síntoma–. Por lo tanto, importa ubicar un modo concreto en que el discurso del neurótico asume la forma de una pregunta, punto en el cual es preciso reconducir esta cuestión, una vez más, al modo de respuesta discrecional frente al dispositivo mismo –antes que a una elaboración psicopatológica–. Para dar cuenta de este tópico cabe servirse de los desarrollos de Lacan en torno a la “causación del sujeto” en el *seminario 11*.

¿Qué quiere decir que el sujeto está “causado”? En primer lugar, aunque parezca algo evidente, esta indicación expone que el sujeto no es un dato de partida en la práctica del psicoanálisis –es decir, quien habla en la consulta es una persona, o algo semejante, pero no un sujeto–; en segundo lugar, el sujeto del psicoanálisis no es el sujeto tradicional de la filosofía, es decir, constituyente del sentido, sino que se constituye a través de un saber que no conoce, pero que en tanto no sabido igual se sabe. Dicho de otro modo, sujeto y saber se excluyen; en sentido estricto no hay sujeto del inconsciente, por eso se trata de



un sujeto dividido o en falta. No obstante, en tercer lugar, su falta no es solo respecto del saber, sino también en referencia a la satisfacción, dado que esta última se presenta a través del síntoma, de un modo oscuro y extranjero; por lo tanto, un esbozo de aproximación al carácter constituido (o causado) del sujeto podría resumirse en la división entre saber y goce –a sabiendas de que el saber es un modo de cernir también ese goce perdido (y recuperado) sintomáticamente–. He aquí el punto en que las formaciones del inconsciente, como modos de retorno, tienen un lugar privilegiado en el análisis. Un psicoanálisis que no tenga su hilo conductor en la experiencia del inconsciente difícilmente pueda ser llamado un análisis.

De acuerdo con lo anterior, el sujeto es una instancia de indeterminación y el análisis avanzaría en la dirección de orientar su división hacia su determinación... respecto del deseo. Así lo afirmaba Lacan en “La dirección de la cura y los principios de su poder”:

Hacer que se vuelva a encontrar en él [en el flujo significativo, en la cadena inconsciente, en la medida en que este juega como saber no sabido] como deseante, es lo inverso de hacerlo reconocerse allí como sujeto... (Lacan, 1958, 603)

De este modo, las formaciones del inconsciente tienen la función de polarizar el análisis respecto del deseo, en ese punto en que el deseo se presenta a través de un saber enigmático. Pensemos, por ejemplo, en el caso del acto fallido, donde el deseo no se expresa a través de la equivocación de la intencionalidad –como si el deseo fuera lo dicho–, sino que en esa fractura del discurso yoico se inaugura una pregunta por el saber



respecto del decir: “¿Qué quise decir y qué dije?”, “¿Cuál es el saber que no sé de mi decir?”, “¿Cómo deseo cuando digo lo que digo?”. He aquí el nudo íntimo del análisis de la neurosis, donde el inconsciente retorna al producir la inquietud respecto del decir – articulado al saber y la satisfacción–.

Esta última indicación conduce, entonces, a especificar el modo de hablar de la neurosis en el análisis, para lo cual podemos tomar en sentido más estricto la noción de causa en función de las dos operaciones que Lacan llamó “alienación” y “separación”. Por esta vía, referirse a la causación del sujeto no sería tanto elaborar un mito acerca de la estructura sino formalizar la experiencia que el análisis ofrece a propósito de cómo el neurótico se relaciona con el acto de hablar.

Las operaciones mencionadas parten de un “dato” básico: la dependencia (significante) del sujeto respecto del Otro, esto es, que la palabra cobra valor significante cuando quien habla recibe de su interlocutor la sanción del significado de su decir –circuito de lenguaje que Lacan llamara “poder discrecional del oyente”, basado en el *corte* (función que delimita la estructura del significante, es decir, la decantación de significación a partir del destinatario que defrauda la intención del hablante al establecer una brecha entre lo que se quiso decir y lo que se dijo/escuchó/entendió)–. Efectuado este valor significante de la palabra, el sujeto se *recorta* a partir de que cada significante queda referido a otro significante: he aquí el modo lacaniano de esclarecer la noción freudiana de la Otra escena. No se trata de que detrás de lo que se dice hay otra cosa, porque eso sería restablecer la idea de un mensaje oculto, ni de que se está diciendo algo diferente a lo



dicho, sino que la efectuación de la palabra como significante implica que siempre se dice más de lo que se dice al decir eso que se dijo y *justamente* eso que se dijo.

La operación de alienación consistiría, entonces, en este efecto de petrificación indefinida que Lacan ilustra mediante una figura lógica: el *vel*. Sin embargo, no refiere a este motivo en función de sus usos tradicionales: la disyunción inclusiva o excluyente, sino a través de la forma lógica de la reunión (diferente de la suma, ya que implica la valoración de los elementos en común de dos conjuntos) que le permite plantear un tipo específico de circunstancia, elecciones en las que la pérdida sea inevitable:

El *vel* de la alienación se define por una elección cuyas propiedades dependen de que en la reunión uno de los elementos entrañe que sea cual fuere la elección, su consecuencia sea *ni lo uno ni lo otro*. La elección sólo consiste en saber si uno se propone conservar una de las partes, ya que la otra desaparece de todas formas. (Lacan, 1964, 219)

Así, la alienación reflejaría esa circunstancia discursiva en la que el hablante no puede decidir el significado de lo que dice, ya que para aclarar lo dicho a (por) su interlocutor debe añadir un nuevo significante y, por lo tanto, indeterminarse más aún. De este modo, lo que se habrá dicho no será ni uno ni lo otro, sino un sentido añadido por lo que escuchó, una vez más, el interlocutor. Asimismo, el ser del sujeto estaría siempre en menos respecto del decir. Esta lógica de inducción constante, como veremos en el apartado siguiente, responde al cumplimiento de la asociación libre. En este punto,



importa destacar que no se trata de una operación aislada, sino que en la neurosis esta forma de desarrollo dialéctico de la significación está incardinada a otra operación: la separación. Porque no sólo la alienación no se entiende en psicoanálisis como una forma de determinación del sujeto, cuando se trata de su indeterminación radical, sino que la separación no es una operación posterior (cronológicamente) a la alienación, dado que se produce al mismo tiempo (aunque sea analíticamente distinguible). No se trata de dos operaciones sucesivas, sino del cierre de un único movimiento:

Esta operación lleva a su término la circularidad de la relación del sujeto con el Otro, pero en ella se demuestra una torsión esencial. (Lacan, 1964, 221)

La separación es la operación que polariza el hablar hacia la cuestión del deseo y le da su condición propia de hablar neurótico. Si la alienación se fundamentaba en la lógica de la reunión, la separación recurre a la estructura de la intersección, por la cual la relación con el Otro se establece en función de una comunidad de faltas o, mejor dicho, la posición del sujeto coincide con el deseo del Otro:

El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente –*me dice eso, pero ¿qué quiere?*” (Lacan, 1964, 221)

En este punto, no era indispensable referirse a la experiencia del niño... cuando habitualmente los neuróticos no hacen otra cosa: el sustrato de su alienación en el



significante radica en preguntarse qué (se) dijo cuando (se) dijo, donde la referencia impersonal remite no sólo a la alteridad que así se introduce en su decir, sino también en su condición deseante al descubrir que el deseo es eso que en el acto de hablar resta como punto oscuro de su relación con el Otro:

Este intervalo que corta los significantes, que forma parte de la propia estructura del significante, es la guarida de lo que, en otros registros de mi desarrollo, he llamado metonimia. Allí se arrastra, allí se desliza, allí se escabulle, como el anillo del juego, eso que llamamos deseo. El sujeto aprehende el deseo del Otro, en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro, y todos los por qué del niño no surgen de una avidez por la razón de las cosas –más bien constituyen una puesta a prueba del adulto, un *¿por qué me dices eso?* resucitado siempre de lo más hondo– que es el enigma del deseo del adulto. (Lacan, 1964, 222)

Por esta vía, no sólo pueden ponerse ambas operaciones en secuencia con las dos figuras retóricas de metonimia y metáfora –y pensar que si la metáfora es un indicador privilegiado de la neurosis el referente de este rasgo no es un análisis objetivo del lenguaje del paciente (no se trata de que este último utilice o no metáforas en su discurso ordinario), sino el hecho de que en el hablar analítico su decir se encabalque y relance en función de ese enigma que su propio decir produce–, también podría ponerse en secuencia el modo de hablar que instituye el psicoanálisis con el propio de los niños –en este sentido podría hablarse de regresión–. Los “por qué” del lenguaje infantil son un buen



ejemplo de un decir causado por un resto, pero también podría pensarse en el modo que tiene la histórica de interpelar a su *partenaire* donde la mayor especificidad está en que apunta al deseo del Otro. “¿Por qué me dices eso?” es la pregunta que mejor refleja la situación del habla en análisis, donde el destinatario eventual puede ser el analista, pero con mayor énfasis lo es el decir del paciente, quien una vez que introdujo la función de la causa en su hablar queda asociado a la búsqueda de un saber. “¿Qué quiere de mí?”, “¿Qué soy para el Otro?” no son preguntas que sirvan para orientar la puesta en forma del dispositivo, y su permanencia, si no se sostienen desde una actitud de interpelación, situación en la que podrían parafrasearse de este otro modo: “¿Por qué quiere algo conmigo?”, “¿Desde qué lugar soy este objeto?”, preguntas en las que importa el intento de trasuntar el extrañamiento respecto del hablar a que invita el psicoanálisis.

Por otro lado, esta última indicación permite esclarecer el motivo de que ciertas orientaciones del hablar sean profundamente anti-analíticas, por ejemplo, instituir un discurso del estilo “¿Qué hice para merecer esto?”, cuyo carácter culpabilizante –hoy en día asociado a una suerte de “hacerse cargo”– sería un detalle menor sino fuera porque hay tipos clínicos, como la obsesión, con una facilidad casi perfecta para instituir ese discurso por sí mismo. Se trata, en definitiva, de un hablar sostenido en la consistencia narcisista (“Soy esto o lo otro, pero lo que sea que soy es el motivo de lo que digo”) y esta situación permite entender por qué es necesaria una histerización para entrar en el dispositivo analítico: si el obsesivo es un practicante obediente del discurso delirante del yo (verificable, por ejemplo, en sus corrientes “autorreproches”), la histeria lleva del narcisismo hacia la relación con el Otro.



Posición del analista

El apartado anterior conduce a una conclusión taxativa: el hablar analítico no es el mismo que el de la conversación cotidiana. Este mismo desenlace parafraseaba Freud en los siguientes términos destinados a dar cuenta de esa experiencia:

En un aspecto su relato tiene que diferenciarse de una conversación ordinaria. Mientras que en esta usted procura mantener el hilo de la trama mientras expone, y rechaza todas las ocurrencias perturbadoras y pensamientos colaterales, a fin de no irse por las ramas, como suele decirse, aquí debe proceder de otro modo. (Freud, 1913, 136)

Esta circunstancia se debe, por un lado, al hecho de que la posición del analista no es la del oyente ordinario, que se presta empáticamente a reconocer a quien habla, al funcionar como semejante al yo. El lugar de interlocutor que le corresponde al analista cuando responde se indica, en primer lugar, a partir de destacar los puntos de fractura del discurso y sancionarlos, direccionar el hablar del paciente a través de su puntuación, para que eso extrañamente comprensible funcione como resto causal de la cadena asociativa. A esto se refería Freud cuando, en otro de sus escritos técnicos, sostenía que el analista debía ser una suerte de espejo:

El médico no debe ser transparente para el analizado, sino, como la luna de un espejo, mostrar sólo lo que le es mostrado. (Freud, 1912, 115)



Esta afirmación en absoluto cuestiona el papel activo del analista, sino que delimita el tipo de respuesta que le concierne. En todo caso, se trata de especificar, una vez más, el modo de hablar que corresponde al análisis, esto es, la disparidad subjetiva que lo fundamenta: el lugar de sujeto le toca al analizante. Para el analista, por su parte, sólo hay dos posiciones a-subjetivas posibles: el significante y el objeto. Por eso Freud puede afirmar lo siguiente:

Uno creería de todo punto admisible, y hasta adecuado para superar las resistencias subsistentes en el enfermo, que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos, le posibilite ponerse en un pie de igualdad mediante unas comunicaciones sobre su vida hechas en confianza. (Freud, 1912, 117)

Sin embargo, el efecto de estas comunicaciones suele ser contraproducente, ya que suelen ser escuchadas desde el Otro de la transferencia. No se trata de negar la presencia de sentimientos en el analista y su uso posible, sino de incardinar su participación en una determinada dirección de la cura.

De este modo, en segundo lugar, el analista hace cumplir la asociación libre. El hablar analítico no se pone en marcha con un simple: “¿Qué se te ocurre con eso?”. La regla fundamental no consiste en decir cualquier cosa (no sistematizar) o en querer decirlo todo (no omitir), sino que la definición positiva de la asociación libre –menos lo que no hay que hacer, que aquello que sí permite reconocer su funcionamiento– apunta a decir eso que preferiría no decirse (Cf. Boxaca; Lutereau, 2013).



Por otro lado, en este punto conviene detenerse en una de las afirmaciones freudianas más polémicas de la clínica psicoanalítica:

...el médico debe ponerse en estado de valorizar para los fines de la interpretación, del discernimiento de lo inconsciente escondido, todo cuanto se le comunique, sin sustituir por una censura propia la selección que el enfermo resignó; dicho en una fórmula: debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente como órgano receptor, acomodarse al analizado como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono. (Freud, 1912, 115)

¿Qué quiere decir esta comunicación de “inconsciente a inconsciente”? Por un lado, además de reafirmar la disparidad subjetiva que implica el análisis, en una crítica de cualquier teoría de la comunicación –ya que el lugar de receptor del analista se corresponde con devolver un mensaje invertido y no un mensaje propio–, el valor de esta indicación está en la metáfora que la continúa: se trata de que el analizante se escuche a través del analista (como el auricular del teléfono se acomoda al micrófono). En este sentido podría hablarse de un “diálogo” analítico, si se da a la palabra su sentido etimológico: el analista encarna ese lenguaje (*logos*), a través del cual (*dia-*), el analizante recupera su propia enunciación. De este modo, la metáfora en cuestión expone el circuito de una banda de Moebius y, por otro lado, permite cancelar cualquier acepción que restituya que se trata de que el inconsciente del analista participe como recurso para la intervención –motivo que llevaría a hacer consistir una especie de “ser” del analista–. Por cierto, de algún modo puede decirse que el analista escucha e interpreta con su fantasma,



pero a condición de recordar esa sentencia winnicottiana de que se interpreta sólo para demostrar cuán poco se ha comprendido (Cf. Winnicott, 1969, 99). Puede entonces ahora introducirse esa otra afirmación freudiana que podría mover al escándalo si no fuese correctamente aprehendida:

Lo inconsciente del médico se habilita para restablecer, desde los retoños a él comunicados de lo inconsciente, esto inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del enfermo. (Freud, 1912, 115)

En todo caso, ese inconsciente del que se habla no sería tanto *del* médico, sino que trataría del punto en que en su propio análisis un analista avanzó en el convencimiento de la existencia del inconsciente y, por lo tanto, accedió al manejo del dispositivo desde un punto de vista que no es la mera adquisición de la teoría.



Referencias

- Boxaca, L.; Lutereau, L., "La regla fundamental y el decir analizante" en Introducción a la clínica psicoanalítica, Buenos Aires, Letra Viva, 2012.
- Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria ('Caso Dora')" en Obras completas, Vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1995.
- Freud, S. (1912) "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico" en Obras completas, Vol. XII, op. cit.,
- Freud, S. (1913) "Sobre la iniciación del tratamiento" en Obras completas, Vol. XII, op. cit.
- Freud, S. (1916-17) "17ª Conferencia: El sentido de los síntomas" en Conferencias de introducción al psicoanálisis, op. cit.
- Freud, S. (1916-17) "23ª Conferencia: Los caminos de la formación de síntoma" en Conferencias de introducción al psicoanálisis, en Obras completas, Vol. XVI, op. cit.
- Lacan, J. (1955-56) El seminario 3: Las psicosis, Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Lacan, J. (1958) "La dirección de la cura y los principios de su poder" en Escritos 2, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002.



Lacan, J. (1964) El seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1984.

Lacan, J. (1975) "Conferencia en Ginebra sobre el síntoma" en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial, 1989.

Lacan, J. (1977) "Apertura de la sección clínica" en *Ornicar?*, No. 3, Barcelona, Petrel, 1981.

Winnicott, D. W. (1969) "El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones" en *Realidad y juego*, Buenos Aires, Gedisa, 1977.