

CUARENTAÓRICOS 2020

(La enseñanza en los tiempos del Virus)

UNIDAD 5: ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS Y FORMACIÓN CLÍNICA

Segunda Parte (puntos 3, 4 y 5) – a cargo de Marcelo Mazzuca (Prof. Adjunto)

INTRODUCCIÓN

En esta quinta y última unidad del programa (que dividimos en dos partes) hemos retomado la senda de la reflexión **ética** presente en toda propuesta **clínica**. Han reparado primero, con la profesora Vanina Muraro, en el valor de “índice” que puede tener el sentimiento de culpabilidad en la tarea de localización del deseo. Es decir, en la conflictiva del paciente que sufre y demanda, pero en la que el analista debe poder involucrarse y lograr incluirse. “Campo” del deseo, entonces, “sitio” más que objeto.

Se trata ahora de extraer las consecuencias que esto supone para la **formación** del psicoanalista y la relación que esto tiene con la experiencia del análisis propiamente dicho. En otros términos, con el fin del análisis y con sus finalidades, con las disposiciones del analista y con los dispositivos didácticos: ¿cómo acceder a ese lugar del deseo y cómo cumplir eficazmente con esa función? O en palabras de Freud: ¿cómo ejercer esa “profesión imposible”¹ en la que consiste el oficio del psicoanalista? Pregunta que van a encontrar formulada, aproximadamente en esos términos, en el capítulo VII de “Análisis terminable e interminable” que tenemos como bibliografía obligatoria. O la enseñanza de Lacan, que sostiene y prolonga la inquietud freudiana más que acallarla con falsas respuestas: ¿cómo acceder al deseo de analizar (o “deseo del analista”) del cual depende ética y lógicamente el trabajo analizante tanto como la dirección de la cura en su conjunto? ¿Cómo instalar y ubicarse en ese tipo particular de lazo social de a dos en que consiste el discurso analítico? En resumidas cuentas, ¿cómo sostener el “acto psicoanalítico”?, según la expresión inédita de Lacan que nosotros tomamos como una de nuestras referencias principales.

Como se habrán dado cuenta, esta noción ética del *acto* es uno de los ejes de lectura que atraviesa transversalmente todo el programa de la materia. Y en tanto tal supone, necesariamente, una toma de posición de cara al ejercicio profesional. La dimensión **ética** es la que traza el “camino” a seguir (para tomar otra de las expresiones habituales de Freud), la que delimita los principios de acción de una disciplina y la que otorga fundamentos para su posterior elaboración **clínica**. La definición de Lacan sobre la clínica psicoanalítica que utilizamos desde el inicio de la

¹Freud, S (1936) “Análisis terminable e interminable”, capítulo VII.

cursada como herramienta conceptual la incluye en todos sus planos. Permítanme que se las refresque en una versión libre (de atrás para adelante), desglosando lo que hay de **acto** en cada uno de sus puntos:

a- **“Repudiar” toda referencia al conocimiento**: engañoso y encantador a la vez, sea el del auto-conocimiento del paciente, de sus fantasías o de la realidad construida que (solo en apariencia) comparte con sus semejantes. Es el “deber” del analista (según el juicio de Lacan), que a su vez tendrá que transferir a su paciente para convertirlo en analizante. Es lo que Freud solía poner a cuenta de la acción “pedagógica” del análisis, la “necesidad de educar al paciente” (como dice en sus escritos sobre técnica) para que se comporte de manera acorde a la regla analítica y con el objetivo de “consumar su propio ser”². Se trata de “dirigir la cura”, dice Lacan prolongando el consejo de Freud, no de dirigir al paciente. ¿Cómo cumplir y hacer cumplir ese deber? Ustedes ya lo han trabajado: cediendo la palabra al paciente, prestándose al juego de la transferencia e interviniendo las veces que sea necesario bajo el (“soberano”) principio de abstinencia.

b- **Creer en el inconsciente como huella y camino**: “huella” clínica de lo que se inscribe a la letra en el cuerpo y “camino” significante hacia el real electivo del ser hablante. Es la “convicción”³ que tiene que haber adquirido el analista en su análisis personal para poder transferirlo luego a cada uno de sus pacientes. Es la disposición adecuada para escuchar “libremente” y conseguir así rectificar la posición típicamente neurótica de “no querer saber” acerca de las causas y las determinaciones del deseo. Y es la condición necesaria para que el analista “se entregue por entero a una guía que sin duda nos aparece siempre contingente”⁴ (como afirma Freud en sus escritos técnicos) pero que es la más certera desde el punto de vista metodológico. Es la manera de “no poner en entredicho la jefatura de lo inconsciente en el establecimiento de la trama”⁵, agrega Freud, de manera contundente, al hablar del “uso” que un analista hace de los sueños. ¿Cómo activar esa creencia? También lo saben: interpelando, escuchando el significante e interpretando.

c- **Hacer lugar a lo imposible de soportar**: manifestación clínica de lo real, ya sea bajo la forma franca de la angustia o de la formación del síntoma que puede tomar dignamente su lugar. Eventualmente también (en los procedimientos preliminares del análisis o en sus momentos resistenciales) bajo sus presentaciones camufladas (inhibición y *acting out*) o degradadas (depresión y pasaje al acto). Pero siempre bajo la condición exigida de la “sumisión completa a las posiciones propiamente subjetivas del paciente”⁶, como dice inicialmente Lacan al preguntarse por el posible tratamiento analítico del síntoma psicótico. Con la disposición de “destitución subjetiva” que

²Freud, S (1912) “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”.

³Freud, S (1936) “Análisis terminable e interminable”.

⁴Freud, S (1911) “Uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis”.

⁵Freud, S (1911) “Uso de la interpretación de los sueños en psicoanálisis”.

⁶Lacan, J (1958) “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, capítulo 1, apartado 3.

conviene al analista para que la cura dé lugar a lo que hay de más pujante en el ser pulsional del paciente que sufre, y para orientar la práctica clínica hacia la “producción de lo incurable”, como sugiere más tarde Lacan. Lo incurable que surge de lo inanalizable, elemento indivisible del síntoma que viene al lugar de la imposible relación (la que no hay, no hubo ni habrá). Son los puntos de referencia y de apoyo para que la palabra tenga chances de llegar al *acto* (decir). ¿Cómo hacer lugar a esa imposibilidad? Estudiando en profundidad la clínica y llevando la experiencia del análisis personal lo más lejos posible...

LA FORMACIÓN CLÍNICA

Como verán, es una clara apelación a la “responsabilidad subjetiva” (a distinguir de la “culpabilidad”, como han trabajado la semana pasada) lo que queda invocado en el acto psicoanalítico. Lo cual vale tanto para el analista como para el paciente. En términos generales, así solemos decirlo, la ética del psicoanálisis es la ética del **deseo**. Pero esto supone, más concretamente, introducirse en su campo, adoptarlo como referencia constante y tomarlo como punto de mira y de dificultad. En otros términos, cuidar de no convertirlo en una referencia ideal. El deseo no es equivalente al anhelo, las fantasías, los placeres ocasionales, las proyecciones irrealizables, los ideales insostenibles, etc. Tampoco es algo del todo apropiable. No lo es, definitivamente.

El deseo inconsciente linda con esa experiencia de la imposibilidad a la que se refiere Freud al preguntarse por la formación analítica, y por eso es algo mucho más complejo y simple a la vez. Su existencia y subsistencia es correlativa del Otro, del Otro verdaderamente real, o realmente verdadero (como prefieran), de la presencia del Otro, del Otro humano y social. Por eso es paradójico por estructura (“el deseo es el deseo del otro/Otro”), ya que la palabra lo crea y lo recrea pero también lo sustrae y lo ahoga. Es también indestructiblemente sexuado y al mismo tiempo realizable en un acto que lo satisface transformando al sujeto. Un acto indudablemente hablado o hablante, como hemos desarrollado con bastante detalle en la unidad 4 de nuestro programa de teóricos, que depende de la palabra y que pende del **decir**. Pendiente del Otro, entonces, más no dependiente de él: no hace lugar a su demanda pero se apoya en su deseo.

Se trata de la dimensión del acto, que en muchos casos no tiene valor alguno para los otros, más o menos semejantes, a quienes puede interpelarlos y hasta transformarlos, o sencillamente resultarles molesto, insignificante o directamente imperceptible. En cualquier caso un acto de palabra: acción simbólica, acción humana. Un acto que puede enredarse, demorarse o tener diversas derivaciones pasionales, cuyo objeto permanece más o menos secreto y por lo tanto hay que aprender a leerlo. Es, por ejemplo, lo que se puede apreciar en “El secreto de sus ojos” (película ganadora de un Oscar), en cuya trama se reconocen diferentes versiones del acto (que a su vez

vienen al lugar del acto de justicia que no hay) según el encadenamiento lógico de los hechos narrados por el autor: el acto homicida (en el comienzo), el acto perverso (en el inicio de la investigación), el acto heroico (de quien se juega entero por el otro, por el amigo, por la bandera del club), el acto vengativo (de quien no soporta ni resuelve su dolor) y el acto de amor (que inhibido en el comienzo se lee al final en las letras de un deseo proveniente del sueño). Acto que en el marco de la práctica analítica encuentra su apoyo en el cuerpo real (pulsional y agujereado), que se guía por las coordenadas de un inconsciente descifrado (por su huella, a la letra) y que repudia el sometimiento (normativo y sobre todo depresivo) de los ideales y mandatos del Otro de turno.

Esas son nuestras coordenadas de aproximación a la clínica con pacientes adultos. Las que ahora reencontramos y revisamos sobre el final de la cursada y respecto de las cuales ustedes deberán optar: las toman o las dejan. Pero en cualquier caso deberán elegir, porque la práctica de la psicología clínica (de la cual muchos de ustedes están cerca o aproximándose) los pondrá inevitablemente frente a la necesidad de tomar posición.

5.5 Reflexión sobre los métodos del psicoanálisis:

Pasemos entonces a comentar los tres últimos puntos de la última unidad del programa para aprovechar mejor nuestros últimos encuentros por Zoom: el de este próximo jueves (a mi cargo) y de la semana siguiente (donde estaremos presentes los cuatro profesores para cerrar la materia conversando con ustedes en torno a estas temáticas).

Comencemos con la referencia que, ubicada en último lugar, nos reenvía al comienzo. Se trata de la reflexión sobre los **métodos** puestos en juego en la práctica del psicoanálisis, y la bibliografía específica con la que contamos es el libro del Profesor Lombardi: *El método clínico (en la perspectiva analítica)*. ¿De qué se trata concretamente? Pudiendo darle ahora una mirada retrospectiva, digamos que esos métodos plurales (y en algún punto diversos) se presentan en la práctica concreta anudados e influyéndose unos a otros. Creo que la secuencia que permite ordenarlos para estudiarlos es más lógica que cronológica. Pueden pensarlos como planos o registros diferentes de una misma práctica, que se rectifica y controla a sí misma en la medida en que avanza o progresa la experiencia de exploración del campo en el que se inmiscuye, el campo del deseo inconsciente:

A- El método interpretativo: método “tentativo” o método “inter-tentativo”, si me permiten la expresión, ya que se trata de ir tanteando ambas posiciones, la del potencial analizante y la del analista que permanece en potencia hasta que el efecto interpretativo lo produce en acto. Es la metodología freudiana por excelencia, la del trabajo de aproximación al deseo inconsciente. Su modelo son los sueños, la “vía regia”, el camino más directo hacia el campo freudiano del deseo inconsciente: sus escenas, personajes, fantasías y objetos (la realidad “psi”), pero además y sobre

todo su saber (que de “psi” tiene poco y nada). Un saber otro que el de la conciencia y que hemos vuelto a diferenciar tajantemente del conocimiento en el punto 2 de esta última unidad temática. Un saber “no sabido” dice Freud, e incluso hasta cierto punto “no sabible”, agregamos nosotros con Lacan. Un Lacan del final (contemporáneo de la apertura de la Sección Clínica de su Escuela y de la definición de la clínica con la que trabajamos), que revisa la categoría del saber *inconsciente* (“real”, si le creemos) y también la noción de *sínthoma*, agregándole una letra H que se lee sin saber si se escucha. Un saber *insabido* pero aún así alcanzable por la vía del decir interpretativo.

Me gusta apelar en este punto a una de las metáforas que propone Lacan en aquella época: la interpretación es un decir que “produce olas”, dijo alguna vez al visitar las universidades de Estados Unidos. Y en ese río revuelto, agreguemos nosotros, se comunican los pescadores. Si la transferencia es aquello que estrictamente hablando “refuta” la intersubjetividad⁷ (así lo plantea Lacan en otro de los textos de nuestra bibliografía obligatoria), la interpretación, en cambio, es lo que permite dar ocasión al diálogo. Y a ese diálogo es al que apostamos como analistas. Es de hecho una apuesta, ética entonces, y al mismo tiempo el punto de partida lógico de nuestra metodología clínica. Un diálogo en el que reina el malentendido, el equívoco y la sobredeterminación inevitable e ineliminable en el intento de entendimiento humano. Malentendido, por ejemplo, como aquel que prefigura la relación del soldado Ernesto (luego *Hombre de las Ratas*) con quien se convertiría en su analista (Sigmund Freud) y a quien el paciente confundió con el hermano del “asesino del ferrocarril” (Leopold Freud). Malentendido constante en el que sin embargo debemos encontrar la pista primera de un decir más digno y menos opresivo. La punta del ovillo de un “bien-decir”, como propuso Lacan, que no se confunde con la pretensión ideal de decir las cosas bien, correctamente. Lo indicó Freud desde el inicio y lo recordó Vanina Muraro la semana pasada: hay mayor grado de plenitud (compromiso del deseo) en la palabra que tropieza (el acto fallido) que en el discurso que se sostiene con robusta consistencia.

B- El método clínico: que implica un alto el fuego interpretativo, una pausa, un interrogante, y un tiempo para la reflexión. Implica además poner al “analista en el banquillo”, tomando la expresión del escrito de Lacan que venimos trabajando junto a ustedes. En este caso la metodología consiste en retomar lo que va sucediendo como efecto del tanteo inicial, de la palabra que interroga y pregunta, que interpela e interpreta. Se trata ahora de un trabajo de elaboración, en el que resulta imprescindible referir los hechos de la práctica (los efectos y consecuencias del tanteo interpretativo) a las nociones y conceptos a partir de las cuales se construye y constituye lo que llamamos “caso clínico”.

Agreguemos que la casuística es el principal método clínico del psicoanálisis, con lo que eso supone de saber previo y tipificable, pero también del cuidado ético que supone el abordaje del

⁷Lacan, J (1967) “Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela”, *Otros Escritos*, p. 265.

“caso por caso”. Empezando por las principales nociones clínicas que hemos ido revisando y estudiando a lo largo de la cursada: el síntoma (su estructura particular y su puesta en acto singular), la angustia (también tipificable según las clasificaciones conocidas o de moda, y al mismo tiempo individual e intransferible como señal de un peligro certero y singular) y el resto de las categorías analíticamente utilizables. Siguiendo por los conceptos psicoanalíticos que le dan sentido y orientación al uso de dichas nociones clínicas: en primer lugar el inconsciente y sus formaciones (sueños, chistes y diferentes formas del lapsus) y de allí en más todo lo que se les ocurra, y que Lacan alguna vez sintetizó en un breve listado en el que quedan delimitados los fundamentos de la praxis llamada psicoanálisis (transferencia, pulsión, repetición). Finalmente, y fundamentalmente también, la noción de “castración”, multívoca (y en cierto punto polémica) pero absolutamente indispensable para no hacer del asunto del deseo una nueva cosmovisión.

Esto quiere decir, entonces, que en este segundo nivel metodológico el analista tiene que dar razones, a sí mismo y a los otros en quienes encuentra el sostén y el acompañamiento propio de cualquier experiencia formativa. Si en el primer nivel (inter-tentativo) el analista es libre de implementar el método a su gusto y antojo (aunque determinado en gran medida por su experiencia del inconsciente y su estilo sinthomático), en este segundo plano su libertad se restringe y se acomoda a lo que la construcción del caso sugiere y a lo que la transferencia indica como estratégicamente más conveniente. Entiéndase bien: no se trata de optar entre uno y otro método, se trata de un vaivén, de un ir y venir entre ambos planos conforme a las necesidades lógicas que impone cada tratamiento. Y allí, por ejemplo, otros dispositivos pueden tener su lugar: Control, Presentación de enfermos, Cartel, e incluso el Pase. El analista es “al menos dos”, dijo Lacan (poco tiempo antes de lanzar su definición de la clínica psicoanalítica) en continuidad con los consejos técnicos que ha dejado Freud.

C- El método que podemos calificar como estrictamente analítico: tercer plano o dimensión de la metodología puesta en juego, el que nos deposita en la pregunta sobre el *fin del análisis* y la *formación del analista*, pero que al mismo tiempo nos devuelve a sus principios. Retengan de esto los dobles sentidos: “fin” como *final* (conclusión) pero también como *finalidad* (objetivo), y “principios” como *comienzo* (o punto de partida) pero también como *fundamentos* (o puntos de apoyo constantes). Nos preguntamos por lo que puede significar “analizar”, tal como Freud lo hizo en su texto sobre los caminos de la terapia psicoanalítica (1919) o en su escrito sobre el análisis terminable e interminable (1936), o como Lacan lo hizo en su escrito sobre la dirección de la cura (1958) y lo volvió a plantear en su Seminario sobre el acto psicoanalítico (1967) antes de proponer el procedimiento del “pase” como método analítico de construcción del “caso” de la Escuela de Psicoanálisis.

Analizar es en primer término “descomponer”, como indicó Freud en analogía con la operación de la química. Separar hasta llegar hasta los elementos indivisibles, que tratándose de los hechos subjetivos de los que nos ocupamos son las “mociones pulsionales” (en palabras de Freud) o “demandas significantes” (en lenguaje lacaniano). Digamos nosotros, para prolongar un poco la analogía, que se trata de una química o una alquimia de las palabras y las letras: palabras y letras del inconsciente y del goce, tal y como se le revelan por ejemplo a Freud en el sueño inaugural del psicoanálisis, el de la “solución” (significante equívoco y reinventado) de *trimetilamina* que le inyectan a Irma (1895), o como las que se componen y descomponen en el complejo de las ratas (*ratten, hofrat, heiratten, spielratten, erraten*, etc) para el caso del análisis del Soldado Ernesto.

Ahora bien, tanto Freud como Lacan, cada uno a su modo (con la diversidad de los conceptos que ponen en juego, con sus experiencias disímiles con respecto al análisis y con los diferentes modos de transmitir y enseñar el psicoanálisis), insistieron en que la última palabra corresponde al analizante y que el resultado final de un psicoanálisis no está programado ni es programable. A lo sumo se pueden intentar sistematizar sus puntos de “basta” (o sus “cierres”, como dice Freud en su analogía con el juego del ajedrez) distinguiendo entre los análisis no iniciados (que no producen un analizante, pero que pueden aportar mucho a un paciente), los análisis interrumpidos (por razones diversas, en algún punto más o menos satisfactorio del recorrido analizante) o los análisis concluidos (donde el “basta” de la satisfacción es definitivo, dando lugar al estado analizado del síntoma). La Joven Homosexual, Dora, Elisabeth, Hans, el Hombre Lobo o el Hombre Rata, e allí el abanico de opciones diversas que pueden estudiarse de la casuística freudiana. Agreguemos nosotros, y aquí subyace la raíz misma del método analítico, los análisis que llevan al pase y producen al analista (el de Sigmund Freud, por ejemplo). “Resolución de la división por destitución subjetiva”, decimos con Lacan, para retomar en otros términos la exigencia de mayor “actividad” y de un acto “resolutivo” que Sandor Ferenczi le planteó a su maestro y analista tanto en 1919 (“Los caminos de la terapia psicoanalítica”) como en 1936 (“Análisis terminable e interminable”). Se trata de situar ese tiempo lógico del acto, agregando que esa operación del final es la que permite recomenzar cada vez con cada uno de nuestros potenciales analizantes.

Como verán, los tres métodos puestos en juego se distinguen pero también se anudan. Y es por eso que implican distintas disposiciones para el analista y requieren de más de un dispositivo para articularlas.

5.3 Respecto de los dispositivos freudianos para la formación clínica:

En cuanto a los dispositivos freudianos, y retomando lo antedicho, se trata primero de la pregunta por los criterios del *fin de análisis*. Como hemos dicho, en el doble sentido de la expresión: su final (término o conclusión) y su finalidad (objetivo o pretenciones). Subrayo esto

porque todos los maestros en psicoanálisis (empezando por Freud) están de acuerdo en que el análisis personal es el primero de los dispositivos de los que depende la formación en clínica psicoanalítica y que es de allí de donde se obtiene la disposición (la “aptitud” dice Freud) para el psicoanálisis. Es en la experiencia del propio análisis, según indica Freud en su texto⁸, donde se gesta el deseo de analizar. La experiencia del análisis, sostiene allí Freud:

- a- “Instila” la convicción firme en la existencia del inconsciente.
- b- “Proporciona” percepciones que de otro modo pasarían totalmente desapercibidas.
- c-”Enseña” la única técnica acreditada para la actividad analítica.

Luego se agregan el dispositivo de la Supervisión (que Lacan prefirió llamar *Control*) y el del estudio de los principales textos, conceptos y autores, para lo que la Escuela de Lacan hizo su aporte introduciendo el dispositivo llamado del *Cartel* (pequeño grupo de estudio con sus propias reglas de funcionamiento). Y esta oferta vale para cualquier interesado. Es otro de los puntos sobre los que conviene reflexionar: ¿pueden o no pueden los legos ejercer el psicoanálisis? Es la pregunta que se formula Freud, y cuya respuesta afirmativa argumenta y despliega a lo largo de los capítulos del texto cuyo Epílogo tenemos como bibliografía obligatoria. Esto supone, estrictamente hablando, que ni “hace falta” ni “alcanza” con ser médico psiquiatra o psicólogo especializado en clínica para ejercer el psicoanálisis, y que el título habilitante todavía no equivale a la autorización. La responsabilidad recae, entonces, sobre la seriedad de cada uno de los procesos de aprendizaje en los diferentes tiempos de formación. El análisis no es interminable, lo son las formaciones del inconsciente y la formación del analista que surge de ellas.

Ahora bien, que dicha formación se obtenga sobre todo en la experiencia del análisis personal, acentúa el hecho de que la terapéutica analítica y la investigación en psicoanálisis van de la mano (o “codo a codo”, para estar a tono con la enseñanza en estos tiempos del virus). En otros términos, que se trata de una disciplina que no puede desprenderse de la práctica de la que surge, a diferencia de otras terapéuticas (como por ejemplo las cognitivo-conductuales) cuyo saber progresa en un ámbito pero se aplica en otro muy diferente. “En el psicoanálisis existió desde el comienzo mismo una unión entre curar e investigar”, dice Freud, para luego completar: “nuestro procedimiento analítico es el único en que se conserva esta preciosa conjunción”⁹. Por mi parte pienso que fue Lacan quien mejor entendió lo que allí está en juego. Y es por eso que sostuvo desde el comienzo una forma de transmisión y de enseñanza del psicoanálisis cuyo método (analizante) y dispositivo (Seminario) se ajustan a esa premisa de “conjunción”. Y también es por eso que luego ideó una manera de asociar a los analistas distinta a la propuesta por Freud, que apuesta con el

⁸Freud, S (1936) “Análisis terminable e interminable”, AE, capítulo VII, p. 250.

⁹Freud, S (1926) “¿Pueden los legos ejercer el psicoanálisis?”, AE, Epílogo, p. 240.

Cartel y el Pase a esa misma premisa analítica: conjunción de lo didáctico y lo terapéutico, de lo epistémico y lo clínico.

En cualquier caso, tanto Freud como Lacan insistieron en investigar en la cura la estructura de la experiencia analítica del inconsciente para lograr delimitar mejor su operación. Esto quiere decir, ubicar sus límites y limitaciones, pero también y sobre todo sus rasgos diferenciales y sus potencialidades. Para eso contamos con el texto freudiano “*Análisis terminable e interminable*”. Sobre todo con su séptimo capítulo, punzante (que hemos comentado en parte), en el que hace referencia a los límites del análisis introduciendo la categoría lógica de lo “imposible”. Pero también con lo que indicamos como lectura sugerida (los capítulos 3 y 8) de los cuales creo que vale la pena subrayar al menos dos aspectos:

1- El aspecto lógico de la clínica psicoanalítica. Método de progresar a partir de los “obstáculos” plurales hasta encontrar algo así como el obstáculo final, el punto insuperable, lo que queda como resto ineliminable de la operación: lo que no se puede saber o “represión primaria” (límite a lo interpretable, entonces), lo que no se puede eliminar o “factor pulsional” (y que por ende no deja de empujar e insistir) y el analista mismo como obstáculo o “factor transferencial” (esos “puntos ciegos” del análisis a los que ya se refería Freud en sus anteriores escritos sobre técnica).

2- El aspecto ético de la clínica psicoanalítica. Toma de posición que se espera del analizante, momento electivo requerido para poder encontrar la manera de concluir: la “revisión” de la posición adoptada frente a la represión primaria y el “examen” de la actitud asumida frente al problema del goce sexual.

Se trata entonces de haber “incitado” en el analizante el deseo de examinar y variar su posición frente a lo que se presenta como límite en apariencia insuperable, imposibilidad paradójica del deseo, y que en Freud toma el nombre de “Complejo de Castración”. En otros términos: abandonar la posición perversa, neurótica o psicótica (de ocultación, de inhibición o de rechazo, de padecimiento y de conflictividad, y de un “no querer saber” selectivo) para adoptar una posición nueva, más decidida y menos dividida. En cualquier caso, lo que queda constantemente subrayado por Freud a la par del aspecto metodológico es la variable ética, electiva, que va más allá de la mecánica del inconsciente y del saldo epistémico del análisis. Variable ética que se expresa por ejemplo en los afectos inesperados y enigmáticos, y a tomar en cuenta tanto al final como al comienzo de un análisis.

¿Cómo empezar a producir ese re posicionamiento? ¿Cuáles son las referencias conceptuales a tener en cuenta? ¿De qué modo situar esto en la experiencia clínica? Ustedes ya conocen las principales respuestas, al menos en lo que respecta a los movimientos iniciales del análisis: darle lugar a la angustia automática e insoportable para que tenga la chance de desplegarse como síntoma.

Como sucede, por ejemplo, con un joven que me consulta como alternativa a la medicación propuesta por su anterior terapeuta. Paciente neurótico y angustiado, cuyas absurdas ideas y delirantes temores lo hacen entrar en pánico, pero que con el correr de las entrevistas logra al menos vislumbrar el deseo que lo divide y lo introduce en el terreno de la angustia de castración. U otro joven paciente psicótico e hipocondríaco, a quien su médico clínico le receta unos ansiolíticos, pero que aún así llega a la consulta, porque las exigencias laborales y amorosas lo instan a hablar de aquello que lo divide y lo interpela. O un paciente toxicómano que no se conforma con la terapéutica que recibe en el grupo de Narcóticos Anónimos, y que por eso pide un tratamiento individual para montar y desplegar su escena perversa, en la que sin embargo no se omite el testimonio de aquello que resulta sintomático y podría producirlo como analizante. Variantes de la entrada en análisis, que dependen del tipo particular de síntoma, pero que toman una misma dirección y marcan el camino hacia esa “roca viva” de la castración a la que se refirió Freud al plantear el problema de la terminación de los análisis.

5.4 Los dispositivos lacanianos para la formación clínica:

¿Con qué criterios pensar la conclusión del análisis? ¿Cuáles son los verdaderos límites insuperables del análisis? ¿De qué modo y por qué vías se accede a la posición del analista? Estas y otras preguntas son las que quedan en suspenso para Freud, que permanecen en un cierto impasse, en un tiempo de espera, y que luego Lacan intenta responder reformulando la noción freudiana de “castración”: quitándole sus máscaras imaginarias (obscenas y engañosas), desatando su vínculo simbólico con el “complejo” y produciéndola como verdadero tope real del deseo. Dicho de otro modo, profundizando la investigación sobre los puntos de imposibilidad de la estructura subjetiva, aquello que escribe S (\mathcal{A}), y las diversas funciones que vienen a ocupar ese lugar vacío o vacante: el falo (Φ), el objeto (a) y el síntoma (Σ). Las dos primeras incluidas (de un modo u otro) en los contenidos y la bibliografía del programa de *Clínica de Adultos*, y la tercera especialmente desarrollada en nuestra materia electiva de *Usos del Síntoma*.

Tomemos primero la referencia que tenemos como bibliografía obligatoria. Se trata de la **Proposición de Lacan a los psicoanalistas de su Escuela** (9 de octubre de 1967), en la que introduce el dispositivo del Pase y vuelve a interrogar la dirección de la cura en sus dos puntos de “empalme”: el inicio y el final del psicoanálisis, como en el ajedrez¹⁰. Como todo escrito de Lacan, es extenso y complejo, y por lo tanto creo que les conviene seguirlo y recortarlo con la otra bibliografía obligatoria de este punto de la unidad 5, las “**Notas sobre el diseño del dispositivo del pase**”, del profesor Lombardi. Creo que de allí conviene retener dos grandes cuestiones:

¹⁰Lacan, J (1967) “Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela”, *Otros Escritos*, p. 265.

1- La presentación algorítmica de la transferencia: es el modo en que Lacan retoma la noción de “sujeto supuesto saber” con la que ya venía intentando situar la dimensión operativa de la transferencia puesta en juego en la dirección de la cura analítica. Su instalación o institución (en el umbral que separa al paciente del analizante en los inicios de los análisis) y su desmontaje o destitución (en ese otro umbral, que en la mayoría de los casos permanece bajo la sombra, y que separa al analizante del analista en la fase final del análisis). El SSS es la fórmula lacaniana en la que se resume (al modo aforístico) todo un aspecto de lo que se pone en juego en la puesta en marcha del dispositivo analítico, en la aplicación y el sostén de la regla fundamental y en el trabajo de interpretación y desciframiento del saber inconsciente. Se trata del *Sujeto* que se le *Supone* al significante del *Saber* que el analista soporta en tanto oyente e interpretante, y que ustedes seguro pueden reconocer en la casuística freudiana, especialmente en los tratamientos de *Dora* y del *Hombre Rata*.

2- La experiencia y el procedimiento del Pase: es la manera en que Lacan retoma la problemática del *impasse* freudiano, el del “Complejo de Castración”, aportando a la orientación clínica lo que había introducido a propósito de su exploración de la angustia, el objeto pequeño *a* (condición del goce pero también causa del deseo). La función “causa de deseo” es la otra mitad de aquello que el analista pone en juego en el lazo social con su analizante, su cara más libidinal, y lo que queda como resto de la operación del análisis si es llevado hasta el final, hasta el momento o instante del *pase*. De allí la noción de “destitución subjetiva” que es requerida para que el analista escuche de la manera conveniente, y que hemos intentado incluir en las anteriores unidades temáticas de nuestro programa. De allí también la apuesta por el “deseo del analista” que podría (o no) surgir de esa operación final de destitución del sujeto dividido y de la producción de un estado del deseo (o del ser, dice a veces Lacan) más fuerte y singular. De eso se trata en el acto psicoanalítico.

A estas referencias centrales podemos agregar un breve comentario acerca de la bibliografía optativa que ofrecemos para quienes se interesen en ampliar un poco más las referencias. En primer lugar, el escrito sobre “**La dirección de la cura y los principios de su poder**” (1958) que ustedes ya conocen y que han estudiado en parte en otras unidades del programa de teóricos y de prácticos. Más concretamente, su quinto y último capítulo (puntos 1 a 4 y punto 13), el que da la respuesta metodológica a los cuatro interrogantes precedentes: “hay que seguir el deseo a la letra”. Destaquemos de allí los lineamientos de lectura sobre los que también podremos conversar si ustedes quieren en los dos últimos encuentros por Zoom. Principalmente, la referencia conceptual que inevitablemente debe entrar en consideración para pensar en el final de análisis según la orientación freudiana, la del falo significante (Φ). Sobre esto les propongo tres citas del escrito para reflexionar al respecto:

A- “*Ser el falo, aunque fuese un poco flaco, ¿no es ésta la identificación última con el significante del deseo?*”. En clara referencia al caso paradigmático de *La Bella Carnicera* que Lacan toma como modelo reducido de la dirección de la cura (también modelo para nosotros en la exploración de los *usos del síntoma* que hacemos en la materia electiva) y que comenta en esos primeros 4 puntos (y que se extiende hasta el punto 8) del capítulo final. Se trata entonces de poder captar las maneras diversas en que el paciente neurótico o perverso se identifica con ese significante en el que se juega la suerte del deseo (cómo hace de él una referencia idealizada), para entonces dirigir la cura en dirección contraria. O los modos en que el analizante psicótico lo pone eventualmente en juego bajo una diversidad de formas de suplencia.

B- “*La función de este significante como tal en la búsqueda del deseo es ciertamente, como Freud lo observó, la clave de lo que hay que saber para terminar los análisis, y ningún artificio lo sustituirá para obtener este fin*”. Cita de Lacan ilustrada con el caso de un paciente hombre obsesivo que produce un síntoma de impotencia en la fase final de su análisis (punto 13 del capítulo). Uno de los pocos casos de pacientes de Lacan de los que tenemos testimonio a través de su propia pluma, y que también intentamos desglosar por referencia a los usos del síntoma en la materia electiva. Es interesante observar como Lacan puede construir un caso sin referirse a ningún otro significante del discurso del paciente más que el falo.

B- “*¿A qué silencio debe obligarse ahora el analista para sacar encima de ese pantano el dedo levantado del San Juan de Leonardo, para que la interpretación recobre el horizonte deshabitado del ser donde debe desplegarse su virtud alusiva?*”. Esto también pueden intentar reconocerlo en el caso de “Impotencia Masculina” relatado por Lacan, particularmente en la manera en que el analista intenta maniobrar para dar lugar a la conclusión del análisis y en la contingencia que viene en su ayuda.

Otro tanto podríamos decir de la bibliografía optativa que les ofrecemos para pensar la dirección de la cura en la psicosis, el escrito sobre “**La cuestión preliminar a todo tratamiento posible**” (1958) que ustedes también conocen y vienen estudiando desde *Psicopatología*. Es el escrito que conviene tomar como equivalente al de *La dirección de la cura* (ambos del año 1958) pero adaptado al tipo de síntoma propio de la psicosis. Dicho de otro modo, también se trata de “seguir el deseo a la letra”: la del falo (letra **Φ**) a esa altura, la del objeto (letra **a**) según los agregados de 1966 y la del síntoma (letra **H**) de acuerdo a las coordenadas finales de la enseñanza de Lacan que exploramos con más detalle en la materia electiva. Pero en cualquier caso, se trata de seguir el deseo a la letra por referencia a la estructura de un inconsciente que se presenta “a cielo abierto”, como dice Lacan. De allí la *Cuestión preliminar* a tomar en cuenta, de la que depende la “maniobra de la transferencia” para el caso del paciente psicótico, es decir, de la distribución subjetiva del objeto de la libido y del significante del saber. Maniobra que Lacan interroga en el

quinto y último capítulo, pero que en esencia depende de lo planteado en los primeros puntos del capítulo inicial (los que entonces sugerimos como bibliografía).

Las coordenadas generales son las mismas: “sumisión a las posiciones subjetivas del paciente” a la hora de escuchar, dar la palabra, interrogar e interpretar, pero hay notorias diferencias en el devenir de la cura y su final, en lo que respecta a la función que cumple la palabra en el campo del lenguaje a instancias de la letra. En cualquier caso, es en el plano del discurso concreto del paciente donde el analista encontrará su lugar y sus posibilidades de intervenir. En este sentido, podríamos decir que la presentación de enfermos de la que surge el testimonio de aquella alucinación verbal (“Marrana”) y de su correlato significativo (“Vengo del fiambrero”) representa el paradigma o modelo reducido de lo que puede situarse como dirección de la cura en la psicosis. En otros términos, el caso *Marrana* es a la psicosis lo que *La Bella Carnicera* es a la neurosis. En ambos casos se trata de la pregunta por la feminidad, y por ende también de la confrontación con la castración. En el primer caso, *La Bella Carnicera*, el falo significativo se representa en el simbolismo del sueño bajo las operaciones metafóricas y metonímicas de los significantes “caviar” y “salmón”. Mientras que en el segundo caso, *Marrana*, reaparece en lo real de la alucinación bajo la forma significativa de la cadena rota (*Vengo-del-fiambrero // Marrana*).

Aún así, queda pendiente la pregunta por el fin específico del método propiamente analítico, que como hemos dicho puede distinguirse del método interpretativo y del método clínico. Aquel que situamos a partir de las nociones de acto, decir, destitución subjetiva, etc, etc, etc. Dicho en otros términos, una resolución de la división subjetiva que va más allá del tipo particular de síntoma, y que permite pensar en una solución ni neurótica, ni perversa ni psicótica para el deseo. Es parte de lo que estudiamos en la materia electiva poniendo el acento en la pregunta por los “usos del síntoma”, tomando el conjunto de las principales referencias de Freud y de Lacan, pero leyéndolas desde la última indicación sobre los criterios de finalización del análisis: la denominada “identificación al síntoma”. Con esa brújula pueden revisarse los casos freudianos así como los ejemplos de la casuística suministrada por Lacan. Es muy diferente el modo en que *Dora* se aferra al síntoma somático (la tos, la afonía, la neuralgia facial o el síndrome de Meniere) a la manera en que el *Hombre Rata* lo pone en acto cuando se destina al ejército y se precipita a la guerra. Diferentes destinos neuróticos del síntoma.

También difieren la manera en que el *Hombre Lobo* se identifica con el síntoma que Freud en particular y el psicoanálisis en general le brindan bajo un nuevo nombre propio, y el modo en que *Hans* utiliza su síntoma hasta conseguir hacerse un nombre recreando su escenario (placa) giratorio al inventarse como director de escena de ópera. Y si ampliamos un poco más el campo de reflexión de la casuística siguiendo estos lineamientos, podremos advertir que lo que James Joyce consigue hacer con su síntoma es similar pero diferente a lo que Charly García, Maradona o Messi

logran hacer con el suyo. En cualquier caso, son todas respuestas sinthomáticas y singulares a la ineliminable problemática del deseo. Y en las cuales ya no se puede decir que se trate, estrictamente hablando, ni de neurosis, ni de psicosis ni de perversión. Al menos no es el automatismo del síntoma lo que prevalece en el punto en el que Joyce publica lo que escribe, como tampoco es ya la persecución lo que cuenta en el pasaje al acto (salto del noveno piso a la pileta) del loco Carlos Alberto García Moreno al convertirse en el acto creativo (“Me tiré por vos”, canción que supuestamente fue compuesta durante la caída misma) del genial Charly García.

Por último, se puede agregar el aporte a la casuística que surge del procedimiento del Pase, tal y como se practica en las Escuelas lacanianas. Ese dispositivo propiamente analítico, un poco más complejo que el dispositivo freudiano de la cura y con mayor cantidad de participantes, está destinado a investigar la manera singular en que concluyen los análisis y el modo de acceso al deseo del analista. Pero los relatos que luego producen los nominados Analistas de la Escuela (AE), permiten retomar esa casuística en términos clínicos, brindando la posibilidad de volver a interrogar la trayectoria del análisis del síntoma bajo la lógica de un caso construido por quien ha sido analizante (y no por el analista) a partir de su punto de finalización o conclusión de la experiencia.

De más está decir que quedan todos invitados a trabajar esas referencias con nosotros en *Usos del Síntoma*, materia electiva del área clínica y del ciclo de formación profesional que retoma muchas de las cuestiones que dejamos picando en el recorrido de nuestra *Clínica de Adultos*.