

GABRIEL LOMBARDI | COLETTE SOLER
MARCELO MAZZUCA | MARIANO LÓPEZ
EDMUNDO MORDOH | LUCIANO LUTEREAU

Usos del síntoma

Posiciones del sujeto en el deseo

Boxaca, Lucas; Soler, Colette; Lombardi, Gabriel; Lutereau, Luciano

Celos y envidia : Dos pasiones del ser hablante

– 1ª ed. – Buenos Aires : Letra Viva, 2014

75 p. ; 20 x 13 cm.

ISBN 978-950-649-504-6

1. Psicoanálisis. I. Título

CDD 150.195

COLECCIÓN *Usos del síntoma*

DIRECTOR: GABRIEL LOMBARDI

© 2014, Letra Viva, Librería y Editorial

Av. Coronel Díaz 1837, (1425) C. A. de Buenos Aires, Argentina
E-MAIL: info@imagoagenda.com / WEB PAGE: www.imagoagenda.com

Coordinación editorial: LEANDRO SALGADO

Edición a cargo de Luciano Lutereau

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Impreso en la Argentina - *Printed in Argentina*

Queda prohibida, bajo las sanciones que marcan las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra bajo cualquier método de impresión incluidos la reprografía, la fotocopia y el tratamiento digital, sin previa autorización escrita de los titulares del *copyright*.

Índice

Usos del caso clínico	7
MARCELO MAZZUCA / LUCIANO LUTEREAU	
Síntoma e inconsciente: una pareja dispareja	21
MARIANO LÓPEZ / MARCELO MAZZUCA	
Síntoma y acto: otra pareja dispareja	37
EDMUNDO MORDOH / MARCELO MAZZUCA	
El analista ante el síntoma	55
LUCIANO LUTEREAU / MARCELO MAZZUCA	
La identificación con el síntoma o... peor	69
COLETTE SOLER	
Usos del síntoma.	83
GABRIEL LOMBARDI	

Usos del caso clínico

MARCELO MAZZUCA

LUCIANO LUTEREAU

¿Por qué seguir leyendo a Freud?

Ya no vivimos en la época de los historiales freudianos. Desde hace algunos años, la difusión de la experiencia psicoanalítica se realiza a través de “viñetas”, “recortes”, “fragmentos”, a expensas de que incluso Freud tituló el caso Dora a partir de su carácter *fragmentario*. Por lo tanto, no es una razón de extensión lo que diferencia la clínica freudiana de los modos actuales de comunicación de la experiencia, sino la selección y el recorte de uno o más fragmentos de un material que sin embargo no se mide respecto de ninguna totalidad.

En todo caso, todavía en nuestro tiempo se confunde la clínica con la experiencia misma, y se la considera como la mera enumeración de referencias a tratamientos, se la reduce a “atender pacientes”, y se olvida que el clínico es el que, a partir de reflexionar sobre su acto, se preocupa por la transmisión de ciertas coordenadas que, en una cura, implican movimientos de esa posición ante el conflicto que Lacan llamó “sujeto”.

Desde este punto de vista, el Historial freudiano no es una vieja forma renovada de la “historia clínica” de la medicina que recolecta y reúne datos que se suponen objetivables; es un dispositivo propiamente analítico que permite elaborar la experiencia en términos de un saber reactivo a la objetivación, que a diferencia de la ciencia no forcluye al sujeto. Por el contrario, esa variable que es el sujeto, asunto mismo del texto, es lo que el Historial intenta formalizar sin confundirlo con el individuo que Freud tuvo delante de sus narices.

De ahí que la distinción principal entre, lo que entendemos en psicoanálisis por un caso clínico y otros modos de testimoniar la experiencia, radica en que aquél no sirve como ejemplificación. Un caso no se escribe para verificar un saber disponible, sino para esclarecer algún punto oscuro que, en la experiencia misma, empuja hacia el concepto, fuerza a repensar nuestras nociones habituales, obliga a reconocer que -en la práctica del psicoanálisis- siempre somos *principiantes*, al menos en el sentido de remitirnos permanentemente a los *principios* freudianos que guían su accionar, como aquel que propone abordar cada caso como si fuera el primero.

Con mayor precisión, debería añadirse que si un caso clínico no sirve de ejemplo, es porque se constituye como *ejemplar*, es decir, reclama para sí la apertura de un modo de pensar ciertos momentos de la experiencia y adquiere estatuto paradigmático. Uno de ellos, lo sabemos bien, es el “caso Dora”, que no es lo mismo que el tratamiento llevado a cabo por Sigmund Freud con su paciente Ida Bauer.

¿Cuál es el objetivo de Freud en la presentación de ese informe? En primer término, su objetivo es dar cuenta de cómo los sueños se engarzan en el curso de un tratamiento, es decir, cuál es el valor que adquieren en el marco del diálogo

y qué uso hace de ellos el analista. En segundo término, exponer la génesis y ensambladura histórica, pero no a partir de un saber previo ni con la intención de acomodar cada nuevo tratamiento de historia al modelo predeterminado. Por el contrario, ya desde las primeras páginas notamos que la teoría del trauma formulada en *Estudios sobre la historia* le trae problemas a Freud que, cuando finalmente consigue que Dora cuente la escena de la tienda que guardó hasta ese momento como un preciado secreto, ¡por fin!, le permite a su joven paciente hablar de aquello que más le interesa: las aventuras del deseo de su padre.

Dicho de otro modo, Freud no escribe el caso Dora para corroborar un saber sabido ni para exponer la psicopatología de la neurosis histérica, sino para dar lugar al despliegue de un relato que permite advertir cómo y en qué punto su teoría fracasa al intentar dar cuenta de una experiencia a partir de la cual se abre un nuevo movimiento.

En este mismo sentido, tampoco debería creerse que Freud utilice esa referencia casuística para ubicar las diferentes instancias de un mecanismo anónimo, ni para reducir su perspectiva de análisis a una mera delimitación de una categoría nosológica.

Por el contrario, cuando Freud analiza el síntoma de la afonía de Dora, e incluso errando el blanco en alguna de sus consideraciones teóricas¹, nos muestra una actitud particular de la histérica ante el amor que sigue plenamente vigente: amar a la distancia, a partir de la necesidad de que el otro no esté presente para de ese modo no sentirse “ahogada”, para poder así “extrañar”, “añorar”, buscar “refugio en las

1. Mazzuca, M. (2012) “La voz del sufriente” en *Revista AUN n° 6* (Foro Analítico del Río de la Plata), Buenos Aires, 2012.

fantasías” o apostar al goce propio de las “reminiscencias”. Distintos medios y formas, y podrían ser otros, pero con un objetivo común.

Es en ese punto donde el clínico podría preguntarse y preguntar: ¿no es algo triste amar una ausencia? ¿No es algo insatisfactorio requerir que el otro no esté para necesitarlo? Y en última instancia, ¿no es acaso triste, insatisfactorio y cobarde (lo cual podría equivaler a decir “neurótico”) preferir el mutismo del síntoma que el abismo de la palabra de amor? En cualquier caso, más allá de la respuesta y de las ráfagas de prejuicios que pueden inmiscuirse en el accionar del analista, Freud no aplica un mecanismo: construye una posición subjetiva, un cierto tipo de conflicto con el amor.

Lo mismo podría decirse respecto del síntoma del asco. En absoluto se trata de que Freud suponga que Dora debería haber sentido placer ante el beso de un hombre como el Sr. K, o al menos es evidente que no es eso lo determinante. Se trata más bien de interrogar un modo particular de responder a partir de un rechazo que sin embargo no es huída. La posición histérica de Dora radica en sustraerse frente a la suposición de que el Otro goza con ella: nombre, en este caso, de una posición neurótica ante el deseo. He aquí, en resumidas cuentas, el contenido de lo que Freud llamaba “fantasía de seducción”. Por eso es que puede afirmar que no dudaría en llamar histérica a cualquier persona que respondiese de este modo en una circunstancia semejante, más allá de invocar la inervación del cuerpo como condición en apariencia indispensable.

En este sentido, lo sintomático es una posición conflictiva o resulta de ella. Y en este punto, el sujeto mismo es el síntoma, irreductible a toda psicopatología de inspiración

psiquiátrica o teoría de los mecanismos psíquicos, en tanto implica la potencia electiva del ser hablante –como suele afirmar Gabriel Lombardi– en la medida en que se encuentra moralmente concernido con dicha situación. De ahí que el neurótico use el síntoma, y todo analista que tienda a objetivarlo recaerá indefectiblemente en hacerle el juego a esa respuesta que se presenta tan habitualmente como un “estado de cosas”, como “lo que pasa” o como aquello que sencillamente “es así”.

En resumidas cuentas, un síntoma no se tiene; se lo encarna, razón por la cual Lacan acostumbraba decir que era objeción y no efecto. De la misma manera, un caso clínico –si se lo usa de manera adecuada– no se convierte en el efecto de una determinada teoría sino en objeto activo y actuante de cualquier doctrina.

Esto último es particularmente notorio en el caso del síntoma privilegiado de Dora, aquel que podríamos considerar con Colette Soler como el “síntoma fundamental”:² la tos. O, mejor dicho, los “ataques de tos”. No sólo porque a él conducen hilos asociativos desde la afonía (síntomas que estaban asociados en su forma de presentación), sino porque en la tos se advierte el modo de conversación con el síntoma: a partir de la convergencia entre los reproches al padre y la aparición del síntoma Freud postula la hipótesis de un vínculo entre ambos, cuestión que se comprueba cuando Dora afirma que el padre era un “hombre de recursos” (que en alemán suena equivalente a afirmar su impotencia).

Dicho de otro modo, es partiendo del equivoco como Freud logra ubicar la particular versión del Otro que importa

2. Soler, C. (2009) *Lacan, lo inconsciente reinventado*, Buenos Aires, Amorrortu, 2013, pp. 128-130.

para Dora: un Otro que desea a pesar y a partir de su impotencia. De ahí que, años después, Lacan pudiera sostener que el *partenaire* de la histeria es el “amo castrado”. En definitiva, no se trata de que Freud parta del síntoma de la tos para atribuirle una fantasía —lo cual sería reducirlo a una explicación meta psicológica, útil para la teoría pero desvinculada de la praxis—, sino de encontrar en dicho síntoma la posición de Dora respecto del deseo. Una posición que se caracteriza por otorgar mayor interés a los signos del deseo del Otro antes que a la realización del mismo, posición que, en su situación, le sirve de amparo ante la elección de dejarse tomar por un hombre o bien servirse del padre como garante del refugio en la enfermedad.

En síntesis: Dora usa al padre para sustentar un conflicto neurótico respecto de su posición sexuada, y dicho uso no puede menos que encontrar un terreno fértil para reproducirse en la transferencia. Por eso, la dimensión del diálogo, del encuentro fortuito, de la presencia real del *partenaire* de turno y de su cuerpo, dejan indefectiblemente marcas cuyas pistas deberemos encontrar en la pluma del clínico.

¿Por qué leer a Freud con Lacan?

Por todo lo antedicho, sostenemos que la clínica psicoanalítica no es una teoría psicopatológica ni una meta psicología de la experiencia, sino un método de lectura de casos a partir de los movimientos subjetivos que allí se comprueban.

Estos movimientos encuentran como punto de referencia privilegiado el síntoma, entendido éste no como algo obje-

tivable, sino como aquello que no puede desprenderse o separarse del decir que se pone en juego en el tratamiento. El síntoma, para el ser hablante, es una suerte de palabra que proviene del Otro y que se instala en el cuerpo como objeto extraño, al menos en su constitución o en su punto de partida. Y por esa razón, sólo podrá ser interrogada y removida por una práctica que sea vitalmente sensible a la dimensión de acto que posee el decir, aspecto del cual ni el analista (en su acto) ni el clínico (al momento de dar sus razones) pueden desentenderse. En todo caso, será el clínico, e incluso el lector, quien tendrá que aportar lo suyo para que el ser de síntoma del sujeto en cuestión tome cuerpo en el texto.

Esta última indicación remite a una segunda cuestión fundamental en la lectura de casos. ¿De dónde proviene ese hábito de escribir la experiencia entre comillas o de utilizar afirmaciones del estilo “el paciente dice/refiere/afirma/etc.”? ¿Qué malentendido es el que confunde las palabras de alguien con significantes, como si la representación de un sujeto por un significante para otro no fuera ya una operación de lectura? Con esto no queremos decir que sea inconducente tomar la palabra del paciente a la letra, simplemente, hay que saber cómo y por qué lo hacemos en cada caso.

Tomemos un extravío habitual: la lectura de una entrevista de admisión, plagada de comillas, en la cual el joven practicante cree reconocer la historia de la paciente a partir de lo que ella dice de su padre. Ya puede comprenderse que aquello que hemos ubicado anteriormente respecto del síntoma descalifica cualquier intención semejante. No hay clínica posible de las entrevistas desgravadas, las

que muchas veces no son más que un resabio del afán psiquiátrico o de la historia clínica que promueve la IPA (actualmente a favor de grabar sesiones). Por supuesto, ninguna de estas dos coyunturas obedece a motivos que se desprendan de la experiencia misma sino a un cuidado profesional por evitar juicios de mala praxis. En última instancia, se demostraría que el terapeuta no tuvo nada que ver, ¡ya que fue el paciente quien lo dijo! ¿Podría haber un rechazo más flagrante de la transferencia?

De todos modos, evitar esta degradación de la clínica no alcanza para situar correctamente su método. Por eso, para pensar la circunstancia del decir en un caso clínico, atendamos al historial del Hombre de las ratas.

En ningún historial más que en el del Hombre de las ratas Freud recurrió a procedimientos narrativos propios de la novela del siglo XIX, en particular al género *Bildungsroman* o novela de formación. En este tipo de narración se cuenta la situación de un personaje al que determinada circunstancia lo obliga a transitar un tiempo de aprendizaje respecto del cual resultará enriquecido. Esta misma estructura narrativa es la que encontramos en infinitas películas del cine comercial del siglo XX (no hay más que pensar en Karate Kid, Rocky, etc.); esto es, se trata de una estructura formal que desarrolla un movimiento centrado en el protagonista de este movimiento, de la misma manera que Freud cuenta la “escuela de padecer” del Hombre de las ratas a partir del delirio de las ratas, luego, al ubicar el desencadenamiento de su neurosis y, por fin, el requerimiento indispensable de la puesta en acto del síntoma en la transferencia como palestra para la salida del tratamiento.

He aquí—para decirlo con Flaubert—la “educación sentimental” del Hombre de las ratas, así como el caso Dora podría ser leído como una novela policial que busca saber el motivo de por qué una jovencita abofetea al hombre del que está enamorada, lo cual sucede en función de diferentes pistas que se resuelven hacia el final del historial, cuando Dora comunica a Freud que una frase semejante (a la proferida en la escena del lago: “Mi mujer no es nada para mí”) fuera dicha a una empleada de servicio.

Como se verá, en la escritura de un caso no solo puede apreciarse el estilo de la pluma del autor; también pueden reconocerse los recursos formales que un determinado contexto discursivo aporta a la transmisión de una experiencia.

En el caso del Hombre de las ratas, esta estructura formal se vincula con la utilización de diálogos que, por cierto, jamás tuvieron para Freud el propósito de relatar “fielmente” lo que se dijo, sino de reconstruir las sesiones en función de determinados objetivos. En este sentido, no hay mejor historial freudiano que el del Hombre de las ratas para dar cuenta de la función de la interpretación y sus efectos en la cura.

Múltiples y diversas cosas parece haberle dicho Freud al Hombre de las ratas, por lo que no es cuestión de hacer el inventario. Aislemos, pues, solo algunas de ellas: en cierta ocasión, luego de comunicar que a los doce años había pensado en la muerte del padre como un modo de granjearse el cariño de una niña, el Hombre de las ratas se revuelve contra la posibilidad de expresar un “deseo” con dicha idea; Freud le objeta: “si no era un deseo, ¿por qué la revuelta?”. Lo que conviene hacer notar allí, es que la intervención de Freud se dirige directamente a la enunciación y confronta al

Hombre de las ratas con su propio decir. De este modo, se trata de develar la verdad latente del enunciado proferido. A continuación, cuando aquél, defendiéndose de la intervención freudiana, dice que la revuelta se debería “sólo el contenido de la representación: que mi padre pueda morir”, la respuesta de Freud no se hace esperar: “trata a ese texto como a uno de lesa majestad”.

Con esta suerte de refrán —que recuerda a una especie de dicho infantil: “el que lo dice lo es”—, Freud da a entender que se castiga lo mismo a aquel que insulte al Emperador que a aquel que diga que castigará a quien insulte al Emperador. En este caso, el efecto es de indeterminación de la consistencia de la posición discursiva del Hombre de las ratas, quien hasta ese momento y sin aquella interpretación no podía reconocerse como deseante en su decir. El efecto es inmediato, ya que según expresa Freud: el paciente “queda tocado”.

Por último, un tercer tiempo está dado por aquel momento en que el paciente afirma que le gustaría preguntar cómo es que la idea de la muerte del padre pudo acudirle intermitentemente a lo largo de su vida. Freud le responde: “si alguien plantea una pregunta así, ya tiene aprontada la respuesta; no hay más que dejarlo seguir hablando”. Se trata de una forma inaudible del “tú lo has dicho”, estructura mínima del decir interpretativo, según Lacan.

Estos tres momentos interpretativos del caso del Hombre de las ratas permiten extraer algunas conclusiones respecto de lo que podríamos denominar “la lógica del caso”.

Por un lado, puede notarse cómo la interpretación tiene condiciones específicas respecto del decir del analizante y, por lo tanto, no se puede pensar que existe algo “La” inter-

pretación. Dicho de otro modo, el decir de Freud se ajusta al decir del Hombre de las ratas, y solo así puede localizar la causa de su deseo. Es el punto en que el Hombre de las ratas padece menos de un deseo de matar al padre que del hecho de que la muerte de este último sea una condición para desear. En última instancia, es notorio como Freud dice siempre lo mismo al Hombre de las ratas: “no soy yo quien interpreta que usted quiere matar a su padre, sino usted mismo quien lo afirma cuando quiere hablar de los obstáculos de su deseo”.

Por lo tanto, conviene agregar que en un análisis no hay un número concreto de interpretaciones susceptibles de ser registradas (contabilizadas, puestas entre comillas, etc.), sino una orientación en el decir del analista cuyos efectos se leen en el decir del analizante. En última instancia, lo que *ex-siste* (dentro y fuera de los dichos, al mismo tiempo) es el “decir del análisis”. Por esa razón, esclarecer una interpretación nunca es estudiar lo que un analista dice efectivamente, sino lo (se) que produce *en efecto* a partir de la asociación libre. Se trata, pues, de un asunto de lógica, aquella que rige y estructura la experiencia.

Este último punto es particularmente importante, sobre todo teniendo en cuenta que los modos habituales de lectura en nuestros días suelen conducir hacia un orden cronológico que no siempre respeta el tiempo lógico de la construcción del caso clínico. Leer un caso implica leer secuencias, movimientos del síntoma y del conflicto, más allá de que se cuente o no con un material que tenga una extensión determinada, o bien que se disponga o no de lo que un paciente ha dicho “de hecho” o “en los hechos”. Para el caso del analista, es importante advertir que leer secuencias no es seleccionar

frases sueltas de un material y viciarlas con asociaciones del lector. Tampoco se trata de “oír y transcribir”, sino de ajustarse a la lógica propiamente analítica: escuchar, leer, escribir.

Y en este aspecto, los historiales freudianos siguen demostrando una actualidad incontrovertible a la hora de testimoniar acerca de las formaciones que produce el dispositivo por él inventado. Freud reconstruía el material de sus sesiones en función de una intención narrativa (que, como hemos dicho, era la de su época). No obstante, conviene aclarar que no se trata de la única opción. Hay otras, y por cierto tan efectivas, como las propuestas por Freud.

Es el caso, al menos para nosotros, de la enseñanza de Lacan, quien –por ejemplo– en el capítulo V de “La dirección de la cura y los principios de su poder” expone el tratamiento de un obsesivo en unos pocos párrafos, para luego situarse en lo que le interesa en ese contexto: la aparición de un *acting out* en un fin de análisis.

Es notable como en esa ocasión Lacan no menciona frases del analizante ni detalla datos biográficos. Su operación consiste, en última instancia, en reconducir la novela freudiana a la estructura: antes que narrar la historia de un personaje (al estilo Dora o el Hombre de las ratas), delimita los movimientos subjetivos del caso sin otorgarles ese revestimiento textual. Es que Lacan presenta un caso en la medida en que cierne los movimientos realizados por el tratamiento, en lugar de arrumbar un conjunto de detalles anecdóticos –como ocurre muy habitualmente en la clínica– que no harían otra cosa que ocultarlos.

En este sentido, Lacan vuelve a ser freudiano, aunque por otra vía. De ahí que su enseñanza no deja de privilegiar una y otra vez el valor de los historiales freudianos para

la transmisión de la experiencia. La obra de Freud no debe ser leída como si fuera la Biblia, a pesar del reproche que se realiza desde algunos sectores entre quienes no entienden que dichos textos no valen por lo que afirman acerca de la experiencia, sino porque exponen sus condiciones, sus principios rectores y su estructura.

“Porque construir al sujeto como se debe a partir del inconsciente, es asunto de lógica –dice Lacan–, y aunque basta con abrir un libro de Freud para comprobarlo ello no quita que haya sido yo el primero en señalarlo.”³

Y entre los ejemplos con los que contamos para aprehender dicho proceder están aquellos donde es Lacan quien construye el caso, aunque el sujeto en cuestión no haya sido su paciente. El ejemplo más notorio es el de una de las primeras pacientes de Freud bautizada por Lacan como la “Bella Carnicera”. De aquel caso Freud no ofrece ninguna coordenada de lo que sucedió en el tratamiento, y sin embargo alcanzan los elementos para situar una estructura. Así lo entendió el propio Lacan en 1973 al afirmar lo siguiente: “no prodigo los ejemplos, pero cuando me meto con ellos, los elevo a paradigma”.⁴ ¿Paradigma de qué, en ese caso? De la estructura de la identificación y de la fantasía como soportes de un deseo insatisfecho.

3. Lacan, J. (1966) “Presentación de la traducción francesa de las Memorias del Presidente Schreber” en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial, 1988, p. 29.

4. Lacan, J. (1973) “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos” en *Otros Escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 584.

En esa oportunidad, no fue un *acting out* lo que incitó la elaboración clínica de Freud, fue algo semejante pero diferente. Se trataba sencillamente de un sueño, aunque no de uno cualquiera. Era un sueño sobre los sueños, producto de una paciente histérica que intentaba refutar la tesis que hacía de su terapeuta un analista: “todo sueño es un cumplimiento de deseo”. Y allí el elemento transferencial no es un dato menor, ya que forma parte constitutiva de la estructura misma del deseo que con el ejemplo Lacan convierte en paradigma.

Otro tanto puede decirse del caso bautizado como la “Joven Homosexual” (tampoco es ese el nombre del historial freudiano), cuya lógica se ordena a partir de un sueño de transferencia mediante el cual la paciente intenta satisfacer a Freud; y cuya clave se obtiene al distinguir dos usos posibles del sueño en la cura psicoanalítica. Y es por esta razón que Lacan puede reunir dicho caso con el de Dora y con el tratamiento de Elisabeth von R,⁵ cuya lógica del caso no construye pero sugiere.⁶ En ese caso, igual que con otros informes de tratamientos aportados por Freud, es a nosotros a quienes nos queda la tarea de formalizar aquellas experiencias inaugurales.

Con Lacan aprendemos que leer a Freud implica siempre un pasaje: la reconstrucción de la estructura de la experiencia, a partir de realizar –como lectores– la experiencia de la estructura. No hemos encontrado otros textos que ofrezcan en nuestros días un periplo semejante.

5. Lacan, J. (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder” en *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1988, p. 595.

6. Cf. Lacan, J. (1969-70) *El seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

Síntoma e inconsciente

Una pareja dispareja

MARIANO LÓPEZ
MARCELO MAZZUCA

Abramos el juego con un par de preguntas: ¿qué relación establece el psicoanálisis entre la noción de síntoma y el concepto de inconsciente? ¿Cómo se manifiesta esa dispareja relación en la práctica clínica?

Recordemos, para empezar, que la hipótesis de Lacan es que el inconsciente -descubrimiento freudiano- se funda sobre el hecho de que hay lenguaje, y de que en su campo el significante manda. Mil y una vueltas ha dado Lacan para desplegar sus manifestaciones diversas y las funciones a las que da lugar en la práctica clínica. Mientras que para la noción de síntoma, que proviene del campo de la medicina, la relación con el lenguaje no es segura ni está inicialmente probada. El síntoma es en esencia goce más o menos molesto, se basta a sí mismo y, en tanto tal, no sirve para nada. Por eso la mayoría de las terapéuticas, por no decir todas, proponen su eliminación.

En consecuencia, solemos decir que la verdadera originalidad del psicoanálisis no tiene al síntoma como protagonista, sino que consiste en haber planteado la hipó-

tesis del inconsciente y en demostrar en actos el vínculo que este último mantiene con el deseo. Sin embargo, sostendremos -y es lo que este trabajo pretende desplegar- que la novedad que aporta Freud sobre el síntoma (invención de cuño marxista, según opina Lacan)¹ no es menor que la del descubrimiento del inconsciente. Para ser más precisos, que es una consecuencia inaudita de dicho descubrimiento y de la proposición de la simple, pero subversiva, “regla fundamental”.

En otros términos, lo que Freud inventa no es la noción de síntoma en tanto tal, sino un tratamiento del síntoma por el inconsciente, que resulta ser mucho más amplio y tanto más eficaz que una mera terapéutica. Así, una nueva ética nace con su acto de fundación, y es Jacques Lacan quien la interroga para llevarla hasta sus últimas consecuencias. De allí surge la que nos resulta la apuesta de base de una concepción propiamente analítica del síntoma y de sus posibles usos: “El síntoma es la manera en que cada uno goza del inconsciente -afirma Lacan-, en tanto que el inconsciente lo determina”.² En cuanto a la experiencia misma, digamos que es el amor quien empareja los términos de *síntoma* e *inconsciente* y el sexo quien demuestra finalmente su disparidad.

Por esta razón, elegimos esta última definición lacaniana del síntoma, no tan sencilla de aprehender, ya que extrema lo planteado inicialmente por Freud, para explorar tres aspectos centrales de la dirección de la cura y de las relaciones entre síntoma e inconsciente a las que da lugar.

1. Lacan, J. (1975) “RSI”, inédito, clase del 18 de febrero de 1975.

2. *Ibid.*

Una regla: la unión del síntoma y el inconsciente

Resulta notorio que Freud, a lo largo de su obra, cada vez que se refiere a la asociación libre transmita su posición intransigente con respecto a su cumplimiento. El paciente debe cambiar su forma habitual de dialogar para lograr así ingresar en el dispositivo analítico, he allí una rectificación necesaria para dar inicio al análisis. Debe adoptar una disposición tal -dice Freud- que su relato se diferencie de la conversación ordinaria, aquella en la que es o cree ser dueño de su palabra, y que para dirigirla hacia el destino buscado aparta del camino todas aquellas ocurrencias que lo estorban y lo desvían de su recorrido. En esta modalidad de diálogo hay claramente una relación de “ficción de dominio” sobre la palabra, que por cierto resulta útil y hasta imprescindible en muchos casos, pero que no conduce a la relación del síntoma y el inconsciente que el análisis pretende establecer como punto de partida de su elaboración. En la conversación cotidiana la palabra se acomoda al interlocutor presente y al “miramiento por la comprensibilidad” de manera similar a lo que sucede con la elaboración secundaria del sueño. Se requiere, entonces, romper las amarras imaginarias de la palabra para encontrar el punto donde cala en lo real. El calce entre lo simbólico y lo real es, justamente, la dimensión en la que síntoma e inconsciente se articulan.³

De allí el valor decisivo de la asociación libre, de esa modalidad distinta de tomar la palabra que busca sacar al yo del lugar de localización del saber, para abrir así el camino al encuentro con un saber que literalmente se produce solo. Es

3. Lacan, J. (1975) “La tercera” en *Intervenciones y textos 2*, Buenos Aires, Manantial, 1988, p. 104.

así que la propuesta de Freud subvierte, trastoca, da vuelta la relación usual que tenemos con nuestra palabra. Por eso, para realizar una experiencia del inconsciente se le pide al paciente que altere esa relación con la palabra, única consigna a la cual debe atenerse, siendo el analista su garantía.

Ahora bien, en la asociación libre, ni se trata solamente de palabras ni el analista se limita a ser solamente un garante del procedimiento. Se trata más bien de un “forzar la palabra” para que incluya al cuerpo y se logre así la articulación buscada. Allí el analista ocupa el lugar de la causa, cumple la función de incitar la operación de apertura del análisis. Es una suerte de “casamentero” cuyo deseo promueve la unión de la pareja dispareja que constituyen el síntoma y el inconsciente, y es necesario que alguna instancia concerniente al ser del sujeto se disponga a dar el “sí”.

Para conseguirlo, Freud advierte la necesidad de un cambio en la posición del paciente respecto de sus síntomas, movimiento que forma parte de los fundamentos éticos y políticos de su propuesta clínica: el paciente debe abandonar la denominada por Freud “política del avestruz”.⁴ Y para eso el analista, causa y garantía del procedimiento, debe hacer intervenir su deseo en actos, indicando e interrogando los aspectos del discurso que puedan abrir la puerta a la operación de articulación entre las dos variables. Frente a los síntomas que el sujeto sólo quiere hacer desaparecer, el analista busca producir otra posición, hacer de ellos nada más y nada menos que la brújula y el motor del tratamiento. Destaquemos de entrada el horizonte práctico de esta proposición: admitir al síntoma como “un

4. Freud, S. (1914) “Recordar, repetir y reelaborar” en *Obras completas*, Vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1993, p. 154.

fragmento de su ser”⁵ y no como un mero trastorno. Pero para llegar a ese punto, al decir de Lacan, el paciente tiene que comenzar por querer “desembarazarse del síntoma”, debe prestarle atención y enfrentarlo -agrega Freud- como un “digno oponente”.⁶

De este modo, la forma de abordaje que el psicoanálisis propone implica un doble movimiento: añadirle al síntoma palabra y a la palabra síntoma. Por un lado, el síntoma se abre al sentido, a la espera de un saber que venga a decir sobre él, bajo una modalidad particular de trabajo que no es la del entendimiento ni la de la razón sino la de la aplicación estricta y sin concesiones de la regla fundamental. No se promueve simplemente “pensar” sobre el síntoma o “reflexionar” sobre sus causas sino abrirse al saber del cual puede ser portador.

Por otro lado, pero al mismo tiempo, la palabra queda orientada por el síntoma, impulsada por su fuerza y capturada en sus redes y en sus campos de gravitación, haciendo de la asociación libre algo más que un “bla-bla-bla”, un mero juego de palabras o un ingenioso entretenimiento, en la medida en que se accede al punto de juntura, de unión, por donde el cuerpo ancla la palabra. El síntoma, según el propio Freud, es un “cuerpo extraño”, pero cuerpo al fin; es un “huésped mal recibido”, pero huésped a fin de cuentas.⁷

Una cantidad importante de problemas clínicos quedarían iluminados y hasta resueltos si se considera con atención

5. *Ibid.*

6. *Ibid.*

7. Freud, S. (1926) *Inhibición, síntoma y angustia* en *Obras completas*, Vol. XX, *op. cit.*, p. 93.

este primer aspecto de la clínica freudiana y de la dirección de la cura a la que da lugar.

La transferencia y la interpretación

Habiendo ubicado primero la necesaria articulación del síntoma y el inconsciente como condición para el trabajo de análisis, aclaremos ahora que la resolución de la cura requiere de una suerte de “divorcio” de la pareja de términos. Este horizonte de la cura, que Lacan conceptualiza y promueve sobre el final de su enseñanza, es solidario de una concepción finita y terminable de la experiencia analítica, lo cual no quiere decir que haya que pensar en la eliminación del síntoma y en la desaparición del inconsciente. Muy por el contrario, ambos -síntoma e inconsciente- se tornan mucho más reales.

En consecuencia, aquello que muda, y de forma irreversible, es la posición del sujeto frente a dichas variables. Más aún, si la experiencia del análisis conduce a la institución del sujeto del inconsciente, sujeto dividido, representado por la articulación de significantes en las diversas formaciones del inconsciente, en su final se espera la destitución de dicho sujeto y la “identificación al síntoma”⁸ como modalidad novedosa del ser.

Pero, entonces, ¿cuáles son los tiempos lógicos a recorrer en la diacronía de un análisis? ¿Cómo reconocer ese paso que conduce a su conclusión? y ¿qué dimensión del incons-

8. Lacan, J. (1976) “*L’insu que sait de l’une-bevue s’aile à mourre*”, inédito, clase del 16 de noviembre de 1976, inédito.

ciente es la que participa de ese paso final que culmina en la nombrada “identificación al síntoma”?

Colette Soler, en su texto sobre el inconsciente reinventado, propone lo que llama un “modelo reducido del pase al inconsciente-real”,⁹ que resume muy bien la diacronía de las modificaciones producidas en la relación del sujeto y el inconsciente a lo largo de un análisis. Extrae su esquema de un pasaje del “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, donde Lacan plantea lo siguiente:

“Cuando el espacio de un lapsus ya no tiene ningún alcance de sentido (o interpretación), sólo entonces tiene uno la seguridad de estar en lo inconsciente.”¹⁰

De allí surge, simplificada, la secuencia lógica de lo que sucede en la cura, si asumimos que el inconsciente sólo es concebible y tratable como aspecto de la subjetividad a partir de la potencia y la contingencia real de un acto: más o menos fallido para el caso del analizante, más o menos logrado para el caso del analista.

En cuanto al desarrollo del análisis, reconocemos los siguientes tiempos lógicos:¹¹ 1) el lapsus; 2) el espacio del lapsus; 3) el inconsciente real. Esto quiere decir que el trabajo analítico parte del lapsus, concebido como intrusión de un significante, y que sólo gracias a la “condición añadida” de la transferencia sale de su estatuto de simple equivocación para

9. Soler, C. (2009) *Lacan, el inconsciente reinventado*, Buenos Aires, Amorrortu, 2013, p. 64.

10. Lacan, J. (1976) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11” en *Otros Escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 599.

11. Soler, C. (2009) *Lacan, el inconsciente reinventado*, op. cit., p. 66.

convertirse en una formación del inconsciente cuyo sentido hay que descifrar. Esa “una-equivocación” no tiene sentido antes del espacio abierto por el trabajo de la transferencia y tampoco lo tiene al final cuando, agotado el goce del desciframiento, ya no posee alcance la interpretación. Solo que el fuera de sentido del primero y del tercer tiempo no son equivalentes, ya que en el medio se encuentra el tiempo de la elaboración del análisis.

Ahora bien, lo que queremos destacar es que muchos años antes Lacan decía del síntoma algo semejante:¹² el síntoma es un goce revestido que no necesita del Otro y que por consiguiente no llama a la interpretación, y que también es gracias a la transferencia que se vuelve permeable al sentido y al accionar del análisis. Entonces, lo que Lacan llama “sujeto supuesto al saber”, soporte transferencial de la elaboración analítica, es correlativo de la suposición del inconsciente mismo tanto como de la analizabilidad del síntoma.

Si el inconsciente puede rechazarse, esto quiere decir que no es un factor que esté asegurado de por sí, su estatuto no es óntico sino ético. Por ende, la incitación que proviene del deseo del analista es una invitación a realizar una experiencia del inconsciente que no está demarcada de antemano ya que dicho inconsciente es, estrictamente hablando, un efecto del acto analítico. Pensemos en la promesa de la regla fundamental: “Diga lo que se le ocurra, que eso va a querer decir algo”, “Diga lo que se le pase por la cabeza, que eso tendrá una relación con su padecimiento”. Es una especie de “Diga y el inconsciente proveerá”. “Dios proveerá” dice el dicho, y

12. Lacan, J. (1962-63) *El seminario 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 139.

efectivamente la ficción del Dios del sujeto-supuesto-saber se produce. Hay allí la creencia en el inconsciente instalada por el acto analítico que, según Colette Soler, “sean cuales fueren sus manifestaciones, es eso: poner un inconsciente que en sí mismo no se pone ahí”.¹³

En consecuencia, lo que allí se produce es, lisa y llanamente, un estado novedoso del ser: el sujeto-analizante. Un ser que en el inicio pierde la consistencia que antes encontraba en el yo y que queda a merced de lo que se articula en la sesión o -incluso- por fuera de ella. Un ser representado por el significante, sujeto que se supone al saber inconsciente y que genera ese efecto de significación personal propio de la transferencia y de la experiencia amorosa: creer que sus producciones dicen *de él* aun cuando no sepa con precisión *qué es lo que dicen*.

En cuanto a la ya mencionada “asociación libre”, digamos que su injerencia sobre el síntoma implica la creencia en que las ocurrencias son como un S_2 (un significante segundo) que dicen sobre el síntoma, o que hay que decir esas ocurrencias enigmáticas, esos S_1 (significantes primarios), mientras que la interpretación del analista actuará como S_2 (significante añadido), aportando el sentido faltante. En ambos casos, la experiencia del inconsciente, que está asociada a la regla fundamental, es la del “inconsciente transferencial” e implica suponer un sujeto a dicha articulación de saber. Y a quien se le supone saber, afirma Lacan, se lo ama.

Entonces, para sintetizar, y atendiendo a la segunda variable de la cura que queremos destacar, subrayemos

13. Soler, C. (2009) *Lacan, el inconsciente reinventado*, op. cit., p. 67.

lo siguiente: la “función primaria”¹⁴ de la interpretación –como sugiere llamarla Gabriel Lombardi– es encender la transferencia y, por lo tanto, abrir la posibilidad del sentido atribuido al síntoma. El deseo del analista, que según Lacan “se manifiesta en la interpretación”,¹⁵ resulta en esto determinante.

Como venimos acentuando, hay allí articulación de dos cosas que no lo estaban en un comienzo: síntoma e inconsciente, goce y saber; pero además articulación del saber inconsciente y el sujeto. Siendo en esencia el inconsciente, según Lacan, un “saber sin sujeto”,¹⁶ es el acto analítico el que abre a una experiencia del inconsciente, transferencia mediante, que incluye al sujeto. Las producciones en las cuales no participa la voluntad del paciente ahora pasan a representarlo. Y es por todo esto que Colette Soler puede decir que “de esto ya se puede concluir que la transferencia, al suponerle un sujeto al saber esperado, es también una suerte de negación del inconsciente, toda vez que el inconsciente es, justamente, saber sin sujeto”.¹⁷ Como se puede apreciar, el inconsciente transferencial, solidario del sujeto-supuesto-saber, es la juntura del sujeto y el inconsciente, juntura propia del espacio abierto por el acto analítico, el “esp. del laps.” o el espacio de un lapsus, en la terminología del último escrito de Lacan.

14. Lombardi, G. (1992) “La función primaria de la interpretación” en *Hojas Clínicas*, Buenos Aires, JVE, 2008.

15. Lacan, J. (1962-63) *El seminario 10: La angustia*, op. cit., 2004, p. 65.

16. Lacan, J. (1969) “El acto psicoanalítico” en *Otros Escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 402.

17. Soler, C. (2009) *Lacan, el inconsciente reinventado*, op. cit., p. 64.

Ahora bien, el punto de mira y de llegada del recorrido es el denominado por Lacan en dicho escrito “inconsciente real”,¹⁸ y este también es saber sin sujeto, puro saber del Uno gozado de la lengua. Por esta razón tenemos que intentar ubicar las últimas referencias lacanianas, que renuevan el entendimiento de la noción de síntoma y del concepto de inconsciente.

El ser de goce y la identificación al síntoma

Si tenemos en cuenta lo planteado hasta el momento, podemos reescribir el esquema inicial de la siguiente manera: 1) saber sin sujeto; 2) sujeto supuesto al saber inconsciente; 3) inconsciente, saber sin sujeto. Lo presentamos de este modo para resaltar cómo la diferencia entre el saber sin sujeto del inicio y el saber sin sujeto del final se hace presente y notoria sólo por haberse atravesado la experiencia analítica, lo cual implica -punto importante- una concepción analítica de la repetición. Son necesarias varias vueltas sobre lo mismo para demarcar el terreno donde el goce sexual demuestra su disparidad absoluta. Esto supone que la conclusión de un análisis requiere de un movimiento de bucle, retorno a un punto de partida que ya no es el mismo, con consecuencias transformadoras que la clínica no siempre logra sistematizar y que la experiencia del pase sólo en ocasiones logra transmitir a otros de manera convincente.

Por nuestra parte, digámoslo de la siguiente manera: en el final hay un saber asegurado, pero ese saber no es un saber

18. Lacan. J (1976) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, *op. cit.*, p. 599.

sobre el inconsciente, y mucho menos un dominio de dicho inconsciente, sino un saber aprehendido de que *hay* inconsciente. Es que la experiencia singular es lo que manda, y por eso la transmisión no resulta sencilla en términos de las ciencias formales. Ese inconsciente que se sabe que *hay*, no es el inconsciente transferencial, es el efecto del encuentro repetido con la impotencia de la verdad y con la imposibilidad constatada de decirla toda. Muchas vueltas del análisis son necesarias para sortear el “espejismo de la verdad”¹⁹ y acceder al momento conclusivo donde se impone una satisfacción de otra índole a partir de la cual se dice “Basta”. Por ende, esta concepción de la terminación de los análisis se apoya mucho más en la variable del afecto corporal que en la variable epistémica.

¿Qué decir, entonces, del síntoma en el final y de la relación con ese inconsciente “reinventado”? Digamos que ya no es el sentido inconsciente que trata de elucubrar lo insensato del síntoma. No se trata del inconsciente-saber que intenta reducir al síntoma-goce, aquel que Lacan define como lo que viene de lo real e “impide que las cosas anden”.²⁰ Se trata de un inconsciente mucho más real, cuyo estatuto se asemeja tanto más al síntoma que al sueño, y que Lacan concibe como un “enjambre de S_1 ”,²¹ de elementos disociados de la lengua que carecen de sentido y han perdido todo alcance posible de interpretación. Este inconsciente-real es el producto de la caída del sujeto-supuesto-saber, de

19. Lacan, J. (1976) “Prefacio a la edición inglesa del Seminario 11”, *op. cit.*, p. 600.

20. Lacan, J. (1975) “La tercera”, *op. cit.*, p. 84.

21. Soler, C. (2009) *Lacan, el inconsciente reinventado*, *op. cit.*, p. 44.

la desarticulación entre inconsciente y sujeto, aunque no entre síntoma y ser hablante.

Por el contrario, el síntoma, sobre el final del análisis, se asume como parte constitutiva del ser y se vincula con el inconsciente en su dimensión de lengua hablada y gozada, detritos de la lengua materna que desde la primera infancia han quedado incrustados y formando parte del cuerpo.²² Para ser más precisos, el síntoma constituye la manera singular en que cada cual goza del inconsciente, concebido este último como elementos sueltos de la lengua. Estrictamente hablando, el síntoma no es el inconsciente-real, por lo que la pareja de términos nunca logra amalgamarse en un solo ser, aun cuando el Dios del Supuesto-Saber lo haya insinuado de ese modo. Es más bien el artificio real a partir del cual se goza de dicho inconsciente por haber extraído y capturado de él lo que Lacan presupone tener las características de una letra, aquello que puede considerarse como el aspecto más real del lenguaje. Es por eso que Lacan puede decir que la escritura del síntoma operada por el análisis viene al lugar de lo que en ningún caso puede escribirse, ni tampoco inscribirse en términos subjetivos: la relación/proporción sexual.

Por su parte, el inconsciente real es el resultado de haber aplicado la regla fundamental sobre el síntoma hasta las últimas consecuencias y de haber descubierto una automatización que trabaja sola, fuera del sentido, pero que al mismo tiempo permanece abierta a las contingencias del habla y de la vida. ¡Extraño determinismo que da lugar al azar! De eso se trata, para Lacan, cuando insiste en el “conocimiento

22. Lacan, J. (1975) “Conferencia en Ginebra sobre el síntoma” en *Intervenciones y textos 2, op. cit.*, p. 129.

del síntoma”, conocimiento práctico; en la “identificación” con el síntoma, lo cual no implica necesariamente haberlo identificado; y en la distancia necesaria que debe tomar el analizado con respecto a esa parte de su ser para conseguir manipularlo, des-enrollarlo, y aún sin poder capitalizarlo, saber hacer algo con él.²³

Como se podrá advertir, esta concepción del análisis implica una orientación por el síntoma y por el inconsciente que no excluye la responsabilidad en juego del paciente ni la del analista, pues no se trata de una técnica ni de una aplicación mecánica del instrumental analítico. Entender el síntoma como una singular manera de gozar del inconsciente es, más que nunca, valorizar la variable electiva y la dimensión de acto que posee la experiencia analítica, especialmente en lo que respecta a sus inicios y a sus conclusiones. Al paciente se lo invita, se lo insta y se le instila una forma de tomar la palabra que él, o su deseo inconsciente, podrá aceptar o rechazar, y para eso es conveniente que el propio analista esté a la orden del día con su propio deseo de analizar.

Conclusiones

Si hablamos de orientación por el síntoma y por el inconsciente, es porque concebimos finalmente a dicho inconsciente, siguiendo a Lacan y volviendo sobre la experiencia freudiana, como “uno de *lalengua* encarnado” que se hace presente fundamentalmente en el síntoma en tanto

23. Lacan, J. (1976) “*L’insu que sait de l’une-bevue s’aile à mourre*”, clase del 16 de noviembre de 1976.

“letra de goce”. Por esa razón, la transferencia y su manejo se tornan indispensables. El analista debe poder capturar a su paciente en la ilusión del amor transferencial, sin perder de vista lo que éste tiene de pura ficción y la función que cumple en lo atinente al sexo.

Lo que hay que agregar, es que si el analista logra jugar con el equívoco,²⁴ sin buscar su ser en el significante de su interpretación, es porque ha podido encontrarlo en otro lado, en su síntoma, en su modo singular de gozar. “Se llegó una vez al fin -dice Lacan- y de allí hay que deducir la relación que esto tiene con el comienzo de todas las veces”.²⁵ Esto implica que en el final de la experiencia analítica se accede a la producción de lo incurable, “donde el acto encuentra su fin propio”²⁶ -agrega Lacan-, y que es la identificación con ese incurable, identificación que implica una toma de distancia con respecto al síntoma, lo que abre la posibilidad del comienzo de cada nueva experiencia del inconsciente.

El acto de pase de analizante a analista se acompaña, entonces, del inventarse un nombre propio, un nombre de goce singular que le permite al analizante poner punto final a su análisis, otorgándole un ser fuerte y singular que hace que, si decide tomar el lugar de analista, no busque su propio ser en la relación de pareja (siempre dispareja) que mantiene con su analizante. Digamos que si acepta casarse, es porque está advertido que al divorcio arribará; pero también porque sabe, como dijo alguna vez un humorista genial, que la principal causa de divorcio es el matrimonio.

24. Lacan, J. (1975) “La tercera”, *op. cit.*, p. 88.

25. Lacan, J. (1967-68) *El seminario 15: El acto psicoanalítico*, clase del 10 de enero de 1968.

26. Lacan, J. (1969) “El acto psicoanalítico”, *op. cit.*, p. 402.

Síntoma y acto

Otra pareja dispareja

EDMUNDO MORDOH
MARCELO MAZZUCA

No fue casualidad que un sueño haya abierto el camino hacia el deseo inconsciente, permitiendo a Freud tomar la vía del análisis. Ese “sueño inaugural”, el de *La inyección de Irma*, se acompaña de otras formaciones del inconsciente de Freud, entre ellas, el “lapsus original”,¹ el olvido del nombre propio del pintor de los famosos frescos de Orvieto. Esas fueron, sin duda, las puertas de entrada hacia el deseo de Freud; y, de allí en más, al de todos nosotros. En definitiva, la apertura hacia el campo del deseo, o campo freudiano, cuya relación con el acto que involucra su realización resulta por lo menos problemática. A partir de allí, los sueños, olvidos y demás lapsus de la palabra o de la acción expresan para nosotros formas diversas del acto fallado o el acto fallido. ¿O tal vez haya que decir: del acto “logrado”? En cualquier caso, variantes de la noción de *acto* en psicoanálisis.

1. Lacan, J. (1958-59) *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1992, clase del 13 de noviembre de 1957, p. 39.

Ahora bien, en lo que respecta al síntoma inaugural, no fue Freud quien aportó el suyo, sino esas “admirables teóricas a quienes se llama histéricas”.² A esas histéricas, históricas, tóricas pero también teóricas, Freud les hizo de partenaire, mientras que el suyo no fueron estrictamente hablando “ellas” sino sus síntomas. Y fue con esos síntomas que aprendimos las primeras lecciones de clínica psicoanalítica, aquellas que conviene repasar para tener presente el sentido general que toma para nosotros la acción propiamente analítica, la que el analista sostiene con *su* acto o haciéndose cargo *del* acto.

Los caminos de formación del síntoma

Lo primero que enseña la histérica es que su síntoma anuda el cuerpo con la palabra, y adquiere entonces un valor de símbolo. En este sentido, el síntoma es un “nudo de signos” que pueden ser descifrados, dice Lacan;³ y que da cuenta de una conflictiva que puede decir algo del ser de deseo del sujeto. Es *por* ese síntoma, *en* ese síntoma y *con* ese síntoma, denominado por Freud “conversivo”, que la histérica contrae y sostiene un lazo social.

Freud lo expresa directamente en esos términos (“comen-

2. Lacan, J. (1960) “Reseña con interpolaciones del Seminario de la ética” en *Reseñas de enseñanza*, Buenos Aires, Manantial, 1988, p. 7.

3. Lacan, J. (1973) “Introducción al primer volumen de la edición alemana de los escritos” en *Otros Escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 583.

zaremos por algunos ejemplos tomados de la vida social”)⁴ cuando nos provee sus primeras ilustraciones:

“Conocida es la historia cómica del súbdito entusiasta que juró no volver a lavarse la mano que su rey se había dignado estrechar. La relación de su mano con la idea del rey parece tan importante a la vista psíquica del individuo, que él mismo rehúsa hacerla entrar en otras relaciones.”⁵

Es notable que Freud, al explorar el cuerpo afectado y detenido de sus primeras pacientes, eche mano a estos ejemplos “sociológicos”, al momento de dar el paso de la neurología a la psicología. La relación de la histérica con el Amo, que Lacan ubicará con un mayor grado de formalización muchos años después, ya está allí a la orden del día, mostrando hasta qué punto la subjetividad histérica es eminentemente histórica; pero más notable aún, es que haya podido establecer el camino que toma el deseo en juego en la formación del síntoma. Un fragmento de su cuerpo, solo uno y no cualquiera, toma a cargo la valía de ese deseo, y en esa medida queda aislado, cortado de los lazos con el resto del cuerpo. He allí la paradoja inherente al lazo social que el sujeto histérico constituye y contribuye a establecer a través de la historia de su relación con el Otro. Por un lado, el síntoma da cuenta de un lazo social (el súbdito es súbdito por su relación al rey) e incluso filial, ya que la histérica es además tórica, según

4. Freud, S. (1893) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” en *Obras completas*, Vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1993, p. 208.

5. *Ibid.*

Lacan,⁶ porque se apoya en la armadura rígida del amor a su padre (como todas las primeras historias de tratamiento lo evidencian). Es así que Elisabeth von R. sustrae del comercio asociativo la parte de su cuerpo afectada por el deseo y el cuerpo enfermo de su padre idealizado (el muslo de su pierna derecha), deteniendo la marcha de su propio deseo en la vida.⁷

Al mismo tiempo, el síntoma es ruptura de un vínculo con otro aspecto esencial del cuerpo, que Freud precisará poco tiempo después, y que involucra otra dimensión del lazo amoroso, del cual también dan testimonio claro las primeras históricas analizadas por Freud. Es así que el *acto* de la conversión que produce el síntoma de la parálisis de Elisabeth, no sólo implica una elección por el amor al padre (que a su vez la deja fuera de su relación amorosa con el hombre de sus fantasías), sino que además es en sí misma una toma de posición con respecto al “problema sexual”⁸ (que la ubica dentro de la significación fálica en una postura varonil).

En consecuencia, el camino de la formación del síntoma tiene su punto de partida en un *acto* que involucra una toma de posición del ser del sujeto frente al deseo del Otro (a sus insignias e investiduras); mientras que su punto de llegada es la inhibición de otra dimensión del *acto*, cuyo correlato es la manifestación misma del síntoma (en estos

6. Lacan, J. (1976-77) “*L’insu que sait de l’une-bevue s’aile à mourre*”, inédito, clase del 14 de diciembre de 1976.

7. Freud, S. (1893) *Estudios sobre la histeria* en *Obras completas*, Vol. II, *op. cit.*, p. 151.

8. Freud, S. (1905) *Tres ensayos para una teoría sexual* en *Obras completas*, Vol. VII, *op. cit.*, p. 149.

primeros casos de pacientes histéricas, la parálisis). De ese modo, *síntoma* y *acto* forman, desde el comienzo mismo de la experiencia freudiana, una pareja desapareja: no se llevan bien, pero una observación atenta puede descubrirlos caminando de la mano. Conviene, entonces, tomar en cuenta que hay mucha más actividad en el síntoma de la que el padecimiento deja entrever.

El campo de lo analizable

Esta presencia del deseo del Otro en el síntoma histórico, con el consecuente lazo social y discursivo que supone, es lo que a primera vista lo hace apto para ser analizado.

Sin embargo, el campo de lo analizable requiere, además, de una segunda participación del cuerpo. Y ese otro cuerpo en juego, que permanece en una cierta relación de opacidad con respecto al deseo, es el cuerpo sexual, aquel a través del cual podría enlazarse el propio goce sexual con el del partenaire sexuado. Al menos para el caso del síntoma histórico, y de las fantasías que lo sostienen, es una dimensión del cuerpo que se presenta como extraviado o perdido desde la institución misma del lazo con el Otro. En este sentido, comprobamos que la histérica rechaza con su cuerpo la llamada a ser objeto del goce sexual del otro.

Y es lo que, curiosamente, ya sugiere en filigrana el segundo ejemplo de acto inhibido empleado por Freud en 1893: “Al mismo impulso obedecemos nosotros cuando rompemos la copa en la que hemos bebido a la salud de

unos recién casados”.⁹ El simbolismo de esta ruptura de la copa también es bastante elocuente. Hace mención a otra unión y a otra institución social, el matrimonio, en la que se metaforiza la relación de deseo con el partenaire sexual. El ceremonial y el goce que hay que resignar para contraer el lazo indican la necesidad del Otro como tercero estructuralmente presente en las fantasías que gobiernan el entramado sexual del síntoma histérico. Es lo que mucho tiempo después Lacan expresa al decir que “el discurso de las histéricas conduce a Freud a la perversión polimorfa”, y agregando que “en las facetas de ese cristal se evidencia la forma de donde toma fuerza el deseo”.¹⁰

En cuanto al último de aquellos primeros ejemplos “sociológicos” aportados por Freud, puede decirse que introduce la tercera dimensión en juego en la formación del síntoma histérico y de las neurosis de transferencia, y que con ella se completan las condiciones requeridas para su analizabilidad:

“Asimismo, las antiguas tribus salvajes, que con el cadáver de su jefe quemaban su caballo, sus armas e incluso sus mujeres, obedecían a esta idea de que nadie debía tocarlos después de él.”¹¹

Se trata, en términos generales, del lugar que ocupa la

9. Freud, S. (1893) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” en *Obras completas*, Vol. I, *op. cit.*, p. 208.

10. Lacan, J. (1960) “Reseña con interpolaciones del Seminario de la ética” en *Reseñas de enseñanza*, *op. cit.*, p. 7.

11. Freud, S. (1893) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” en *Obras completas*, Vol. I, *op. cit.*, p. 208.

muerte y la fantasía de eternidad, que le responde como acto de defensa, lo cual es mucho más notorio y evidente en el síntoma de tipo obsesivo. En el caso particular del síntoma histérico puede ser la muerte, pero también la enfermedad, o sencillamente la impotencia del padre lo que la histérica se ocupa de conservar o restaurar. Otra vez Elisabeth von R. vale como ejemplo primero.

A partir de estos tres ejemplos, tomados de la vida social, Freud concluye respecto del simbolismo presente en la formación del síntoma:

“El motivo de todos estos *actos* es bien transparente, el valor afectivo que atribuimos a la primera asociación de un objeto nos impide hacerlo entrar en una nueva asociación con otros.”¹²

Ahora bien, ese objeto simbólico que la histérica empuña con “su” mano paralizada (copa, armas, mujer o caballo), no sólo designa la relación del deseo del sujeto con el deseo del Otro (paterno y sexuado), además brinda la punta significativa que sirve de pista para poder esclarecer el discurso inconsciente que lo soporta. En esto el síntoma, según Lacan, comparte su estructura con el resto de las por él denominadas “formaciones del inconsciente”.¹³ Y es por eso que Lacan puede afirmar lo siguiente:

“Volvamos pues a ese carácter problemático del deseo, tal como se presenta en la experiencia analítica, es decir en el síntoma, el síntoma cualquiera que fuere. Llamo aquí síntoma en su sentido

12. *Ibid.* (Las itálicas son nuestras).

13. Lacan, J. (1958-59) *El Seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

más general, tanto al síntoma mórbido como al sueño, todo lo que sea analizable. *Llamo síntoma a lo que es analizable.*"¹⁴

El síntoma es, entonces, en sí mismo, el campo de lo analizable. Y esto quiere decir, en sus fundamentos freudianos, que es susceptible de descomponerse en elementos últimos; pero también que estos elementos indisociables son de índole sexual y pulsional: son ellos mismos los Amos (padre, rey, marido, jefe, líder, etc.) que gobiernan el goce.¹⁵ Los ejemplos en Freud sobran, y desde sus primeros tratamientos de psicoterapia: *stehen* y *allein stehen* (para el caso de Elisabeth von R.), *catarro* (para el caso de Dora) o *ratten*, *heiratten* y *spielratten* (para el caso del Hombre de las ratas). Pero elegimos mencionar un caso más tardío, el de una histeria de angustia, por tratarse de una modalidad de histeria para la cual, fobia mediante, el objeto simbólico o significante en cuestión se encarna y representa en la realidad. Es el caso de Hans y su miedo a los caballos, cuya valoración subjetiva permite abrir el camino hacia el saber no sabido en que consiste lo inconsciente. Así lo expresa Lacan:

“La categoría del saber. Es allí que yace lo que nos permitió distinguir radicalmente, la función del síntoma [...]. *Es que hay siempre en el síntoma la indicación que él es cuestión de saber.*”¹⁶

Solo que para poder lograr esa apertura al saber reprimido, al goce sexual que le está adherido, y a la verdad

14. *Ibid.*, p. 332 (Las itálicas son nuestras).

15. Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia analítica” en *Obras completas*, Vol. XVII, *op. cit.*, p. 155.

16. Lacan, J. (1965-66) “Problemas cruciales del psicoanálisis”, inédito, clase del 5 de mayo de 1965.

castrativa que dicho saber enuncia, se requiere de lo que Freud denomina “expresión efectiva del síntoma”. Para el caso de Hans, y de su temor a perder uno de los dedos de su mano: “el caballo me morderá”.¹⁷ Y lo que hay que retener, es que dicha apertura no se produce sola. La “expresión efectiva” no es necesariamente una “expresión efectuada”, al menos no como punto de partida para los pacientes cuya percepción y subjetivación del síntoma puede ser precaria o directamente nula. Por eso, aunque parezca obvio, debemos subrayar que, para que el campo de lo potencialmente analizable se convierta en trabajo analizante, se requiere de la participación del analista y de su escucha activa e interrogativa. Dicho de otro modo, la dispar pareja del campo del *síntoma* (lo analizable) y el campo del *acto* (analítico o del analista) se reencuentran en el trabajo analítico, lo cual no deja de provocar efectos sobre los cuerpos en acción.

Los caminos del análisis

Llegado este punto, se abren las siguientes preguntas: ¿qué ocurre cuando el análisis de la expresión efectiva del síntoma va dando sus frutos? ¿Se trata simplemente del desciframiento del síntoma y de la ampliación del campo del saber del analizante? ¿Los caminos del análisis son solo epistémicos? ¿Qué sucede en el análisis con la satisfacción del síntoma? Conviene recordar que el síntoma es —en esencia— goce:¹⁸ “la práctica

17. Freud, S (1893) “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Completas*, AE, tomo XX, Buenos Aires, 1993, capítulo 4, p. 97.

18. Lacan, J. (1962-63) *El seminario 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 139.

sexual de los enfermos”.¹⁹ Freud lo había advertido en “Nuevos caminos de la terapia analítica”: si hay un riesgo que corremos en el transcurso de la cura, es que las mociones pulsionales liberadas a partir del trabajo de análisis del síntoma encuentren satisfacciones sustitutivas por fuera del análisis o en la transferencia misma, obstaculizándose la esperada integración de dichas pulsiones en el yo. Asimismo, advierte que el analista debe cuidarse de llevar a cabo cualquier intento de síntesis sobre el material producido mediante el análisis del síntoma. Y eso, por la siguiente razón: si se mantiene fiel a su posición de analista, la de promover exclusivamente el trabajo de análisis sobre el material con el que se encuentra, aquellas pulsiones se ligarán –según sus términos– “de manera automática e inevitable” *con el yo o en el yo* del paciente.

Siguiendo estas indicaciones, encontramos en Freud por lo menos dos supuestos que merecen nuestra atención: por un lado, un análisis supone, en su final, un encuentro novedoso y original del yo con la pulsión que propone para el ser hablante una forma de existencia diferente a la del sujeto dividido, abriendo la posibilidad de un uso novedoso del síntoma. Para decirlo en los términos de *Análisis terminable e interminable*:

“...producir un estado que nunca preexistió de manera espontánea en el interior del yo, y cuya neo-creación constituye la diferencia esencial entre el hombre analizado y el no analizado.”²⁰

19. Freud, S. (1905) *Tres ensayos para una teoría sexual* en *Obras completas*, Vol. VII, *op. cit.*, p. 148.

20. Freud, S. (1936) *Análisis terminable e interminable* en *Obras completas*, Vol. XXIII, *op. cit.*, pp. 229-230.

Por otro lado, Freud sostiene que si el analista se mantiene fiel al principio de abstinencia, este encuentro del yo con la pulsión se produce de manera “automática” e “inevitable”, razón por la cual no habría por qué ocuparse de “psicosíntesis” alguna. Ahora bien, este segundo supuesto, con el que Freud responde a una demanda insistente que proviene de los propios analistas,²¹ merece un examen más detallado. Es que no se deduce fácilmente el modo en que *síntoma* y *acto* quedan allí involucrados y tratados por esa suerte de “inacción” del analista. En nuestra opinión, son los desarrollos lacanianos sobre las nociones de “acto analítico” e “identificación al síntoma” los que echan luz sobre el asunto.

Por eso, una vez más, es siguiendo a Lacan que podemos interrogar a Freud para que dé sus razones. En primer lugar: ¿es el principio de abstinencia suficiente para promover dicha transformación de la relación del ser hablante con su síntoma? La opinión de Lacan es bastante clara al respecto. En su seminario sobre las formaciones del inconsciente dice sobre esto lo siguiente: “esta abstención, aunque sea esencial, no es por sí misma suficiente”.²² Agreguemos nosotros que la dirección teórico-clínica que Lacan emprende a partir de aquí, no es otra que dar cuenta de la necesidad lógica de conceptualizar la variable del “deseo del analista”.

En segundo lugar, es interesante interrogar si es cierto que al final del análisis se trata de una integración “automática” e “inevitable” del yo con la pulsión. Pensar esa integración como automática e inevitable nos podría extraviar en rela-

21. Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia analítica” en *Obras completas*, Vol. XVII, *op. cit.*, p. 157.

22. Lacan, J. (1958-59) *El seminario 5: Las formaciones del inconsciente*, *op. cit.*, p. 438.

ción a las coordenadas éticas que se ponen en juego en un análisis. Además, creemos que no es lo mismo producir una “síntesis” de las pulsiones en el Yo, que un nuevo “entramado” de una moción pulsional. Y lo cierto es que ambas opciones están indicadas por Freud.

Para decirlo sin rodeos: este encuentro renovado con la pulsión no se produce de forma automática sino que supone necesariamente un *acto* por parte del paciente. En este sentido, síntoma y acto, aún sin confundirse, caminan de la mano en la coyuntura final del análisis. Ahora bien, este acto del paciente es directamente inconcebible si no es antecedido por el *acto* del analista. Por lo tanto, lo automático no es tan automático ni lo inevitable tan inevitable. ¿Cómo entender, entonces, la compleja noción de “acto analítico”? ¿Quién es, en tal caso, el “actor” del acto? ¿Qué tipo de “actividad” genera dicho acto y cuál es la ética que lo sustenta? Y, en última instancia, ¿qué efectos promueve sobre el síntoma una vez que este ha sido transformado por la transferencia?

El analista ante la satisfacción del síntoma

Si respondemos con Lacan, tenemos que decir que el campo del acto analítico es amplio, que ya no se circunscribe al análisis de las neurosis, y que no solo se establece a partir del acto fallido sino también —y fundamentalmente— de la falla del acto, del acto que no hay: el acto sexual.²³ Pero, en cualquier caso, a quien le corresponde hacerse cargo de dicho

23. Lacan, J. (1968) “La lógica del fantasma” en *Reseñas de enseñanza*, *op. cit.*, p. 43.

acto es al analista, y esto en la medida en que, destitución subjetiva mediante, logra ubicarse en la posición de objeto de su analizante.²⁴ Estrictamente hablando, es el objeto causa del deseo lo que funciona como agente del acto analítico. Y es por eso que para el analista y su deseo en acto no se trata de su voluntad, menos aun de su buen entendimiento, ni tampoco necesariamente de su “actividad”. En este sentido, Freud sostenía que la dificultad para entender el psicoanálisis es una “dificultad afectiva” y no intelectual: “quien no pueda dispensar suficiente simpatía a una causa –afirma en 1916– tampoco la comprenderá muy fácilmente”.²⁵ Solo que dicha “simpatía” es una consecuencia vívida de una experiencia. O, dicho de otro modo, el factor causal del acto solo se aprehende o incorpora a partir del ejercicio del propio análisis.

En cuanto a los principios éticos que sustentan la posibilidad del acto, Freud es bastante claro. Una de sus finalidades –dice– es que el paciente “haga suya nuestra convicción de que una vida gobernada por el principio del placer es irrealizable”,²⁶ y para transmitir esa convicción debe producir dos esclarecimientos: “que la vida pulsional de la sexualidad no puede domeñarse plenamente, y que los procesos anímicos son en sí inconscientes”.²⁷ Esto no promueve ninguna síntesis acabada entre el Yo y la pulsión, y tampoco deja al sujeto a merced de un automatismo inevitable. Equivale, según el propio Freud, a enunciarle al Yo: “no eres el

24. Ver “La posición del analista en el deseo”, en este mismo volumen.

25. Freud, S. (1917) “Una dificultad del psicoanálisis” en *Obras completas*, Vol. XVII, *op. cit.*, p. 129.

26. Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia analítica”, *op. cit.*, p. 155.

27. Freud, S. (1917) “Una dificultad del psicoanálisis”, *op. cit.*, p. 135.

amo en tu propia casa”.²⁸ Solo que no se trata, según Lacan, de un dicho o enunciado, sino de un decir o enunciación silente que no requiere de mucha actividad por parte del analista para realizarse en acto, y que deja al analizante en situación de tener que decidir. Freud lo dice así:

“El psicoanálisis no se limita a afirmar en abstracto esas dos tesis tan penosas para el narcisismo, sino que las demostró en un material que toca personalmente a cada quien y lo obliga a tomar posición frente a ese problema.”²⁹

Es por eso que Freud es aún más contundente respecto de la actividad que se le exige al analista y del efecto que se espera sobre el síntoma. En principio, dicha actividad se circunscribe a la práctica de la interpretación y el manejo de la transferencia, cuya finalidad es “hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias”.³⁰ Incluso, dicha actividad es necesaria solo en la medida en que la actividad propiamente analizante encuentre su obstáculo en el síntoma. Si no es requerida, es sencillamente porque la asociación libre se encarga “sola” de hacer su trabajo: disolver, descomponer, analizar.

De esta manera, el psicoanálisis procede como el análisis químico, descomponiendo el síntoma (que en tanto tal es un compuesto) en sus elementos mínimos: las mociones pulsionales. Como ya hemos subrayado, en ningún caso la psicósíntesis forma parte de la actividad exigida al analista:

28. *Ibid.*

29. *Ibid.*

30. Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia analítica”, *op. cit.*, p. 157.

“Nuestra unilateralidad es como la del químico –agrega Freud– que reconduce todas las combinaciones a la fuerza de la atracción química. Con ello no desconoce la fuerza de gravedad; simplemente, deja su apreciación en manos del físico.”³¹

Esto quiere decir que el peso específico que poseen el Yo y la imagen corporal (e incluso las realidades compartidas por los discursos establecidos), genera en sí mismo fuerzas gravitacionales que tienden a la síntesis y a la integración de las partículas en robustas unidades de sentido.

En este sentido, no podemos dejar de reconocer ese aspecto automático e inevitable de los procesos en juego. Pero lo más importante es advertir lo siguiente: este proceso sigue siendo parte de la formación del síntoma, o del síntoma como formación, como compuesto. Así lo dice Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*:

“Se comprende que el Yo intente, además, cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo a sí e incorporarlo a su organización.”³²

Se trata de la “egosintonía” del síntoma, de una relación de la satisfacción del síntoma con la organización yoica que es absolutamente defensiva y cuyo efecto es un grado de desconocimiento extremo de lo que allí se realiza y satisface.

Por eso, el acto del analista, con la actividad que oportunamente venga acompañado, siempre se manifestará en

31. Freud, S. (1917) “Una dificultad del psicoanálisis”, *op. cit.*, p. 130.

32. Freud, S. (1925) *Inhibición, síntoma y angustia* en *Obras completas*, Vol. XX, *op. cit.*, p. 94.

contra de la función sintética del Yo, “exteriorizándose –al decir de Freud– en una enérgica intervención contra las satisfacciones sustitutivas”.³³ Y esto tanto en la cura como fuera de ella. Es que las más de las veces, disfrazado con el traje de las buenas intenciones y los ideales más amables del Yo, es el Súper Yo quien se esconde tras la necesidad de castigo o el sentimiento inconsciente de culpa:

“Por medio de una elección matrimonial desafortunada se castigan a sí mismos; una larga enfermedad orgánica es considerada por ellos como una punición del destino, y consiguiendo suelen renunciar a proseguir con su neurosis.”³⁴

En otros términos, parece que están “curados” (y desde el punto de vista terapéutico puede llegar a ser cierto), pero en ningún caso “analizados”.

Sea como sea, lo que resulta claro es que entre la descomposición del síntoma y su recomposición intermedia una decisión, una toma de posición, o una elección. En definitiva, un acto. Sea la elección por la desdicha del matrimonio, por la dicha de la relación transferencial o hasta por la enfermedad orgánica, el deseo del paciente está allí presente haciendo lo suyo.

Es en este sentido que el deseo del analista es en esencia mucho más amplio que la abstinencia. No solo funciona como un catalizador del síntoma, sino también como catalizador del acto. Una elección se pone en juego, una que esquivo el Yo y la conciencia pero que no deja

33. Freud, S. (1919) “Nuevos caminos de la terapia analítica”, *op. cit.*, p. 159.

34. *Ibid.*

de ser tal. Y si bien es cierto –como sugiere Freud– que existen “afinidades electivas entre las sustancias”³⁵ de los elementos pulsionales descompuestos del síntoma, eso no quita que la elección por la identificación con lo incurable del síntoma –como sugiere Lacan– sea la mejor opción en el final del análisis.³⁶

Conclusiones

Llegado el final del recorrido, y habiendo desarrollado los diversos aspectos que están en juego en la dispar pareja que conforman el síntoma y el acto, estamos en condiciones de concluir lo siguiente.

En una primera instancia, y en cuanto a los caminos de su formación, el síntoma se diferencia tajantemente del acto que podría llevar al sujeto hacia la realización de su deseo. Si bien lo incluye e involucra, no puede ni advertirlo ni aprovechar su potencial.

Una vez que el síntoma se pone en forma mediante la transferencia, acto y actividad se reparten entre analista y analizante respectivamente. En cierto sentido, el síntoma resulta contaminado por el acto analítico y deviene actividad analizante en sí misma.

En la coyuntura final del análisis, y antes aún, en su finalidad, síntoma y acto se emparejan de un modo novedoso, pero justamente en la medida en que se distinguen con mucha mayor nitidez. Y en este sentido, “si el síntoma

35. *Ibid.*, nota nº 2.

36. Lacan, J. (1976-77) “*L’insu que sait de l’une-bevue s’aile à mourre*”, inédito, clase del 16 de noviembre de 1976.

adquiere en el análisis un valor subversivo respecto de todo programa –como afirma Gabriel Lombardi– el acto analítico no tiene como fin propio su reducción, sino su producción como incurable³⁷.

En cuanto a las “afinidades electivas de las sustancias”, Lacan advierte que se trata de una química de las palabras o las sílabas, incluso de las letras. En última instancia, de elementos verdaderamente irreductibles, de los unos resonantes del goce de la lengua. Y en cuanto a la elección como toma de posición frente a la castración, se trata de una nueva “composición”, en el sentido musical o artístico del término: resulta inevitable respetar cierto grado de automatismo de las afinidades electivas del material utilizado para la composición, pero también resulta indispensable sumarle lo incalculable del acto creativo. En definitiva, de un destino sublimatorio de la pulsión y del síntoma que no excluye ni al deseo ni al acto.

37. Lombardi, G. (2008) “La distinción entre síntoma y acto” en *Clínica y lógica de la autorreferencia*, Letra Viva, Buenos Aires, 2008, p. 219.

El analista ante el síntoma

LUCIANO LUTEREAU
MARCELO MAZZUCA

De acuerdo con Lacan, en la práctica del psicoanálisis el analista cura menos por lo que *es* que por “lo que dice y hace”.¹ En consecuencia, intentamos situar aquello que rige su hacer, y su decir, interrogando la estructura y las funciones de la interpretación y de la transferencia. No obstante, ocurre también que es necesario esclarecer aquello que atañe a su ser, y a la posición desde la cual su quehacer se torna operativo.

En efecto, para hablar de la “carencia de ser” del analista, y oponerse a las teorías de la “contratransferencia”, Lacan introdujo la pregunta por el “deseo del analista” y recurrió, años después, a la noción de “destitución subjetiva”. Esta última expresión indica que el análisis es una práctica impar, para un solo sujeto —el analizante—, mientras que al analista le cabe el lugar de significante (como sostén de la asociación libre) o de objeto (como soporte de la transferencia).

1. Lacan, J. (1958) “La dirección de la cura y los principios de su poder” en *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002, p. 571.

Entonces, ¿qué se puede decir de estas dos posiciones del analista? ¿Qué hay de “lo que dice y hace” en su ser significativo y en su ser de objeto? ¿Y qué otras posiciones se declinan en función de estas dos opciones habilitadas por la estructura?

La primera de las opciones fue extensamente desarrollada por Lacan en sus primeros años de enseñanza y reformulada en 1967 en términos algorítmicos.² Su desarrollo conduce a la conceptualización del inconsciente como discurso susceptible de ser descifrado y al síntoma como una de sus “formaciones”.³

¿Qué quiere decir que el analista funciona en el sitio del Otro del lenguaje como referencia significativa? En primer lugar, que se ofrece en la escucha como un significativo cualquiera que va al encuentro de alguno de los significantes del síntoma de su analizante, para intentar abrir la pregunta por el sentido. En segundo lugar, y al mismo tiempo, que sostiene abierto el campo del deseo, en la medida en que hace signo del significativo que designa en el lugar del Otro la falta de significativo.

La segunda de las opciones fue explícitamente planteada por Lacan en su seminario sobre la transferencia y formalizada en 1969 con la escritura de sus cuatro discursos: en primer lugar, el del analista, pero también el del amo, el del universitario y el de la histérica, que se esclarecen a partir

2. Cf. Lacan, J. (1967) “Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela” en *Otros escritos*, Buenos Aires, Paidós, 2012.

3. Véase: “Síntoma e inconsciente: una pareja dispareja”, en este mismo volumen.

de aquél.⁴ En este contexto, la pregunta por la posición del analista —que en el seminario de la transferencia se situaba en torno del analista como “puro deseante”— se convierte y multiplica en estas otras: ¿qué significa que el analista hace de objeto, que se ubica en el lugar del semblante y dominante del discurso, y que cumple la función de causar el deseo de su analizante? Y, en última instancia, lo que nos interesa especialmente: ¿cómo relacionar esa posición del analista en el discurso con *el o los* usos posibles del síntoma?

Para poder responder, es necesario tener en cuenta que la experiencia analítica está estructurada, y que dicha estructura surge del lazo social que vincula al analista con su analizante y con aquello que Lacan llama “discurso”.

Las variantes de la posición dominante

En primer lugar, las referencias de Lacan apuntan a destacar que el analista, a pesar de estar ubicado en la posición dominante del discurso, no realiza su propia satisfacción en el dispositivo, no continúa su análisis a expensas de sus analizantes, ni goza siquiera de su posición de analista. De ahí que Lacan haya podido llegar a comparar alguna vez esta posición con la del santo.⁵

Esta última indicación permite entrever, en segundo lugar, que la posición de objeto del analista tampoco es la del perverso, quien también intenta ocupar y ejercer una posi-

4. Cf. Lacan, J. (1969-70) *El seminario 17: El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

5. Lacan, J. (1973) *Psicoanálisis. Radiofonía & Televisión*, Barcelona, Anagrama, 1993, p. 99.

ción de dominio en el lazo discursivo y fantasmático que contribuye a establecer. Esto puede parecer una obviedad que no requiere de esclarecimiento. Sin embargo, Lacan no sólo compara al analista y al perverso, sino que homologa sus posiciones al inscribirlas en las fórmulas de sus discursos. En ese contexto, podría pensarse que la parte superior de la fórmula del discurso analítico ($a \ \$$) coincide con la referencia a la división subjetiva que el perverso provoca en su *partenaire* al encarnar un supuesto goce del Otro a cuyo servicio está dedicado. No obstante, es evidente que el analista no hace consistir esta formación de goce y que su objetivo (y su finalidad) es otra.

De allí el tercer aspecto de la posición adoptada por el analista en el discurso: su territorio, su lugar geográfico y su campo de acción están del lado del deseo, y es desde allí que toma función de causa para el trabajo de su analizante. Lo cual no quiere decir que se desligue o desentienda del campo del goce que todo discurso o lazo social implica necesariamente. ¿Qué se puede decir, entonces, respecto del campo del goce y de la o las satisfacciones que le son inherentes?

En cuanto a lo que el analista dice, la experiencia muestra que la palabra interpretativa apunta al deseo, más concretamente a su causa, para intentar liberarlo de las ataduras de aquellos significantes-amo que comandan el goce y determinan su inhibición. Pero en cuanto a su hacer, a su maniobra transferencial, la posición del analista frente a los campos del deseo y del goce parece ser un tanto más compleja. ¿Qué decir allí de su “carencia de ser”?

La neurosis de transferencia

A partir de la mención anterior a la “santidad” del analista, podría debatirse si no se sugiere con esa calificación una satisfacción específica: un posible masoquismo de la posición analítica, propia del lugar de objeto que tiene que ocupar y del consecuente peso que debe soportar. No es infrecuente que los pacientes hagan comentarios al respecto, ni que ahorren estrategias para poner a prueba el aguante o la “resistencia” del analista. La experiencia clínica presenta muchas variantes de esta problemática.

Para dar cuenta de una de ellas, vale la pena detenerse en un breve recorte clínico de Lucy Tower (presentado en una conferencia en 1955, titulada “La contratransferencia”), analista cuya casuística ofrece a Lacan la oportunidad de tomar referencias útiles y darle cuerpo a su noción de “deseo del analista”. Es un trabajo que Lacan realiza en su décimo seminario, siguiendo la pista clínica de la angustia, pero siempre muy cerca de la referencia al síntoma y de su consideración en términos de goce.⁶

Es el caso del tratamiento de un hombre cuyo análisis transcurrió durante varios años en una relativa inmovilidad. La analista no deja de mencionar que un motivo de la dificultad era la idea que ella se había formado respecto de su paciente: un hombre más bien tímido y algo inhibido.

La importancia de aquella experiencia radica en lo siguiente: la modificación crucial del tratamiento se produce a partir de una formación del inconsciente de la analista, más concretamente un sueño, que pone en escena un encuentro

6. Lacan, J. (1962-63) *El seminario 10: La angustia*, Buenos Aires, Paidós, 2006, p. 139.

con la esposa de su paciente con la que conversa en los mejores términos. Y lo más interesante de esa emergencia inesperada del deseo de quien está en la posición de analista, es que el análisis de dicho sueño hizo notar que el obstáculo más profundo para el tratamiento estaba en su propia posición. Dicho de otro modo, en el terreno de sus propias fantasías, cuya trama era la siguiente: dado que la esposa de su paciente era una mujer enferma, ella temía que, si el paciente realizaba algún cambio drástico, aquella se desestabilizaría: “Mi actitud protectora estaba dirigida a evitar efectos secundarios en su esposa”, nos confiesa la analista. De este modo, con su actitud neutral, al mismo tiempo que cuidaba la salud endeble de la esposa, consolaba a su paciente por la situación de malestar por la que transitaba.

En definitiva, lo que requería una rectificación era la posición del analista en la transferencia. Y en este sentido, el caso muestra bien cómo a través de su propio análisis Lucy Tower descubre mucho más que el sustrato edípico de la escena en cuestión. Lo determinante no es eso sino haber logrado advertir su posición histérica ante otra mujer, posición pasiva ofrendada como garante de las penas de ese pobre hombre que era su paciente.

A partir de ese momento, su actitud se modifica radicalmente, permitiéndole –según los términos de Lacan– “recuperar la implacable desnudez de su mirada”.⁷ Ese es el punto decisivo, el que da la clave de la manera en que una variante del objeto (mirada, en este caso) es encarnada en acto por la analista y puesta en función de causa respecto del deseo de su paciente. Y lo que confirma la eficacia de esta

7. *Ibid.*, p. 213.

mutación en la posición deseante del analista es la respuesta del paciente, que de hecho no se hace esperar.

Ese hombre timorato y algo depresivo comienza a expresarse en otros términos. Así lo manifiesta la propia analista:

“Los sueños y fantasías de este período mostraban toda la gama de ataques sádicos e indignidades concebibles. Durante esta época nuestra relación fue muy tensa. Además me sometía al más persistente, minucioso e incomodante escrutinio, *como si separara mis células una por una*. Observaba tan atentamente cada movimiento, cada palabra mía que literalmente sentía que al menor movimiento en falso todo estaría perdido.”⁸

Sus palabras son suficientemente elocuentes y descriptivas del peso que adquiere la escena transferencial una vez que los deseos en pugna se encuentran en un mismo territorio y movilizan el goce hasta allí retenido en los síntomas. En efecto, la metáfora utilizada por la autora deja advertir bastante bien que es la persona de la analista quien es “analizada”, es decir, descompuesta en sus elementos mínimos. Y es justamente respecto de esa circunstancia que Tower se pregunta si acaso no sería necesario cierto “masoquismo” de la posición del analista para soportar el sadismo en cuestión, aquel que su paciente le dirige como contraataque contra-transferencial.

Ahora bien, lo significativo es que haya sido la remoción de un aspecto de la neurosis del analista lo que permitió un movimiento en la cura. Dos seminarios después, revisando

8. Tower. L (1955) “La contratransferencia” en *Me cayó el veinte*, No. 3, México, Epele, 2001. p. 132. (Las itálicas son nuestras).

los problemas cruciales del psicoanálisis, Lacan expresó esta particular coyuntura del deseo del analista en los siguientes términos: “La neurosis de transferencia es la neurosis del analista”.⁹ Esto quiere decir que para que el analista no goce en el dispositivo, se requiere que no sea su neurosis la que impida la manifestación del síntoma del analizante y la prosecución del tratamiento. Se trata de una indicación de Lacan que reenvía a la pregunta por aquello que es necesario rectificar para que el análisis tome su curso conveniente.

La rectificación del Otro

Una segunda deriva en la comprensión de la destitución del analista como sujeto se encuentra en el esclarecimiento de aquello que se acostumbra llamar “rectificación subjetiva”. Esta última expresión, que designa más la operación a realizar que su resultado, corre el riesgo de interpretarse como una necesidad de concernir al analizante respecto de su padecimiento en términos de “hacerse cargo” de su síntoma. Dicho de otra manera, que suscriba de modo responsable la parte que le corresponde en aquello de lo que sufre y se queja.

Sin embargo, estas versiones de la rectificación —que promueven la denominada “implicación subjetiva”—, en muchos casos no consiguen ir más allá de un mero efecto de culpabilización, cuyo costado masoquista no impide que sea utilizado como reaseguro narcisista. Es algo sabido que no hay nadie más resistente al análisis que quien cree tener

9. Lacan, J. (1964-65) “Problemas cruciales del psicoanálisis”, inédito, clase del 3 de febrero de 1965.

la culpa de todo, como lo demuestra el obsesivo en su posición con respecto al síntoma.

Bastante distanciado de esta perspectiva, Lacan enseña que el deseo del analista opera en análisis una rectificación de otra índole que, en cierto sentido, resulta “opuesta” a la de la implicación subjetiva. Así lo dice en su *seminario 12*, al referirse al quehacer del analista: “Llevar al paciente a su fantasma original, eso no es enseñarle nada, es aprender de él cómo hacerlo”.¹⁰ Y agreguemos que esto no implica en absoluto que al paciente le sea dictado el deseo del analista, sino más bien que el analista “se hace el deseo del paciente”.¹¹

Tal como lo ha desarrollado Gabriel Lombardi,¹² mucho más interesante es notar el desafío que impone pensar que la única rectificación que concierne al dispositivo es la del Otro y, en particular, la del analista y su posición. Para dar cuenta de este aspecto, el caso Dora ofrece una interesante pista, cuya secuencia tiene al síntoma como protagonista principal.

En el momento de consulta, la joven paciente de Freud se quejaba de su padre respecto de dos cuestiones: por un lado, le reprochaba que sólo veía la parte de la realidad que más le convenía (manteniéndose ciego en cuanto a las intenciones gozosas del Sr. K); por otro lado, que el padre usaba sus enfermedades para obtener un beneficio personal (aquel que le permitía colocar su mirada y su deseo sexual en la Sra.

10. *Ibid.*, clase del 19 de mayo de 1965.

11. *Ibid.*

12. Lombardi, G. (2009) “Rectificación y destitución del sujeto” en *Aun* (Revista del Foro Analítico del Río de la Plata), No. 5, JVE, Buenos Aires, 2011.

K). Es este segundo destino de la queja el que nos interesa en particular, ya que es allí donde Freud sitúa la posición del paciente en los siguientes términos:

“Toda vez que en el tratamiento psicoanalítico emerge una serie de pensamientos correctamente fundados e inobjetables, ello significa un momento de confusión para el médico, que el enfermo aprovecha para preguntar: ‘Todo es verdadero y corrector, ¿no es cierto? ¿Qué podría usted modificar, pues es tal como se lo he contado?’”¹³

En lo que respecta al caso Dora, importa subrayar dos cuestiones: en primer lugar, que Freud le otorga al discurso de su paciente el estatuto de “inobjetable”, es decir, que frente a una tradición que hace de la histérica un personaje “simulador” o “histriónico”, Freud restituye el lugar de la verdad presente en la palabra. En segundo lugar, que tampoco actúa como podríamos decir que lo haría hoy un psicoterapeuta, o sea, haciendo consistir la versión del Otro que la histérica denuncia. Por esta vía no se avanzaría más allá de la confirmación fantasmática, dado que el *partenaire* de la histérica siempre es un abusivo seductor u otra forma de referencia más o menos perversa.

Ni una cosa ni la otra, ni psiquiatra ni psicoterapeuta, Freud responde como analista y afirma lo siguiente:

“Pronto se advierte que tales pensamientos inatacables para el análisis han sido usados por el enfermo para encubrir otros que se quiere sustraer de la crítica y de

13. Freud, S. (1905) “Análisis fragmentario de un caso de histeria” en *Obras completas*, Vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1988, p. 32.

la conciencia. Una serie de reproches dirigidos a otras personas hacen sospechar la existencia de una serie de auto reproches de idéntico contenido. *Sólo hace falta redargüir cada reproche volviéndolo contra la propia persona que lo dijo.*¹⁴

¿Qué hay allí de lo que el analista “dice y hace”? ¿Qué concepción de la cura es entonces la que propone Freud en este caso? Digamos que en esta indicación se advierte lo que a primera vista podría parecer un precepto técnico: “Detrás de todo reproche hay un auto reproche”, lo cual podría remitirnos nuevamente a la ineficiente culpabilización del paciente. Si éste fuera el caso, bien podría pensarse que se trata de un prejuicio infundado de Freud o de un fragmento de teoría metapsicológica sin asidero clínico.

Contrariamente a esta lectura, entendemos que se trata de una cuestión ética que determina la posición desde la cual el analista “dice y hace” en cada oportunidad. En este caso, conviene tomar esta referencia como una descripción analítica de la experiencia. Dicho de otro modo, Freud advierte que cuando se queja de su padre, Dora tose, y que a ella misma le cabrían los mismos reproches. En síntesis, que es una forma de exponer el desconocimiento que fundamenta al yo, el cual es paranoico por definición. Esto quiere decir, que siempre está dispuesto a encontrar en el otro su propia condición, o como dice un dicho popular: “Ver la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio”.

Es partiendo de esta doble observación que conviene examinar el quehacer de Freud y la posición que se deduce de su accionar. En este sentido, es preciso destacar dos cues-

14. *Ibid.*

tionen: por un lado, jamás Freud le pregunta a Dora “¿Qué parte tienes tu que ver en aquello de lo que te quejas”, como por momentos suele transmitirse la versión lacaniana de la rectificación subjetiva (a partir de una lectura apresurada de “Intervención sobre la transferencia”). Por otro lado, tampoco Freud le dice que detrás de sus reproches se encuentran autorreproches de idéntico contenido.

Por eso, conviene subrayar que esta indicación resume la táctica de su intervención y el modo en que se ajusta a una estrategia y una política más abarcativa. Es así, por ejemplo, que el día en que Dora llega a la consulta quejándose de un dolor de estómago, Freud no duda en preguntarle lo siguiente: “¿A quién copia usted en eso?”. Y la respuesta, que vale como asociación que incluye al síntoma, es esta otra:

“El día anterior había visitado a sus primas, las hijas de la tía fallecida. La más joven había formalizado noviazgo, y con esa ocasión la mayor contrajo unos dolores de estómago y debió ser llevada a Semmering.”¹⁵

De este modo puede notarse, al menos en este caso, que la rectificación operada por Freud consta de dos tiempos. Es notorio que el segundo tiempo incide sobre su *partenaire*, el síntoma, en la medida en que la queja es orientada hacia el uso que Dora hacía de sus enfermedades en beneficio propio. Es por esta vía que Freud llega a localizar —a través de la asociación que involucra las *enfermedades* de la Sra. K— la causa psíquica del síntoma de la tos: la ausencia del señor K.

Lo que no siempre es tan evidente, pero resulta decisivo,

15. *Ibid.*, p. 35.

es que el primer tiempo incide sobre su propia posición e implica necesariamente su destitución como sujeto de la verdad que el discurso interroga. Recibe la demanda, escucha la queja e instituye con ella el lugar de la verdad. En este primer movimiento, su ser de sujeto no está en juego, lo cual no quiere decir que no lo esté su deseo: de analista. Dicho de otro modo, su posición en el deseo es allí determinante, y aquello que diga y haga encontrará un ordenamiento desde ese lugar. Es solo desde allí que puede esclarecerse la posición que adopta el analista ante la satisfacción del síntoma con el que se enfrenta.

Conclusión

El análisis del analista: todos los maestros han insistido en esto, es condición indispensable para su formación. Mejor aún, el analista es el efecto, más precisamente el producto, de una experiencia analítica llevada hasta su conclusión. Según Lacan, sólo la experiencia del “des-ser” por la que transita el analizante en el final de su análisis crea las condiciones de posibilidad que dar lugar a la emergencia del “deseo del analista”.

Aún así, esta efectuación del deseo no es suficiente para situarse en la función del analista y operar de manera adecuada con el ser de goce del analizante, es decir, con su síntoma. Es en este sentido que la “destitución subjetiva” del analista, para tomar la posición de objeto y la función de causa desde la que ordena el discurso, debe operarse cada vez, en cada encuentro con un nuevo analizante en potencia. En definitiva, la rectificación subjetiva,

antes que una intervención en sí misma, implica una toma de posición que promueve un movimiento propio del cumplimiento de la regla fundamental: la “sintomatización de la queja” y la consecuente deriva de la satisfacción que está en juego.

Por todo lo antedicho, conviene recordar –para terminar– que la división subjetiva encarnada en el síntoma –o, mejor dicho, en la que consiste el síntoma–, es ya la consecuencia de una decisión e, incluso, es en sí misma una posición frente al deseo. La del analista es otra, muy diferente e inédita.

La identificación con el síntoma o... peor

COLETTE SOLER

Mi intervención¹ trata sobre la versión del síntoma que está en juego en la noción de identificación con el síntoma. Mi objetivo es aclarar lo que hace necesaria la noción de identificación con el síntoma y mostrar que las alternativas tienden hacia lo peor, al menos relativamente.

En la expresión propuesta por Lacan, el síntoma está en singular, mientras que al comienzo de un psicoanálisis y en su transcurso, tenemos que vérnoslas con síntomas plurales, múltiples y variados, con todos los síntomas que ponen obstáculos a las conformidades de goce reguladas por los discursos establecidos. Este síntoma en singular no es cualquiera. Se trata del síntoma que establece un vínculo donde precisamente no hay vínculo social establecido para asegurar la convivencia de los cuerpos y de los goces. ¿Dónde encontrarlo, pues, si no en lo que Lacan llamaba el “campo cerrado” de la relación con el sexo o con los diferentes objetos que pueden sustituirlo?

1. Jornadas de los Foros del Campo Lacaniano “Versiones del síntoma”, 10 y 11 de julio de 1999 en París. Este texto fue publicado con anterioridad en *Incidencia políticas en psicoanálisis*, S&P, Barcelona, 2011. Traducción: Jorge Chapuis y Rithée Cevasco.

En *Televisión*, Lacan dice que “los asuntos del amor” están escindidos “de todo vínculo social”. Es decir que, de la misma manera que el esquizofrénico se enfrenta con sus órganos —y aun más, con su vida— sin el socorro de un discurso establecido, de la misma manera todo ser hablante se enfrenta con el Otro sexo sin el socorro de un discurso establecido. El síntoma fundamental es el que suple a esa falla. Asegura una modalidad singular de vínculo con el partenaire sexuado, modalidad siempre enigmática, porque está condicionada por el inconsciente y su asidero sobre el cuerpo. En este nivel nadie tiene semejante. Lacan llama síntoma fundamental a este síntoma, y lo pone en singular, por analogía con el fantasma fundamental. Podría también decir síntoma último, pues suple en el campo del goce a esta última palabra que falta en el campo del lenguaje.

Comprendemos por qué Lacan afirmó que el padre es una versión del síntoma. En efecto, en el campo cerrado del goce sexual del viviente marcado por la castración, confiere el modelo de un vínculo con el otro sexo, con una mujer que convierte en madre, y con un lazo correlativo a la prole que genera. No quiere decir que un padre sea él mismo un síntoma. A diferencia de una mujer, él tiene un síntoma, que es modelo de la función. Este síntoma es borromeo; el nudo borromeo retraduce el Edipo freudiano en términos de estructura. Por otra parte, permite —como se dice a propósito de Kierkegaard— dar una definición de la falta que no sea relativa a ninguna otra ley. Así, como ya he dicho, cada vez que un síntoma, o un *sinthome* si lo prefieren, cumple con una función homóloga de anudamiento del goce con un vínculo social, lo cual supone el nudo de las tres consistencias, podemos decir que hay una función Padre.

Podemos concluir que, desde el punto de vista de la estructura, está excluido que el síntoma fundamental esté ausente al final de un análisis, se sepa o no. El análisis va necesariamente del síntoma de entrada al síntoma de salida. Se impone, pues, la cuestión de saber, en cada caso, cuál es al final la posición del sujeto respecto de su síntoma fundamental; qué hace con él, qué soporta de él. Cuando Lacan dice que identificarse con el síntoma es lo mejor que puede hacerse, deja entender, por supuesto, que existen otras posibilidades... peores.

Voy a explorar las alternativas.

En primer lugar, precisaré algunas alternativas que se excluyen. No podemos decir: o el síntoma o el deseo, ni tampoco: o el síntoma o el vínculo social, como se oye a veces. La razón es simple: identificarse con el síntoma consiste en identificarse con una modalidad de inserción o, más bien, con la modalidad particular de inserción de cada uno en el vínculo social; dicho de otro modo, identificarse con las propias modalidades de acceso al goce del inconsciente vía el partenaire. Que esos modos de acceso sean a veces retorcidos, dolorosos, justifica la demanda terapéutica, pero una vez que se han vuelto más cómodos al final del análisis, no por ello dejan de ser sintomáticos. No es menos inexacto imaginar, como se oye decir a veces a quienes creen estar a la vanguardia, que las últimas elaboraciones de Lacan vuelven caducas sus tesis sobre el sujeto de la falta y el deseo.

Un síntoma que hace vínculo social no está en oposición al deseo; al contrario, incluye al deseo y al fantasma que lo sostiene. Por otra parte, es una tesis que puede leerse claramente cuando Lacan, siguiendo el mismo desarrollo, sitúa

a la mujer como partenaire del padre, a la vez que como causa del deseo y como síntoma.

Decir que ella también es síntoma añade que esta causa del deseo es también condición de goce. Ya no podemos oponer el Eros del deseo —que sería socializante, porque asegura la relación de objeto— al síntoma —que sería asocial, replegado sobre el goce propio—. No cabe duda de que hay síntomas autistas —lo he desarrollado en otra parte—, pero también hay deseos ahogados, también asociales, que vacían de su sustancia la relación con el otro. Sin ir muy lejos, piénsese en el encierro obsesivo y en la búsqueda anonadante de la histeria.

Extraigo una primera conclusión: la cuestión se reduce a saber, en cada caso, qué tipo de goce está condicionado por qué causa del deseo. Lacan respondió claramente a la cuestión en lo relativo al síntoma Padre. Hay otras versiones, lo sabemos: los síntomas célibes, especialmente el homosexual; la gama de los síntomas heterosexuales no-padre, hasta las mayores tentaciones, en particular las donjuanescas.

Hay una segunda conclusión: debe volver a pensarse la oposición entre el atravesamiento del fantasma y la identificación con el síntoma. Es cierto que, en la cronología de su enseñanza, Lacan subrayó, en primer lugar, el atravesamiento del fantasma y que entonces su concepción del pase estaba construida a partir de ahí. Pero la identificación con el síntoma, con la redefinición del pase que supone, no la refuta; antes bien la engloba y la completa; igual que en física una teoría generalizada engloba a una teoría particular. No los oponamos con el pretexto de ser novedosos a cualquier precio. Por el contrario, y con todo rigor, toda identificación con el síntoma ¿no supone acaso el atravesamiento?

miento que permite percibir el objeto causa sin el cual no hay acceso alguno al cuerpo del otro que condiciona el goce?

Pero ¿qué es esa identificación con el síntoma?

Podemos dar una definición débil y decir que consiste simplemente en aceptar lo que no ha podido transformarse y lo que permanece como un poco anómalo en el síntoma de cada uno. Tal reducción de la noción a una simple resignación, no tiene ningún interés y más bien ridiculiza nuestra práctica. En cuanto a la fórmula que ustedes habrán oído, “Soy como soy”, que sería el *súmmum* de la identificación, tiene el inconveniente de poder proferirse igualmente sin el análisis, y concuerda de maravilla con el narcisismo beato.

La noción de identificación con el síntoma sólo tiene interés si la consideramos en un sentido fuerte.

Creo que se define por dos rasgos: no se trata únicamente de consentir, o incluso de cesar de quejarse, lo cual, por cierto, ya sería un progreso; mucho más esencialmente se trata, primer rasgo, de dejar de sufrir. Pero este resultado es de por sí el signo de otro cambio, por supuesto, en el que está en juego el atravesamiento de las identificaciones. Porque no olvidemos que el sufrimiento que genera el síntoma no deja de producirse en gran parte por la división del sujeto entre el ideal y la pulsión, la misma que impide estar en conformidad con las prescripciones del discurso. Producir un síntoma feliz no es una imposibilidad, desde el momento en que el síntoma fundamental es la solución que da un sujeto a la castración; en cambio, es una desgracia universal –aunque enmascarada por el pretratamiento que impone el discurso–. Un síntoma feliz, pues, pero sin olvidar el acento que conviene ponerle.

Sin embargo, éste no es aún el rasgo principal. El segundo

rasgo no es *pathemático*, es epistémico. Identificarse con el síntoma es, si queremos, reconocerse en él. El inconsciente, en cambio, excluye que uno pueda reconocerse en él, y tampoco conocerse en él, decía Lacan, a causa de lo que permanece primordialmente reprimido, tan *urverdräng* como indestructible, falla imposible de colmarse con el decir. Como contrapunto, el síntoma fundamental es lo único que permite una identidad, un nombre propio verdadero allí donde todas las otras identificaciones fallan. El sujeto sólo puede encontrar su principio de consistencia en el síntoma fundamental y constituirlo así como respuesta a la pregunta inicial: ¿qué soy? Soy este goce, o más precisamente, esta modalidad de nudo entre un deseo imposible de decirse todo y un goce que fija una letra del inconsciente.

¿Cuál es el beneficio?

Ante todo, identificarse con el síntoma es la única alternativa para terminar con la identificación con el gran Otro, en sus diferentes formas, aunque fuese la famosa identificación final con el analista antaño promovida por la IPA. A un análisis solicitado por el sujeto, entre otras cosas porque está lastrado con identificaciones incómodas —la definición subjetiva del síntoma siempre incluye las identificaciones— se le daba como finalidad rectificar esas identificaciones en favor de otras supuestamente más conformes, más aceptables, y el analista mismo se proponía como medida de la norma. Más que una paradoja, se trata de una degradación del discurso analítico al discurso del amo, que restaura y refuerza la alienación al Otro. Para caer en eso, más vale atenerse al efecto psicoterapéutico, que va más rápido.

Y desde ahí llego a la primera alternativa. La formulo antes de explicitarla: la identificación con el síntoma o lo

que Freud llamó la reacción terapéutica negativa. Vayamos a la definición de esta última que implica los dos rasgos de la identificación con el síntoma pero en sentido inverso. Freud señala que, en la reacción terapéutica negativa, el sujeto sigue sufriendo sea cuales sean sus progresos, y precisa que incluso cuanto más progresos se logran más se produce el resurgir de sufrimiento. Pero esto no es todo. La reacción terapéutica negativa no se contenta con no ceder en el dolor; sostiene además con firmeza un desconocimiento. Freud insiste: el sujeto dice “estoy enfermo”, lo que para él significa que eso no corresponde al ámbito del psicoanálisis. Esta fórmula, “estoy enfermo”, niega el reconocimiento del síntoma como un hecho de sujeto; es portadora de un rechazo, incluso podría decirse de un rechazo de “la atribución subjetiva”, para retomar un término que Lacan aplicó a la psicosis y que significa que ese goce del que sufro me es extraño, no pudiendo reconocer en él nada de “la oscura decisión del ser”. La reacción terapéutica negativa, tal como la describió Freud y sin confundirla con el tope final del análisis –les consagra, por otra parte, dos capítulos diferentes–, esa reacción terapéutica negativa se encuentra en el extremo opuesto de la identificación con el síntoma: conjuga desgracia y represión redoblada ahí donde la identificación con el síntoma es la vía por la cual se articulan una satisfacción relativa y un saber.

No obstante es preciso añadir que la reacción terapéutica presenta toda una serie de grados que la alejan de su forma extrema descrita por Freud, y en las cuales tristeza y rechazo al saber se mezclan de varias maneras. Cuando el sujeto no cede sobre lo que quisiera ser o sobre lo que imagina que otros son –permítanme decir, que no cede sobre esos sueños

cuando continúa, más allá de los primeros efectos terapéuticos, negando no sólo lo real de la castración, imposible de evitar, sino también la solución necesaria que su inconsciente ya le ha proporcionado y que no cesa de escribirse—, asistimos a toda la variedad de grado de los finales que yo, de buena gana, calificaría de finales por desencanto. Esos casos son simplemente casos en que el análisis conduce a una elección reiterada de la neurosis. Por otra parte, noto que esos finales se hacen oír poco en el dispositivo del pase; sin duda porque este dispositivo selecciona casi automáticamente a los sujetos que creen poder dar un testimonio positivo, ya lo había señalado hace algunos años, en el informe del cartel en que participé y que se encuentra en el volumen *Comment finissent les analyses?*²

La primera alternativa es, pues, la gama de reacciones terapéuticas negativas. Hay otra sobre la cual deseo detenerme, la del síntoma de transferencia. La expresión se justifica en la medida en que, en el discurso analítico, el partenaire causa del deseo, el analista, es también condición de goce del inconsciente. Y existen diversas maneras de gozar del inconsciente.

El síntoma fundamental es una manera de gozar que pasa por la letra una. La asociación libre es otra: juega con la declinación plural de lo que yo llamaría el rosario del inconsciente, se goza no de la letra fija, sino de la serie de los unos de la que es portadora la deriva de la palabra. Este gozar del inconsciente a través de la asociación libre corresponde a una temporalidad en la cual domina lo efímero y lo inconsistente y pertenece a la modalidad de la infinitud,

2. *Comment finissent les analyses?*, Seuil, 1994. Textos de varios autores reunidos por la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

del recitado interminable del inconsciente, con los efectos de sentido que genera. Acompaña la creencia en el síntoma, punto que he desarrollado anteriormente, en el curso de 1992, si no me equivoco.

Por el contrario, el síntoma fundamental no es un ser fluctuante de la cadena; su constancia constituye un tope fijo a la deriva de la cadena del lenguaje y corresponde a la modalidad de la finitud y el límite, y la identificación con este síntoma pone término a la creencia a la que adhería.

Entonces, identificarse con el síntoma al final del análisis es cambiar de síntoma, trocar el síntoma de transferencia por el síntoma fundamental, y pasar, pues, de la indeterminación a la consistencia, de lo evasivo a la aserción, y también de la falta de ser, al ser de goce.

Pero me preguntarán: ¿por qué preferir los segundos términos de esta serie? Se preguntarán: ¿en nombre de qué consistencia, de qué aserción, de qué ser de goce y de qué ateísmo del síntoma valdrían más? No valen más, pero su contrario, la cultura de la incertidumbre, de lo evasivo, de la falta de ser y de creencia, tienen como correlato una alienación específica: la alienación a la presencia real del analista como condición de gozar del inconsciente. Esa alienación a la presencia real es distinta de la alienación al significante del ideal, que también existe en el análisis, pero que la precede y la enmascara en la secuencia de la cura. Creo que esa presencia real es lo que Lacan evocaba, en otros términos, en “La dirección de la cura”, cuando hablaba de las satisfacciones tan difíciles de desanudar en la fase final del análisis.

Concluyo, pues, que el verdadero beneficio de la identificación con el síntoma es producir el efecto de separación final. Ya ven que retomo un término que, durante la crisis

del Colegio del Pase,³ se enarboló como el índice de una desviación. No nos dejemos intimidar por el ruido de la aserción: la verdadera desviación es utilizar los términos de la doctrina para finalidades de poder. Este tema de la separación no es otro que el del final del análisis, y no esperó nuestra crisis para hacerse presente en el psicoanálisis. La identificación con el síntoma es la única que puede producir la solución del vínculo transferencial sin provocar un retorno a la identificación con el Otro con mayúscula. Lacan señaló este efecto separador, en primer lugar, en el seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, y luego en “*L'étourdit*” –en términos de duelo del objeto *a*–, pero, a partir de sus últimas elaboraciones, puede volver a formularse en términos de síntoma como lo hago aquí; lo cual tiene la ventaja de incluir en las formulaciones el resorte verdadero que se opone al efecto de separación, a saber, otro síntoma que condensa otro goce.

El problema de la alienación a la presencia real del analista no apareció con Lacan. Atraviesa toda la historia del psicoanálisis, aunque se formula en otros términos. Recuerden a Freud, cuando decía, con su impagable ironía que después de haberse esforzado muchísimo para retener a los pacientes, debía esforzarse también para que se fueran. En efecto, la cuestión se presentó primero a nivel de la duración de los análisis, pero opera de manera mucho más amplia, porque no sólo en la cura se puede usar la presencia del analista síntoma. También puede hacerse en la institución, donde puede servir, fuera del análisis, como síntoma-prótesis; como ya lo dije en Rennes.

3. Soler, S. (2000) *El psicoanálisis frente al pensamiento único: historia de una crisis singular*, JVE, Buenos Aires.

Conocemos la solución de la IPA. Es segregadora: consiste en no integrar a los analizantes en la sociedad analítica, jugando con la separación institucional entre analistas y analizantes. Digamos que consiste en tratar en lo real y por lo real lo que no se ha podido resolver en lo simbólico.

No es la solución de Lacan. Hoy podríamos imaginar que con la serie de crisis esta solución es un fracaso comparada con una sabiduría, con un supuesto saber-hacer de la IPA —al menos es lo que declara el director general de la AMP—. ⁴ Pero no hay que olvidar, primero, que en la IPA la separación institucional entre el círculo de los analistas y el de los analizantes no es sino la faz más visible de la solución. Su verdadero resorte se encuentra, de hecho, en la sumisión; real y no sólo transferencial, la completa sumisión de los candidatos a las decisiones de los mayores en todo lo que concierne a su análisis, a su comienzo, a su final y a su resultado en cuanto al lugar que ocupan en la jerarquía. Comprendo que no sea eso lo que moleste al director general, pero Lacan pagó su precio por esta situación y su orientación nos lleva en una dirección muy diferente, empujándonos, primero, a reconocer que la solución de la IPA no hace más que duplicar en lo real el problema de la alienación al Otro. No desarrollo aquí la solución Lacan. Tiene un nombre: Escuela, y tendremos la ocasión de estudiarla en el mes de noviembre, en sus principios y a la vez en las realizaciones históricas con sus éxitos y sus fracasos.

Las dos alternativas que acabo de examinar: la reacción terapéutica negativa y el análisis interminable, me permiten

4. Jacques-Alain Miller, Delegado General de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP).

afirmar ya: o la identificación con el síntoma, o peor, el fracaso del análisis terminable.

Aquí podrían desplegarse muchas preguntas que, en mi opinión, abren un amplio programa de clínica diferencial, ya que es probable que algunos síntomas se presten más fácilmente a que uno se identifique con ellos.

La clínica masculina –se comprueba que hace hablar mucho menos que la clínica femenina– podría afinarse en lo que concierne a las cuestiones de identificación final. ¿No comprobamos acaso que, para un hombre, identificarse con su síntoma, cuando es un síntoma-padre, le permite con mayor seguridad desprenderse de la obsesión del padre que habita muy a menudo en el hombre neurótico; que le permite incluso desprenderse de la identificación con los rasgos del buen hombre de su padre? En otras palabras, ¿no comprobamos acaso que la identificación al buen hombre de padre se encuentra en proporción inversa a la identificación con la función padre? De ahí mi fórmula: pasar del padre a condición de servirse del síntoma y, más particularmente, del síntoma-padre. La psicosis demuestra lo mismo, la ausencia del síntoma-padre, que es borromeo, hace que el tema del padre vuelva a aflorar a la superficie.

Aquí hay una pregunta que me habría gustado formular a Lacan; pero, al no poder hacerlo, la dirijo a ustedes. Atañe a nuestro uso de las tesis de Lacan. Las primeras, las de “La cuestión preliminar...”, han inducido a sus discípulos a aproximarse mucho a la idea de una causalidad materna de la psicosis, aunque ellos lo nieguen. ¿Nos llevarían, las tesis del seminario RSI, hacia una nueva causalidad paterna de la forclusión?

Variadas cuestiones de la clínica diferencial se plantean también, como es obvio, en función de los sexos. ¿Y cómo podría ser de otro modo, dado que del lado mujer no existe versión mujer del síntoma? Dicho de otro modo, no hay excepción que confiera un modelo de solución a la castración, lo que sí permite el padre. Tomo aquí el término “modelo” en el sentido en que lo entiende Lacan, no como un padre modelo, sino como el modelo de una función. El modelo de la función para una mujer se encuentra necesariamente del lado del partenaire, lo cual la reduce a hacerse síntoma de otro y, más particularmente, síntoma de otro cuerpo. Todo el problema consiste en saber, para cada una, si este partenaire fundamental se encuentra más en el registro de la versión Padre, del amor limitado, o bien se aleja de él y flirtea del lado del Otro ilimitado y opaco de la mística. Va del padre a Dios. Extrañamente, el famoso estrago se produce más bien en el primer caso, en la mujer acoplada a un síntoma padre. Y al respecto, quisiera hacerles meditar sobre la siguiente observación: los místicos, en la medida en que contamos con sus testimonios, no están estragados y tampoco son masoquistas, me parece a mí. Quizá sea precisamente porque al hacerse síntoma de un otro divino en que anonadarse, no se encuentran con la objeción del límite fálico.

Finalmente, quedaría por retomar la cuestión de llegar a ser analista, puesto que también el analista queda reducido a prestar su presencia y, en consecuencia, también su cuerpo como síntoma. Para él, como para la mujer, falta un modelo de la función. La única versión modelo del síntoma es la versión padre, síntoma que el analista no tiene —si seguimos a Lacan—, porque en el caso de Freud hay, en

este punto, cierta confusión. Es cierto que todo indica que, en efecto, el analista se siente tentado, a falta de ausencia de toda versión tipo del analista síntoma, a prenderse de la versión padre, en particular cuando es un hombre, y la crisis no me desmiente. Freud ya había tenido el mérito de percartarse de ello y de formular el problema. No obstante, no hay versión tipo del analista-síntoma, como tampoco la hay de la versión mujer. Y como esta última, el analista se presta al otro, el analizante, haciéndose síntoma que... ¡espe-rémoslo! sea transitorio.

La tesis se formula, como ustedes saben, en el seminario sobre Joyce, y relanza la cuestión de lo que puede conducir a alguien a ser analista. Para la mujer, no se plantea la cuestión, porque sus beneficios de goce parecen bastante evidentes; pero para el analista que, como el santo, es supuesto no gozar de su función, la cuestión sí debe plantearse. Creo que Lacan ya lo pensaba. Aquí se plantean muchos problemas, éticos y clínicos.

Podemos preguntarnos si no hay síntomas fundamentales que favorecen la elección de hacerse analista síntoma. Manifiestamente, la opción neurótica debe encontrar su beneficio, de lo contrario habría menos “vocaciones” – entre comillas, por supuesto—. ¿Acaso el neurótico analizado queda tan marcado por lo que ha descubierto como solución posible a su inconsistencia y a la castración que desearía hacérselo descubrir a otros? O, por el contrario, ¿es porque no ha cedido en su aspiración neurótica, que identificado, no con su síntoma, sino con su castración a la que ama como a sí mismo, se satisface reenviándola al otro, o sea, al analizante? Sea una vía o la otra, una más que la otra, cambiará mucho el estilo de su práctica.

Usos del síntoma

GABRIEL LOMBARDI

La palabra “paciente” es un término lamentable en psicoanálisis. Los médicos llaman así a quien consulta por padecer algún síntoma que respondería a una causa exterior a la voluntad del enfermo: microbios, genes defectuosos, tumores, trastornos metabólicos, traumatismos con lesión evidente en el cuerpo, etc. Tienen razón en designarlo de ese modo, quien consulta padece de una noxa que lo enferma sin intervención de sus preferencias.

La clínica analítica comienza en cambio cuando el supuesto paciente revela una participación en la fabricación y el sostén del síntoma. Es decir que además de “padecer” algunos síntomas, con ellos también actúa, reacciona, hace huelga, se subleva, evita decisiones costosas o importantes —esas que dan miedo, que lo confrontarían con la angustia que precede a las decisiones—. Un análisis sólo puede comenzar una vez que esta pregunta ha sido abierta: ¿de qué modo el paciente contribuye a la formación y el sostén de su síntoma, en el que conscientemente no reconoce su participación? Recién entonces es posible que ese padecer se transforme en un síntoma analítico, que implica la siguiente *división subjetiva elemental*: el sujeto que por una parte lo padece, por otra parte, *sin* advertirlo

conscientemente, lo promueve, lo prefiere, lo desea o lo disfruta.

Causalidad por libertad

Desde hace mucho tiempo la filosofía distingue dos grandes especies de causalidad. Una es la de la naturaleza, allí *los seres son heterónomos* porque su situación depende enteramente de causas ajenas a ellos mismos. Las leyes que regulan su situación y sus movimientos les son exteriores.

Otra especie radicalmente diferente es la causalidad propia de los *seres que pueden elegir*. De ella encontramos antecedentes en la distinción de las causas por accidente que hizo Aristóteles entre *autómaton* y *tique*: lo que para los seres incapaces de elegir puede ser mero azar, para otros es acontecimiento afortunado o desgraciado, cuando eso que ocurre viene a coincidir fortuitamente con un deseo, una preferencia, un gusto, o bien con el asco o el horror del ser afectado. Kant habló de causalidad “por libertad” cuando un ser tiene la aptitud y eventualmente la voluntad de comenzar por sí mismo un estado nuevo, o de preservar uno ya existente. Aun en las condiciones de horror más extremo, explicó Primo Levi en *Los hundidos y los salvados*, es posible adoptar posiciones radicalmente diferentes.

Erróneamente la psicología y el psicoanálisis redujeron la voluntad al yo psicológico, que percibe muy poco y desconoce demasiado. Ese desconocimiento deja al yo en manos de la voluntad de otro u otros, de los gerentes de recursos humanos, de la sugestión publicitaria, del discurso común, a menudo con la ayuda de drogas legales o ilegales. La psico-

logía ha contribuido a crear el hombre del capitalismo, ese proletario que aunque tenga alguna capacidad adquisitiva y se crea muy fuerte, pocas veces hace lo que íntimamente quiere; su deseo permanece para él guardado, reprimido, sellado, mientras consume su vida en los dispositivos en que lo extravía el sistema que lo guía.

Fue necesario el método freudiano para que algunos conceptos de la filosofía se vuelvan efectivamente practicables, y se evidencie que *existe lo voluntario inconsciente*. Esa evidencia se basa en las pruebas encontradas por Freud de un deseo que existe desde la infancia, que es indestructible, y cuya latencia se revela eficaz en los giros del destino. Adquirido por seducción en un momento traumático de la infancia, ese deseo fue reelecto en la adolescencia, en ruptura con los parámetros de la educación, y habrá de permanecer como ese deseo inconsciente que será *el representante de la representación del ser hablante* donde y cuando no haya significantes para representarlo verdaderamente. Subsistirá veladamente, siempre, como una fijación íntima y lateral que constituye un destino —desde siempre, sólo se llama destino a una fijación entramada en el deseo, a esa latencia que se revela súbitamente en el acontecimiento infortunado o afortunado, o en la decisión inesperada.

Toda la psicopatología freudiana de la vida cotidiana juega sobre la ambigüedad entre casualidad y causalidad por libertad. El acto fallido como síntoma se basa en esa omisión más o menos consciente, no importa, que siempre precede a los mecanismos del inconsciente.¹

1. El carácter de consciente o inconsciente no es una distinción segura. El inconsciente es simple, es equívoco; la consciencia es compleja, exige la división subjetiva.

Milan Kundera escribe que es precisamente en lo inmóvil, en lo que conscientemente no elegiríamos, en lo impredecible, donde se juega la verdadera libertad. En *El libro de los amores ridículos* hace un paradójico elogio de la libertad en el que el médico de guardia Havel, que no suele ser muy selectivo en cuanto al objeto de su satisfacción sexual, resiste sin embargo a la enfermera Alzbeta. El médico jefe, algo preocupado, le pregunta por qué rechaza tan encarnizadamente a Alzbeta, ¿es acaso porque ella manifiesta su deseo hacia él de forma tan expresiva que parece una orden? Después de un diálogo de varias páginas sobre la conquista, el rechazo, y el significado del erotismo, Havel declara que si ha de ser sincero, no sabe por qué no acepta a Alzbeta. Ha honrado a mujeres más feas, más viejas, más provocativas; un experto en estadísticas o una computadora concluirían que también él habría de consentir en hacerlo con Alzbeta. Sin embargo, argumenta: "...quizás es precisamente por eso que no la acepto. Puede que haya pretendido resistirme a la necesidad. Ponerle una zancadilla a la causalidad. Reventar la calculabilidad de la marcha del mundo mediante el capricho de una arbitrariedad".

¿Y por qué tuvo que elegir precisamente a Alzbeta? –gritó el médico jefe, algo indignado. Ante lo cual Havel responde: "Precisamente porque no había ningún motivo. Si hubiera alguno, podría encontrarse de antemano y mi actitud podría determinarse previamente. Precisamente en esa falta de motivo consiste esa pequeña parcelita de libertad que nos es dada y que tenemos que tratar encarnizadamente de atrapar para que en este mundo de férreas leyes quede un poco de desorden humano. Queridos colegas, viva la libertad –dijo Havel y levantó con tristeza el vaso para brindar".

Así de retorcido es el orden de causalidad que está en juego ya en la primera entrevista con un neurótico, que para el caso podría ser un médico de guardia compulsivo, un poco alcohólico y otro poco melancólico. El deseo no reside tanto en la compulsión sexual, inherente a la función de médico de guardia, sino en la tristeza, en lo inmotivado, en lo que no se satisface en la guardia, ese recinto de clausura, ni en el hogar al que vuelve exhausto.

¿Por qué el síntoma, y no la inhibición ni la angustia?

La razón por la cual el síntoma es la categoría clínica central de psicoanálisis, su manifestación más orientadora, puede ser vislumbrada ya desde el texto *Inhibición, síntoma y angustia*.

¿Por qué no la inhibición? Freud explica en el primer capítulo que la *inhibición* es asunto exclusivo del yo, que desconoce la dimensión inconsciente. En los términos de Lacan, la inhibición es un abordaje imaginario de lo simbólico, es una perspectiva yoica de la afectación simbólica de esa mano histérica que no escribe, de la atención obsesiva que se dispersa, del pene que no responde con la virtud esperada, del apetito oral que disminuye poniendo en riesgo la salud, del trabajo que no puede ser atendido debidamente. La inhibición, aunque nos haga sospechar que esconde un deseo, no nos sirve como orientación, no al menos hasta tanto muestre su raíz sintomática, que sólo se advierte desde otro punto de vista –jamás como un proceso que sucede únicamente dentro de un yo íntegro.

La diferencia estructural entre inhibición y *síntoma*

es que éste introduce un elemento ajeno al yo. Freud lo compara con un cuerpo extraño que se ha introducido en el yo, que alimenta sin cesar fenómenos de estímulo y de reacción dentro del tejido en el que está inserto.² La noción de síntoma introduce entonces una *división* en el yo, es su característica principal.

El síntoma se diferencia también de la *angustia*, que para el hombre de coraje puede resultar una señal certera, umbral e indicador inequívoco del encuentro con la puerta que lleva del deseo al acto, esa que le permite enlazarse socialmente al Otro, o bien enfrentarlo decididamente en el pasaje al acto. Por eso mismo, quienes pueden orientarse a partir de esa señal no necesitan analista; quienes pueden vivirla como apronte angustiada y oportunidad para actuar no llegan a constituir casos clínicos, de ellos hablan sus biógrafos eventuales, sus comentaristas, sus seguidores. Ellos pueden “dominar” ese afecto, y no huir en pánico ni reemplazar esa certeza por la evitación fóbica, por la duda obsesiva, por la delegación histérica en otra mujer del encuentro del cuerpo con los goces de lo femenino. Artistas, políticos, analistas, hombres de acción finalmente, no arrugan ni se dividen en los momentos decisivos; o mejor dicho, si se dividen o se angustian, saben destituirse en acto de esa posición vacilante que es la posición de sujeto. Ellos pueden, en acto, arrancar a la angustia su certeza, mientras que tantos otros, ante la angustia, retroceden, entran en pánico, o constituyen un síntoma que asegura su división subjetiva.

Dado que los peligros y oportunidades señalados por la angustia son comunes a todos los humanos, Freud se

2. Freud, S., *Inhibición, síntoma y angustia en Obras completas*, Vol. 6, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, p. 94.

pregunta entonces cómo se seleccionan los individuos que “pueden someter” *{unterwerfen können}* el afecto de la angustia, y por qué otros están destinados a fracasar en esa tarea. Esta pregunta lo lleva nuevamente a la causalidad por libertad que está en juego en la elaboración etiopatogénica que recorre su obra desde el comienzo hasta el final. En cualquier caso, es por dejar caer la oportunidad de la angustia que el neurótico, por ejemplo, se escabulle, duda, experimenta asco, se esconde, huye. Y como el deseo lo sigue llamando siempre desde alguna puerta, se divide.

La angustia puede ser un abordaje de lo real sin pasar por los enredos de lo simbólico. La angustia permite usar el marco de la puerta como entrada directa, en acto, en ese real humano sin ley, en el que se conectan pulsión y deseo. Ese abordaje directo es inaplicable en el tratamiento analítico, porque quien llega a la consulta es justamente el angustiado que no se atrevió a afrontar la situación decisiva, y en lugar de eso constituyó un síntoma, una división subjetiva como equivalente de angustia. Equivalente, equívoco, equipolente, todos los *equi-* que se quiera, ellos permiten desplegar síntomas simbólicamente arborificados en lugar de angustia, tendiendo puentes lingüísticos entre significantes que con frecuencia sólo tienen una relación homofónica parcial, dando “por igual” cosas desiguales —así funciona lo simbólico, como trama *equivocos* del “inconsciente”, noción a la que Lacan llama *une-bévue*, un equívoco. Entonces, una cosa es la angustia y su certeza imaginario-real, y otra bien distinta es el laberíntico miedo al caballo, al caballo con carro, al lobo dibujado, al genital femenino que desagrada al homosexual —ejemplos de síntoma fóbico en los que interviene el significante que sustituye al significante.

Una vez ubicado, el síntoma indica el punto desde donde se ha desplazado el conflicto, el lugar de corte de la división subjetiva, el borde simbólico de vacilación o desgarramiento del ser moral, y como tal constituye, en el decir de Lacan, “lo analizable en las neurosis, en las perversiones y en las psicosis”. Analizarlo, consiste en devolverlo a la puerta original, habiendo explorado los caminos posibles.

Ceder en el deseo no es renunciar a él

El deseo inconsciente no puede ser destruido sin aniquilar al ser que en él sostenía su existencia, y un sentido para esa existencia. Lacan recuerda a Spinoza en su *Ética* escribiendo “el deseo es la esencia del hombre”, y también evoca la clínica de la melancolía, no como posición romántica, creativa, sino como posición del ser que ha renunciado al deseo y al Otro, ser al que ahora la existencia le duele hasta resultarle insostenible. El melancólico experimenta el dolor del mundo *{Weltschmerz}*, dice la lengua alemana, porque no hay diferencia entre él y el mundo, decimos nosotros, sólo queda un yo al mismo tiempo culpable e indiviso, sin separación entre él y lo Otro, por lo tanto sin deseo.

Schopenhauer consideraba el dolor de existir visualmente irrepresentable; sin embargo fue evocado por Edvard Munch, que conoció ese dolor, cuando respondió por su famosa obra “El grito”: “Iba caminando por la carretera con dos amigos mientras el sol caía; de repente, el cielo se volvió rojo como la sangre. Me detuve y me apoyé en la valla, sintiéndome indeciblemente cansado. Lenguas de fuego y de sangre se extendían sobre el fiordo negro

azulado. Mis amigos siguieron caminando, yo me retrasé, temblando de miedo. Entonces oí el enorme, infinito grito de la naturaleza”.³

Dante consideró la melancolía un pecado, es decir una situación que se elige y merece el Infierno. Desde esta perspectiva ya clásica, tampoco el melancólico es meramente un paciente, es un caso de renuncia al deseo, un pasaje al acto a veces no muy ruidoso, como el del funcionario de la breve novela de Melville, *Bartleby, el escribiente*, que responde, con voz suave o aflautada, pero cada vez con mayor frecuencia y decisión: “preferiría no hacerlo” *{I would prefer not to}*.

El neurótico en cambio no renuncia al deseo, sino que lo sostiene... reprimido, con el enorme gasto que eso implica, ya que una fuerza equivalente a la de ese deseo ha de realizarse para que no emerja, en un constante esfuerzo de desalojo, escribe Freud. El resultado es una existencia dividida entre un deseo que pugna por expresarse y un constante esfuerzo que se le opone. Allí situamos el síntoma, en esa división subjetiva que a veces molesta, duele o aturde bajo la forma de una herida más o menos insoportable, pero que otras veces resulta camuflada mediante soluciones de compromiso.

3. “I was walking down the road with two friends when the sun set; suddenly, the sky turned as red as blood. I stopped and leaned against the fence, feeling unspeakably tired. Tongues of fire and blood stretched over the bluish black fjord. My friends went on walking, while I lagged behind, shivering with fear. Then I heard the enormous infinite scream of nature”.

La posición del neurótico en el deseo

Se pueden dar diferentes definiciones del síntoma, y de hecho abundan en Freud y en Lacan. Lo que de un modo más o menos explícito ellas tienen en común es que el síntoma representa y determina la forma dividida del ser hablante, en tanto padece en alguna parte lo que en otra activa o sostiene. Esa escisión práctica tiene como correlato un desgarramiento ético, y su traducción subjetiva es el sentimiento de culpa, ese resto de voz que, desde la conciencia o desde el inconsciente, señala una fractura fundamental en el ser.

Sin embargo el síntoma en tanto forma escindida de ser no siempre es evidente, y para algunos, casi nunca, ya que existe lo que Freud llamó “solución de compromiso”, que describió así en su texto sobre la *Gradiva* de Jensen:

“...los síntomas son resultado de un compromiso entre dos corrientes anímicas, y en un compromiso se toman en cuenta las demandas de cada una de las partes; y por lo demás cada una de ellas ha debido renunciar a un fragmento de lo que quería conseguir. Toda vez que se produjo un compromiso, hubo ahí una lucha, (...) entre el erotismo sofocado y los poderes que lo mantienen en la represión. En verdad, cuando se forma un delirio esta lucha nunca toca a su fin. Ataque y resistencia se renuevan tras cada formación de compromiso, ninguna de las cuales resulta del todo satisfactoria, por así decir. Esto lo sabe también nuestro poeta, y por eso hace que a su héroe, en este estadio de su perturbación, lo gobierne un sentimiento de insatisfacción, una peculiar inquietud, como precursora y garantía de posteriores desarrollos.”

En frecuentes casos el síntoma, que inicialmente es un cuerpo extraño para el yo, es integrado en él como un rasgo de carácter, como una insignia que refleja y representa por ejemplo las agachadas del padre –que si no es un referente en el plano ético puede serlo en el plano de la enfermedad. La duda o la constipación suelen ser admitidas por los neuróticos obsesivos como hereditarias, el síntoma resulta integrado al yo porque sintoniza con lo familiar, lo cual resulta económico en el sentido originario del término.

De todos modos, por lo general de nada sirve que el psicoanálisis denuncie ese primer camuflado del síntoma en el yo. Cuando el análisis golpea al yo, en lugar de afrontar éste su división, suele responder por él un segundo estrato de integración y ocultamiento del síntoma que fue bien explicado por Freud en su texto *Pegan a un niño*. El ser golpeado en la fantasía sustituye el vínculo con el padre del registro previo del amor narcisista. Hay un segundo imaginario en la fantasía, un imaginario de resguardo que compensa la división práctica sin levantar la inhibición neurótica.

“La fantasía es la posición del neurótico en el deseo”, resume Lacan en el quinto capítulo de *La dirección de la cura y los principios de su poder*, donde explica que conviene seguir el deseo a la letra, seguir los hilos asociativos que enhebran los sueños y los síntomas, los lapsus y las afecciones, el humor y las compulsiones. En lugar de integridad ética, en la neurosis y también en otros tipos clínicos hay enredos, en lugar de enlaces simples y nítidos hay embrollos, anudamientos defectuosos e innecesarios.

Decir que la fantasía es la posición del neurótico en el deseo es decir también que hay una erótica del desgarramiento subjetivo, sea éste moral o somático, obsesivo o

histórico. Tanto el erotismo de la voz del Padre en el antiguo testamento como la iconografía cristiana emergente en la Edad Media han sido reemplazados e integrados por los compromisos de la neurosis. “Porque te amo te hago sufrir”, “vale la pena”, es decir que la pena vale: la fantasía da al síntoma un sentido que equivale y reemplaza al sentido religioso o sacrificial del sufrimiento y de la postergación del deseo. El análisis, que no espera el juicio de Dios pero se interesa realmente en el juicio íntimo, personal, de cada ser hablante respecto de su propia acción, va en contra de la postergación y de los camuflados de la división subjetiva. “Sólo podemos ser culpables de haber cedido en el deseo”, dice la ética del análisis. No es que habremos de rendir cuentas en otra vida de lo que no hacemos en esta, ya estamos rendidos a las cuentas, el inconsciente lleva las cuentas de nuestras renunciaciones. Lo que para la religión es *mirabilis*, ordalía o tortura para realizar el juicio de Dios, desde la perspectiva del análisis es degradación ética del ser, es malversación de la vida al servicio de un dios oscuro, que se ha apoderado de nuestra dignidad de *res eligens*.

La neurosis mantiene las elecciones fundamentales *en souffrance*, demoradas, preservando así una división del ser que por lo general no experimenta en carne viva, porque la camufla por identificación con la voz o la mirada, del padre según la tradición, y hay casos peores. La fórmula que propone Lacan desde los años '50 es la siguiente: si el síntoma es la división subjetiva, la fantasía es la identificación con un objeto que de algún modo sutura y da sentido (de excitación no espiritual sino sexual, valor de goce) a esa división subjetiva que se expresaba en la duda, en el remordimiento, en la indecisión paralizante, en el *sí, pero no quiero*

simultáneos e insatisfactorios de la histeria. El síntoma $\$ \emptyset a$, donde a es la mirada o la voz como objeto. El fantasear es entonces una suerte de auto-tratamiento del síntoma por identificación.

Pero el camuflado del síntoma es todavía un poco más complejo en la neurosis, ya que ese objeto propio del erotismo, mirada o voz, más evidente en las fantasías y en los síntomas de otros tipos clínicos, es reemplazado en las neurosis por otras formas del objeto que están reguladas por la demanda D , y que a su vez permiten olvidar que se trata del deseo y del erotismo. De ese modo el neurótico logra en tercer término hacer pasar incluso la fantasía por otra cosa: se trata de un pedir al Otro, demanda oral, o de una exigencia del Otro —una prohibición, un mandato, un permiso, en cualquier caso el deseo atascado en el registro anal. El obsesivo en su fantasía se identifica con la *demanda del Otro*; supone que éste le pide que entregue y entonces *se identifica en rebelión*, no entregando su bolo fecal, su dinero, su deseo, su monografía. La división queda sellada entonces según la fórmula $\$ \emptyset D$, donde el sujeto se identifica en la demanda del Otro, como si nada tuviera que ver con el deseo: el Otro le pide y él no entrega ese objeto que ha venido al lugar de la causa del deseo en el Otro. Podría todavía sorprender que alguien pueda reemplazar con eso la causa del deseo, pero el obsesivo funciona así, mientras hace pasar su deseo de contrabando, “por ejemplo” disimulado en el mérito. La identificación con la demanda, con la exigencia del significante, ha devenido el soporte de un deseo que se sostiene en esa vacilación electiva en que consiste la duda permanente y la ambivalencia en todo, en el amor, en el gusto, en el trabajo, en la acción — tiro la piedra, retiro la piedra.

Algo similar, aunque de sentido inverso, sucede en la histeria. Allí el sujeto atempera su división subjetiva con *demandas dirigidas al Otro*. En lugar de tomar al otro como objeto, le pide, le suplica, le exige, le reprocha, identificándose con esas formas de la demanda que le permiten mantener su deseo insatisfecho. El hecho mismo de pedir, de protestar, de regañar, de reivindicar, de reprochar, de intrigar, adquiere un valor erótico que al mismo tiempo aleja los cuerpos. El hombre de las ratas y el caso Dora de Freud ilustran admirablemente esa “solución” de compromiso consistente en tratar el síntoma mediante el recurso de la identificación $\$ \emptyset D$, que como vimos implica un doble ocultamiento.

La fantasía así doblemente camuflada en la neurosis viene a coincidir, en el exiguo formulario lacaniano, con la escritura de la pulsión, que también es $\$ \emptyset D$. Aclaremos sin embargo el malentendido en el que se oculta el neurótico: lo que urge en la pulsión no es la demanda del Otro o dirigida al Otro, sino el significante que exige equívocamente satisfacción, y que no necesariamente viene del Otro ni se dirige al Otro. El fin del análisis para Lacan marcaría nítidamente ese cambio de interpretación de nuestra relación con la demanda. Su mensaje es que no conviene embrollar en demandas el vínculo con el Otro, el análisis invita a reconducir la demanda a la pulsión, a dejar la demanda para nuestra relación con las exigencias equívocas y pulsionantes del significante. Es más interesante y vitalizante vincularse con el Otro por el deseo que por la demanda.

Mentir al partenaire

Este trabajo de disimulación tan característico de la neurosis, este permanente hacer pasar una cosa por otra en el plano del deseo, muestra el estilo de empleo que se hace del síntoma en este tipo clínico. En primer lugar, en lugar de decidir, el ser se divide; en lugar de elegir, no lo hace, ahorrándose la pérdida que eso implicaría, el primer resultado es la división subjetiva. En segundo lugar, esta división se camufla integrándola en una instancia imaginaria de falsa consistencia, sea el yo con su enorme potencial de ignorancia, sea la fantasía que da un valor de goce al dolor somático o moral del síntoma. En tercer lugar, se sustituye el objeto *a* de la fantasía por esa *D* que parece pulsional, pero que no lo es porque viene del Otro o está dirigida al Otro, mientras que lo pulsional real no se encuentra del lado del Otro sino del lado de la cosa, del viviente. La pulsión designa la relación del sujeto con la mera exigencia del significante, que se impone con esa fuerza constante vislumbrada por Freud en su teoría de la pulsión, exigencia que no requiere de la presencia del Otro para hacerse sentir en permanencia.

La verdadera intervención del Otro no ha de esperarse en el plano de la demanda sino en el del deseo, que siempre viene del Otro, sea que el viviente se fije a él o no, lo haga suyo o deje de lado. Si la angustia es apertura al deseo, si es la sensación genuina del ser ante el deseo del Otro, ella señala el momento de tomar una decisión, de atravesar o de cerrar la puerta. Pero el neurótico, en lugar de aprovechar la certeza ética de la angustia produce un síntoma, un “equivalente de angustia”, se divide, y luego camufla su cobardía, su tibieza, con los procedimientos descritos. En lugar de

actuar, el neurótico se refugia en la fantasía, que es al mismo tiempo una actividad y una inhibición en cuanto al actuar que realiza y transforma. Un neurótico puede ser muy laborioso, un trabajador eficiente. Justamente por acomodarse a la demanda del Otro puede no tener inhibiciones en el hacer. Su inhibición específica es en el actuar según el deseo, que tal vez no implica un gran esfuerzo sino una decisión, un cambio de estado en el ser, una mutación de la división en integridad ética, que siempre es castrativa, porque implica pagar el precio, pero cura la división.

Por otra parte, Freud explicó muy bien en su texto “Análisis fragmentario de una histeria” que los mismos síntomas pueden expresar fantasías diferentes, como un odre viejo puede ser llenado con vino nuevo. Señala el “carácter conservador” del síntoma, que permanece como formato siempre facilitado para diferentes empleos, para las diferentes circunstancias en que el neurótico hará uso de su condición.

Así puede verse el empleo fundamental del síntoma: es el recurso último para mantener la electividad esencial del ser hablante en tanto *res eligens*, pero sin jugarse, sin actuar verdaderamente. “El sujeto, por ser sujeto, sólo funciona dividido”, dice Lacan en *Mi enseñanza*, y es por eso que para alojarlo y tratarlo de otro modo que en la fantasía, el análisis ha de desprenderlo de sus formaciones de compromiso, ha de mostrar que en el yo el síntoma es un cuerpo extraño, muy extraño, aunque el yo se haya adecuado a él y no se dé por enterado; y que la fantasía, que supuestamente da valor a la división subjetiva, es en verdad una prueba de falta de valor, de indecisión, de esa forma de ser culpable que merece o bien el análisis o bien el *Apocalipsis*, según donde se ubique la instancia de enjuiciamiento.

En el *Apocalipsis*, Juan de Patmos anticipa el Juicio en Dios, representándolo en el ángel que vocifera: “Yo reprendo y castigo a todos los que amo”. Su voz descarga palabras urgentes. “Ten pues ardor y conviértete”. “¡Ojalá fueras frío o hirviente! Acaso porque eres tibio, y ni hirviente ni frío, voy a vomitarte de mi boca”. Pero eso futuro, Dios te espera un tiempo todavía, y acaso el neurótico también espera; los deleites de su fantasía tal vez coincidan con los que imagina Dante, en ese *Inferno* a medida que acaso nunca llegue a realizarse, fuera de la fantasía en que cada uno se excita, sufre y goza, manteniendo el deseo postergado.

El análisis ubica el Juicio en otro tiempo, ahora, y en otro lugar, no en Dios, no en el Otro, no en el analista, sino en el núcleo más íntimo del ser en análisis. Por eso en el método analítico no es la voz de Dios la que vomita al tibio por la boca del ángel, sino que es el analizante mismo quien tiene la libertad de vomitar su tibieza e indecisión. Por supuesto que para ello deberá entregar su síntoma en su carácter de cuerpo extraño, entregarlo en carne viva, haciendo la experiencia de lo real de la clínica psicoanalítica, que es “lo real en tanto que imposible de soportar”, según Lacan. ¿Qué real es el que está allí en juego sino el etimológico, el real propio del análisis, el real de la cosa que él es, ese *reus* culpable por negarse al deseo que ha tomado del Otro, al que se ha fijado, sin todavía apropiárselo?

Ejemplos flagrantes de uso del síntoma

Del síntoma como posición del ser hay diferentes usos posibles. Se lo puede emplear para “llamar la atención”,

como se dice, para mentir y con esa mentira decir una verdad, dicho de otro modo para hacerse escuchar, para demorar una decisión, para gozar de un par de pulsiones manteniendo el deseo en reserva, resguardado por la represión, también para remover en un análisis las referencias inconscientes a fin de ponerse a punto de decidir —es el uso *analizante* del síntoma. Hay tantos empleos posibles del síntoma que “vale la pena” dictar un curso que se llama así: *Usos del síntoma*. Y sin duda no alcanzará el tiempo para describir las opciones que esta perspectiva clínica y ética abre.

Hay en la historia del psicoanálisis ejemplos flagrantes de “uso del síntoma”. Es para no decidir entre la candidata asignada por la familia y su mujer amada que el “Hombre de las ratas” enferma de neurosis obsesiva. Aquello que es el resultado de la enfermedad, la parálisis de la decisión y de la acción, está en este caso en el propósito de ella; “la aparente consecuencia de la enfermedad es, en la realidad efectiva, la causa, el motivo del devenir enfermo”, escribe contundentemente Freud. Ese propósito no es consciente, y de nada serviría señalarle que él se enferma “a propósito”. Freud enseña a tomar el síntoma como esa mentira que dice parte de una verdad a desarrollar, y que designa un real ya alcanzado: esa posición dividida del ser, esa condición de *reus* que lo hace culpable incluso de delitos que no ha cometido y de deudas que no ha contraído, complicando y camuflando su ceder en el deseo, deseo que sin duda ha quedado para él enredado en demandas equívocas. Incluso su niñera le había dicho, en el momento traumático de la infancia: “puedes hacerlo pero a condición de no decir nada”. El sujeto se instala allí mismo en tanto negación del ser hablante, ser hablante que tiene el decir prohibido. Este

sin embargo, aún amordazado, hablará sintomáticamente con sus pensamientos deliriosos, esos que sus padres podrían adivinar *{erraten}*, si estuvieran un poco más atentos.

Freud enseña a llevar el síntoma al estado analizante, ese empleo que es el punto de partida y la brújula de todo un proceso de revisión de los embrollos del nudo estructural en que se ha ido enredado el sujeto ya desde antes de nacer, si incluye los ya históricos pecados del padre y las ambiciones insatisfechas de la madre. El síntoma es lo analizable, justamente porque puede devenir activo, o activo-pasivo al mismo tiempo, inducir la repetición de transferencia y devenir así *síntoma analizante*, que es el verdadero y eficaz partenaire del analista. Aún dividido y contradictorio, el síntoma analizante habla con verdad.

No basta entonces con que el sujeto admita su culpa, lo importante es que despliegue los lazos equívocos por los cuales ha devenido culpable de indecisión. El neurótico no es amoral, es hipermoral dice Freud, es culpable de lo que no hizo, de lo que hicieron otros, y todavía no está a la altura de separarse y ser responsable estrictamente de lo que desea y realiza, o no realiza; es necesario un análisis para que alcance su dignidad ética de *res eligens*, ese ser que no tiene otra ley que su deseo.

Dora es otro ejemplo flagrante de uso del síntoma; inicialmente en posición de “alma bella” reivindicativa, es inducida por Freud a admitir que no sólo hay reproches dirigibles a otros, el padre y los K., sino que también hay en ella autorreproches, que remiten rápidamente a las intrigas y las complacencias voluntarias que se inscriben en su cuerpo histérico, ese cuerpo que rechaza el sexo, que lo delega en Otra mujer, preci-

samente aquella que, sin ser su madre, mantiene un vínculo erótico con su padre.

El psicoanálisis toma también casos paradigmáticos de la literatura, el de Hamlet y del método que guía su locura, mediante la cual literalmente analiza, es decir desmenuza, los usos y costumbres de la casa real a la que pertenece. Incitado por el fantasma del padre asesinado en la flor de sus pecados, que con su voz ahora le exige: “No el tálamo real de Dinamarca, de incesto y de lujuria lecho sea”.⁴

Uno de los ejemplos más conocidos y divertidos de la literatura es el empleo del síntoma que relata Molière en *Le médecin malgré lui*. Se trata del caso de Lucinde, cuyo padre Géronte estaba muy preocupado en entregarla pronto a Horace, un joven rico, en matrimonio de conveniencia. Según suele ocurrir, la joven no desea al hombre asignado por la voluntad paterna sino a otro de menores recursos económicos, en este caso Léandre. Como su deseo no es escuchado por su padre, enferma. ¿En qué consiste su síntoma? No puede hablar. Como suele ocurrir en la clínica, lo metafórico deviene literal. Para tratar ese síntoma “metiroso”, Molière no encuentra nada mejor que un falso médico, que es obligado a actuar como tal a pesar de ser un leñador –también por un avatar del amor, la venganza de su mujer que le hace dar una golpiza para que simule ser médico.

Luego de la primera revisión de Lucinde, el “médico” diagnostica inmediatamente el síntoma y se lo comunica al padre: su hija está muda. De acuerdo, ¿pero de dónde

4. “O, horrible! O, horrible! most horrible!/ If thou hast nature in thee, bear it not;/ Let not the royal bed of Denmark be/ A couch for luxury and damned incest”. Shakespeare, *Hamlet*, acto I, escena 5.

viene eso?, inquiera el padre. Del hecho de que ha perdido la palabra, responde el médico. Muy bien, dice el padre, pero cuál es *la causa* de que haya perdido la palabra. Siguen respuestas desopilantes del “médico”, que pasa de las explicaciones tautológicas (la causa reside en el impedimento de la acción de la lengua) a las fórmulas en un latín ficticio (*Cabricias arci thuram, catalamus, singulariter, nominativo haec Musa, bonus, bona, bonum*, etcétera) que explicarían, sin que el padre entienda tampoco ahora, por qué su hija está muda. El padre, ignorante del latín, nota sin embargo que algo en la medicina ha cambiado, ya que ahora el hígado es situado por este médico a la izquierda y el corazón a la derecha. La ciencia evoluciona, argumenta éste. Finalmente, gracias al pan mojado en vino y a la presencia técnica de Léandre que aporta el remedio “específico” indicado por el médico, la niña recupera la voz y la palabra. Advertido del engaño, Géronte hace apresar y ordena colgar al médico, quien solamente se salva porque le anuncian que Léandre acaba de heredar una fortuna gracias a la muerte de una tía propia.

Molière dedicó varias comedias a burlarse del saber médico, incluso ante el propio Luis XIV en el Palais Royal. ¿De qué se burlaba? De la impostura e impotencia del médico para responder en materia de amor y de deseo, donde la causalidad por libertad es decisiva. En tales casos, recordemos a Freud una vez más: el resultado de la enfermedad está en el propósito de la misma, la aparente consecuencia es, en la realidad efectiva, la causa, el motivo del síntoma.

Habría otros ejemplos y desarrollos para abrir, si tenemos en cuenta que el síntoma es lo analizable no sólo en las neurosis, también en las perversiones y en las psicosis.

Señalemos sumariamente que el perverso suele “curar” su síntoma en el marco limitado por el escenario más o menos secreto en que dispone los elementos y representa su fantasía; tal cura consiste esencialmente en remitir a un partenaire su división subjetiva, en un pasaje al acto controlado. El perverso se cura dividiendo al Otro, al que de todos modos aporta el remedio “específico” al caso, que ahora resulta ser el de su partenaire: falo u objeto *a*, depende del caso y de la perspectiva en que se lo analice. Mientras esa curación ficticia funciona, difícilmente el perverso consulte al analista. De todos modos, en algún momento fracasa, y entonces también el sujeto precariamente llamado perverso llega al analista, dividido o angustiado, pidiendo ayuda para responder a una circunstancia aciaga o a un deseo que lo convoca desde más allá del marco estricto y pobretón en que se satisface su fantasía. Hay que ser neurótico para idealizar el “goce” del perverso, porque lo que él cuenta no es para tanto, y si llega a la situación clínica es porque no está en regla con el deseo; a veces el amor, la ambición artística o profesional, o alguna de esas cosas que hacen a lo interesante de la vida, le juegan una mala pasada, o una buena pasada, si lo sacan del recinto privado en que realiza su deseo en cortocircuito, fuera de lo social.

Para colmo, ya ni el psiquiatra ni el juez se ocupan del perverso, sus prácticas antes prohibidas, hoy han sido desmedicalizadas y despenalizadas —salvo la pedofilia. Dicho de otro modo, el perverso se ha quedado sin el Otro que atienda su pro-vocación, su voluntad de goce prohibido. La perversión ha dejado de ser un problema moral, una cuestión de costumbres, lo cual lo

impulsa a reformularse como problema ético, ese que el psicoanálisis resume con la pregunta: ¿has actuado en conformidad con el deseo que te habita? Una vez la perversión permitida, la sociedad misma los deja en su propia división, en su propio pánico a la realización no ficticia del deseo, los deja en su propio síntoma que ya no divide tanto al Otro social. Muchos de ellos tienen aptitudes sublimatorias que les permiten una salida, pero no siempre es así.

El psicótico por su parte camufla su división en el relato de su certeza, delirante o esquizofrénica. Pero ya en análisis, el analizante psicótico muestra muy bien que, cada vez que se trata de definir algo, de tomar una decisión de esas que importan, tiene el recurso de volver al delirio o a la disociación, usándolos como certeza distractora respecto de *lo interesante*, que es el deseo inscripto y realizado en el lazo social –por oposición al deseo mantenido en la indecisión, en la fantasía o en el delirio.

El psicótico, en el desencadenamiento, o sea en ese pasaje al acto con el que rompe las ataduras de los lazos sociales, manda a pasear a la ballena de la impostura de algún padre. Actualiza su posición forclusiva en cuanto al amor al padre, al que él no ha investido jamás con la metáfora del amor. Su posición no es de amor al padre, aún si es de respeto, en la paranoia, o de falta de respeto, que es la posición radical del esquizofrénico. Por eso Freud, antes incluso que Lacan, advirtió que el psicótico, y sobre todo el esquizofrénico, tiene una posición activa irónica, que ataca los lazos sociales de raíz.

La posición del analista ante el sujeto-síntoma

Los fracasos de las terapias sugestivas o directas convencieron a Freud de que no era el yo del enfermo lo que debía tratarse. En las “neurosis”, metáfora irónica que Freud continúa empleando, como si se tratara de una cuestión neurológica y no de las agachadas de la *res eligens* —el accionar del síntoma no es consciente para el enfermo. Se ha producido una división subjetiva, por la cual el sujeto no se reconoce en esa contra-dicción que por un lado lo afecta y por otro promueve. De allí el procedimiento freudiano, hable de lo que se le ocurra, hable de otra cosa, cuente sus sueños y sus tropiezos, porque la trama del síntoma se ha vuelto compleja.

Las recomendaciones de Freud y de Lacan son nítidas: el analista no debe pensar que el síntoma es asunto del yo ni de la conciencia. De nada sirve preguntarle al yo, menos aún responsabilizarlo. Cada vez que ustedes se dirigen al *ego* del sujeto, advierte Lacan, es porque se han vuelto el soporte de su *alter ego*. La rectificación subjetiva que se busca desde el comienzo del análisis no es del orden del *insight* ni del *Aha! Erlebnis*. El síntoma no es cosa del yo, es un embrollo que, una vez producido, afecta toda la vida del sujeto. Por eso lo importante no es “que el paciente comprenda”, sino que comience a activar su síntoma en la transferencia, a producir las asociaciones que permiten su despliegue en el marco candente de ese padecer-actuar contradictorio en que consiste la repetición, el *agieren* analizante, genialmente descrito en “Recordar, repetir, elaborar”.

Así, el paciente se transforma en “analizante”, una nueva condición del ser descubierta por Freud y bautizada así por

Lacan. El sujeto analizante deviene, él mismo, el síntoma en actividad, el síntoma de transferencia situado como tal, por el que el sujeto actúa y padece al mismo tiempo. Esto se constata cuando también en el vínculo con el analista una extraña compulsión lo lleva a reiterar lo que le displace, o a silenciar una y otra vez lo que quisiera decir. El sujeto, por ser sujeto, sólo funciona dividido: es el principio lacaniano a partir del cual un hecho clínico es analíticamente abordable.

En el empleo analizante del síntoma, la división subjetiva deja de estar integrada y atemperada por el yo o por la fantasía, y el síntoma mismo deviene partenaire del analista. Sólo entonces la temporalidad cuenta. Ya no son x años de análisis interminable, el análisis se hace finito, terminable, deviene incluso un caso de urgencia, según la expresión de Lacan en su último texto, el *Prefacio* de 1976. El análisis deja de ser una estafa mutua cuando los términos de la fantasía adquieren en el vínculo analítico un empleo que no es de identificación, cuando el analista encarna no el sujeto supuesto saber sino ese objeto a que interpela y pone a trabajar al *reus*, $a \rightarrow \$$, al real dividido que es el sujeto del inconsciente, culpable de ceder en el deseo, incluso de gozar del inconsciente sin satisfacer el deseo. O si prefiere, otra versión lacaniana de la división: el goce de lo real encuentra lo real de ese goce, el de reus; que *en el fondo, noespañtando*, pero hay opciones más interesantes.

Sólo así puede aprovecharse y elaborarse el *sentimiento inconsciente de culpa*, que indica que las personas son responsables de su ignorancia, que la ignorancia es culpable, es electiva, aunque luego el yo psicológico no advierta o no recuerde su elección. Por ser inconsciente, ese sentimiento paradójico no se percibe directamente, pero se deduce,

explica Freud, del modo en que el sujeto se castiga a través de los síntomas. La paradoja es que la pulsión invocante, por la vía del superyó, es en este caso empleada en contra del deseo, para conservarlo reprimido. Lo mantiene, reprimido. La fantasía a veces expresa bastante directamente esa solución de compromiso, por la que la pulsión, vivida de cierto modo, divide el sujeto y el deseo, al mismo tiempo que vuelve excitante, valioso desde el punto de vista erótico, el castigo, el dulce castigo del superyó paterno, cuyo ejemplo clásico es *Pegan a un niño*, y que actualmente prolifera bajo la literatura y la gráfica BDSM.

También se puede entender desde aquí, la afirmación de Lacan que dice que el síntoma es lo único que conserva un sentido en lo real. Efectivamente, aun encapsulado, incurable, o enlazando como *sinthome* en la estructura nodal simplificada, conserva esa marca por la que el ser hablante afirma su dignidad de *res eligens*. El síntoma quiere decir que todavía hay una elección pendiente y un juicio por venir, eso da sentido a la vida, la vectoriza hacia un después que, aunque acaso nunca llegue si uno pierde tanto el tiempo, deja ese resabio de culpa y esperanza que caracteriza al sujeto del síntoma.

En resumen, el síntoma es un modo de no afrontar la angustia, de no actuar conforme al deseo, ateniéndose únicamente a satisfacciones sustitutivas que permiten esquivar las decisiones importantes. Pero la esperanza es lo último que se pierde: por razones de estructura. El deseo así reprimido suele aprovechar los accidentes, los golpes de la fortuna e incluso del infortunio, para realizarse inesperadamente, típicamente, como un hecho del destino, un destino que en verdad ya estaba guardado en el inconsciente, no como

marca significativa, sino como metonimia y razón de esa marca, en el intervalo de resonancia entre los significantes equívocos que entraman el inconsciente.

Desenlaces del síntoma

Es verdad que algo en el síntoma es incurable. Siempre estará la posibilidad, la *Bahnung* freudiana, la facilitación, la complacencia somática o moral, la maña ética que en determinados momentos nos permitirá volver a emplear nuestro síntoma como resguardo de nuestra posición electiva: pudiendo elegir, no elijo, y así me preservo como *res eligens*.

Pero también es cierto que el análisis hace posibles desenlaces diferentes para el deseante, algunos de ellos implicando una resolución del síntoma que posibilita otra forma de ser que la de ser sujeto y dividido. Por haber desenredado la estructura nodal del síntoma, el análisis suele revelar finalmente opciones por las que tal vez interese pagar el precio, y alcanzar una integridad ética que acaso nunca el analizante había soñado. Lacan habla de desamparo y angustia en el final del análisis, en el contexto de un comentario de las tragedias de Sófocles, y de la revisión ética que ellas le inspiran. Sin embargo hoy sabemos, gracias a los testimonios de ese dispositivo del pase que Lacan mismo diseñó, que lo que se obtiene en la terminación del análisis no necesariamente es trágico, sino que hasta puede ser más bien cómico, y sobre todo, satisfactorio, por curar la división del sujeto.

Una serie de falsas oposiciones caen entonces, de las que sólo haré aquí mención, ya que las he desarrollado en otros textos.

Por ejemplo la oposición entre goce y deseo. Desde que el deseo puede devenir un destino de la pulsión, un *Triebschik-sale*, el deseo puede ser activado en el circuito de la pulsión, dicho de otra manera la pulsión puede alcanzar un destino sublimatorio, por ser el deseo siempre deseo de deseo, que viene del Otro, o que se destina al Otro.

La oposición entre deseo y realización del deseo se revela una falsa opción. La realización del deseo no necesariamente lo agota ni lo apaga. ¿Es necesario apelar a la memoria del hombre, llámese Shakespeare, Picasso o Freud, cuyo deseo no se agotó en la realización de su obra deseada, llámese *Hamlet*, *Guernica* o *La interpretación de los sueños*, para notar que su realización no agota un deseo que es indestructible? ¿No basta con apelar al deseo del analista, que éste reedita cada vez que verdaderamente pone el cuerpo, destituido como sujeto, a fin de encontrarse con el síntoma analizante? El decir del análisis es acto, el analista puede considerarse un hombre de acción, incluso si se mueve bastante poco.

La verdadera oposición que es preciso hacer valer es la que introdujo el psicoanálisis, entre sujeto y destitución subjetiva. Si el primero puede ser calificado de falto de ser, de indecisión, de cobardía moral, etcétera, la segunda es caracterizada por Lacan de otro modo. La destitución subjetiva no es des-ser, no es falta de ser, es “ser fuerte y singularmente”, justamente por ser en acto, y entonces impredicable. Ni sujeto ni predicado, el ser se realiza entre uno y otro, en esa desconexión que da vida al deseo, por fuera de las necesidades que imponen la biología, la lengua, la gramática y la lógica. Hay en el acto, y en el deseo cuya realización aquél camufla, un fragmento de absoluto, de ley que se impone en lo real sin ley, en la fortuna o en el infortunio.

Y lo que realmente se opondrá al goce, y es el beneficio del análisis, es la satisfacción, esa con la que el deseo dice *¡Basta!* *{satis}* a lo que puede resultar un estrago, la inercia en un goce indeseable, sea del uno o del Otro. *Befriedigung*, decía Freud, *pacificación* más que enfriamiento.