

Eje N° 4: ¿En qué se demuestra, desde las primeras entrevistas, que el psicoanálisis no es una terapéutica como las demás?

Coordinadores: Miguel Gutiérrez Peláez (NELcf. Bogotá, Colombia) / Carolina Puchet Dutrénit (NELcf. Ciudad de México, México)

Integrantes: Javier Baca (Lima, Perú), Giselle Cardozo (Caracas, Venezuela), Ximena Castro (Cali. Colombia), María del Pilar Cuellar (Bogotá, Colombia), Fabiana Chirino (Santa Cruz, Bolivia), Pany Dimitrakis (Guatemala, Guatemala), Victoria Ferrero (Ciudad de México, México), Juan de Dios Garibay (Querétaro, México), Lilibeth García (Lima, Perú), Jessica Jara (Guayaquil, Ecuador), Peter Molineaux (Santiago, Chile), María Solita Quijano (Bogotá, Colombia), Jorge Santiago (Chiapas, México), Judith Serrano (Santa Cruz, Bolivia).

La pregunta que nos ha convocado al trabajo, misma que ha sido el eje de nuestros encuentros estos meses, nos permite desplegar tres cuestiones:

1. ¿Cómo es la demostración en psicoanálisis?
2. ¿Qué se pone en juego en las primeras entrevistas?
3. ¿Cómo el psicoanálisis está y no está en la serie de las terapéuticas?

Acerca de la demostración

Para hablar sobre la demostración en psicoanálisis, nos parece necesaria la referencia al discurso universitario y el discurso del analista que propuso Lacan en el Seminario 17¹. Por un lado, en el discurso universitario, el saber (S_2) está ubicado en el lugar del agente, donde ocupa un lugar dominante. Esto se traduce en la producción de teorías que tienen como horizonte un absoluto vinculado a lo universal, es decir, un para todos. Esta clase de saber toma la forma de conocimiento legitimado por un método de investigación que implica cierta acumulación y sistematización de datos que posteriormente se transforman en información garantizada. De esta manera, en el discurso universitario, la demostración es producto del método científico, ya sea en las ciencias duras o en las ciencias sociales y humanas.

¹ Lacan, J., *El seminario, Libro 17, El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

Por lo anterior, en las investigaciones de corte cuantitativo y cualitativo se demuestra por la acumulación de datos que se recuperan de las muestras – representativas o no – del estudio. Si los resultados son producto de una interpretación cuantitativa, las conclusiones se expresarán, sobre todo, en forma estadística. Si, por el contrario, la interpretación es cualitativa, las conclusiones mostrarán ciertas relaciones o correlaciones entre la información recolectada. En cualquier caso, en los estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos, la finalidad es explicar lo que sucede en una población determinada, cuestión que excluye la singularidad. Por lo mismo, es necesario que los resultados de la investigación se apliquen a la mayor cantidad de seres humanos; esto es, que se puedan realizar generalizaciones.

Desde el discurso del analista, el saber (S_2) está ubicado en el lugar de la verdad; la demostración sólo puede hacerse uno por uno o, como solemos decir, caso por caso. Es complicado poder hacer generalizaciones a partir de esto porque se demuestra por la vía de una construcción lógica que no tiene que ver con números o acumulación de datos. Es así que la construcción del caso clínico tiene como finalidad transmitir cómo cada sujeto tropieza con lo que se le vuelve excesivo e insoportable, es decir, el síntoma.

Con relación al síntoma, existen momentos en que este ha sido una respuesta efectiva, pero hay otros que se vuelve incapacitante. En cualquiera de los dos casos, no se trata de eliminarlo sino saber leer su construcción y finalidad. El practicante tendrá la posibilidad de leer el síntoma si él mismo es un analizante; por lo tanto, la demostración es del propio practicante. El analista parte de la relación que él mismo ha tenido con su inconsciente y del cual tiene que dar cuenta. En consecuencia, su escucha y su posición están permeadas por su experiencia de análisis que toma en cuenta la contingencia, cuestión que posibilita cierta plasticidad.

En esta lógica, Laurent afirma que:

“No existe una cura estándar ni un protocolo general que regiría la cura psicoanalítica. Lejos de poder reducirse a un protocolo técnico, la experiencia del psicoanálisis sólo tiene una regularidad, la de la originalidad del escenario en el cual se manifiesta la singularidad subjetiva. Por lo tanto, el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción”².

² Laurent, E., “Principios rectores del acto analítico”, *NUCEP, Sección Clínica Madrid*. Recuperado en: <https://nucep.com/principios-rectores-del-acto-psicoanalitico/>

En otras palabras, los practicantes del psicoanálisis de orientación lacaniana deben poder transmitir por sus efectos, de qué modo su posición es analítica y no terapéutica. Las actividades propuestas por la Escuela nos convocan cada vez a dar cuenta de nuestra práctica atravesada por nuestra experiencia hacia la comunidad de la que somos parte. En este sentido, hay algo del adentro y el afuera que se pone en juego, la experiencia analítica y la práctica que son dos ámbitos de lo íntimo son expuestos en los espacios propuestos por la Escuela (jornadas, conversaciones, encuentros, congresos).

Además, está el dispositivo del pase que es el lugar que tenemos en la Escuela para demostrar que una cura ha llegado a su fin. Ese lugar anuda lo íntimo con lo *éxtimo* y tiene como objetivo poder transmitir lo que se ha podido construir con el propio caso, desde el final de la experiencia, hacia la comunidad. En este sentido, Miller afirma que “...una demostración que sólo valdría para uno solo no serviría de nada. No hay demostración sin comunidad. Es la razón de que haya Escuela. Tenemos una Escuela para que la demostración sea posible, sea efectiva”³.

Posición del analista, lo que se pone en juego desde las primeras entrevistas

A contrapelo de la vida cotidiana y de la consulta que se hace con un psicólogo, psicoterapeuta o médico psiquiatra, donde el profesional en cuestión sostiene una posición de saber sobre el malestar del consultante, el psicoanalista pone en juego su posición cuando alguien consulta. En este sentido, el analista no escucha desde la empatía, no pretende ponerse en el lugar del otro, o hacer como si entendiera.

La posición del analista es la de escuchar sabiendo que el lenguaje provoca malentendido. Por ello, le conviene una posición de no saber y las primeras entrevistas deberían ser consecuentes con dicha perspectiva; hay que cuidarse de comprender, como proponía Lacan⁴. Las entrevistas llamadas preliminares consisten en un tiempo de espera necesario para sancionar el comienzo de un análisis. Son, de algún modo, lo que Freud planteaba como un “tratamiento de prueba”⁵, un tiempo lógico donde el psicoanalista escucha y hace una lectura sobre el sujeto y su síntoma.

³ Miller, J.-A., *Cómo terminan los análisis. Paradojas del Pase*, Buenos Aires, Grama, 2022, p. 316.

⁴ Lacan, J., “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Escritos II*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

⁵ Freud, S., “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, *Obras Completas, vol. XII*, Buenos Aires, Amorrortu, 1992, p. 126.

Desde luego, no tiene que ver con un encuadre o la aplicación de un protocolo, es más bien la entrada a un discurso⁶.

A diferencia de la psicoterapia, que ratifica que el síntoma es signo de lo que no anda con relación a la normalidad colectiva, la posición del psicoanalista es hacer hablar al síntoma, alojarlo, en tanto es lo más propio de cada sujeto y el arreglo singular con lo real para ese sujeto. En palabras de Miller: “Es psicoterapeuta aquel que acredita ante el sujeto que el síntoma es lo que no anda, o sea quien ratifica el desajuste del síntoma con la realidad de todo el mundo, con la realidad colectiva, el desajuste del síntoma con el mundo tal como este marcha, tal como funciona [...] La posición del psicoanalista es en cambio la de no ratificar la realidad colectiva”⁷.

El analista con su acto enseña desde las primeras entrevistas su posición y la orientación del tratamiento. Dado que, desde nuestra orientación, no tenemos estándares sino principios⁸, de las primeras cosas con las que tiene que vérselas el practicante es, entre otros, el pago de la sesión. ¿Qué se pone en juego en cada caso? Es algo a demostrar cada vez. Yasmine Grasser⁹ nos enseña con el caso de la señora V., el modo en qué ella puso en acto su posición e hizo una lectura del síntoma de la paciente.

La señora V. demanda en un servicio público vinculado a un hospital, una psicoterapia, ahí donde atendían algunos psicoanalistas. Ella había transitado la experiencia de un psicoanálisis tiempo atrás y argumenta no querer seguir pagando “sesiones”, ni volver a decir lo que ha dicho repetidamente en su análisis. Al momento de la consulta dice padecer algunos síntomas que afectan su vida cotidiana: dolores, cefaleas, insomnio. Grasser afirma:

“La Sra. V. no escogió dirigirse a un analista. Su demanda incluía a la vez una apertura del Otro de la palabra y del amor, capaz de aliviar la pena de los síntomas, pero también un cierre del inconsciente por un rechazo a repetirse. Entonces, ¿no fue la necesidad de volver a encontrar el camino de su inconsciente la que la llevó a consultar? Fue preciso considerar esta demanda de ayuda terapéutica como previa al hecho de retomar el análisis”¹⁰.

⁶ Da Silva, R. F., “Antes y después”. *Ap/bertura*, 9, Boletín hacia el XI ENAPOL. Recuperado en: <https://enapol.com/xi/portfolio-items/ap-bertura-9/>

⁷ Miller, J.-A., *El Lugar y el Lazo. Los Cursos Psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller*, Buenos Aires, Paidós, 2012, p. 31.

⁸ Laurent, E., *NUCEP, Sección Clínica Madrid, op. cit.* Recuperado en: <https://nucep.com/principios-rectores-del-acto-psicoanalitico/>

⁹ Grasser, Y., “Momentos fecundos de la experiencia psicoanalítica”, *¿Cómo cura el psicoanálisis?*, Bogotá, Serie Bitácora, 2002.

¹⁰ *Idem.*

En este caso se trataba de preservar eso que lleva al sujeto a demandar que el Otro le demande algo. Así, la analista sostuvo por varios meses demandarle nada, lo que permitió poner en función el deseo. La señora V. eventualmente inició un análisis con la analista que supo alojar la singularidad de la demanda, la cual tenía la particularidad de la gratuidad de la atención. Sin embargo, dicha particularidad escuchada analíticamente se descubrió en su función subjetiva para esa paciente. Lo que retrata esta viñeta es que desde el inicio de las entrevistas y a lo largo de ellas, se pone en juego la posición de analista como la de alguien que escucha la disyunción entre el valor social del dinero, su lugar en el marco de la realidad compartida, y su valor pulsional.

El psicoanálisis es una terapéutica, pero no como las demás

El psicoanálisis, a diferencia de las psicoterapias, no es armónico, no busca la adaptación a un estándar social. El analista parte de la hipótesis de que lo inconsciente existe y nos divide. Aceptamos que en el humano está instalado un principio de contradicción; por ejemplo, sabemos que queremos algo, pero al mismo tiempo lo rechazamos. Lo anterior se relaciona con el hecho de que el sujeto tiene un modo de gozar que no sabe muy bien por qué lo satisface y, simultáneamente, lo hace sufrir.

El analista aloja la incoherencia, la paradoja y lo que no anda, sin buscar recubrir con sentido la irrupción de lo real. Más bien, busca crear las condiciones para que pueda resonar algo en lo real. Condiciones de tiempo (la paciencia, el corte, el vértigo, instante de ver, tiempo de comprender, momento de concluir), condiciones de escucha e interpretación, silencio. También el analista provee las posibilidades para maniobrar con lo que excede al sujeto, de tal modo que el goce se pueda acotar, pero sin rechazarlo.

El psicoanálisis produce alivios, pero por añadidura, es decir, no busca la curación o el efecto terapéutico de manera directa. En otros términos, en la experiencia del análisis se crearán las condiciones para que cada sujeto transite por sus palabras y produzca sus modificaciones, que construya su máxima singularidad y, como producto de lo anterior, seguramente también habrá efectos terapéuticos. Si bien no somos expertos en el sentido de una hiperespecialización, ciertamente somos capaces de alojar el discurso de un paciente y transmitir que nuestra modalidad de trabajo es sin garantías, pero que también tiene efectos.

Demostrar los efectos analíticos es, como hemos dicho, algo que es necesario transmitir. ¿Cómo se transmite? Construyendo casos donde se puede ubicar cada vez lo singular en cada sujeto. Y se construye escuchando, leyendo y escribiendo. La escucha de lo sintomático sólo puede hacerlo aquel que esté en posición de analista porque él mismo ha ubicado lo sintomático en sí mismo, decidido a trabajar con sus formaciones del inconsciente, en otras palabras, ha estado en posición analizante. Esto le permitirá ubicarse como semblante para el otro cada vez. No siempre es posible, por eso el control de la clínica es tan necesario, por eso no hay garantía. Decíamos que en nuestra orientación no hay protocolos, pero sí principios, eso sin duda es una diferencia radical con la psicoterapia. Nuestro principio es que no hay garantía, pero sí ética del inconsciente y respeto a la singularidad.

Bibliografía

- Freud, S., “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”. *Obras Completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
- Grasser, Y., “Momentos fecundos de la experiencia psicoanalítica”, *¿Cómo cura el psicoanálisis?* Bogotá, Serie Bitácora, 2002.
- Lacan, J., *El seminario, libro 17, El reverso del psicoanálisis*, Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, J., “La dirección de la cura y los principios de su poder”. *Escritos II*. Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.
- Laurent, E., “Principios rectores del acto analítico”, *NUCEP, Sección Clínica Madrid*. Recuperado en: <https://nucep.com/principios-rectores-del-acto-psicoanalitico/>
- Da Silva, R., Antes y después *Ab/pertura*, *Boletín hacia el XI ENAPOL 9*.
- Miller, J.-A., *El Lugar y el Lazo*, Buenos Aires, Paidós.
- Miller, J.-A., *Cómo terminan los análisis. Paradojas del pase*. Buenos Aires: Grama.