¿Qué cura un psicoanálisis?[1]

Frank RICO

(H. Bosch, 1475-1480) Extracción de la piedra de la locura

Gracias por la invitación a participar en esta jornada con colegas y estudiantes-practicantes. Cuando la profesora de psicología cognitiva, en un gesto de hospitalidad académica,[2] me solicitó que preparara una charla corta sobre *clínica psicoanalítica*, pensé que sería prudente empezar analizando el concepto de *cura* en el que confluyen diversas intervenciones psicoterapéuticas, con el propósito de que lleguemos a estar en condiciones de aproximarnos a una conceptualización de la *finalidad* del psicoanálisis.

"Terapia" es un término que proviene etimológicamente de la idea griega antigua de la curación de un padecimiento, es decir, una acción de alivio del dolor. Emergió formalmente en el campo de la Medicina, aunque en las comunidades originarias también encontramos al terapeuta -conservando las diferencias culturales- en la figura del chamán. De ahí el significado de "clínico(a)" como aquella práctica que ejerce el *curandero* de ir hasta el lugar donde está postrado

---

[1] Participación en una *Jornada de Intervención Clínica* para estudiantes-practicantes de noveno y décimo semestre del programa de Psicología de la Universidad de Pamplona, extensión de Villa del Rosario – IPS. Cúcuta (Norte de Santander) Colombia, Mayo 18 de 2015.

[2] Digo que considero esta invitación un gesto de *hospitalidad* académica porque ese programa de Psicología, al hacer parte de una Facultad de Salud, ha organizado su pensum en torno al modelo Neuro-cognitivo. Lo cual me hacía sentir que el discurso psicoanalítico resultaba ser un *forastero* en medio de tal política disciplinar.

el enfermo, para observarlo directamente y poder así determinar la conducta terapéutica adecuada para ese caso.

Dentro de lo que hoy se conoce como el campo de la Salud Mental se maneja el concepto de psico*terapia*, el cual deriva de la psiquiatría, especialmente de la psiquiatría clásica europea, que entre los siglos XVIII y XIX dejó de preocuparse por desterrar y torturar a los anormales (práctica que fue común aún durante el Renacimiento) y se empezó a ocupar de observar las manifestaciones conductuales de los "degenerados", los llamados por ellos *moral insanity*. En este sentido, el modelo psiquiátrico parte de la descripción de los signos y síntomas positivos para determinar la clasificación nosográfica de un caso y de los efectos de su intervención física, deduce la explicación etiológica de éste.

El psicoanálisis en su surgimiento, de la mano del neurólogo Sigmund Freud (finales del siglo XIX e inicios del XX), retomó de la medicina dicho *modelo clínico*, homologando así la *semiología* psiquiátrica al estudio de los fenómenos intrapsíquicos. El préstamo de este marco de inteligibilidad le sirvió al psicoanálisis para el paulatino establecimiento de sus principios epistemológicos, pasando así de la clínica basada en los manuales de semiología médica a un modelo clínico propio de *funcionamiento semiótico* o *transductivo* del aparato psíquico.

Con esto quiero decir que la neuropsiquiatría fue una herramienta útil pero provisional, mientras fue posible conceptualizar que los registros inconscientes de la memoria, siendo en sí mismos experiencias de vida representativas que fueron apartadas de la consciencia, se expresan simbólicamente en la actualidad a través de otras representaciones que pueden tomar forma verbal o actuada. Cuando este paso investigativo fue posible para Freud la clínica psicoanalítica dejó de necesitar los lentes nosográficos de la psicopatología y propuso su propia teoría nosológica y su técnica de intervención de las psiconeurosis.

Esta transición disciplinar es lo que algunos historiadores nombran como la ruptura epistemológica del psicoanálisis con el paradigma positivista de la psicología experimental, en la medida en que el descubrimiento de *lo inconsciente* permitió delimitar el campo de acción al plano de *las representaciones*, justo en la zona de frontera en la que *lo metafísico* del pensamiento se materializa en pulsión sin reducirse a *lo físico* del instinto.

Para ilustrar la idea que trato de transmitir, les propongo que imaginen por un instante que Freud fue un maestro del séptimo arte, que entendió que contar historias con imágenes es una práctica que no se reduce al conocimiento de la mecánica de las cámaras de filmación sino que, especialmente, consiste en saber que el buen cine requiere de actuaciones estelares, es decir, el que logra afectar al espectador en su dimensión humana, que lo hace vivir emocionalmente una experiencia. Extrapolando esto a nuestro asunto, Freud entendió que las modalidades de asociación, entre las representaciones de los diferentes sistemas de signos mnémicos del psiquismo, no dependen de las leyes naturales que rigen el sistema nervioso sino que responden a diferentes funcionamientos semióticos o transductivos que pueden ser formalizados conceptualmente de manera específica, legitimando así un campo autónomo de problemas de estudio, tan independiente de la neuropsiquiatría como la preparación -siempre diferente- de un personaje por parte de un actor lo es de la capacitación estandarizada de un camarógrafo o de un técnico de proyección de películas. Las competencias y los retos profesionales de unos y otros son totalmente diferentes, aún cuando compartan un mismo escenario de trabajo y el producto de sus diversas labores sea el mismo. En lo que quiero hacerme entender es que, por más que sus

funciones se correspondan, cuando un camarógrafo tiene problemas con su instrumento de trabajo hace o busca algo diferente a lo que requiere un actor cuando tiene dificultades en la interpretación de un papel.

El punto diferencial clave está en que mientras que para la *semiología psicopatológica* un conjunto de síntomas siempre va a ser indicador de un determinado trastorno mental, desde el punto de vista de la *semiosis psicoanalítica* un síntoma es la manifestación de un conflicto intrapsíquico que, para elaborarlo, hay que descifrarlo a partir de la red de significaciones singulares o íntimas del propio sujeto analizante y no con base en un manual diagnóstico.

Sin embargo, debido a la procedencia médica del término *terapia,* generalizado dentro la clínica psicológica, se podría llegar a pensar que la clínica psicoanalítica también tiene el objetivo de *curar* el síntoma que aqueja a una persona y la motiva a consultar. Ciertamente, aunque se puede consultar a un psicoanalista debido a un padecimiento subjetivo, también se suele hacer con fines didácticos dentro de la formación de un aspirante y en diferentes momentos del ejercicio de un analista, así como simplemente por puro deseo de analizarse sin más pretensiones.

En términos generales, para el psicoanálisis el síntoma del que se queja un paciente equivale a la manifestación deformada de un conflicto interno a inferir caso por caso, que éste presenta pero no conoce su causa ni mucho menos sabe cómo solucionarlo o por lo menos manejarlo. Desde esta perspectiva clínica, el síntoma hay que *escucharlo* en las hendiduras o cortes del discurso (verbal y/o actuado) e *interpretarlo* como un efecto inherente de la condición humana de ser seres biológicos atravesados por el lenguaje, es decir, escindidos internamente. Naturaleza cultural o Cultura naturante de *lo humano* que nos hace oscilar en medio de la *tensión irreductible* entre polos antitéticos, como lo son la consciencia y el inconsciente, lo objetivo y lo subjetivo, la representación verbal y la pulsión, los procesos secundarios y los primarios de pensamiento, lo manifiesto y lo latente, entre otros.

Teniendo presente esta condición conflictiva de lo humano, es pertinente preguntarnos ¿en qué consiste -a grandes rasgos- la conducción técnica que ejerce un psicoanalista dentro del proceso clínico? De modo general, el dispositivo clínico psicoanalítico tiene el objeto de propiciar la emergencia de lo inconsciente, dentro de una relación transferencial encuadrada a partir del principio de la libre expresión del analizante, que se sostiene sobre el conocimiento de lo real de la división del sujeto entre su tendencia a verbalizar las experiencias y la irreductible tendencia inconsciente a interrumpir el flujo continuo del proceso comunicacional, para sofocarlo y/o sustituirlo por otros medios simbólicos de representación.

Además de funcionar como un dispositivo semiótico de transcripción de registros de memoria entre los diversos sistemas psíquicos: inconsciente, preconsciente y consciencia, la clínica psicoanalítica también implica para el sujeto analizante un reto *ético*, en la medida en que lo confronta a *asumir* una posición personal respecto a aquello que ahora conoce sobre su saber-hacer inconsciente consigo mismo. Este segundo fin analítico, al ser *ético* es también de carácter *político*, en la medida en que esta toma de posicionamiento íntimo respecto a la manera de enfrentar lo real de su desgarradura interna, tiene efectos directos en la forma en que el sujeto se conecta con lo(s) demás a través de la experiencia de su cuerpo.

Presionado por el reloj, para finalizar diría que la clínica psicoanalítica puede ser entendida, grosso modo, como un proceso de *adquisición práctica de un saber-hacer sobre sí mismo*, acerca de cómo

funciona uno en relación con los demás, a través del análisis transferencial de los baches del discurso y con la finalidad de establecer las condiciones materiales que favorezcan siempre la producción deseante del sujeto analizante. Puede ser que a través de este procedimiento alguien llegue a percatarse de la tendencia a actuar de una manera repetitiva y, eventualmente, esto le sea útil para estar atento frente a ese determinismo inconsciente que a veces se fija como un destino infranqueable. Que esta práctica pueda llegar a tener efectos terapéuticos o adaptativos, eso es un asunto secundario frente a la *finalidad ético-política* de la clínica psicoanalítica.

En este orden de ideas, a la pregunta por la cual fui convocado a esta jornada de psicología clínica: *¿qué cura un psicoanálisis?* Me atrevería a proponer que *el analizante* llega a curarse de la creencia del paciente de que el terapeuta cura y, tal vez, por ahí llegue a percatarse de que -como *lo real* no se cura- es mejor estar dispuesto a estar creándose formas de vivir con lo incierto de *ello*.

∞

Preguntas

Profesor neurocognitivo: Entonces desde esta perspectiva, ¿qué pasa con el síntoma por el cual consulta el paciente? ¿Eso no se toca? R/ta: Si definimos el síntoma no sólo como la queja del paciente sino, específicamente, como la forma en que cotidianamente ese sujeto hace patente su manera singular de experimentar en la vida en común su escisión interna, ciertamente debo responder que mi idea es que el objetivo del psicoanálisis no es propiamente terapéutico, en la medida en que no se propone satisfacer la queja para restablecer la unidad personal del *paciente,* sino dividirlo para producir un *sujeto analizante*. Ahora, eso no quiere decir que "el síntoma no se toque", claro que esta clínica lo hace. Teniendo en cuenta lo que he comentado sobre la real condición conflictiva de lo humano, diría que el psicoanálisis *toca el síntoma* literalmente.

Estudiante-practicante de décimo semestre: eso que usted llamó "funcionamiento transductivo del aparato psíquico" tiene qué ver con la asociación libre de Freud; si es así, cuál es la relación? R/ta: Por supuesto, me parece una buena pregunta porque nos orienta en lo central al debatir sobre diversas propuestas clínicas: la *técnica* de intervención. En ese sentido, no he hecho más que parafrasear y comentar a Sigmund Freud, pasado por lecturas sobre Winnicott, Lacan, Guattari, Deleuze y otros que han dado qué pensar dentro de este particular gremio internacional.

A inicios del siglo XX Freud acuñó la técnica de la *asociación libre* como salida al *método catártico* o de simple abreacción, que había propuesto su maestro el neurólogo Breuer como superación de la manera sugestiva de obtener datos de la memoria disociada de la conciencia a través de la *hipnosis*, que practicaba Charcot en instituciones psiquiátricas a finales del siglo XIX en Francia. Después que Freud la diseñó como técnica de intervención en las neurosis, sus continuadores disciplinares la extendieron a la psicosis, a la perversión, la adaptaron a la escucha analítica de criminales, a la intervención de niños y adolescentes. Incluso, a finales del siglo XX psicoanalistas europeos y americanos tomaron los principios epistemológicos de la asociación libre para plantearla en su versión grupal bajo la técnica del *libre discurrir*.

En cualquiera de los ámbitos profesionales en que se la use, la consigna de la asociación libre es sencilla y clara: "diga todo lo que se le(s) ocurra", con el fin de crear las condiciones favorables para la emergencia transferencial de lo inconsciente, es decir, a través de su proyección en lapsus, malentendidos, en el doble sentido, en el silencio, en el bloqueo comunicacional o en lo que se

actúa más allá de lo que se puede verbalizar. Luego vendrá la práctica de desciframiento por parte del analista sobre lo que pudo registrar de lo expresado por el analizante. Operación siempre inferencial y subjetiva, es decir, derivada de la singularidad de lo que acontece en el despliegue del dispositivo clínico psicoanalítico y, por ende, de las resonancias y desacoples entre los inconscientes en juego.

A mi manera de entender y de ejercer la clínica, la práctica de interpretación no consiste en cerrar el flujo expresivo del inconsciente con significaciones absolutas o definitivas que pretendan dar una estructura sólida a toda liquidez pulsional, sino crear -cada vez más- las condiciones favorables para la *plasticidad libidinal* que requiere el funcionamiento semiótico o transductivo del psiquismo, del cual toma la materia prima un sujeto analizante en su proceso ético-político de *producción deseante.*

Estudiante-practicante: Gracias profesor Frank por su presentación, fue pertinente para nosotros los practicantes de clínica. Simplemente quería comentar que sería bueno que en el actual pensum se abriera espacio al psicoanálisis, porque a nosotros fue muy poco lo que nos enseñaron al respecto, aunque a algunas nos interese.

§