

¿POR QUÉ
QUEREMOS PRESERVAR
LA DIMENSIÓN DE LA
ANGUSTIA?



JOSÉ MARÍA DAMIANO

Damiano, José María

¿Por qué queremos preservar la dimensión de la angustia? / José María Damiano. - 1a ed. -
La Plata : Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Psicología, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-950-34-1942-7

1. Psicoanálisis. I. Título.

CDD150.195

¿Por qué queremos preservar la dimensión de la angustia?

José María Damiano

Fotografías: Facundo Damiano

Objeto artístico: Martina Damiano (2008)

Diseño de tapa: DCV Agustina Gómez | agustinago.site

Revisión y maquetación: Adela Ruiz

Octubre 2020

Facultad de Psicología
Universidad Nacional de La Plata
Buenos Aires | Argentina



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 internacional

*A Facundo y a Martina,
a su inspiradora presencia-ausencia.*

A María Celia Gayol de Damiano.

Prólogo, por Eduardo Suárez | 6

Presentación, por José María Damiano | 8

Capítulo 1

¿De qué está hecho un parlêtre? | 11

¿Qué es un cuerpo? | 11

Real material vs. real del goce | 14

El cuerpo simbólico | 17

El cuerpo imaginario | 18

El cuerpo real | 20

Tener un cuerpo | 21

Capítulo 2

Una vía de acceso a lo real | 23

¿Es necesaria una clínica de la angustia en psicoanálisis? | 23

La dimensión ética de la angustia | 26

¿Cómo se aborda lo real? | 28

La localización de la angustia | 28

Capítulo 3

De la angustia a la acción | 33

Ni palabra ni imagen | 34

La angustia actuada en los historiales clínicos freudianos | 36

Dejar caer | 40

¿Cómo hacer caer al otro en las redes de mi deseo? | 43

Capítulo 4

Te deseo, aunque no lo sepa | 44

Más allá del Complejo de Edipo | 44

De la contratransferencia al deseo del analista | 45

¿Un nuevo amor? | 48

Una misteriosa juntura | 50

Capítulo 5

Una garantía real | 54

Acerca del acto en psicoanálisis | 54

No hay Otro del Otro | 55

¿Qué quieres? | 57

Angustia y discursos: ciencia + capitalismo | 58

La cultura de la evaluación | 60

Capítulo 6

La dictadura del plus de gozar | 64

Desposeídos del saber hacer | 64

Mayor satisfacción: la adicción generalizada | 66

Los tiempos lógicos del duelo | 68

Dejar caer el deseo | 71

Las cinco formas del objeto *a* | 73

Capítulo 7

La causa y el trauma | 76

Objeto causa | 76

¿Cómo desangustiar? | 81

Dos versiones del trauma | 82

Anexos

I. Unidad 4. La angustia y sus transformaciones | 86

II. Traumados (o *dostraumas*) | 88

III. Tyche y Automaton. Física II. Aristóteles | 91

IV. Qué hacer con el *acting out* | 95

PRÓLOGO

Este libro sale a la luz cuando aún no podemos saber qué va a suceder con la pandemia que está azotando al mundo. Un momento en el que las coordenadas de la angustia, presentes, por un lado, en los azares de la muerte y en la ruptura de las rutinas, y por otro, en la caída de grandes Otros como la ciencia y el poder, se ponen a la orden del día.

Un momento oportuno, diríamos, en el que vuelve a hacerse oír, en las protestas masivas de aquí y de allá, el grito con el que Kierkegaard le replicaba a Hegel que nada de la unicidad irrepetible del sujeto puede ser jamás reabsorbida en ninguna dialéctica. Nunca el universal podrá subsumir totalmente a ninguna singularidad, quedará siempre un resto, y uno de sus nombres, aquel que se pronuncia en el borde más desesperado cuando ya no hay otros, es el de la angustia. La misma que, como el virus del pandemónium que se vive, se contagia de uno en uno y que también, cuando ya no hay más nada, produce felizmente en algunos cuantos un brote de consideración por los otros que humaniza la individualidad capitalista.

Por eso, para el psicoanálisis la angustia es una *via regia* para demostrar que el ser hablante habita otro espacio y otro tiempo que Lacan supo tomar en cuenta al introducir para su aprehensión una topología que subvierte todas las categorías psicológicas, entre ellas, la tan mentada división individuo-sociedad. Vemos que, por el contrario, la más mínima expresión de lo que en la actualidad tanto se nombra como la angustia colectiva nos indica que lo singular no se halla sino en el corazón del campo de lo transindividual.

Es una gran ocasión para designar mejor el lugar, el *topos*, donde se asienta la clínica; allí, junto al lecho del enfermo que es, al mismo tiempo, *elhecho* social. Hablar de la clínica colocada en ese lugar, requiere de una posición que no es la de aquel que habla y que predica sobre temas que por mucho que le apasionen

en poco le conciernen, tampoco la de un angustiado identificado con lo excluido. Ya vislumbrarán en este libro, en la medida en que pongan de lo suyo, cómo se responde a esta encrucijada.

Por lo pronto, preservar la dimensión de la angustia nos habla desde el título de un deseo y de una ética que es la de sostener una enunciación que atraviese los muros del discurso universitario. Este discurso que nos cobija, y que nos permite tomar contacto con quienes están allí para formarse, necesita, para que algo del psicoanálisis pueda pasar, de algunos deseos encarnados por personas que no se incomoden demasiado por ser –como bien lo podemos evocar con la expresión francesa–, un poco *personnes*, vale decir, gente que no tiene la pretensión de ser un capítulo en la gran historia de las ideas, que no cree demasiado en ella. Se trata, más bien, de transmitir una idea a la manera de Borges, es decir, atribuida ella misma siempre a un Otro para concentrarse en el único propósito de implicar al otro al que está destinada que no tiene por qué compartir a priori nuestros argumentos.

La tarea es todo un arte, también lo apreciarán en el libro. Cómo hacer resonar en el interlocutor eso que ya sabe por el hecho de ser hablante, sin molestarlo demasiado en sus identificaciones como para llevar a estériles revueltas que siempre terminan por resolverse en el plano de las ideologías. Es un trabajo arduo en el que se aprende mucho, sobre todo, si quien enseña se deja remitir a la posición del analizante.

Este libro también enseña que una situación de angustia puede ser, al mismo tiempo, productiva; en este caso, somos testigos de cómo la pandemia y el confinamiento brindan un tiempo que puede extraerse para pequeños trabajos, para revisiones, que lleguen a convertirse en escrituras y que culminen en una publicación como esta.

Un ejemplo de renovación, cuando no una reinención, del lazo con el otro a través de otros medios que aquel de la palabra en presencia de los cuerpos.

Claro que a esta condición deben preexistirle un deseo y una predisposición al acto, algo que siempre asoma tras la figura del profesor que lo escribió, un compañero de tareas, un amigo.

Eduardo Suárez

Profesor asociado en Psicología Clínica de Adultos y Gerontes,
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.
Miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)
y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP)

PRESENTACIÓN

Este libro presenta las aventuras y las desventuras de un psicoanalista metido a profesor universitario. Se trata de un curso de introducción, no a sino de la clínica de la angustia. En tanto tal, no puede separarse de los otros a quienes está dirigido: los y las estudiantes del último año de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, en la materia Psicología Clínica de Adultos y Gerontes. Aunque en su lectura no es posible disimular el deseo de que pudiese perforar esas coordenadas discursivas, interesándolos en el inagotable texto de Jacques Lacan y en el psicoanálisis de la Escuela en la que inscribo mi trabajo: la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL).

Detrás de estas clases, corregidas y convertidas en capítulos de un libro, hay la producción colectiva de una comunidad de trabajo muy amplia, que me recuerda que la palabra es siempre palabra del Otro y que los agradecimientos que tengo para hacer son, principalmente, a cuerpos con los que hemos sudado juntos algún trecho. Cuerpos cuyos rostros son visibles y cuyos nombres tengo presentes. Incluida la musa alentadora.

La referencia primera y constante en este libro es a *El seminario. Libro 10: La angustia* (1964), de Jacques Lacan. A algunas de sus primeras clases, para ser más preciso. Este seminario cambió para siempre el psicoanálisis, tanto en su doctrina como en su práctica, así como en su política de la cura y en la de sus escuelas. En él se elabora lo que Lacan consideró su único invento: el objeto *a*.

La lógica de ese invento es solamente comparable al nudo borromeo, por la nueva perspectiva que comporta, y por los *impasses* y los imposibles que permite resolver del psicoanálisis anterior, al tiempo que engendra otros nuevos. Quizá este curso no sea suficiente para percibir su alcance. Me he esforzado en que los títulos ayuden a sugerir algo de esa dimensión. El título del libro es una cita de este seminario.

En 1993, y durante cuatro años, junto con otros analistas practicantes, y orientados por Juan Carlos Indart, emprendimos la apasionante aventura de leer y de discutir párrafo a párrafo el *Seminario 10*. Todavía recuerdo la señal de angustia que me acompañó al abrir el libro. Desde ese momento, no he cesado de volver a sus páginas por las más diversas cuestiones vinculadas a la práctica y a la transmisión del psicoanálisis.

Además de la bibliografía propuesta por la cátedra, el libro *La angustia lacaniana* (2007), de Jacques-Alain Miller, que corresponde a las clases de su curso de 2003/2004 y que acompañó la publicación en español de este seminario, fue un texto de consulta permanente e ineludible, tanto por lo que constituye como orientación de lectura, como por el momento político en el que se dictó a propósito de la cultura de la evaluación. Episodio conocido como «La enmienda Accoyer». En su contratapa, puede leerse de la pluma de Leonardo Gorostiza: «En una época en la que parece que nada podría escapar al ímpetu evaluador y a una exigencia de transparencia absoluta enarbolada por el bien de todos, la opacidad de la angustia pone un obstáculo mayor a la cuantificación universal».

El primer capítulo, «¿De qué está hecho un *parlêtre*?», sale de la serie que le da unidad temática a los demás. Sin embargo, su inclusión en el inicio de este libro tiene una doble pretensión: por un lado, ensayar otro modo de presentar los fundamentos de la práctica del psicoanálisis en el siglo XXI; por otro, invitar al lector a que en algún momento reconsidere la clínica de la angustia a la luz del nudo borromeo.

En los anexos se encontrará: la unidad correspondiente al programa de la materia con el que trabajamos durante los últimos años; un comentario sobre el capítulo 5 del *Seminario 11*, para ubicar un mojón ineludible sobre el trauma en psicoanálisis; la referencia aristotélica de *Tyche* y *Automaton*, escrita para una investigación de nuestra cátedra; y un trabajo sobre el *acting out* de mis años como residente en Psicología Clínica.

Quiero agradecer a Eduardo Suárez, por su responsabilidad en el sostenimiento de la orientación de trabajo que compartimos y por su interlocución constante sobre las complejas artes que implica la transmisión del psicoanálisis en la universidad del siglo XXI. Y a los demás trabajadores de la cátedra, en particular, a Stella López, a Ana Piovano y a Mariela Sánchez, por su cotidiano arremangarse.

También me merecen una mención aquellos a los que uno se dirige cuando habla en la universidad, aunque en este caso solo algunos me sean reconocibles. Es que el trabajo con los y las jóvenes estudiantes de la carrera nos pone en la difícil tarea de transmitir el psicoanálisis a las nuevas generaciones en un ámbito donde todas las vanguardias están a la orden del día, con un interlocutor que no da nada por supuesto y que, a veces, mira con ojeriza.

Fueron ellos también los que, sin saberlo, me empujaron antes de tiempo a dar un salto y a confiar en los postulados de «la última enseñanza de Lacan». Aquí se prueba que solo así es sostenible el discurso analítico en el siglo XXI. Irónicamente, la enseñanza en la universidad hoy, tomada por este sesgo, serio y divertido, nos pone también en una posición de riesgo absoluto y en el centro de la paradoja formulada por Lacan a propósito de la angustia, a saber: ¿qué es enseñar, cuando se trata de lo que no se sabe y que tampoco podría saberse?

Enseñante y aprendiz al mismo tiempo, nos recuerda el título de Jacques Rancière: *El maestro ignorante* (2003). Sin dudas, el profesor debe tener algo de Joseph Jacotot para que las cosas funcionen. Aprendiz, cada vez que pronuncio esa palabra me vienen a la memoria estos versos, con los que me despido:

*La tarea que emprendo es ilimitada
y ha de acompañarme hasta el fin,
no menos misteriosa que el universo
y que yo, el aprendiz.*

Jorge Luis Borges («Un lector», 1969)

José María Damiano

Profesor adjunto en Psicología Clínica de Adultos y Gerontes,
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)
y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP)

¿De qué está hecho un parlêtre?

¿Qué es un cuerpo?

Años atrás, cuando se intentaban establecer las diferencias entre las clínicas psicológicas y psiquiátricas se lo hacía a partir de explicitar las diferentes concepciones de sujeto presentes en cada disciplina. Por ejemplo, la distinción entre lo consciente y lo inconsciente, o las diferentes maneras de concebir lo inconsciente, o su centramiento en el Yo o en el Sujeto, etc. En la actualidad, sin embargo, conviene plantear este tema mediante un sesgo completamente distinto, mediante la pregunta: ¿qué es un cuerpo? O mejor, ¿qué es un cuerpo vivo?

Esta es la cuestión de fondo que está presente en los debates contemporáneos sobre las disciplinas psi. Otra manera de plantear este problema podría ser preguntándonos: ¿de qué está hecho un ser humano? Puesto en términos de nuestra práctica, ¿de qué está hecho un ser hablante? O mejor, ¿de qué está hecho un *parlêtre*? Para utilizar la terminología que eligió Jacques Lacan para sustituir el término inconsciente que nunca le gustó, y por las mejores razones.

Partir de esta pregunta nos permite discutir los fundamentos del psicoanálisis de una manera renovada. Nos permite discutir en términos más simples, de un modo más cercano al sentido común, pero sin que por esto deje de ser un planteo muy ajustado a lo que tenemos que tratar. Podríamos comenzar diciendo que un *ser hablante está*

hecho de cuerpo y alma. Todo el mundo estaría de acuerdo con eso. Se trata de una definición que abarca todas las concepciones –del sentido común, religiosas, filosóficas, científicas, psicológicas, etc.– y que encuentra su origen en Aristóteles y su *Tratado del alma (De ánima)*.

Podemos partir de un momento mítico en el que hay un cuerpo. Ese cuerpo contiene los órganos y sus funciones, los sistemas biológicos y sus funciones, pero ese cuerpo puede no tener vida, o tener una *vida vegetativa*; a ese cuerpo hay que darle vida inyectándosela. Ese momento será siempre un abismo, un misterio. La entrada en el cuerpo de un goce, llamado vida. Esa vida es lo que en un primer sentido llamamos el alma, aristotélicamente, lo *que anima a un cuerpo*, lo que le da vida y que podría, de pronto, retirarse, sobre todo en esos tiempos iniciales de esta frágil especie. Luego vendrá, también, lo que podríamos situar como *la intrusión del Otro*, tomando una expresión de Lacan en su seminario sobre la angustia.

Dentro del alma incluimos, desde los aparatos de los sentidos que nos permiten percibir el mundo de diferentes maneras –mediante la vista, el olfato, el tacto, el oído, el gusto– hasta alguna instancia de síntesis que utiliza y que organiza toda esa información, pasando también por el pensamiento, el lenguaje, la memoria, etc. Entonces, el conjunto del cuerpo, como organismo, incluye ciertas cosas, y el del alma, otras.

En psicología, a esta alma la llamamos psiquis, pasando de la tradición latina, que fue tomada por la religión, a la de la palabra griega, como requiere una tradición científica. Dentro de ella, podríamos estudiar las distintas elaboraciones que ha hecho y que hace cada escuela de filosofía y de psicología. Una de esas grandes elaboraciones, proveniente de la filosofía, fue realizada en términos de que *somos conciencia*; inclusive, enunciado con más precisión, somos *autoconciencia*, según la fórmula hegeliana (*selbst-bewusstsein*). Ya que es cierto que a otros seres vivos podemos atribuirles algún tipo de conciencia, pero no tienen conciencia de que tienen conciencia, mientras que en el caso humano se da esa doblez.

Qué es la conciencia como psiquismo tiende a ser un dato que todo el mundo da por supuesto, un supuesto subyacente a todas las teorías psicológicas y científicas. Desde la perspectiva del psicoanálisis, en general, también nos preguntamos muy

poco qué es la conciencia y mucho qué es el inconsciente. Pero ¿qué es la conciencia desde la perspectiva del inconsciente? Es algo que no escapó a las agudas reflexiones de Sigmund Freud y de Jacques Lacan.¹

Ese cuerpo y esa alma (o psiquis) pueden entenderse de maneras muy diferentes según las disciplinas. En nuestra actualidad, el cuerpo se ha ido constituyendo, cada vez más, en un *cuerpo científico*; en nuestra civilización, en nosotros, en nuestro sentido común. Nos hacemos una representación del interior de nuestro cuerpo que corresponde a la ciencia médica. Desde la escuela primaria, estudiamos los sistemas circulatorio, respiratorio, nervioso central, simpático, el cerebro, etc. Tenemos aún en nuestra memoria la representación de la lámina con el dibujo de cada uno de los sistemas que conforman el organismo. Una representación del interior del cuerpo, entendido en términos de la ciencia médica, del cual no tenemos la menor noticia excepto cuando no funciona bien. Lo real de ese cuerpo es que es un organismo. Se lo considera real porque es una materia concreta. Un real material. Y la tecnología científica acompaña esta percepción, creando los aparatos que permiten ver, medir e intervenir en el interior del organismo.

Del otro lado, tenemos el alma, la psiquis o la conciencia, y todo lo que se desarrolló a partir de esta última, donde podríamos incluir, también, todo lo que se dijo del inconsciente, sin importar cuál sea la versión. Si se consulta un buen diccionario, preferiblemente enciclopédico, es posible constatar la infinidad de acepciones que tiene la palabra inconsciente. Pero uno de los sentidos que en la actualidad podría interesarnos es aquel que se refiere a la absoluta ignorancia de lo que le pasa a nuestro cuerpo (lo *Unerkannt*).

Tendríamos, entonces, un conjunto correspondiente al cuerpo, que haremos corresponder con el registro de lo real, y un conjunto correspondiente al alma, que haremos corresponder con el registro de lo imaginario.

Entre esos dos conjuntos se establecen todo tipo de relaciones y de correlaciones. Por ejemplo, si en el alma hay estrés, en el cuerpo hay una descarga de adrenalina. Si en el alma hay depresión, en el cuerpo hay baja de serotonina. Si en el alma

¹ Para lo cual remitimos a los trabajos de Eduardo Suárez (2008) y de José María Damiano (2008).

hay tal o cual emoción (amor, odio, vergüenza, culpa), cierta zona del cerebro tiene una mayor actividad. Si hablamos o si soñamos, hay ciertas zonas del cerebro que aumentan su actividad, etc. En el curso de Jacques-Alain Miller, titulado «Todo el mundo es loco» (2005), se encuentran, también, precisiones acerca de que nuestra posibilidad de vínculo con la cultura se la debemos a una red neuronal ubicable en el lóbulo frontal.

Pero lo que nos interesa subrayar por el momento es que se da por supuesto que hay una relación o una correlación entre el cuerpo real y el alma imaginaria. Todo lo que acontece en el alma o en la psiquis tiene un correlato en el cuerpo –organismo– material. Esto, que existe desde siempre en las llamadas ciencias humanas, se denomina materialismo. En la filosofía y en la historia de las ideas, el materialismo suele oponerse al idealismo, que se inclina por darle preeminencia al alma, y cuya máxima expresión fue el obispo George Berkeley (1685-1753).

Real material vs. real del goce

¿Cómo interrogar este modelo milenario?

En primer lugar, llama la atención que en pleno auge de esta concepción en las ciencias neuro ◇ cognitivas la clínica psicoanalítica más actual nos enseñe, cada vez con mayor frecuencia y con mayor claridad, que *no hay una relación entre el cuerpo y el alma dada naturalmente*. Ojalá la hubiera, podríamos decir.

El principal problema clínico del siglo XXI podría formularse de la siguiente manera: ¿cómo hacen los seres hablantes en este orden de civilización para poder *tener un cuerpo*? En los términos en que hemos expuesto el tema, podríamos preguntarnos: ¿cómo hacen los *parlêtres* para establecer una relación entre el cuerpo y el alma? Hay algo del sentimiento del cuerpo que se ve cada vez más afectado en nuestra época y que pone sobre el tapete esta cuestión: ¿cómo es que un cuerpo, o una parte de él, puede sentirse o no sentirse?

Lacan usó un caso ejemplar, el de James Joyce, que nos puede ayudar a pensar estos problemas en la clínica. ¿Qué nos enseña este caso? Por un lado, testimonia sobre su experiencia de la separación del alma de su cuerpo. ¿Cómo puede ser si vienen unidos, soldados, de manera natural?

Joyce tenía dificultades para mantener unidos su cuerpo y su alma. En su texto de 1916, titulado en castellano *Retrato del artista adolescente*, narra un episodio de su adolescencia (momento en el cual pasan cosas con el cuerpo) en el cual unos compañeros de la escuela lo atacan en patota, lo atan a un alambre de púas y le dan una paliza. Él queda tirado en el piso. Después de lo sucedido, dirá que no tuvo ningún afecto ni ningún sentimiento o resentimiento hacia esos compañeros.

Para relatar lo que le ocurrió en este episodio, Joyce utiliza la metáfora de que su alma se separó de su cuerpo *como se separa la cáscara de un fruto*. Testimonia, también, un especial sentimiento de *asco* en esa experiencia, que no quiere que vuelva a ocurrirle nunca más. En la actualidad, este tipo de episodios son más frecuentes de lo que parece y, cada vez más, observamos en los seres hablantes la necesidad de recurrir a algún tipo de artificio para poder *tener un cuerpo*.

Por otro lado, podemos situar el momento exacto en el que Joyce se confronta con la certeza que lo sostuvo de ser, no un artista, sino *El artista*, y su cuerpo cobra una nueva consistencia. Contemplando el Moisés, de Miguel Ángel, en el Vaticano, y en medio de un debate sobre la ley de evidencias y la ley del testimonio, siente una profunda emoción en su cuerpo y la certeza de que será artista, mientras su pensamiento, puesto en boca del personaje J. J. Molloy, dice:

Esa marmórea figura helada y terrible música con cuernos de la divina forma humana, ese símbolo de profética sabiduría, afirma que si algo de lo que la imaginación o la mano del escultor ha labrado en mármol espiritualmente transfigurado en espiritual transfiguración *merece vivir, merece vivir* (Aubert en Lacan, 2006 [1976], p. 179).

Dijimos, en primer lugar, que no hay relación entre el cuerpo y el alma. En segundo lugar, si tomamos en serio el *acontecimiento Freud* en la civilización, tenemos que *separar del alma el registro de lo simbólico*. Hay una serie de fenómenos que correspondían a ella, pero que Freud hizo que pasaran a conformar lo que podemos denominar Otro registro. Es decir, la estructura radical del lenguaje y el pensamiento –llamada sistema inconsciente– es autónoma del alma imaginaria, de la autoconciencia; es necesario sacarla del psiquismo. Esa dimensión del lenguaje está más allá del principio del placer.

No es un detalle de Freud a lo que nos estamos refiriendo. Estamos hablando de su descubrimiento fundante y por el cual pasó a difundirse en la cultura, más allá del psicoanálisis mismo. El descubrimiento de que el inconsciente es un determinismo e, incluso, un sobre determinismo que solo puede entenderse en términos de *significantes escritos* y de *relaciones escritas* (*Verhältnisse*), pero no en el alma, sino en el cuerpo. Este corte entre el lenguaje y la psiquis es crucial.

Recordarán que en su famoso *esquema del peine*, Freud ubicaba el inconsciente entre la percepción y la conciencia. No debajo de la conciencia –como se difundieron sus ideas asociadas a las categorías de lo más profundo y lo más superficial–, sino *entre* la percepción y la conciencia. Decía, además, desde la «Carta 52 a W. Fliess» (1986 [1896]), que no se trataba de un lugar *espacial, anatómico*. Para ese entonces, él ya había considerado y abandonado el modelo neuronal. Si tengo un cuerpo que recibe percepciones, estas llegan o no llegan a mi conciencia después de pasar o de inscribirse sincrónicamente en lo que él llamó el sistema inconsciente. Allí está el lugar del Otro donde se constituye el Sujeto.

Entonces, puedo admitir o reprimir o rechazar percepciones de la conciencia, pero eso deja una marca. Por eso, Freud decía que *todo acto psíquico comienza por ser inconsciente* y puede o no devenir consciente; tal es el caso de la vida onírica, de la cual solo una pequeña parte es susceptible de conciencia. Esto implica que el lenguaje y el pensamiento que le es subsidiario conforman un registro autónomo, aparte del alma imaginaria: el registro simbólico.

Por lo tanto, este es ahora el punto de partida. Tres registros diferenciados entre sí, que son autónomos, independientes y que no necesariamente están en relación. El desencadenamiento de una psicosis, desde esta perspectiva, verifica un desanudamiento de estos registros. Debemos situar, allí, no solo los clásicos fenómenos elementales –que son elementos diagnósticos correspondientes a lo simbólico– sino también la descomposición de lo imaginario –regresión tópica al estadio del espejo, decía Lacan ya en su *Seminario 3* (1956) sobre las psicosis– y los fenómenos de irrupción y de desarreglos de goce en el cuerpo. De lo cual se sigue que un ser hablante, para poder tener un cuerpo, ha realizado ciertas operaciones que le permitieron anudar esas dimensiones que se desanudan en un desencadenamiento.

Estos registros son, ahora, tres registros del cuerpo y, en tal sentido, los tres son reales: registro simbólico (S), que presentamos como lenguaje-inconsciente; registro imaginario (I), que presentamos como alma-conciencia; y registro real (R), que, hasta aquí, presentamos como cuerpo-organismo.

A partir de esto, quisiera plantear una única y misma cuestión para esta trinidad:

- El cuerpo que llamamos simbólico, es otro que el cuerpo organismo-material.
- El cuerpo que llamamos imaginario, es otro que el cuerpo organismo-material.
- El cuerpo que llamamos real, es otro que el cuerpo organismo-material.

Buscaré argumentar lo anterior, puesto que resulta muy importante para todos los temas que abordaremos. Sostenemos una práctica en la cual operamos por vía de la palabra y la escucha; no intervenimos a nivel del organismo –con inyecciones, medicamentos–, entonces, ¿con qué operamos? y ¿sobre qué cuerpo operamos?

El cuerpo simbólico

Lo simbólico no es para nosotros una criatura celestial, sino un orden material, es *la materialidad significante*, como plantea Miller (2005) en el curso mencionado, es una de las materias de la que está hecho el *parlêtre*.

Trabajamos con la noción de que ese Otro de lo simbólico se inscribe en el cuerpo. Es el lenguaje, la palabra o el significante que se nos mete en la carne, parasitándola y vivificándola. El neuro \diamond cognitivismo le atribuye esa función al cerebro. Sin embargo, el cerebro podría no ser más que una *metáfora de órgano*. Así como, metafóricamente, atribuimos ciertos sentimientos al corazón. El pueblo semita atribuía la inteligencia al corazón.

Para formalizar lo anterior, en un primer momento, Lacan no solo se apoyó en el *Curso de lingüística general* (1945), de Ferdinand de Saussure, sino también en los estudios de Román Jakobson y de Morris Halle, principalmente en su texto *Fundamentos del lenguaje* (1956). Los autores habían hecho una demostración sobre la base de un estudio sobre las afasias, que tenían una lesión orgánica comprobable. Sin embargo, se demostraba que los trastornos en el lenguaje no se

producían de cualquier forma: el lenguaje se descomponía según la forma y las leyes en las que se había compuesto. Este lenguaje no solo es una operatoria lógica (selección y combinación de palabras), sino que incluye una retórica, porque produce un efecto de sentido, y por eso son necesarias las figuras de la metáfora y la metonimia.

A estas leyes, Freud las llamó condensación y desplazamiento, siguiendo un modelo más bien físico. Esto le permitió demostrar y formalizar un orden de causalidad, que conocemos como *causalidad psíquica*, pero que llamaremos, mejor, *causalidad significativa*. Pero esto fue solo el comienzo para introducir el registro de lo simbólico. A medida que circunscribimos mejor el real al que nos orientamos, se hará cada vez más manifiesto que el *Otro es el cuerpo*, que *los cuerpos están atrapados por discursos* y que encontrarán en forma de *letra escrita* su cara más real.

Freud trató esta relación en *Tratamiento por el espíritu* (1985 [1893-1895]), pero toda su *Talking Cure* presupone la relación del lenguaje con el cuerpo, inclusive con la carne.

El cuerpo imaginario

El cuerpo entra en la economía del goce por medio de la imagen del cuerpo, dice Lacan en *La tercera* (1974). Nuestro cuerpo imaginario se constituye a partir de un acto, de un acontecimiento, de un fenómeno libidinal que conocemos como el *estadio del espejo*, momento en el que se conforma *el yo tal como se nos revela en la experiencia analítica*.

Lacan tomó del biólogo holandés Louis Bolk (1866-1930) lo que se conoce como *la prematuración específica* de la especie humana. La prematuración es un hecho del organismo, del nivel del cuerpo orgánico. La especie humana es la que nace más inacabada, la más prematura; en comparación con otras especies, durante mucho tiempo no puede valerse por sí mismo para nada, porque sus aparatos esqueléticos, musculatorios, nerviosos, etc., no están listos para la supervivencia. Esto se llamó también *fetalización*, en tanto se nace conservando aspectos de la vida fetal. Es por ello que si no se reciben los cuidados necesarios del Otro no se sobrevive.

Es por la intervención de un *fenómeno libidinal*, es decir, de goce, que se constituye, se conforma, se arma ortopédicamente un cuerpo en el niño, a partir de reconocerse en su imagen, de asumir una *identificación imaginaria* que se acompaña de un goce que Lacan describe como *un jubiloso ajetreo*. El psicólogo alemán Wolfgang Köhler (1887-1967), de la Escuela de la *Gestalt*, se ocupó de filmar a muchos niños en el momento exacto en que eso se producía y en sus estudios compara ese momento con lo que acontece en otra especie como el chimpancé. Desde estos dos saberes heterogéneos Lacan releyó el narcisismo freudiano.

La clínica actual nos va a mostrar que esa identificación no es natural ni automática, sino que puede fallar o puede no ocurrir. Por ejemplo, en el caso de algunas formas de autismo en las que, precisamente, el problema se presenta porque no se ha podido constituir el cuerpo imaginario y, por lo tanto, no se constituye el objeto en el mundo exterior, ya que es la constitución del yo lo que produce un clivaje entre interior/exterior. Para remitirnos a una casuística conocida, una excelente demostración de ello es el caso Dick, que trató Melanie Klein (1930), y que es ampliamente comentado por Lacan en el *Seminario 1* (1954).

Lacan concibió este momento siguiendo un modelo que había tenido un exitoso impacto en los estudios etológicos, como un caso particular de *los efectos formativos que tiene la imagen sobre el organismo*. Un orden de causalidad que va de la imagen (*imago*) al organismo. Los etólogos de aquel entonces habían descubierto que ciertas modificaciones en el organismo del animal acontecían si y solo si este veía a un miembro de su especie. Es decir, no se producían si esa visión de un *congener* no ocurría. Fueron llamados fenómenos de *identificación homeomórfica* y sus investigadores obtuvieron destacados premios por ello.

En la especie humana se da algo equivalente: la visión del cuerpo propio tiene el mismo efecto constituyente. La imagen es *causa* de un efecto, que es anudar lo imaginario a lo real como goce *en* el cuerpo. El cuerpo quedará marcado, entonces, por un goce que Freud llamó narcisista. Es la alegría de tener un cuerpo. Ese goce es identificable con la superficie corporal, con el órgano piel que contiene los órganos.

Debemos diferenciarlo de cuando el narcisismo lleva a un sujeto a una *locura de ser* en su Yo, cuando pretende el reconocimiento universal, la inscripción de su imagen en el Gran Otro para siempre. Es *la rana que quiso ser como el buey*, según

relata la fábula, y sabemos lo que le ocurrió. Nos referimos, en ese caso, a la articulación del narcisismo a lo simbólico –allí reina el deseo de reconocimiento que no se realiza nunca plenamente–, es decir, I/S (imaginario/simbólico), mientras que lo que estamos precisando es la articulación del narcisismo al goce, es decir I/R (imaginario/real). El punto a subrayar, ahora, es que el cuerpo imaginario conlleva un goce que se superpone y que modifica al organismo biológico.

El cuerpo real

En el registro de lo real el cuerpo es goce y el goce es independiente del organismo biológico. Se apoya en un órgano, pero no se aloja ni es producido por ningún órgano. Freud inventó el concepto de pulsión para delimitar una materialidad que no es la del organismo. En ese cuerpo de goce desde la práctica del psicoanálisis se han podido establecer tres modos diferentes: el goce de la pulsión parcial, el goce llamado fálico y el Otro goce.

El cuerpo de goce es independiente del cuerpo anatómico, por lo que el sexo biológico o anatómico puede no tener nada que ver con el cuerpo de goce. Sobre el fondo de que, en la especie humana, ni la biología ni la genética, ni ningún tipo de escritura proveen un programa, ni para la sexuación ni para la relación entre los sexos. Razones por las cuales tanto el sexo como la elección del *partenaire* forman parte de lo que llamamos, en un sentido muy amplio, *elección*; admitiendo lo que puede tener de insondable la decisión del *parlêtre*.

También podríamos ilustrar esta dimensión del cuerpo observando que en las adicciones o toxicomanías se plantea un problema de goce, una satisfacción del cuerpo que si pudiera reducirse a un disfuncionamiento cerebral –para el que alcanza con hacer sesiones con láser o tomar un medicamento–, no representaría el problema que representa en la actualidad para nuestra civilización, que ha podido caracterizarse con un *todos adictos*.

Siempre es un exceso de goce que acontece en el cuerpo lo que se presenta como síntoma a tratar, pero no a nivel de organismo sino a nivel de la *sustancia gozante*. Nuestra práctica trata de incidir sobre un modo de goce por la vía de la palabra.

Tener un cuerpo

Primera conclusión: un *parlêtre* está hecho de tres materias: una imaginaria, una simbólica y una real. Cada una de ellas constituye una dimensión autónoma e independiente de las otras dos y del cuerpo como organismo, con su real entendido como biológico material.

Segunda: para poder *tener un cuerpo* es necesario anudar esas tres consistencias. Tener un cuerpo debe entenderse, aquí, como opuesto a *ser un cuerpo*. En el calce de ese anudamiento situamos la invención lacaniana del objeto *a*.

De este modo, pasamos de una concepción dualista, cuerpo y alma, a una concepción trialista. La tendencia actual en el neuro cognitivismo busca pasar de la concepción dualista a una monista: lo bio integrado en lo psi, lo psi que se integra, en lo social y en lo cultural, y también la naturaleza y Dios se pueden integrar. Todo integrado.

El inconsciente y el cerebro no tienen nada en común. Cada uno es una disciplina diferente y cada uno sigue su camino. No hay ninguna intersección entre ambos, ni ningún punto de contacto. O, como dice Miquel Bassols (2019), *tienen en común la nada*. Es tan cierto que sin cerebro no se podría hablar como que sin lenguaje tampoco se podría hacerlo.

Nuestra práctica consiste en introducir modificaciones en el cuerpo con el instrumento de la palabra. Incluso, en el más allá de la palabra, donde solo puede llegar como *razonancia (reson)*.

Referencias

Aristóteles (2010). *Tratado del alma (De ánima)*. Prólogo de Marcelo Boeri. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Colihue.

Bassols, M. (2019). El falso dualismo entre mente y cuerpo. *Freudiana*, (86), 33-40.

Damiano, J. M. (2008). El fantasma de la autoconciencia. En E. Laurent, J. C. Indart y otros, *Del cuerpo y el alma en los debates diagnósticos actuales*. La Plata, Argentina: Cita ediciones.

Freud, S. (1986) [1886-1899]. Fragmentos de la correspondencia con Fliess. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1985) [1893-1895]. Sobre Psicoterapia (Tratamiento por el espíritu). En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Estudios sobre la histeria (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Joyce, J. (2012) [1916]. *Retrato del artista adolescente*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Losada.

Lacan, J. (1981) [1954]. *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1989) [1956]. *El seminario. Libro 3: La Psicosis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2006) [1976]. *El Seminario. Libro 23: El sinthome*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2015). La tercera (1974). *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, (18), 9-32.

Miller, J.-A. (2015). *Todo el mundo es loco*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Suárez, E. (2008). El inconsciente, cosa bastante precisa. En E. Laurent, J. C. Indart y otros, *Del cuerpo y el alma en los debates diagnósticos actuales*. La Plata, Argentina: Cita ediciones.

Una vía de acceso a lo real

¿Es necesaria una clínica de la angustia en psicoanálisis?

La clínica de la angustia es diferente a la clínica del síntoma: la angustia no es un síntoma. Sigmund Freud (1988 [1925-1926]) distinguió tres tipos diferentes de presentaciones para las formas del sufrimiento humano: la inhibición, el síntoma y la angustia. Esto significa que todos los conceptos que forjamos y que trabajamos en el abordaje de la clínica del síntoma, y que es lo que conocemos como el psicoanálisis clásico, los hacemos a un lado como conceptos útiles y válidos solamente para esa clínica. Podríamos comenzar diciendo, pues, que la angustia no tiene nada que ver con el síntoma.

En la clínica del síntoma, ubicamos la teoría del significante y su sujeto –el significante representa al sujeto para otro significante–, el concepto de inconsciente, el de Sujeto Supuesto Saber, las formaciones del inconsciente, el Complejo de Edipo, las estructuras clínicas –fundamentalmente, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva– y, por el momento, no consideramos la psicosis. Es decir, hacemos a un lado lo que consideramos el psicoanálisis clásico, lo que conocen hasta aquí como psicoanálisis y lo que, más allá de los ámbitos específicos de formación, se ha difundido como psicoanálisis.

Partimos de una manifestación clínica distinta que es *la angustia y sus transformaciones*. La angustia está atrapada en la red de los significantes, pero no es un significante. No es significante, pero está en relación con el significante. «No es articulable, pero está articulada», afirma Jacques Lacan. La angustia constituye un afecto, no es ni una formación del inconsciente ni un síntoma.

Es en relación con la angustia que Lacan forjó la noción de objeto a , principalmente a lo largo del *Seminario 10* (1964). Se la anota con una escritura algebraica para escribir un elemento que no es un significante pero que, sin embargo, se incorpora a la estructura. Por el momento, la única traducción clínica que tiene para nosotros la noción de objeto a es angustia. Ponemos entre paréntesis todo lo que hayan escuchado al respecto. El objeto a es transfenoménico, al igual que la categoría de sujeto, y la primera manifestación clínica de su presencia es la angustia.

La pregunta inicial que quisiera plantear quedaría enunciada de la siguiente manera: ¿es necesaria una clínica de la angustia en psicoanálisis si no tiene nada que ver con el sujeto del inconsciente? De este modo, podríamos decir que la angustia se medica y que las formaciones del inconsciente se analizan. Para responder a esta pregunta, la enunciaría del siguiente modo: ¿la angustia tiene alguna relación con el deseo? Porque, en definitiva, el tratamiento analítico del síntoma tiene por finalidad, más allá de lo terapéutico, resolver el deseo inconsciente.

Entonces, ¿la angustia plantea o no una cuestión de deseo?
¿Es solamente un pathos, una manifestación somática de procesos químicos, biológicos, orgánicos, entre otros?, ¿o le plantea al sujeto una cuestión nueva vinculada al deseo inconsciente pero en un nuevo registro?

La tesis principal de Lacan sobre la angustia es que esta *tiene una relación fundamental con el deseo del Otro*. Pero la expresión deseo del Otro, que también forma parte del psicoanálisis clásico, adquiere un sentido diferente: no es el Otro que desea en mí –el sujeto del inconsciente como Otro que no es el yo y que es el verdadero sujeto deseante–, sino que se trata del deseo *en el Otro*, el deseo que desde el Otro viene hacia mí, y en relación con el cual me convierto en un objeto. En otras palabras, pasar de la clínica del síntoma a la clínica de la angustia es también deslizarse de la categoría de sujeto a la categoría de objeto.

Una manera de plantear que la angustia tiene una relación fundamental con el deseo del Otro, es observar que si partimos de una cierta fenomenología general de la vida cotidiana, cualquier ser hablante es tanto un sujeto deseante como un objeto deseado. El ser parlante tiene una vida como sujeto deseante y una vida como objeto deseado (o no deseado), lo cual tiene consecuencias significativas. El problema de la angustia se plantea, entonces, cuando se pone en cuestión el sujeto en tanto objeto, como objeto en el deseo del Otro e, incluso, para el deseo del Otro. Es objeto de deseo, también de amor o de no amor. De allí que la clínica de la angustia plantee una cuestión más radical respecto del deseo.

La teoría del deseo inconsciente es, ante todo, una teoría del deseo en lo simbólico, articulado al significante, en la cual el sujeto del inconsciente es el deseante; esto es, desea un objeto que se constituye, podríamos decir, en el objetivo de su deseo.

$$\$ \text{ ---- } \rightarrow a$$

Ahora bien, cuando discutimos los problemas de la angustia, lo que discutimos es una teoría del deseo en el registro de lo real, en la cual el deseo es deseo del Otro, en el Otro; un deseo que parte del Otro y en relación con el cual soy un objeto.

$$a \leftarrow \text{ ---- } A \text{ (tachado)}$$

Desde el punto de vista del objeto que ese deseo persigue, la teoría del sujeto del inconsciente es, en última instancia, una teoría de *la falta de objeto*. Es decir, a lo largo de la vida se le presentan numerosos objetos, pero ninguno de ellos lo colma. Es un deseo insatisfecho. Se trata de una teoría del deseo histórico que se generaliza en el inconsciente de todos los seres hablantes. Se lo puede llamar, también, deseo indestructible, como plantea Freud en *La interpretación de los sueños* (1984 [1900-1901]). Lo indestructible de este deseo reside en que es una falta: siempre se desea otra cosa. Y es, también, un deseo infinito. Esto se corresponde con la teoría freudiana de la represión primaria del deseo, un deseo cuyo objeto está perdido, por lo que nunca da con su objeto, un deseo cuyo objeto falta. Siempre va dando con objetos que terminan siendo ilusorios, no siendo reales.

Nuestra sociedad de consumo es una demostración concluyente. El capitalismo parece haber entendido que al deseo humano se le pueden ofrecer infinitos objetos (incluso, el mismo objeto con distintos envoltorios), porque nada lo detendrá.

Cuando pasamos a la teoría del deseo en el registro de lo real –como algo vinculado a un objeto real–, el signo menos de la falta se convierte en un más y la infinitud se convierte en finitud. Desde este punto de vista, no son infinitos deseos los que persigue un sujeto en un análisis sino unos pocos deseos que valen la pena realizar y sostener, la palabra *realización* adquiere aquí un sentido nuevo. Para Freud, el deseo simbólico tenía una realización en sueños, lo que sería equivalente a decir que tendría, también, una realización en palabras. Como decía Lacan, es un *wunsch*, un anhelo. El deseo vinculado a lo real de la angustia es, por el contrario, un deseo que debe realizarse en acto.

¿Podría un sujeto sostenerse en un deseo sin insatisfacción? ¿Podría un sujeto sostener tres o cuatro deseos toda su vida? Esa es la cuestión cuando se indaga la dimensión de la angustia como una dimensión del deseo. Por esa razón, a pesar de las numerosas cuestiones clínicas, difíciles y novedosas que trae aparejada la clínica de la angustia, es un campo de fundamental implicación en psicoanálisis. Si la angustia se terminara considerando una problemática biológica, se amputaría al ser hablante de una dimensión fundamental del deseo: la transformación de la angustia en un acto que realiza un deseo y que puede cambiar para siempre la vida de una persona. Hay, aquí, una dimensión ética crucial de la angustia. En palabras de Lacan: *¿por qué queremos preservar nuestra angustia?*

La dimensión ética de la angustia

En psicoanálisis, la angustia es tan constituyente del ser hablante como el lenguaje. En el género denominado ciencia ficción (la única ciencia seria, como decía uno de mis maestros, que es ficción pero es ciencia), encontramos la insistencia de la figura del ser humano robotizado. La idea de un ser humano que habla al modo de una máquina pero que no padece una vida afectiva, no se angustia, no ama, no desea, no se emociona. En la actualidad, se están desarrollando los cíborg,²

² La palabra cíborg, del inglés *cyborg* (acrónimo de «cyber organism»), significa «organismo cibernético».

productos de la cibernética que pueden tener un tejido de piel humano, una apariencia humana, y hasta fingir algún tipo de emoción o de goce, pero que están amputados de una vida afectiva en todas sus dimensiones. Esto nos da la medida de hasta qué punto puede llevarse el semblante, pero no es lo real de la angustia.

Pinocho, el cuento clásico infantil, plantea justamente el problema de cómo humanizar a un muñeco de madera producto de la fabricación artesanal para que se convierta en un ser humano; para que hable, pero, también, para que tenga emociones y afectos humanos. ¿Qué hace falta para humanizar un cuerpo que no tiene vida? Hace algunos años, el cineasta Steven Spielberg, en su filme *Inteligencia Artificial* (2001), planteó algo similar, pero con un niño que era hijo de la producción científica; un niño robot que podía hablar, pero que comienza la búsqueda de esa otra cosa que le faltaba para ser humano. En nuestro enfoque actual, eso es la angustia y sus transformaciones, que son constituyentes del ser hablante. Debemos admitir que en esa literatura, como en nuestra civilización, hay también quienes desearían que el ser humano fuera una máquina perfecta; es decir, que todo este costado de los afectos y de la inhibición síntoma y angustia sea borrado, eliminado, forcluido.

En nuestra civilización del siglo XXI, la angustia tiene una presencia mayor y eso se resume en una de las tesis de Lacan en la que describe a nuestra civilización como el ascenso al cenit del cielo social del objeto *a*. Esto es equivalente a decir: el ascenso al cenit de la angustia. Y, como veremos más adelante, del *plus de gozar*. A causa de las modificaciones acontecidas en el registro simbólico –la pérdida de un valor simbólico fundamental– la angustia cobra mayor relevancia. A partir de ese ascenso de la angustia comienza a generarse una nueva sintomatología –trastornos, para la psiquiatría– que se convierte en una verdadera epidemia: insomnio, ataque de pánico, trastornos de ansiedad, estrés, desasosiego, depresión, etc. Pero ¿de qué lado las ponemos?, ¿del lado del síntoma o del lado de la angustia? Es necesario que interroguemos el estatuto de esa angustia clínicamente.

Para la práctica, una primera consecuencia es que si la angustia no es un síntoma, no se trata de pedir asociación libre, una técnica pensada para las formaciones del inconsciente, el síntoma y su relación con el inconsciente. En consecuencia, tendremos que replantearnos la posición del analista y las intervenciones.

¿Cómo se aborda lo real?

El objeto \underline{a} no tiene una definición ni tampoco muchas, porque no es un elemento significativo. No es una buena manera de abordar lo real preguntarse qué es lo real, o, en este caso, qué es el objeto \underline{a} , o qué es la angustia. Es decir, no es una buena manera abordarlo haciendo de él un concepto, a la manera de la filosofía.

Si tenemos un elemento significativo lo definimos en relación con otros significantes, es la lógica del diccionario; lógica que, sabemos, es infinita. Ahora bien, nuestra apuesta clínica es si llegamos mediante la palabra a abordar un campo que no es palabra ni tampoco imagen, por eso le llamamos real. ¿Cómo lo abordamos?, ¿cómo se aborda lo real en psicoanálisis?

No se trata solo de una cuestión de metodología de estudio sino, también, de cómo procedemos clínicamente. Es decir, hay una afinidad entre el modo de teorizar y el modo de practicar. Es una teoría de una práctica y lo que debe primar es la práctica. Hay dos cuestiones clave que tenemos que desarrollar en esta dirección: *localización* (de la angustia, en este caso), y *modo de funcionamiento*. Es decir, localizar un elemento no significativo a través del significativo y estudiar, ahí, cómo funciona este operador que llamamos objeto \underline{a} .

Vamos a avanzar, a continuación, con algunos modos de localizar la angustia. Lacan usa muchos instrumentos, algunos más teóricos y otros más clínicos. Por ejemplo, una tarea clínica sencilla de llevar a cabo es localizar la angustia en los historiales clínicos freudianos (Dora, Juanito, el hombre de las ratas, la joven homosexual). Localizar dónde está y qué sucede con eso en cada caso. Es una tarea hecha por Lacan en su seminario sobre la angustia.

La localización de la angustia

La primera cuestión, la plantearía con el título del primer capítulo del *Seminario 10*: «La angustia en las redes del significativo» (1964). En psicoanálisis, la angustia es un afecto al que llegamos a través del significativo, pero no es significativo. Hay una pequeña porción de real que está articulado al él. La red de significantes tiene

un casillero que no es significativo ni tampoco una falta. Articula algo real, que llamamos angustia. Otra manera de decirlo es que llegamos a ella a través de la palabra, y no observando en un laboratorio, o en una cámara Gesell, sujetos angustiados.

Ste.. Ste... Ste...
 Ste... Ste... Ste...
 Ste... Ste... a

No es todo lo real lo que abordamos en psicoanálisis. Más bien, tendemos a creer que lo real nos es inaccesible. Lo que podemos abordar de lo real es lo que podemos acceder por la vía del significante; y lo que podemos atrapar de lo real a través del significante son trozos, partes, briznas.

En segundo lugar, Lacan toma el título de la obra de Freud *Inhibición, síntoma y angustia* (1988 [1925-1926]) y se pregunta: ¿por qué Freud puso juntos esos tres elementos que pueden no tener ninguna relación uno con el otro? ¿Qué relación tiene la inhibición con el síntoma y con la angustia? Nos hemos acostumbrado a repetir esa triada de términos, sin preguntarnos por qué hacemos esa serie. Si son tres cosas heterogéneas, ¿por qué juntarlas? La pregunta de Lacan fue: ¿cuáles son las coordenadas que permiten juntar esos tres elementos? Las coordenadas son tomadas de la inhibición. Las coordenadas son la función y el obstáculo al funcionamiento, que se convertirán en movimiento y en dificultad. Pero ¿movimiento y dificultad de qué?

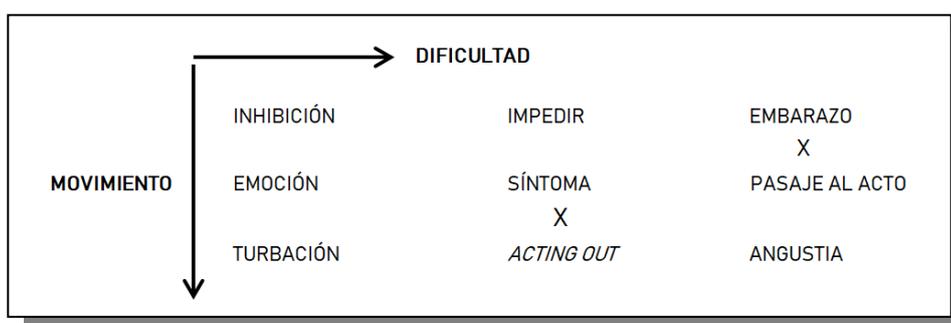
Movimiento se refiere al movimiento del deseo hacia su realización en un goce. Podemos decir, entonces, que Freud ubica estos tres términos en serie (inhibición, síntoma y angustia) porque expresan un grado de movimiento y de dificultad en relación con el deseo.

inhibición _____
 _____ síntoma _____
 _____ angustia

Ahora bien, en cada uno de ellos el movimiento y la dificultad son diferentes.

La inhibición se refiere, inicialmente, a la inhibición de un órgano; es un concepto que nace en el terreno de la biología, de la medicina. Si tomamos la movilidad de un cuerpo físico, sería el caso, por ejemplo, de que quiero caminar pero no puedo; fisiológicamente, físicamente, diría que ese órgano está inhibido en su función.

Ahora bien, el movimiento y la dificultad no son para nosotros un movimiento y una dificultad del cuerpo orgánico, sino del deseo. Por lo tanto, el casillero del síntoma se ubica en un punto en el que ha habido un movimiento mayor del deseo, pero este se ha encontrado con una mayor dificultad en su realización. En esa lógica, la angustia implica un paso más, supone un mayor movimiento del deseo: el deseo ha llegado más lejos en cuanto a su realización, está más cerca de su realización, pero se ha topado con una dificultad mayor.



Ahora bien, lo que resulta interesante cuando ubicamos los términos en ese par de coordenadas cartesianas, es que contamos con seis posibilidades más para distinguir cuestiones clínicas a partir de las tres situadas por Freud.

En la línea de la dificultad, tenemos el *impedimento* y el *embarazo*.

El impedimento se refiere, en principio, a estar impedido de moverse, en la línea de la inhibición. Pero se presenta como un progreso porque permite darle una forma a esa parálisis de la siguiente manera: la palabra *impedicare* tiene una acepción etimológica que significa «caída en la trampa». ¿Cuál es la trampa? El narcisismo. El sujeto cae en la trampa del narcisismo y por eso no puede realizar el deseo. Aquí, el narcisismo es una cierta imagen que tengo de mí mismo. La dificultad, lo que me impide la realización del deseo, es quedarme sosteniendo una cierta imagen de mí mismo. ¿Cómo me voy a ver haciendo eso?

El embarazo, en tanto, se entiende en el sentido de embarrado (de barra no de barro), barra de sujeto barrado. Implica una situación embarazosa, en la cual la barra «cae» sobre el sujeto. Es un repentino efecto de división subjetiva que

produce, por ejemplo, una profunda caída en la vergüenza. Una especie de querer desaparecer de esa situación. «Trágame tierra», dirá el saber popular. Ese pensamiento de querer desaparecer de la situación indica un impulso posible al pasaje al acto. La situación de embarazo siempre requiere la presencia de un significante excesivo del otro lado. Por ejemplo, cuando somos descubiertos en una situación haciendo algo prohibido.

Pasemos, ahora, a la línea del movimiento.

Lo que primero aparece allí es la emoción. No se trata de algo muy comentado por Lacan en este seminario, pero aprovecharemos para situar que en el psicoanálisis las emociones y los afectos son estudiados como transformaciones de la angustia. Hay una teoría de un afecto único y fundamental, del cual los otros son transformaciones, algunos de los cuales se volvieron fundamentales en psicoanálisis como la culpa, la vergüenza y la angustia.

El siguiente casillero, que Lacan llama turbación, se refiere a las situaciones, a los climas que se suscitan ante la posible caída de un orden (institucional, legal, etc.). La caída de la potencia. Y la caída de un orden es angustiante. Pensemos, por ejemplo, en el estado de agitación que se genera en las instituciones carcelarias antes de que se produzca un motín.

Nos quedan dos casilleros sin nombrar, que son, precisamente, los que limitan, los que bordean con la angustia: el pasaje al acto y el *acting out*. Si bien los trabajaremos durante las siguientes clases, adelantaremos que ambos constituyen una transformación de la angustia; mientras en el primero se trata de arrojarse de la escena, en el segundo se trata de subirse a la escena, dirigiéndola al Otro.

Desde nuestra perspectiva, entonces, la angustia no se refiere solamente al afecto angustioso que puede sentir un sujeto, sentado en el living de su casa el domingo por la tarde. Se refiere, también, a sus transformaciones posibles. La clínica de la angustia es una clínica de la acción, de la urgencia, en la que un sujeto está actuando fuera de sí. Es por eso que no alcanza con hacerlo hablar. Recuperamos la tradición freudiana que oponía la palabra a la acción: se actúa lo que no se puede tramitar por la vía de la palabra. Esta clínica nos va a llevar a indagar cuestiones muy importantes de cierta juntura entre el deseo, el amor y el deseo del analista.

Referencias

Freud, S. (1984) [1900-1901]. La interpretación de los sueños (segunda parte) y Sobre el sueño. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. V (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1988) [1925-1926]. Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis?, y otras obras (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lacan, J. (2006) [1964]. *El seminario. Libro 10: La angustia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

De la angustia a la acción

Habíamos situado que en la clínica de la angustia se ubican en primer plano dos matemas: Otro barrado y objeto \underline{a} , cuya una única traducción clínica, por el momento, es la angustia.

Luego, abordamos una cuestión metodológica respecto del estudio de la angustia, pero también respecto de otros temas que se incluyen en el registro de lo real. ¿De qué manera se aborda lo real si por definición no es significativo? No hay definición del objeto \underline{a} , no hay definición de lo real, sino que se aborda teórica y clínicamente mediante:

- 1. La localización de la angustia, del objeto \underline{a} .

Utilizamos para ello dos instrumentos teóricos: localización de la angustia en las redes del significativo y en la serie de la inhibición, el síntoma y la angustia.

- 2. El modo de funcionamiento.

A continuación, quisiera detenerme en otros dos modos de localización de la angustia.

Ni palabra ni imagen

Jacques Lacan se refirió al objeto a como un objeto resto, como un objeto que resta, que sobra de la operación del significante, y eso se puede alegorizar con el resto que queda luego de realizar una operación matemática de división. El análisis se puede alegorizar como una operación de división. Podríamos decir que el sujeto se cuenta en el otro dividiéndose, ¿cuántas veces se cuenta el sujeto en el Otro?

$$\begin{array}{c} A/S \\ \$/A \text{ (tachado)} \\ a \end{array}$$

Un análisis, en esta metáfora, es el sujeto que en sus vueltas dichas, revisa qué fue en el deseo del Otro, qué valores adquirió para el deseo del Otro («Yo era la oveja negra», «la preferida de...», «el que se mandaba todas las cagadas...», «la que estaba siempre en el medio», «el que se hacía cargo de todo», etc.). Pero esa cuenta no da exacto, nunca da justo, como decíamos cuando hacíamos en la escuela las operaciones de división. Queda un resto que es absoluto, que no puede ser nuevamente subsumido en la palabra. Entonces, hay que asumir ese resto y no querer seguir dividiéndolo. Esto es equivalente al fin de la dialéctica significante. No todo es dialectizable.

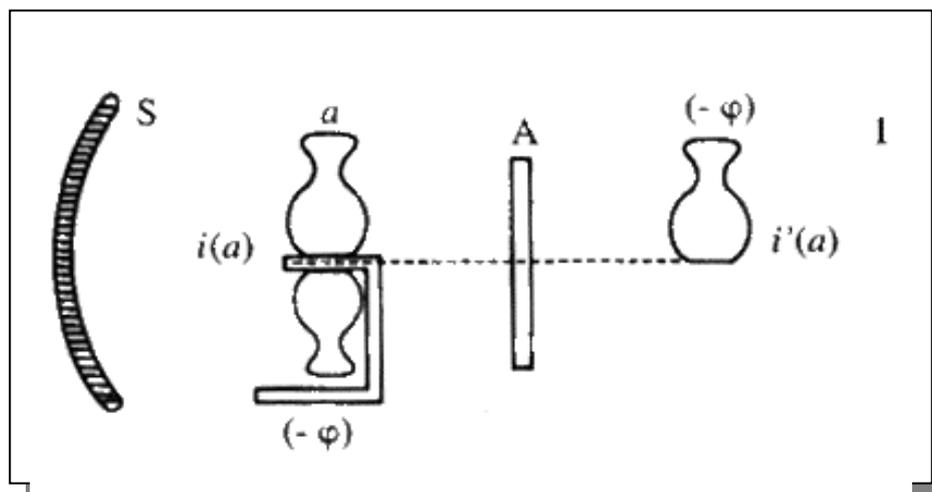
Hasta aquí, nos hemos referido a la angustia en su producción a partir de la palabra, pero no podríamos dejar este tema sin localizarla, también, en relación con el registro de lo imaginario, puesto que podríamos plantear que si bien el objeto a no es representable por la vía de la palabra sí podría serlo a través de una imagen.

Si incluimos el registro imaginario, notamos que ese resto tampoco puede integrarse a lo imaginario. Podría decirse que no todo es especularizable, es decir, que el investimento libidinal de la propia imagen –que estudiamos en el estadio del espejo– tiene un límite. Hay un resto libidinal que no es integrable al campo imaginario, que se manifiesta primero como un defecto o como una mancha que no debe ser visible en el espejo. Siempre hay algo que taparse, algo que arruina nuestra imagen y que tenemos que ocultar, disimular, como ocurre, generalmente, con los órganos genitales, que tendemos a ocultarlos.

En algún momento de su seminario, Lacan se refiere al fenómeno óptico llamado miodesopsias, más vulgarmente conocido como «moscas volantes», pequeñas manchas, puntos o hilos de color negro que nadan en el campo visual y que si bien cuando uno quiere enfocarlas desaparecen no pueden eliminarse del campo de la visión. Hasta aquí, podría considerarse a este tipo de fenómenos como un efecto de la castración en lo imaginario ($-\varphi$). Pero podríamos agregar toda una serie de hechos clínicos vinculados a que cuando aparece la angustia el imaginario humano vacila, caduca, se rompe, no puede sostenerse; a veces, estalla, se quiebra; a veces, las escenas de nuestra realidad se deslibidinizan –incluida nuestra imagen corporal– y pierden todo interés.

Usaremos el modelo óptico que le sirvió a Lacan para situar el registro de lo imaginario/real, en su dependencia y en su articulación con el registro simbólico.

Si dibujamos el modelo óptico, notaremos que en el lugar en el que poníamos las hermosas flores del jarrón –que en nuestra realidad representan los objetos del deseo– aparecerá la castración ($-\varphi$); o el objeto \underline{a} , la angustia.



Modelo óptico presentado por Lacan en el *Seminario 1* (1954)

Una magnífica ilustración de esto, y para aprehender algo más en la estructura de la angustia, es esa inolvidable pieza del psicoanálisis, el sueño «Hombre de los lobos», que le da nombre al historial y al sujeto mismo del análisis.

El momento decisivo en ese sueño es cuando él dice: «De repente, se abre la ventana...». Ese es un momento decisivo de irrupción de la angustia y toda la gama constituyente de los fenómenos del orden de lo siniestro. No debe haber una sola

película del género de terror o del suspenso que no utilice este recurso, una y mil veces. Y siempre es eficaz: una puerta que se abre de repente o que se abre lentamente con un chirrido para prolongar el momento en el que esa angustia no tiene fantasma, no tiene imagen en la que soportarse, pero algo va a aparecer. Lo que viene después puede ser más o menos soportable para el sujeto, pero ese momento es único y nos enseña que la angustia está enmarcada, y eso es lo primero que debiéramos destacar como evidencia. La condición del armado de cualquier escena de nuestra realidad, y de cualquier escena especular, es que tienen un marco, como un espejo, un cuadro, una pantalla.

Es en un segundo momento del sueño en el que aparece esa imagen fantasmática fascinante: un árbol con cinco lobos encima de sus ramas, de los cuales el sujeto destaca la fijeza con que lo miran. La angustia, ahora, ha cambiado de estatuto, se ha constituido en un objeto que es la mirada; lo angustiante, ahora, es la mirada de los lobos.

En síntesis, podemos decir que la angustia, y su notación \underline{a} , no son significantizables, ni tampoco imaginarizables. Resta, sobra, excede ambos registros.

La angustia actuada en los historiales clínicos freudianos

Abordaremos, ahora, una de las temáticas incluidas en lo que llamamos las transformaciones de la angustia, que es una manera de estudiar el modo de funcionamiento de esa anotación algebraica denominada objeto \underline{a} .

La angustia, en psicoanálisis, no es únicamente un afecto más o menos patógeno que se siente en el cuerpo y que uno quisiera sacárselo de encima lo antes posible. Es, además, un afecto que tiene velocísimas transformaciones. Una de ellas es la transformación en acción, otra puede ser la transformación en goce, así como en otro tipo de afectos.

La angustia transformada en acción admite una clasificación en términos de pasaje al acto, *acting out* y acto. Esto tiene un gran valor clínico, tanto en la marcha de un análisis como en situaciones y en dispositivos de emergencia, de urgencia, de entrevistas; también en dispositivos como guardias hospitalarias, institutos, cárceles, centros de tratamientos para emergencias; es decir, en lugares donde,

con frecuencia, la acción, el actuar, están puestos en un primer plano. A eso nos referimos, también, cuando hablamos de violencia, palabra tan utilizada en nuestra época.

Para avanzar, comenzaremos por localizar esta temática en los historiales clínicos freudianos: el caso Juanito, el caso Dora y el caso llamado la joven homosexual.

El caso Juanito

En el caso Juanito tenemos una transformación de la angustia en miedo. Esto implica una ganancia para el sujeto, porque localiza la angustia en un objeto, el objeto fóbico, que en este caso es el caballo, y la angustia pasa a ser nombrada: miedo al caballo. A partir de allí, comenzará a tener transformaciones significantes y pasará a ser un síntoma, un síntoma fóbico.

En una primera lectura, las coordenadas de la emergencia de la angustia están dadas por la presentificación del deseo del Otro; en este caso, de la madre. El pequeño Hans hace la dolorosa experiencia de que el deseo de su madre se dirige más allá de él a otros objetos y cuestiones; por más esfuerzos que haga en ese sentido, no es él quien colma el deseo del Otro.

Esta coyuntura estructural se repetirá en diversos momentos de la existencia, cada vez que creemos ser lo que colma al Otro, pero retomaremos este tema cuando abordemos el síntoma fóbico, que plantea cuestiones de suma actualidad.

Este caso nos sirve para precisar que la angustia, como tal, emerge cuando no sé qué quiere el Otro de mí, y se vela cuando sé, o cuando creo saber, qué es lo que el Otro quiere.

El caso Dora

En *Análisis fragmentario de un caso de histeria* (1985 [1901-1905]), Freud presenta el caso clínico conocido como «Dora». La problemática de angustia, propiamente dicha, está planteada desde el inicio en la llamada «escena del lago», que es previa a la consulta con Freud.

Cuando Dora, por pedido de su padre, consulta con Freud se encuentra en una situación desesperada y, por sus conductas, ha conseguido preocupar a toda la familia. El caso Dora no es una novela ni tampoco es Dora «una histérica de libro»; es una joven que ha llegado en su vida a una encrucijada tal que amenaza con suicidarse y, dadas las coordenadas de angustia actuada, el riesgo de que lo consume es perfectamente posible.

Debemos ubicarnos en esa situación –como si ignorásemos cuál fue el desenlace del caso– e intentar palpar, ante la posibilidad real de riesgo de suicidio, el clima de A barrado en el que recibiríamos a esa joven. De todo ese historial, esto es lo único que nos interesa ahora: Dora como objeto de la angustia, no como sujeto histérico. Sus problemas como sujeto histérico vendrán después, si y solo si se consigue sortear este primer problema clínico.

Hay en esa escena la actuación de un deseo por parte del Sr. K que motiva en Dora un pasaje al acto. Motiva un pasaje al acto, no un síntoma ni una inhibición. Si bien el golpe es un pasaje al acto, lo es también la huida, en tanto constituye un modo de arrojarse de la escena. No hay que asociar únicamente el pasaje al acto con el suicidio o con el asesinato. Una de las formas de pasaje al acto es el golpe, otra es la huida.

La situación en la que se encuentra la joven es realmente extrema. En *Intervención sobre la transferencia* (1951), Lacan señala que Dora «es objeto de un odioso cambalache», ya que, siendo cómplice de las infidelidades de su padre, es entregada por este al esposo de su amante, a escondidas de su madre, a modo de intercambio. No parece una situación sencilla de soportar para una chica de 16 años en el cambalache del siglo XXI, menos aún en la Viena de Freud.

En este mismo caso clínico, la dimensión de *acting out* se puede situar en un momento posterior en el que Dora anuncia su suicidio en una carta, que al ser descubierta por sus padres motiva la consulta con Freud. Observemos que no se suicidó, escribió una carta en la que les hizo saber a los otros que pensaba en suicidarse. Es decir, muestra, ello muestra, ¿qué muestra? La carta que deja Dora es un llamado al Otro, es un llamado desesperado y sin palabras al Otro, desde la angustia. Como vemos, no hay ningún síntoma histérico, es clínica de la angustia.

La clínica de la angustia es una clínica directamente vinculada al A tachado, al lugar donde la palabra falta, por lo que no hay allí mucho cálculo posible. Esa angustia trata de resolverse por su transformación en *acting out* y en pasaje al acto. Eso supone una máxima imprevisibilidad. Por eso lo ubicamos en el punto de barradura del Otro, donde no hay muchos cálculos posibles.

Cuando podemos leer esa acción como un llamado al Otro, ubicamos la dimensión del *acting out*, que tiene un carácter mostrativo y una dirección al Otro. Cuando no hay llamado al Otro, ubicamos el pasaje al acto, que es sin Otro. Generalmente, el llamado al Otro no está explícitamente dirigido, procede de un hecho involuntario, de una acción inconsciente, mediante la cual el sujeto muestra algo, un objeto.

Por lo general, el *acting out* incluye el armado de una escena, al modo de un teatro, más dramático que comediante; equivalente a la escena que armamos todo el tiempo en nuestra realidad. El armado de la escena del mundo es simbólico e imaginario. En esa escena disponemos nuestros yo-es, nuestras imágenes, según una lógica especular. Pero si fuera solamente una escena especular no habría distinción entre los yo-es que están en la escena, en cambio hay una distinción que está dada por un orden simbólico.

Lo que llamamos angustia está velado en todas nuestras escenas cotidianas. Si determinada escena se torna para mí angustiante, la escena comienza a desarmarse, a desaparecer; desaparecen las coordenadas simbólicas e imaginarias de la escena y yo, en mi angustia, por ejemplo, hago un pasaje al acto por el cual salgo de la habitación, huyo, porque no me soporto en esa escena. El pasaje al acto implica distintas maneras de arrojarse fuera de la escena. En el *acting out*, en cambio, de lo que se trata es de armar una escena. El sujeto arma una escena para intentar subirse, para sostenerse, y es en esa escena donde se muestra algo. Pero nada de lo que se muestra es importante, sino el objeto invisible de la angustia.

El caso de la joven homosexual

Un tercer caso que tomaremos como paradigmático para este tema es el de Sidone Csillag, conocido como «La joven homosexual» que presenta, desde la perspectiva de la angustia, dos momentos cruciales (Rodríguez Dieguez, 2015).

Un primer momento en que es por el acontecimiento traumático producido por el nacimiento de un hermano, que esta joven se siente profundamente decepcionada por su padre, y tras él por todos los hombres, e inicia una relación con una mujer bastante mayor que ella y de una reputación de *cocotte* en Viena. Desde el comienzo, esto se hace en una posición que podríamos calificar de desafío al padre actuado y mostrado. Este momento es leído por Lacan, no en su configuración edípica posible ni como una elección de objeto homosexual de la joven, sino como un *acting out* (para ella, el nacimiento de este hermano pone peligrosamente en cuestión su lugar en el deseo del Otro).

Un segundo momento es cuando la joven, acompañada de su pareja, se encuentra accidentalmente con su padre en las calles de Viena y este le «lanza una mirada furiosa», que produce en ella un primer efecto que hemos llamado embarazo, de máxima división subjetiva. Acto seguido, se arroja fuera de la escena, a las vías del tren. Se deja caer (*Niederkommen*).

Que haya *acting out* no quiere decir que no pueda producirse, en cualquier momento, un pasaje al acto. No se trata de un casillero fijo, sino que la angustia experimenta transformaciones veloces. De manera repentina, un *acting out* puede convertirse en pasaje al acto, y viceversa.

¿Qué hacer con el problema que implica el *acting out*, tanto para el sentido común como para la clínica? Alguien que se forma como analista o como psicólogo clínico, ¿podría llegar a saber un poco más sobre esos lugares en donde el significante, la palabra, el cálculo, la estructura no llegan?

Dejar caer

Este caso también es privilegiado para estudiar algo inherente a la posición de Freud en tanto analista. El analista o el psicólogo clínico no es un sujeto acorazado contra la angustia; las coordenadas de pasaje al acto y de *acting out* también pueden aparecer de su lado. Por eso es que en relación con el objeto a estudiamos una dimensión fundamental: el deseo del analista. ¿Qué sería el deseo del analista para poder sostenerse en esas situaciones sin angustia?

A Lacan no le interesa el acostumbramiento profesional como una manera de protegerse de la angustia. Por el contrario, en el *Seminario 10* elogia los signos de angustia que, muchas veces, se presentan los «principiantes». Ese signo de angustia se debe a que el analista también se confronta con la dimensión del deseo del Otro. En el caso de Freud, sabemos que optó por derivar a la joven. Lacan estudió en detalle ese aspecto, en el que encuentra un punto de angustia en Freud, que este resuelve derivando a la paciente.

Esta decisión, ¿puede ser leída como un acto o como un pasaje al acto de Freud? ¿Es un «dejar caer» (*Niederkommen*) por algo que Freud no soporta? Sus argumentos son que el análisis con él no iba a prosperar, que la joven iba a hacerle los mismos *acting out* desafiantes que le hacía al padre, que de hecho se los estaba haciendo pero de una manera más sutil, y que, seguramente, con una analista mujer podría llevar mejor adelante el análisis, pero a Lacan estos argumentos le resultan muy defensivos, los considera excusas elaboradas.

La joven le contaba a Freud que tenía sueños en los que ella se iba a «normalizar», que se iba a casar con un hombre y que iba a tener hijos. Freud, sin embargo, no le creía; los leía como mentiras del inconsciente. El problema no era que no le creía a ella, a su yo consciente –por así decirlo– o a su persona; el problema era que no les creía a sus sueños, lo cual significaba que el inconsciente lo engañaba, le mentía. Para Freud, eso representaba coordenadas de angustia fundamentales, porque el inconsciente era para él una garantía de la verdad y, en este caso, sabía que el inconsciente le mentía, que no podía atenerse a ello. Entonces, que el inconsciente mienta, y tan irónicamente, es bien leído en un sentido, pero ¿qué hacer?

En medio de la exposición del caso clínico, Freud comienza a defender su teoría del Inconsciente, sosteniendo que nunca había dicho que el sueño fuera lo mismo que el inconsciente, sino que era la vía regia de acceso. Lacan señala que eso no relación con lo que está exponiendo sobre el problema que tiene con su paciente. En este caso, los sueños pueden ser leídos como la mostración de una escena, como un *acting out*.

Entonces, este caso nos permite dar un paso importante, nos permite situar el inconsciente en relación a la angustia, en el sentido siguiente: el inconsciente es algo que puede ser del orden de lo Verdadero o Falso, reduciéndolo a las categorías lógicas y por lo tanto pueden participar de lo que consideramos engaño,

lo engañoso. Pero esas categorías lógicas hay que diferenciarlas de la Certeza que es lo que discutimos a nivel de la angustia y del objeto. ¿De dónde surge la certeza? ¿De un razonamiento lógico al modo de un silogismo? Premisas verdaderas conclusión verdadera... ¿o la certeza se obtiene de otro registro? Trabajaremos con la hipótesis de que la certeza es algo que el sujeto le extrae a la angustia, que obtiene de la angustia. Por ejemplo, en el pasaje al acto suicida se puede tratar de la certeza de que no querer vivir, una certeza que es concluyente.

inconsciente → V/F

objeto a → certeza

A diferencia de un pasaje al acto, un acto es la decisión que un sujeto toma en relación con un momento de angustia de su vida, pero una decisión elaborada, que pasó por un tiempo de comprender, es también una certeza que se le arranca a la angustia. En el acto, la angustia se presenta porque este no tiene ninguna garantía en lo simbólico.

En el *acting out* se trata de una certeza que el sujeto no puede obtener o que tiene que obtener. Para saber cuál es esta certeza, necesitamos pasar de la descripción de este fenómeno a los motivos por los cuales un sujeto entra en esta zona. Un *acting out* se produce cuando un sujeto no tiene la certeza de tener un lugar en el deseo del Otro. No se trata del lugar que tengo como sujeto sino como objeto, que siempre está velado. Cuando esto se plantea como cuestión, adopta la forma de angustia, que es una puesta a prueba del lugar que se tiene en el deseo del Otro. Es decir, lo que yo soy como objeto está en el campo del Otro. Cuando pongo en cuestión ese lugar, la angustia pasa para mi lado y se resuelve si logro obtener la certeza de que tengo un lugar en el deseo del Otro. La certeza no la voy a obtener de un significante ni de un razonamiento, la obtengo de otro lado.

La angustia tiene valores lógicos diferentes. En la acción tiene un valor lógico de certeza. Un acto implica siempre una certeza en relación con un deseo que el sujeto quiere sostener e, incluso, con el desacuerdo o en contra del Otro.

En comparación con el pasaje al acto, el *acting out* nos da más posibilidades de intervención, ya que hay algún signo de llamado al Otro. Falta la certeza de tener un lugar en el deseo del Otro, pero puede resolverse si se obtiene esa certeza.

¿Cómo hacer caer al otro en las redes de mi deseo?

Si hubiese una fórmula que permitiera transmitirle al otro la certeza de que tiene un lugar en mi deseo, y que se quede tranquilo, no se plantearían estos problemas. Pero tal certeza no es transmisible mediante palabras. Lacan, sin embargo, afirma que hay una fórmula. Sostiene que si pudiese articular eso el Otro caería en mis redes, porque sería irresistible; si tuviese una especie de saber-hacer mágico, podría hacer caer en mis redes a quien quisiera. Toca un punto que es quizá una pasión humana, ser causa del deseo del Otro, entonces algo se realiza en ambos cuando se produce eso que no tiene palabras.

Lacan propone dos fórmulas. La primera, que es la que usa todo el mundo, podría formularse como «Te amo, aunque no lo quieras». Esta fórmula del amor más corriente, menos convincente y que falla con demasiada frecuencia, estaría en la línea del amor entendido como dar lo que se tiene. La segunda, más orientada en la dirección de que el amor es dar lo que no se tiene, implica poner en palabras, en una fórmula verbal, algo que no tiene palabras; es decir, algo que «está articulado, pero no es articulable». Si pudiera expresarse, sería: «Te deseo, aunque no lo sepa». Aquí, la expresión deseo tiene que pensarse como una juntura entre amor, deseo y goce, intransmisible por la vía del significante pero sí por la vía del signo, de la comunicación de la angustia.

Referencias

Freud, S. (1985) [1901-1905]. «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (caso «Dora»), Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. VII (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lacan, J. (1985) [1951]. *Intervención sobre la transferencia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Rodríguez Dieguez, M. P. (2015). Una lectura borronea de la famosa joven homosexual. *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, (18), 134-139.

Te deseo, aunque no lo sepa

Más allá del Complejo de Edipo

Para avanzar y para precisar un poco más nuestro tema, quisiera plantear la diferencia entre las coordenadas del objeto en la angustia y del objeto en el Complejo de Edipo. Cuando en este último se ubica la categoría de objeto, el punto de partida es el niño en tanto objeto de valor fálico para el deseo de la madre. Esto supone, ser el objeto máspreciado para ese deseo. El primer tiempo del Edipo comienza con la ubicación del niño en esos términos.

A nivel del *acting out*, lo que llamamos objeto no se trata del niño falo-imaginario, sino que adquiere un valor que es lógicamente anterior al Complejo de Edipo, por eso lo escribimos con una notación que no es ϕ , sino a . El objeto a es lógicamente anterior a la consideración de objeto en términos de su valor fálico para el deseo del Otro.

Cuando en el *acting out* nos referimos al lugar que tiene el sujeto en el deseo del Otro en tanto objeto, estamos designando un estatuto del objeto, más elemental que el objeto entendido en términos de falo. Esto quiere decir que lo que decíamos del *acting out* como puesta a prueba del lugar que el sujeto tiene en el deseo del Otro, no es en términos de objeto deseado, en tanto objeto que colmaría al Otro, de allí que el *acting out* se debe presentar como no siendo lo que el otro espera, no siendo lo que el otro quiere del sujeto. Eso se verifica, por ejemplo, en el caso que repasamos de Sidone Csillag.

La característica del *acting out* es estar dirigido al Otro, es un «llamar la atención», un llamado a la atención del otro; y, frecuentemente, es nombrado de esa manera por los allegados al sujeto: «¿Qué quiere?» Quiere «llamar la atención». Esa es una buena manera de referirse a lo que estudiamos como el carácter mostrativo del *acting out*. Jacques Lacan caracteriza esa actuación como una «transferencia salvaje» –es decir, como una transferencia que no entró en los rieles del significante– y para referirse a ello utiliza una imagen muy elocuente: «Cómo hacer entrar al caballo salvaje en el picadero».

La gran pregunta que se suscita, tanto para quien es destinatario de un *acting out* como para el/la analista es, precisamente, qué hacer con el *acting out*. ¿Qué tipos de intervenciones pueden ser eficaces para detenerlo y para pasar eso actuado a la palabra? Recordemos que lo que es actuado se opone estructuralmente a lo que es dicho y, por lo tanto, no puede ser rememorado. Es decir, lo actuado es algo no que puede ser dicho ni rememorado.

Junto con esa oposición, adquiere su máxima intensidad la pregunta por los poderes de la palabra. ¿Hasta dónde llegan? Por un lado, decimos que el *acting out* no es un síntoma y que, por lo tanto, no es interpretable a la manera de un síntoma. Por otro, decimos que tenemos que llegar a intervenir por vía de la palabra, ya que no tenemos otro instrumento. Es decir, tenemos que llegar con la palabra a una zona que está más allá de las palabras o que no es palabra misma. ¿Eso es posible?

De la contratransferencia al deseo del analista

En el artículo «Problemas generales del *acting out*» (1959), Phyllis Greenacre hace una revisión de lo que se había desarrollado y establecido en el psicoanálisis de la época respecto del *acting out*. La autora ofrece una breve enumeración de las intervenciones indicadas en el posfreudismo y las resume en las siguientes propuestas: 1) interpretar, 2) prohibir y 3) reforzar el yo.

Según lo que hemos estudiado hasta el momento, a estas intervenciones las vamos a abordar, como las retoma Lacan para avanzar, por la negativa:

- No interpretar: no hay sujeto que pueda leer una interpretación en el *acting out*, además, el *acting* se hace para ser interpretado. El sujeto se ofrece a la interpretación y lo sabe; por lo tanto, no responder a la demanda de interpretación es fundamental para dar con el deseo.
- No prohibir: es que ya se le ha prohibido demasiado. El objeto del que se trata en la actuación está más allá de la ley, que corresponde al registro de lo simbólico.
- No reforzar el yo: puesto que reforzarlo es conducir al sujeto a una identificación –imaginaria o simbólica–, de manera tal que el a quedará intocado. En el registro de la angustia el yo es impotente. ¿Qué hacer?

El caso Frida

Para desarrollar la cuestión de las intervenciones en relación con el *acting out*, de acuerdo con una metodología propia del psicoanálisis, tomaremos un caso paradigmático: el caso Frida, de Margaret Little.

Little es una psicoanalista posfreudiana de la escuela inglesa que hizo su análisis con Donald Winnicott. En el artículo de 1957, «La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente», Little expone el caso de Frida para dar cuenta de su manera de entender la contratransferencia. En la actualidad, el título nos puede resultar impactante por la terminología –en especial, por los términos «total» y «necesidades»–, pero el esfuerzo es situar qué busca transmitir.

La contratransferencia es un concepto que en su texto «La dirección de la cura y los principios de su poder» (1958), Lacan no solo había criticado sino que lo había erradicado de los conceptos del psicoanálisis; ya que en el dispositivo analítico la transferencia solo tiene que estar en el vector que va del paciente al analista. Plantear un concepto equivalente e invertido –como si fuese una función recíproca– resulta problemático porque el analista no está allí como sujeto, o no debería estarlo. Eso no significa que no puedan pasarle cosas como sujeto, pero no deberían ponerse en juego en el cumplimiento de su función; se trata de cuestiones para su análisis personal. Lacan no solo critica el concepto de contratransferencia en la operación del analista, sino que lo aparta de los conceptos que fundan esta praxis.

Sin embargo, varios años después, Lacan retoma de algunas analistas mujeres las elaboraciones que se habían realizado del concepto de contratransferencia y las utiliza para elaborar algo nuevo en psicoanálisis, lo que llamará «deseo del analista». Entre ellas, se ubica Margaret Little.

Frida, su paciente, estaba diagnosticada como *borderline*, ni neurosis ni psicosis. El tratamiento llevaba siete años, durante los cuales, según Little, no había pasado nada desde el punto de vista del progreso de un análisis; aunque había algunos resultados terapéuticos, estos no convencían ni a la paciente ni a la analista. Los síntomas que presentaba la paciente constituían, principalmente, lo que Little llamó «un patrón de conductas impulsivas», por lo que en primer plano tenemos la acción. Entre esas conductas impulsivas estaba la cleptomanía y otras que a veces ponían en riesgo su vida. Por otro lado, presentaba diversas enfermedades psicosomáticas de la piel. Como observarán, si se parte de este tipo de fenómenos no es posible arribar a un diagnóstico de estructura y de tipo clínico (neurosis histérica - neurosis obsesiva).

Frida también planteaba muchos problemas vinculados a sus relaciones de Objeto, en los vínculos con los otros. Sobre sus hijos, decía que los consideraba «extensiones de su propio cuerpo». Respecto de su madre, en una relación que podría calificarse de estrago, señalaba que la «explotaba emocionalmente», torturándola con la culpa. Al padre, en tanto, lo presentaba como una persona muy abocada a una causa política (vinculada al judaísmo en la Alemania Nazi) que lo absorbía de manera completa y recordaba algunos chistes que este hacía acerca de su nacimiento: que no parecía hija suya, que se parecía a otro, que hubiese preferido un varón, etc. Estos episodios, verbalizados por la paciente, cuentan en su relato como signos de la falta de interés, de la falta de deseo de los padres ante su llegada al mundo.

La autora sitúa que el problema de que el análisis no funcionara había estado en la transferencia, en no haber conseguido «que la transferencia fuese real». ¿Qué quiere decir esto?

Little cuenta que todas las interpretaciones eran muy bien recibidas por la paciente, pero no tenían ninguna consecuencia; ella las usaba, luego, para dar consejos a sus amigas. En el caso de Sidone Csillag, Lacan hace un comentario similar: por más espectacular que parecía el progreso del análisis de la paciente, Freud tenía la

sensación de que pasaba «como el agua por las plumas de un pato». Sostenía que el criterio para juzgar si una interpretación había sido eficaz analíticamente, no se relacionaba con que el paciente dijera que le parecía bien o mal, que la aceptase o la rechazase, sino que se esperaba que tuviera otro tipo de consecuencias en la cura.

Lo cierto es que con este panorama ambas estaban de acuerdo en interrumpir el tratamiento. Pero, de pronto, un día Frida llegó a la sesión completamente angustiada, llorando, vestida de negro y en estado de desesperación. ¿Qué había ocurrido? Había recibido la noticia de que Ilse, una amiga de la infancia que vivía en Alemania, había muerto. Hacía veinte años que no la veía, y en el tratamiento la había nombrado muy poco, pero a raíz de esa muerte Frida comenzó a entrar en un estado extremo de duelo que, poco a poco, se fue complicando, melancolizando. Hablaba todo el tiempo y con todo el mundo sobre Ilse, iba a todos lados vestida de luto, lloraba todo el tiempo y en todas partes. Se mostraba siempre angustiada, empapeló su pieza con fotos de Ilse; incluso, empezó a tener conductas peligrosas que ponían en riesgo su vida, como cruzar la calle sin mirar. Comenzó a tener insomnio, a no comer. Ese cuadro duró varias semanas, en las cuales la analista interpretó todo lo pudo interpretar, y todo lo que tenía para interpretar; pero Frida estaba cada vez peor.

A ese punto también lo podemos situar como la emergencia de un punto de angustia de la analista, porque se queda sin Otro, se enfrenta con un momento de A tachado, con una falta de respuestas del psicoanálisis a ese punto. Entonces, pensó: «Algo tengo que hacer, se trata de mi paciente». Y lo que hizo fue expresarle sus sentimientos, su preocupación, le dio el pésame y le dijo que lo lamentaba mucho. Frida se calmó, se tranquilizó, empezó a llorar la muerte de Ilse calmadamente, elaboró la pérdida y comenzó a conseguir progresos analíticos que no había alcanzado en los siete años anteriores. Incluso, logró realizar deseos y proyectos que habían sido para ella imposibles.

¿Un nuevo amor?

Desde el punto de vista de las intervenciones, ¿qué hizo Little? Ella dice que mostró sus sentimientos, e hizo de eso su teoría y su práctica sobre la contratransferencia. En determinados momentos de la cura, les decía a sus pacientes lo que sentía, pero

no siempre eran sentimientos positivos, como aparece en este ejemplo, por lo que no debe confundirse con la llamada contención. Little constataba que esas intervenciones eran muy eficaces para conseguir lo que no se lograba por la vía clásica de la interpretación.

En el texto que ustedes tienen se presenta una enumeración de cada una de las interpretaciones que le hizo la analista, son todas las que hubiese podido. No hay que pensar que habría una interpretación correcta que ella no encontró, sino que no se trata de interpretación. Lacan señala que, por su estructura de mostración, el *acting out* «llama a la interpretación»; es decir, se hace para ser interpretado. Por lo cual, si queremos articular con su deseo no debemos responder a su demanda.

¿En qué consiste la eficacia del «mostrarle sus sentimientos»? Vamos a decir que Little apeló a intervenir con Frida a partir de mostrar un signo de deseo. Ese sentimiento del que ella habla lo trae de la angustia. Transforma esa angustia en una acción que es una interpretación de otro tipo, por que vale como un «te deseo, aunque no lo sepa». Eso produce una certeza: para Frida, la certeza de tener un lugar en el deseo del Otro.

Si lo tomamos como ella lo teoriza, como mostrar los sentimientos, ocurre que a veces va a funcionar y a veces no. Va a funcionar solo cuando para el paciente valga como un signo de deseo. Asimismo, este caso nos muestra que la interpretación no solo no resuelve el *acting out* sino que lo puede agravar, porque el paciente no recibe un signo de deseo. La interpretación en el sentido clásico se hace, necesariamente, desde el lugar del sujeto supuesto saber y, en ese sentido, el mostrar los sentimientos ubica al analista en una posición más conveniente.

En la clínica de la angustia, en la transferencia, el analista tiene que pasar del lugar de sujeto supuesto saber, al lugar de un Otro barrado que muestra un signo de deseo; es decir, el sujeto supuesto saber no tiene nada que ver en este asunto. El pasaje por la angustia –por la elaboración del duelo, en el caso Frida–, tiene un efecto renovador en su vida y en sus deseos. Tras el pasaje por la angustia, por el objeto \underline{a} , se renueva la causa de su deseo. De allí que se indique que una función del objeto \underline{a} es ser causa de deseo.

Otra cuestión que nos enseña este caso, sin mucho forzamiento, es ¿por quién se hace un duelo? Solo se hace un duelo por aquel que en algún momento fue causa

de nuestro deseo y para quien hemos sido causa del deseo. La importancia que adquiere *llse* se relaciona con que el desalojo que Frida sintió respecto del deseo de sus padres lo recibió de *llse*. Cuando un sujeto no ha recibido un lugar claro en el deseo de sus padres, en el deseo del Otro, muchas veces hay un personaje lateral que cumple esa función, en la cual el sujeto se siente alojado (un personaje más lateral de la familia central, un tío/a, un abuelo/a o un amigo/a).

Las marcas del abandono, de no haber sido deseado, muchas veces hacen que el sujeto ingrese en un período de *acting out*, por eso cuando nadie da en el clavo o con la clave de la respuesta, los sujetos pueden convertirse en excluidos, en restos sociales, con destinos de marginales. Muchas veces, un sujeto se empieza a constituir en un resto de la sociedad, cada vez más segregado, porque no se entiende lo que plantea el *acting out* o porque no se consigue dar con la fórmula que lo detenga.

Podemos subrayar el contraste entre dos dimensiones de la transferencia: la transferencia simbólica, del lado del significante, que llamamos el sujeto supuesto saber, y que se relaciona con el análisis del síntoma en su relación con el inconsciente; y la transferencia real, que se ubica en relación con el objeto *a*, y que funciona como causa de deseo. Cuando está presente la dimensión del *acting out*, si no se resuelve no se puede pasar a ningún análisis del inconsciente, del síntoma, y si ese costado se resuelve no necesariamente pasaremos al análisis del síntoma, habrá sujetos que lo requieran y otros que no lo consideren necesario.

Desde el punto de vista analítico, con esta intervención Little consiguió, primero, alojar a Frida como objeto y, luego, ir a buscarla como sujeto.

Una misteriosa juntura

Quisiera comentarles un caso vinculado a una experiencia de trabajo compartida con otros/as colegas analistas que para algunos quedó como un paradigma. Fue publicado con el título «Primeras pinceladas» (Beldarain, 2005). Se trataba de una chica de 16 o 17 años que había recorrido todos los equipos de psiquiatras de la ciudad, todos los institutos de menores y había pasado por todos los diagnósticos del DSM-IV, por exagerar un poco. En uno de esos momentos de fracaso del

tratamiento, llamaron a una colega para ver si quería tomar a esta paciente. A pesar de las advertencias de otros/as colegas por lo delicado del caso, ella aceptó la derivación. El psiquiatra seguiría siendo el mismo y ella podría elegir el equipo con el que seguiría trabajando.

Luego de tres o cuatro meses, no pasaba mucho en el tratamiento y por la situación en la que se encontraba la paciente crecía la preocupación y la presión por parte de los padres, quienes, finalmente, sin saber que más hacer, se hartaron y en esa angustia decidieron internarla en una clínica psiquiátrica de máxima seguridad. La analista los convocó a una entrevista y les manifestó, enfáticamente, que se oponía a esa decisión, que de ninguna manera iba a permitir que eso ocurriera, que la chica estaba apostando a este tratamiento y que las cosas iban a mejorar. Los padres se fueron furiosos de la entrevista y le dijeron a la hija: «Tu analista es la única que se pone la camiseta por vos». Y eso funcionó para ella como signo de deseo del analista. Luego de esta intervención, cedieron sus actuaciones y el tratamiento comenzó a avanzar hacia una verdadera reconstrucción de su vida.

Hay en ese signo una misteriosa juntura entre deseo, amor y goce, que está por fuera de las funciones de la palabra como tal, pero que, sin embargo, es articulable por la vía de la angustia.

¿Cómo se discierne que se está frente a un *acting out* y no frente a otra problemática clínica?

En primer lugar, se trata de una clínica de la acción, en oposición a lo hablado. No se trata ni de una inhibición ni de un síntoma, tampoco, por lo tanto, de diagnosticar una estructura clínica (psicosis, neurosis) o un tipo clínico (histeria, neurosis obsesiva, fobia). Es una clínica donde lo que se presenta forma parte de una actuación que proviene de la angustia y esa acción es una acción mostrativa, llamativa, dirigida, convocante. Entonces, la orientación de trabajo en esta clínica pasa, precisamente, por tomar en serio las distinciones que hemos realizado.

Muchas veces sucede, en las urgencias, en las emergencias, que un sujeto llega a la sala de un hospital con un intento de suicidio o que una familia trae a un sujeto angustiado por cosas que viene haciendo de esta naturaleza –es decir,

actuaciones–, y nadie sabe de qué se trata. En esas situaciones, es importante dejar en un segundo plano el diagnóstico estructural o de tipo clínico y orientarse, primero, por algo más primario que aparece, que es lo que trabajamos como clínica de la angustia.

En ese momento, no importa tanto si es histérico, obsesivo, fóbico, porque toda esa sintomatología no se va a poner en juego hasta que no se resuelva esta problemática. En el caso de Frida, por ejemplo, podemos hacer ese ejercicio: leer el relato del caso tratando de hacer un diagnóstico con los términos clínicos que estudiamos en la clínica del síntoma. Es un buen ejercicio, para ver hasta qué punto resulta o no clasificable. Con estos casos, surgieron categorías como el *borderline*, que tienen el mérito de mostrar este problema. Casualmente, este es un caso diagnosticado como *borderline*. Algunos de esos casos pueden ser considerados desde este punto de vista, pero no todos.

Si se entiende el punto que circunscribimos, sobre dar un signo de deseo como la interpretación que puede ser eficaz en relación con el *acting out*, se puede releer lo que señala Grenacre, de no interpretar, no prohibir y no reforzar el yo, a la luz de cada caso, porque podemos encontrar ejemplos en los que una prohibición funcionó para detener el *acting out*, entendiendo que esa prohibición, quizá a partir de un enojo del otro –una especie de «basta, esto no lo hacés más»–, es leída como un signo de deseo y por eso puede ser eficaz. Es decir, a veces una prohibición puede funcionar para un sujeto como un «¡ah, le importo! Está angustiado por mí». Pero si uno creyera que la prohibición es lo único que funciona, y empezara a prohibir todo, verificaría, por el contrario, que no solo no funciona sino que las actuaciones empeoran.

Con el caso de Frida, hemos diferenciado no prohibir, no interpretar, no reforzar el yo, y dar un signo de deseo; es decir, a lo que remite la idea de «te deseo, aunque no lo sepa». Pero despejado eso, podemos decir que si bien puede haber prohibiciones que valgan como signo de deseo, en todos los casos tenemos que encontrar este punto en el cual el/la analista está en otra posición. No está en una posición de *sujeto supuesto saber*, está en una posición de Otro barrado que da un signo de deseo arrancado a la angustia.

Con el segundo caso, nos interesaba incorporar a la clínica de los excluidos de la sociedad, a los segregados sociales, a los «bardereros» contra el otro, considerar también esta posibilidad: que sean sujetos desalojados del Otro por falta de un deseo que los contenga. Eso se va a poner a prueba –porque no tiene otra manera de ponerse a prueba– contra el Otro, contra los ideales del Otro, contra la ley del Otro. Es como si dijera: «Ya sé que si soy lo que el Otro espera de mí me quieren, pero ¿si soy todo lo contrario?». De allí que el *acting out* siempre tenga una estructura de puesta a prueba radical del deseo del Otro, más allá de sus ideales, de sus leyes, de su orden.

Referencias

Beldarain, S. (2005). Primeras pinceladas. En Miller, J-A. y otros, *D'evaluación del Nombre del Padre*. La Plata, Argentina: Cita ediciones.

Greenacre, P. (1959). Problemas generales del *acting out*. En AA.VV. *Infortunios del acto analítico* (pp. 13-30). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Atuel.

Lacan, J. (1987) [1958]. *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Little, M. (1999) [1957]. La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente. *Seminario Lacaniano*, 12(8).

Una garantía real

Acerca del acto en psicoanálisis

La tercera forma de acción que mencionamos es el acto.³ En psicoanálisis, el acto propiamente dicho no es ni un pasaje al acto ni un *acting out*, tampoco un tipo de acción cualquiera.

Una manera de abordar ese tema consiste en recuperar, brevemente, lo que se denomina *la temporalidad del acto*, en oposición a la temporalidad del inconsciente. Para una clínica del acto necesitamos pensar una temporalidad distinta de la temporalidad retroactiva, que es la temporalidad del significante. Jacques Lacan presentó esta temporalidad en *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada* (1945), donde desarrolló sus famosos tres tiempos: el *instante de ver*, *el tiempo de comprender* y *el momento de concluir*.

El acto propiamente dicho implica, primero, la confrontación con un *instante de ver*, que es el instante en el que el sujeto vislumbra y se plantea una cuestión relativa a su deseo, anticipando una certeza, como dice el título. En el *instante de ver* surge una pregunta que lo divide, una interrogación con los datos que tiene a la vista en la temporalidad de un instante que es, podríamos decir, revelador; hay un efecto sujeto y una hiancia que se abre.

³ Lo que en el programa se encuentra puntuado como «Certeza y acto».

El *tiempo de comprender* es un tiempo que comienza cuando el sujeto puede realizar una suposición o elaborar una hipótesis respecto de lo que le urge. Es un tiempo de elaboración de ese *instante de ver*, un tiempo en el que el sujeto hace, por así decirlo, sus cálculos, sus razonamientos y experimenta, también, sus vacilaciones. Ese cálculo incluye su deseo, su ¿qué quieres?, su ¿quién eres? o su ¿qué eres?

Finalmente, el problema del acto propiamente dicho se plantea en el *momento de concluir*. Aquí nos detenemos, nuevamente, en nuestro matema de la angustia: el A tachado. No se concluye solo por un proceso lógico, porque nos cierren los argumentos o porque de tales premisas se sigue tal conclusión. Se concluye porque se le arranca una certeza a la angustia.

Por breve que sea, el *tiempo de comprender* no puede faltar. Lacan propuso que fuese lo más breve posible, usando la función de la prisa. Esa fue su orientación de trabajo en *Función y campo de la palabra y del lenguaje* (1952). En este tiempo, el sujeto se hará las preguntas necesarias sobre las consecuencias calculables de su acto y sabrá algo, también, sobre lo incalculable de las mismas, lo que se juega, lo que arriesga, lo que no. Pero la cuestión que busco discutir con más detalle, es que en el momento de concluir se precipita la lógica que estamos trabajando para la clínica de la angustia. ¿Por qué? Porque la solución de este acertijo no se deduce, completamente, de la lógica del tiempo de comprender: me confronto con que la salida del laberinto conlleva una certeza que no la puedo obtener del Otro.

No hay Otro del Otro

Para situar este punto, podemos recurrir a la clínica de la obsesión, que constituye un problema permanente en relación con el acto. Los síntomas clásicos de duda y de postergación muestran, suficientemente, que es un problema en relación con este punto. Se trata de deseos, como en todo síntoma analítico, pero de deseos que deben realizarse, no en sueños sino en actos: el sujeto obsesivo no puede concluir y eterniza el tiempo de comprender.

Este, incluso, es un problema señalado por Lacan en el *Seminario 1* (1954), ya que el análisis mismo puede favorecer la postergación y la eternización del tiempo de comprender.

¿Cuál es el problema en la obsesión? Que el sujeto espera la respuesta del Otro, espera que el Otro de lo simbólico tenga una garantía para su acto. Si se quiere, espera que el Otro le dé esa garantía, pero es en ese punto en el cual el Otro no contesta, y el sujeto no tiene la garantía de lo que se juega en su acto. El Otro no puede ahorrarle ese riesgo.

Es un momento de atravesamiento de la angustia y es de esa angustia de donde se puede extraer la certeza para concluir. Ahora, podríamos decir: el Otro no tiene una garantía simbólica, pero sí hay una garantía real en esa certeza que puedo extraer de la angustia.

Nos referimos, principalmente, a actos que, a veces, son decisivos para la vida de un sujeto. En esos momentos, la vida humana son riesgos que se corrieron y que se asumieron sin saber con exactitud a qué conducían. Es lo que se pone en juego en el acto y es el punto en el que nos resulta útil tomar como paradigma clínico a la obsesión: un sujeto que se encuentra trabado en el acto porque no acepta que el Otro es barrado. En el dispositivo analítico, es importante tomarlo siempre en cuenta, porque el analista no puede ubicarse en el lugar del garante del acto. En este nivel, esa es nuestra única diferencia con cualquier Otro (religioso, de las ciencias sociales, etc.): la barradura del Otro, y es coherente con que la brújula sea el deseo y no los ideales del bien.

Podemos decir, entonces, que entre el *acting out*, que busca la certeza de tener un lugar en el deseo del Otro, y el pasaje al acto, que es una certeza que se obtiene de ser un resto, se encuentra el acto vivificante del deseo que, obedeciendo a esta temporalidad, obtiene su certeza de la angustia.

Otro ejemplo paradigmático de esta cuestión es el «El sueño de la inyección de Irma» (1955). Fue el atravesamiento de la angustia en ese sueño, sin despertarse, lo que llevó a Freud a decidirse por la fundación del psicoanálisis. Freud no podía saber cuál sería el resultado de su invento, porque en ese momento era el único que practicaba esta terapéutica, pero tuvo la certeza de que dedicaría su vida a eso.

Se trata, también, de un punto crucial en los debates sobre el determinismo vs. el libre albedrío o sobre el determinismo vs. la libertad. Si al determinismo lo tomamos como determinismo inconsciente, no es un determinismo absoluto. Lo que situamos como A barrado son los puntos en los que el sujeto decide, elige, más allá del determinismo. Esa elección, esa decisión, no tiene garantía de éxito, pero tampoco de fracaso como piensa a veces el neurótico. Hay sujetos cuya manera de negar la barradura del Otro es estar convencidos de que les va a ir mal, un determinismo absoluto que viene del propio fantasma.

Nuevamente, queremos destacar aquí el valor ético de la angustia, recuperar su valor, porque sin angustia hay deseos que un sujeto nunca realizaría. Si algo puede terminar en una depresión no es porque haya salido mal el deseo por el que un sujeto apostó, sino porque no se haya jugado nunca por su deseo. Este es un punto a tomar en cuenta en la llamada depresión y algo a rescatar en nuestra época, porque la angustia corre el riesgo de terminar siendo considerada por la ciencia como química, como somática. Y el problema no es tanto si medicarla o no, sino que no se obstaculice la pregunta radical que vehiculiza.

Este tema sirve, también, para que quien está a cargo de un tratamiento sepa que no se trata solo de hablar y de analizar el inconsciente, sino que hay un momento en el cual si el sujeto no hace no progresa. Cuando el sujeto no es consecuente con su deseo en actos, el trabajo analítico se detiene y empieza a girar en redondo. No se trata solo de soñar y de realizar el deseo en sueños. Si le damos importancia a los sueños es porque nos marcan una vía por la cual el deseo se mete en lo real.

¿Qué quieres?

En la categoría denominada *Trastorno de ansiedad generalizada*, el DSM4 incluye una serie de síntomas que van de la ansiedad generalizada al ataque de pánico, el miedo, el desasosiego, etc. Esta «epidemia silenciosa» –como la definió Miquel Bassols (2013)– crece en la civilización y suele medicarse, más o menos rápidamente, porque a veces la urgencia en la resolución de algún tipo de ataque extremo puede llevar a la necesidad de medicación. Pero, más allá de eso, ¿qué nos plantea el crecimiento inusitado de esta sintomatología? Plantea el retorno de una cuestión radical acerca del deseo.

Es la pregunta por el deseo, *¿che vuoi? ¿qué quieres?* Lacan toma esta pregunta de la novela *El diablo enamorado* (1772), de Jacques Cazotte. En esa historia, que se desarrolla en la zona napolitana de Italia, hay un joven que quiere aprender a convocar a los espíritus. Está rodeado de gente entendida en ese arte y es un aprendiz, un aprendiz muy decidido. Tan decidido, que ni bien cuenta con sus primeros elementos convoca al mismísimo diablo. Este se le presenta como una cabeza de camello gigante, en una especie de alucinación, y le dice: «¿Qué quieres?». El joven no sabía que en esa situación pasaba a ser el amo del demonio o, más bien, que el demonio era su servidor. Y lo primero que quiere es que el diablo se presente de una manera más soportable; entonces, este comienza a cambiar su forma hasta convertirse en una hermosa muchacha que, a lo largo de la novela, pasa a ser su compañera. Es, por eso, el diablo enamorado.

Con la misma cuestión se presenta el genio de la lámpara en *Las mil y una noches* cuando dice: «¿Qué quieres? Tienes tres deseos». Eso es importante porque, como vimos, los deseos a que los nos estamos refiriendo no son infinitos. No son deseos infinitos como cuando estudiamos el deseo en lo simbólico, correlato de su indestructibilidad. Esta misma cuestión plantea la angustia, pero mediante una pregunta radical, porque se atraviesan las temáticas del ideal, del bien, de la ley, que son las respuestas que tenía nuestro deseo. Es como si dijéramos: «Todo eso es semblante, ¿qué quieres realmente?». Ahí es donde se producen los ataques de pánico.

Angustia y discursos: ciencia + capitalismo

Entonces, no olvidar, no dejar de lado esta cuestión, porque nuestra época, que ha sido llamada «del Otro que no existe», «del Otro roto», pone el objeto *a* (la angustia) en el cenit del cielo social y eso es consecuencia, principalmente, de la incidencia sostenida, desde hace aproximadamente cinco siglos, de la ciencia y el capitalismo como discursos dominantes en nuestra civilización. Discursos que comandan a los sujetos, que atrapan sus cuerpos y que moldean sus modos de goce.

No podemos detenernos para introducir la teoría de los discursos de Lacan, pero recordemos que cuando en psicoanálisis decimos discurso no nos referimos a los diversos relatos que circulan por la civilización, ni al uso común que se hace de esa

palabra para designar los contenidos o los dichos de lo que se enuncia ni tampoco a un sistema de ideas más o menos sistematizado (filosófico, literario, periodístico, científico, religioso, político). Nos referimos a modos del vínculo social que están escritos en el lenguaje oral y que funcionan más allá de los enunciados y de los dichos que se sostienen. En su funcionamiento, los discursos determinan posiciones y lugares fijos a partir de los cuales se pre-interpreta todo lo que se dice.

Lacan propuso que podían estructurarse cuatro discursos diferentes, más uno. No son ni buenos ni malos, son modos de vínculo social y modos de suplir la relación que no hay: la relación sexual. Estos discursos son:

- El discurso del amo (para la relación amo/esclavo).
- El discurso histérico (para la relación sujeto histérico/amo).
- El discurso analítico (para la relación analista/analizante).
- El discurso universitario (para la relación profesor/alumno).

A estos se suma el discurso capitalista (para la relación sujeto deseante/objeto de consumo).

En este sentido, la ciencia en sí misma no es un discurso, sino que sus conocimientos se vehiculizan y se difunden mediante la estructura del llamado discurso universitario. Este no se refiere únicamente a lo que ocurre en la universidad o en el sistema educativo en general, sino a toda situación discursiva en la cual lo que comanda es el saber. Con esa estructura podría difundirse cualquier tipo de saber, pero el que se difunde principalmente en nuestra civilización es el llamado conocimiento científico. El agente de discurso es el saber.

S₂, así se escribe el saber en el lugar del agente de discurso.

En la actualidad, la gran mayoría de las personas están tomadas por ese discurso, algunos más que otros. Es decir, organizan su vida en función de un saber que viene del Otro.

El sistema educativo es el reino del discurso universitario y se ha extendido enormemente en los últimos años. Consideremos que apenas unas pocas generaciones atrás, para muchas personas, terminar la escuela primaria obligatoria era suficiente, pues salían a un mercado de trabajo en el que abundaban los oficios.

En la actualidad, se ingresa al jardín maternal muy temprano, a veces en el primer año de vida, y se sale del sistema educativo doctorado. Eso modifica por completo la crianza en la vida familiar tradicional y el famoso Complejo de Edipo, que presuponía la vida en la familia al menos hasta los seis años.

Lo mismo sucede con el mercado laboral, que muy rápidamente pasó a estar dominado por el discurso universitario. También, la familia. Tomemos un ejemplo, una gomería que arreglaba las cubiertas para autos. En esa gomería había una pequeña jerarquía: el dueño tenía sus empleados, no muchos, y esos empleados, a su vez, tenían una cierta jerarquía (oficial, ayudante) y habían cultivado un saber-hacer sobre su oficio. El hijo del dueño hereda la gomería, pero debido a la globalización de estos productos en determinado momento tiene que cerrarla y emplearse en Firestone. ¿Qué le propone Firestone? «Todo lo que usted sabe no nos sirve, pero no se preocupe, la capacitación es a cargo de la empresa».

En este caso, esta persona puede seguir con su oficio, pero debe cambiar de discurso, lo que suele valorarse como un progreso. Desde el punto de vista de los discursos, ese sujeto ingresa en el mercado laboral como un estudiante. Su saber-hacer no cuenta, nuevamente, debe empezar a aprender de cero. Para la gran mayoría de los empleos que la gente consigue en la actualidad, en realidad, no importa mucho cuánto sepan. Los criterios de selección de personal no son tanto por cuánto saben las personas, importan más ciertos rasgos de la personalidad, porque lo que tienen que saber se los va a enseñar la empresa.

La cultura de la evaluación

Al hablar de la angustia en el discurso universitario, la cuestión central es el proceso evaluatorio, la evaluación. ¿Por qué las situaciones de evaluación nos suscitan tanta angustia?

Cuando van a rendir un examen, ustedes se angustian y presentan síntomas en el cuerpo (taquicardia, sudoración, diarrea, insomnio), sentido que suelen cerrar en la palabra *nervioso*. Sabemos de muchos/as estudiantes que solo pueden pasar por los exámenes medicados, sobre todo en facultades donde este discurso es más feroz. Esa angustia es entendible en términos de la lógica del discurso universitario. Imaginen, además, que lo que se juegan es aprobar, no una materia, sino un puesto

de trabajo, con todo lo que eso puede significar, sobre todo, si atrás hay familiares u otras personas de las que ocuparse. Esa es una de las angustias contemporáneas: la angustia por quedar objetalizado por el saber del Otro. En ese momento, somos *objetos evaluados por el saber del Otro en términos numéricos*: del 1 al 10. Se evalúa nuestro saber, pero es muy fácil ver cómo eso se desliza a algo del ser. De pronto, somos un número, un código de barras.

Vamos a escribirlo del siguiente modo:

$$\underline{S2} \rightarrow a$$

En los ejemplos, hemos hecho una oposición fecunda que conviene subrayar: la oposición entre el *saber-hacer* y un saber en un estatuto diferente en el discurso educativo, el *saber-teórico*, que debe ser sabido por la conciencia. Deben conocer sujetos que saben hacer algo muy bien, que no estudiaron para ello, y que probablemente no podrían decir cómo lo hacen, porque solo saben hacerlo. Pensemos en el guiso de la abuela, que no es chef, pero que hace muy bien el guiso. La gente sospecha que no da la receta porque no quiere que se la roben, pero no necesariamente es así: es un saber en otro estatuto y solo le va a salir así a esa abuela. Es una oposición entre el saber artesanal, en sus distintas versiones, y el saber producto de lo industrial, que es consecuencia de un conocimiento científico.

Subrayemos que lo escrito forma parte de un determinismo discursivo muy duro. Es lo que llamamos el determinismo de un discurso. Es un paso importantísimo, porque pasamos de tener una sola idea de determinismo en psicoanálisis, el determinismo inconsciente –como un determinismo general del lenguaje– a que ese lenguaje tiene cuatro modos de organización diferentes y, según el modo, resulta un determinismo distinto.

Durante los acontecimientos del Mayo Francés, en 1968, Lacan dictó el *Seminario 17* –donde propuso estos cuatro discursos– e interpretó esas protestas de manera explícita diciendo que se trataba de un cambio de discurso, no de una revolución; es decir, esa revolución era un cambio de discurso. A partir de esa fecha, se consolida, rápidamente, que el amo de nuestra época no es el S1, sino el S2. Es decir, el giro por el cual el que manda no es más el amo, es el saber.

Esto es fácil de apreciar en lo que, seguramente, la mayoría de ustedes conoce y que Foucault llamó la biopolítica. Un saber sobre cómo tengo que alimentarme, cuidarme, recrearme, dormir... En definitiva, sobre cómo tengo que vivir. Y es un saber está hecho de cantidades, de números, de porcentajes, por lo que podemos agregar otra característica del saber científico: es medible por la vía del número. *Mane, thechel, fares*, contados, medidos y pesados, los cuerpos en la civilización. Eso me resulta de lo más ilustrativo: estamos atrapados por ese saber.

Podríamos escribirlo así:

$\begin{array}{ccccccc} \text{Saber Ciencias} = N^{\circ} & \rightarrow & \underline{S2} & \rightarrow & \underline{a} & \rightarrow & \text{evaluada} \\ & & & & //\$ & \rightarrow & \text{síntomas} \end{array}$

En la biopolítica, nuestro cuerpo mismo se modela, no en relación con un *ideal del yo* –como en el antiguo discurso del amo–, sino en relación con un saber que incluye rutinas alimenticias, de ejercicios, cantidades que debo evaluar en mi cuerpo –pasando por evaluaciones médicas– para saber cómo están, y que resultan, finalmente, en un modo de lo que Foucault llamó «hacer vivir».

Esta expresión resulta paradigmática de las modificaciones acontecidas en las políticas del discurso del amo, del «dejar vivir» al «hacer vivir». Y son una muestra de lo que significa que para nosotros el discurso –en el nivel estructural que hemos precisado– atrapa a los cuerpos, a cada uno de los cuerpos.⁴

Somos objetos evaluados en los ámbitos laborales, educativos, médicos, deportivos, recreativos, y eso puede generar angustia y síntomas muy raros. Síntomas raros significa que no se van a descifrar en su articulación con el inconsciente porque son síntomas en otro discurso.

Trate de mostrarles que, en la actualidad, el agente de discurso dominante no es el S1, sino el S2, con la forma de *la ciencia*.

⁴ Esto lo retomaremos en la unidad 6, «Síntomas actuales».

En el discurso universitario, tenemos que agregar la noción de *plus de goce*, cuya otra cara no es la angustia sino la satisfacción, que está puesta en la calificación misma. El/la estudiante o el/la trabajador/a de ese discurso están tras un plus de goce, que es más y mejor calificación. Eso se globalizó de tal manera, que en el mercado laboral es un objeto más de consumo: es un *recurso humano, material humano* (al igual que la materia prima, los muebles y los útiles, los insumos), y su presentación es un *curriculum* con sus calificaciones, enviado por internet, a una bolsa de trabajo. ¿Cuánto calificaste? Y todo eso se traduce, fácilmente, en un número o en un código de barras.

Referencias

Bassols, M. (2013). Epidemia silenciosa. *Lectura Lacaniana*, IV.

Cazotte, J. (2005) [1772]. *El diablo enamorado*.
Madrid, España: Siruela.

Lacan, J. (1988) [1945]. *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan, J. (1988) [1952]. *Función y campo de la palabra y del lenguaje*.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Lacan, J. (1981) [1954]. *El seminario. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (2006) [1955]. *El seminario. Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Lacan, J. (1992) [1970]. *El seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

La dictadura del plus de gozar

Desposeídos del saber hacer

Señalábamos en la clase anterior que las situaciones de evaluación son las que muestran de forma más paradigmática en qué consiste esa forma de la angustia en nuestra civilización científica. En tanto el trabajador de ese discurso está objetalizado por el saber del Otro.

El trabajador de antes tenía los medios de producción de su lado; habíamos tomado el ejemplo del gomero, podría ser un zapatero, un carpintero, etc. Desde el psicoanálisis, agregamos que el trabajador no solo tenía los medios de producción, tenía un saber hacer y vivía del ejercicio de este saber hacer, que no es solo una manera de ganarse el pan sino un medio de goce: disfrutamos y nos mortificamos con el trabajo. Todo saber artesanal continúa siendo así, pero nuestra época ubica al trabajador en el lugar del que no sabe, del que tiene que aprender. Para Jacques Lacan, el trabajador en este estatuto está desposeído de su saber hacer, que es otra versión del saber inconsciente como no sabido.

En las problemáticas que trabajamos sobre inclusión/exclusión social, este es un punto fundamental. ¿De qué manera y con qué un sujeto entra en un vínculo social? Y es importante tomar en cuenta esta consideración porque da origen a síntomas de difícil tratamiento. Síntomas que no tienen una articulación con lo que llamamos el inconsciente, no porque estén fuera del discurso, sino porque están en otro discurso.

Decíamos, también, que se presentan muchos casos –algunos de los cuales veremos en síntomas contemporáneos–, ciertas formas de anorexia, por ejemplo, de sujetos tan tomados por ese discurso que toda su vida es una constante evaluación de cantidades y de valores, de rutinas de ejercicios, de alimentaciones, de calorías consumidas y gastadas, etc., porque el armado de su cuerpo depende de esas cantidades. Eso es un orden simbólico distinto. Si tuviera que caracterizarlo en pocas palabras diría: sin castración.

Hace unos días leí «La novia perfecta».
Allí se relata el caso de una joven cuyo novio la evaluaba todo el tiempo.
Ella le pedía un puntaje según su desempeño y su relación se basaba en eso.
Él siempre le ponía un 8, nunca llegaba al 10, y eso la angustiaba.
Hacía y hacía, pero nunca llegaba al 10 para su pareja.

Ese texto resulta muy adecuado para mostrar algo más en este punto, porque en ese caso el amor mismo es pasado por un proceso de evaluación en términos numéricos. La joven se ofrece como un objeto a ser evaluado, para ser aprobada o desaprobada por su novio en el amor. Es un ejemplo clínico que viene exactamente a este punto, pero llevado a otra temática fundamental para el ser hablante: el amor.

Hay cuestiones muy importantes a reconsiderar del amor en el orden simbólico del siglo XXI, que Lacan calificó como «orden de hierro», precisamente, por ser un orden, sin amor. No nos referimos al amor romántico, ni al amor idealizado; nos referimos a su ejercicio concreto en las relaciones humanas más cotidianas y más cercanas. Me parece, también, una buena demostración de lo que llamamos el determinismo discursivo, pero estos temas los trataremos en detalle más adelante.

¿Podríamos decir que nadie quiere ser evaluado,
que a nadie le gusta ser evaluado?

No, pero sí. Sí, pero no, porque las personas entran, permanentemente, en situaciones en las que son seducidas para ser evaluadas. Para todo hay que hacer encuestas, llenar formularios, tildar casilleros... Y nada de eso representa nunca ninguna singularidad. En la actualidad, somos constantemente evaluados a través

de las redes sociales y de los *gadgets* en sus gustos, mediante un algoritmo que mide, capta o intenta captar nuestros modos de goce (nuestros gustos), para decidir qué objeto es más conveniente ofrecernos.

Pasamos, así, a lo que se llama mercado de consumo, que es un aspecto del discurso capitalista. Y a este mercado ingresamos como consumidores, no como personas con nombre propio, sino como seres que gozan de consumir objetos a la espera de una mayor satisfacción. En eso estamos todos/as implicados: no hay mercado de consumo, sin consumidores.

Una recomendación que me sugiere tu pregunta sobre este tema, es el libro *¿Desea usted ser evaluado?* (2004), de Jacques-Alain Miller y Jean-Claude Milner.

Mayor satisfacción: la adicción generalizada

Hemos estudiado que el objeto \underline{a} tiene como única manifestación clínica la angustia y trabajamos en detalle su transformación en acción. Ahora bien, cuando pasamos al plano del discurso, el objeto \underline{a} tiene, además, otro modo de funcionamiento. Si en el primer caso es un objeto que produce angustia, en el segundo es un objeto que produce goce, satisfacción. A ese funcionamiento lo llamamos *plus de goce* o *+ de goce*.

¿Qué quiere decir plus de goce? Desarrollar sus fundamentos requeriría de recorridos complejos, pero a los fines nuestro curso de clínica definámoslo de un modo operativo: significa que a ese objeto lo estudiaremos en tanto que produce un modo de satisfacción y no solo como objeto del deseo, ni como objeto de la angustia. Son tres cosas diferentes.

Cuando decimos satisfacción, nos referimos a satisfacción del cuerpo, en este caso de una zona erógena. Esa satisfacción, sabemos desde Freud, es parcial, no total. Es una satisfacción que va acompañada de pérdida de satisfacción; es decir, de insatisfacción. Esto produce un movimiento repetitivo tendiente a recuperar la satisfacción que se escapa.

Podría escribirse del siguiente modo: plus de goce = \underline{a} +/- (donde + escribe la satisfacción y – la pérdida de satisfacción o la insatisfacción).

Todos los objetos de consumo del mercado podrían resumirse en un slogan: mayor satisfacción. Supongamos que esa mayor satisfacción es una Coca-Cola. Estamos sedientos, la tomamos y estamos en el +, pero inmediatamente se produce una pérdida de goce; entonces, otro trago y, nuevamente, pérdida; entonces, funciona nuevamente un +: ahora, fumemos un cigarro. Todo objeto llamado plus de goce es satisfacción y pérdida. Es decir, como la satisfacción es parcial llama a más satisfacción. En cada discurso, esto adopta formas diferentes.

Cuando comenzamos la unidad, uno de los puntos que tomamos fue el objeto a en el cenit del cielo social; es decir, la angustia en lo más alto del cielo social, una civilización angustiada. En este punto que estamos tratando, lo podemos convertir en el objeto a pero, ahora, en su funcionamiento como plus de goce que comanda la civilización. Es decir, que determina un modo de relación con el objeto que es modelado por el objeto de consumo. Si tuviésemos que ponerle el nombre de un síntoma clásico, diríamos que se trata de compulsión. Consumidores compulsivos (com-pulsión tiene su resonancia con el exceso pulsional y con el *con* de consumidores). Esa relación es siempre una relación adictiva. Es el modelo de la relación de objeto en la actualidad. Cuando decimos adicción, no decimos solamente un síntoma contemporáneo, decimos, también, un modo de relación generalizado con el objeto de todos los seres hablantes. Van a escuchar que se utiliza la palabra adicción para referirse a cualquier tipo de dependencia con cualquier objeto o persona.

Para llevar estos temas a otros aspectos de la clínica de la angustia, lo tomaremos por el siguiente sesgo: es una sociedad que permanentemente le está ofreciendo al deseo falsos objetos con la expectativa de una mayor satisfacción. Como dijo alguna vez Lacan: «Si se puede imitar el plus de goce, eso mantiene a mucha gente entretenida». Es como si lo que llamamos sociedad de consumo hubiese explotado la idea freudiana de que el deseo es indestructible y la satisfacción siempre parcial, por lo que se pueden ofrecer infinitos objetos. Dejo planteada una pregunta: el objeto que ofrece el mercado, ¿es un plus de gozar o una imitación de un plus de gozar?

De manera que un sujeto puede pasar su vida persiguiendo esos objetos plus de goce. Muchas veces, las consecuencias que esto genera son las llamadas depresiones –y por eso abordamos este tema en esta unidad–, que fueron tomadas

por Lacan como una angustia que se presenta como consecuencia de haber dejado de lado el deseo, de haber dejado caer el deseo, el de cada uno.

Pero, para seguir mejor el tema, comencemos por otra parte.

Los tiempos lógicos del duelo

El duelo es ocasionado por una pérdida. En *Duelo y melancolía* (1993 [1914-1916]), Freud se vale de una distinción entre el duelo normal y el patológico. Hay que distinguir depresión de duelo e, incluso, de la posibilidad de que el duelo se convierta en patológico. Si es un duelo normal, por lo general, no hay consulta. A veces, hay consultas por duelos que son normales, que solo requieren del acompañamiento del proceso; es decir, de la elaboración de una pérdida.

Para abordar más en detalle este tema clínicamente, conviene retomar lo que trabajamos sobre los tiempos lógicos. En el duelo, el *instante de ver* es el instante de admitir la pérdida –lo que no siempre coincide con el momento en el que esa pérdida efectivamente se produce–, el *tiempo de comprender* es el tiempo de elaborar la pérdida, y el *momento de concluir* es el momento de salida del duelo. En este momento, como decía Freud, el sujeto puede sustituir ese objeto por otro. Este pasaje por el objeto siempre tiene sus consecuencias.

Este esquema permite entender mejor algunas problemáticas relacionadas con las posibles complicaciones de los duelos que se nos presenten clínicamente. En general, los problemas más graves provienen de no admitir una pérdida, lo que ubicaríamos en el *instante de ver*. En algunas oportunidades, se observa que el sujeto no tiene registro ni de la fecha en la que ocurrió el hecho ni de qué perdió con lo que perdió. Otras veces, observamos que el hecho fue en tal fecha, pero el momento en que el sujeto cayó en la cuenta no coincide con el momento en que ocurrió la pérdida. El *instante de ver*, de admitir la pérdida, es un momento crucial, decisivo, fundamental para que un duelo se lleve adelante. En caso contrario, pueden plantearse problemas a veces muy extremos, del orden de que lo rechazado en lo simbólico retorna en lo real.

Los muertos vivos son el retorno en lo real de la pérdida rechazada.

Hace poco veía que en el cine hicieron una nueva versión del filme *Cementerio de animales* (1989), una película del género de terror basada en una novela de Stephen King. Cuando uno es joven mira muchas películas de terror. Algunas lo marcan. Alguien me decía que en la versión original de esta película era la primera vez que en la pantalla del cine se mataba a un niño (el nene, de dos años, es atropellado por un camión). Por primera vez se mostraba eso, y la gente quedaba enmudecida ante la escena.

En el filme, la hermana, el padre y la madre están ante una pérdida de imposible elaboración, terriblemente dolidos. Y tienen el recurso de enterrarlo en el cementerio y que resucite, ¿no lo harían? Como esto ya había ocurrido con el gato, la mascota de la familia, el espectador, identificado con el sufrimiento insoportable de los protagonistas, es el primero que piensa: «Que lo entierren en ese cementerio» y, a su vez, «que ni se les ocurra enterrarlo en ese cementerio». El retorno de ese niño de la muerte encarna las características de lo siniestro; es decir, de lo familiar que se vuelve extraño. ¿Qué quiere? Así como el sueño fue la vía regia de acceso a lo inconsciente, lo siniestro fue concebido por Freud como la vía regia al estudio de la angustia.

Me parece que este filme muestra muy bien que lo rechazado en lo simbólico retorna en lo real; en este caso, una pérdida que no se quiere/no se puede, admitir. Es una fórmula que aprendimos en la psicosis, pero que aquí podemos generalizar. Eso se observa clínicamente. A veces, incluso, como parte normal de un duelo, hay pequeños episodios alucinatorios, muy discretos, en los que uno cree ver a esa persona en todos lados. En el caso de Frida, en el momento más crucial de su duelo, en la imposibilidad de elaboración de esa pérdida, se describe que ve a llse. Como saben, eso no es una psicosis propiamente dicha.

En algunos casos, el/la analista o el/la psicólogo/a clínico/a tiene que ocuparse de ver si es posible inscribir una pérdida que no fue inscripta. Eso es un paso crucial. Después viene el tiempo de elaboración. La pérdida se admitió, pero el problema clínico puede surgir porque el tiempo de elaboración se eterniza; porque no se puede concluir y pasar a otra cuestión.

Hay, aquí, toda una serie de problemas nuevos a indagar, debido a que nuestro orden simbólico también cambió y se han perdido algunos de los rituales culturales que ayudaban a la elaboración, a la aceptación de la pérdida. Pero no solo eso,

también se ha perdido la costumbre de enterrar a los muertos, práctica que poco a poco ha caído en desuso y que en el orden simbólico anterior tenía una relevancia tal que la antropología la había tomado como un criterio del pasaje de la naturaleza a la cultura. ¿Recuerdan la famosa antinomia entre naturaleza y cultura planteada por Claude Levi-Strauss? En el reino natural no se entierra a los muertos, se los entierra en el reino cultural. Es decir, la presencia de rituales ha sido un universal cultural, entre ellos, el enterrar a los muertos, al igual que la prohibición del incesto. Siempre hay una tumba con la inscripción de una fecha, de un nombre y con algunos objetos o unas bonitas flores. Finalmente, nos reducimos a eso, a un significante y unos objetos.

Vivimos en una civilización que fue perdiendo esas costumbres, esos ritos. Y en la elaboración de los duelos, de las pérdidas, eso trae aparejadas problemáticas que no están aun suficientemente investigadas. El ritual de ir al cementerio a visitar la tumba del difunto era parte de esa elaboración; después, poco a poco, se dejaba de ir, pero además del ritual de reunirse, de velarlo y de enterrarlo había un lugar donde estaban sus restos. Ahora, a veces, no hay reunión ni ritual ni restos, porque los cuerpos son cremados y las cenizas esparcidas en el mar o en la tierra. ¿Qué consecuencias tienen estas modificaciones? Son cuestiones a tener en cuenta sobre nuestro orden simbólico, cuestiones que ayudan a armar problemas o a encontrar orientaciones clínicas para estas temáticas.

Desde el punto de vista de la dirección de la cura, en principio, tampoco se trata de un análisis del inconsciente. Por eso lo nombré como «acompañamiento de un duelo» y, también, como una función de trabajo con los obstáculos que traban ese proceso. Si mediante la escucha clínica podemos detectar, por ejemplo, un problema en la inscripción de una pérdida o colaborar en la elaboración de una pérdida, también ganamos en posibilidades de tratamiento. Cuando ese proceso no es posible, ¿qué otro recurso se inventan los sujetos?

Freud planteaba otra diferencia que siempre hay que tener presente: la diferencia entre el duelo y la melancolía. Esto es retomado por otros comentadores en los textos; por ejemplo, por Colette Soler (1992) en «Pérdida y culpa en la melancolía». La diferencia pasa por la afectación extrema del narcisismo, por el sentimiento de indignidad de un sujeto. Incluso, la indignidad del sujeto puede estar llevada hasta el delirio y eso es válido, también, para la categoría de «psicosis melancólica».

Recordemos que, desde su descripción en la clínica psiquiátrica, la psicosis melancólica no se desencadena por el encuentro con Un Padre, sino a partir de una pérdida. Los rasgos fundamentales para el diagnóstico diferencial son: el delirio de indignidad y el delirio de culpa. En el delirio de indignidad, muchas veces, el contenido delirante no brinda elementos de diagnóstico diferencial, pero sí los ofrece la imposibilidad de dialéctica.

Lo anterior está en línea con lo que Freud sostenía sobre el sentimiento de indignidad del melancólico y su expresión enigmática: la sombra del objeto ha caído sobre el yo. Desde el punto de vista de la clínica de la angustia, se trata siempre de volver a colocar el objeto a en el campo del Otro.

Dejar caer el deseo

¿Cuándo se refiere al sujeto melancolizado, se refiere a la depresión?
Habíamos marcado esa diferencia con el duelo.

Trataba de diferenciarlo de la depresión. Un duelo se puede melancolizar. En cada caso, tenemos que analizar que pasó, por qué. Pero si hablamos de una psicosis melancólica, lo que se desencadena es un cuadro bastante extremo; clínicamente, es un diagnóstico específico, definido y preciso. Es distinto de un duelo que, en alguna ocasión, pueda melancolizarse.

Volvamos a nuestro abc. Siempre es fundamental tener, primero, un diagnóstico estructural del caso: ¿neurosis o psicosis? En este tema, si se trata de psicosis recuperamos la categoría de psicosis melancólica. Luego, lo que se llama depresión puede ser un rasgo o un momento ubicado en una neurosis histérica o en una neurosis obsesiva, de manera tal que en este tema toda esa clínica sigue intacta.

A la llamada depresión tenemos que ubicarla como una forma de angustia actualmente generalizada. Es un síntoma contemporáneo, que se ha expandido mucho. Nos atrevemos a proponer que, en gran medida, por razones vinculadas a nuestro orden simbólico del siglo XXI. En el sentido siguiente: muchas personas, tomadas por los objetos plus de goce que se ofrecen al consumo, dejan de lado su deseo, dejan caer su deseo. Este «dejar caer el deseo» es para Lacan toda una

definición acerca de por qué el sujeto se entristece. Lacan hablaba de cobardía moral, que es una definición ética de ese problema, formulada desde la ética del psicoanálisis, y que invita a trabajarla. Es por eso que Miller (2001) pudo proponer que la depresión se cura con coraje, el coraje de un acto que vuelva al sujeto al camino de su deseo.

En principio, es un nombre que el discurso científico le asigna a ciertos síntomas y que, por alguna razón, tienen éxito socialmente; es decir, los sujetos se hacen representar por ese significante, se sienten representados. Es el caso de la depresión, la adicción, el ataque de pánico, el trastorno de ansiedad, la anorexia, la bulimia.

La depresión como síntoma,
¿remite a un síntoma en tanto formación del inconsciente,
como algo que se puede interpretar,
o está más vinculado a la angustia, a algo real?

En este punto, lo usaba, en un sentido más general, como síntoma de lo que no funciona. Es decir, con frecuencia, las personas experimentan ciertos estados de angustia que consideran que nombran bien con la palabra depresión. No olvidemos que, antiguamente, se lo nombraba con una terminología más escolástica, se lo llamaba tristeza. Las palabras tristeza, melancolía –que sería una tristeza más extrema–, y ciertas graduaciones de la tristeza a la melancolía en un lenguaje que recuperaba más la relación del sujeto con su deseo. Depresión es un nombre de la ciencia, que en la actualidad se vincula, por lo general, con procesos químicos que acontecen en el organismo.

Desde ese punto de vista, me parece que es necesario un enfoque, es decir, ¿cómo entendemos el malestar llamado depresión? Fácilmente, nos lleva a la angustia porque en los casos de depresiones graves o de melancolía termina siendo una problemática de identificación al objeto a como resto. Con esa fórmula podríamos indagar algún caso en el cual el sujeto dejó de lado algo que consideraba importante para su deseo y le sobrevino una depresión. El énfasis, pues, está puesto en una elección del sujeto.

En la bibliografía, tenemos el caso de una mujer que consulta en el momento en que su marido, por una decisión de vida, había dejado de lado el importante y prestigioso trabajo que le daba un lugar en lo social. La mujer se deprimió y era enigmático por qué se había deprimido. Ella quería, insistentemente, que él siguiera ocupando ese lugar. Sintetizando un poco, las entrevistas con un analista la llevaron a que ella nunca había amado a ese hombre, que solo había estado con él por el status, por el prestigio social que le daba. Entonces, cuando eso que a ella la enganchaba con ese hombre se acabó, no quería considerar su responsabilidad.

Este caso es interesante porque la única insistencia de la mujer en las entrevistas con el analista era que el marido volviera a ser lo que era, porque no quería interrogarse sobre en qué podría ella estar implicada en este sufrimiento. Se trata de un rasgo a tener en cuenta, pues sería muy difícil ayudar a esta mujer si no hay una transformación de esa demanda. Es un ejemplo, podríamos dar otros, pero siempre se relacionarían con esto: un deseo importante para el sujeto que ha dejado caer.

Las cinco formas del objeto a

Quería agregar un contenido para explicitar un uso que ya comenzamos a hacer de la noción de objeto a . Hasta el momento, nos referimos al objeto a , primero, como la traducción subjetiva de angustia y, después, como plus de goce. Ahora le agregamos que el objeto a tiene diferentes formas. Dichas formas son los objetos de la pulsión. Cada una de ellas tiene un modo de funcionamiento diferente: oral, escópico, anal e invocante, que se refiere a la voz. Estas cuatro formas plantean problemas clínicos distintos.

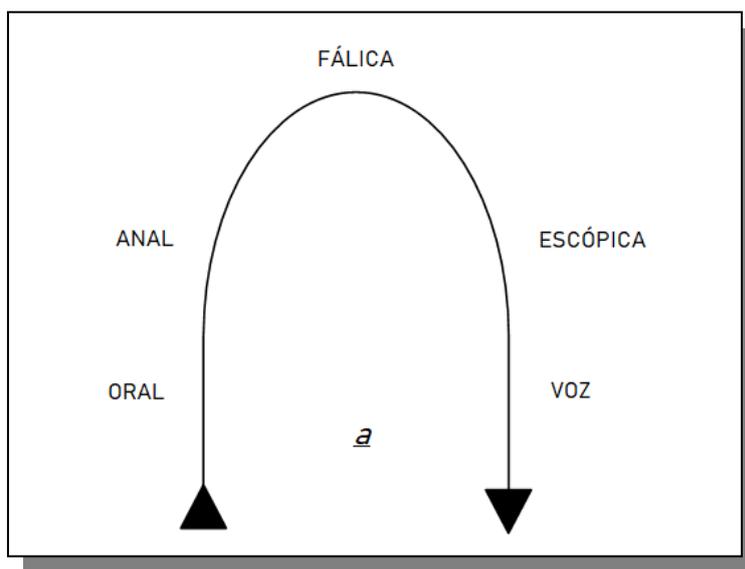
Por ejemplo, en la mención anterior, decíamos que en la melancolía y en ciertas depresiones graves se presenta el problema de la identificación al objeto a como desecho, en su forma de resto. Decir objeto a como resto es una versión del objeto anal, lo que sobra, lo que se tira, lo que está de más, lo que no sirve; decimos: «Es una mierda». Son todas expresiones que pueden escuchar de un sujeto melancolizado o deprimido. Lo cual implica una cierta gravedad del estado.

Después de Freud, lo que triunfó en psicoanálisis fue el esquema de Karl Abraham, según el cual la libido evolucionaba en tres fases: oral, anal y fálica, a las que luego se

agregó la genital. Estas fases eran progresivas, y todo lo que es progresivo también puede ser regresivo. Entonces, se entendía como madurez sexual haber llegado a la etapa llamada, en ese momento, genital, aunque pudiese haber regresiones, a lo anal o a lo oral, o problemas con la etapa fálica.

Pero allí tenemos un problema, porque la denominada etapa genital, que supone la madurez sexual que no hay, se constituye en una norma y es una manera de establecer cómo es la relación sexual. Es decir, para el psicoanálisis de orientación lacaniana es solo un fantasma construido en el lugar del axioma: no hay relación sexual.

Lacan sustituyó el esquema de las fases evolutivas de la libido tal como las concibió Karl Abraham (1877-1925) y que se impuso en psicoanálisis luego de Freud; por este esquema (ver esquema) que rompe con la idea de lo progresivo y lo regresivo, y pone oral, anal, escópico e invocante.



Las formas estádicas del objeto

En la última parte del *Seminario 10*, titulado «Las cinco formas del objeto a» (1964), ubica al falo como otra forma del objeto a. Pero aclara que es conveniente estudiarlo por separado, ya que no es un objeto con las mismas características. Si el sujeto desea, tiene por objetivo un objeto; entonces, ese objeto le resulta atractivo. A ese objeto que nos resulta atractivo lo llamamos objeto fálico o agalmático, que es un envoltorio de un objeto parcial, que contiene un objeto parcial. Mientras permanezca en ese estatuto nos resultará deseable y permanecerá oculta su dimensión de objeto angustiante y de objeto causa del deseo.

De manera sencilla, noten que los objetos que ofrece el mercado de consumo son para la mirada, para el oído, para lo oral y para lo anal; lo anal está muy presente en la relación con el dinero: el deseo de retener es un deseo anal. Cuando todo indica que el movimiento inicial del objeto anal es ser cedido. El carácter de cesible del objeto *a*, en todas sus formas, constituye uno de sus aspectos fundamentales. Pero en el estudio de lo anal surge el deseo de retener, «te lo doy/no te lo doy».

Ese mismo objeto que resulta atractivo, que se percibe como un objetivo y que siempre vela una de estas formas, se puede tornar angustiante. Es un darse vuelta enigmático y difícil de explicar. Donde la visión se convierte en mirada, el tragar se convierte en tragado... Aquello que Freud había estudiado como reversión de la pulsión.

Ahí es donde resulta necesario abordar en detalle el funcionamiento de cada uno de esos objetos.

Referencias

- Freud, S. (1993) [1914-1916]. Duelo y melancolía.
En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, Trabajos sobre metapsicología y otras obras (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Lacan, J. (2006) [1964]. *El seminario. Libro 10: La angustia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J-A. y Milner, J-C. (2004). *¿Desea usted ser evaluado?* Málaga, España: Miguel Gómez Editores.
- Gallano, C. (1997). ¿Qué se esconde en las delicias de la depresión?
En *La depresión y el reverso de la psiquiatría* (pp. 143-158). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Soler, C. (1992). Pérdida y culpa en la melancolía.
En *Estudios sobre las psicosis* (pp. 33-44). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Manantial.

La causa y el trauma

Objeto causa

Me gustaría comenzar con alguna pregunta que tengan sobre esta unidad.

¿Podría explicar que quiere decir usted cuando plantea el objeto a como función de ser causa del deseo?

Es algo muy importante lo que preguntas. Intentaré transmitirles el alcance que tiene esa fórmula. La idea que siempre tuvimos en la psicología y en el psicoanálisis, y en la filosofía también, es que el objeto del deseo está puesto como un objetivo que el deseo quiere alcanzar. Digamos que el objeto es como una zanahoria para el deseo, está siempre adelante. Forma parte de una intencionalidad dice Lacan, aunque esa intencionalidad sea inconsciente, del sujeto del deseo en tanto inconsciente.

Aquí, la diferencia entre psicología y psicoanálisis se ubica en la pregunta: ¿quién es el que desea? No es el Yo, como sería en psicología, que, por el contrario, puede ser capturado libidinalmente como un objeto más del deseo, lo que Freud llamó narcisismo. En psicoanálisis, quien desea es el sujeto del inconsciente. Pero, aunque desee el sujeto del inconsciente, el objeto al que se dirige ese deseo siempre está como objetivo a alcanzar. Entonces, decir que hay un objeto que es causa para el deseo es, de pronto, invertir esa lógica. Es decir que el verdadero

objeto está detrás, dirá Lacan. El \underline{a} es la causa, como toda causa produce un efecto y ese efecto es el deseo. Es poner el deseo como el efecto de una causa, que es un objeto. Con fórmulas más o menos simples, lo podríamos escribir así:

$$\begin{array}{l} \$ \rightarrow \underline{a} \text{ (objeto que persigue el deseo)} \\ \underline{a} \text{ causa} \rightarrow \$ \text{ efecto (el objeto está detrás)} \end{array}$$

Ese objeto que causa mi deseo puede ser un Otro para mí o puedo ser yo para un Otro. Es decir, como seres hablantes hemos tenido la experiencia de ser causa del deseo del Otro, y también de ser causados por Otro en nuestro deseo. Aunque no podamos poner plenamente en palabras esa experiencia, la sentimos.

Para utilizar la temática que trabajamos un poco más en detalle, la del *acting out*, podemos decir que un niño puede ser causa del deseo de los padres o de quienes cumplen esa función. Hace esa experiencia, de ser deseado por esos otros, pero no solo de ser deseado, sino de ser quien causa ese deseo. O, incluso, de ser deseado por que causa su deseo.

Entonces, lo que veíamos en la clínica del *acting out* es esta juntura que es una juntura de amor, de deseo y de goce, en un punto indecible, porque está en relación con el objeto, que no es un significante. Esa localización es la que trataba de transmitirles, una localización de uno como objeto más allá de la lógica edípica, porque en la lógica edípica se empieza a hablar en términos de objeto como objeto fálico. Acá está desconectado de eso, es como si fuera lógicamente anterior. Por eso, Lacan lo llama objeto \underline{a} .

Es situar el objeto \underline{a} en un punto innombrable en el cual soy causa del deseo y del amor del Otro. Y eso está más allá de los ideales, del falo, del nombre del padre, etc. Por eso, la clínica que veíamos es que cuando un sujeto mediante el *acting out* pone a prueba ese lugar, generalmente, esa puesta a prueba es en contra de lo establecido, del ideal, de la ley, como si buscara un más allá que no tiene palabras y al que solo puede responder algo que para ese sujeto valga como un signo de deseo, que es la angustia. Cuando eso ocurre, resulta un poco mágico. Lo trabajamos con esas fórmulas lacanianas: cuando uno consigue articular eso que llamábamos «te deseo, aunque no lo sepa» tiene un efecto mágico, porque se resuelven muchas cuestiones fundamentales que están en el nivel de la angustia, no en el nivel del síntoma.

¿Es lo que trabajamos con el caso de Margaret Little sobre la posición del analista de dar un signo de deseo y hacer algo con la angustia?

Sí, tomamos ese caso como paradigmático. Como casos paradigmáticos tienen, para algunas cosas, el caso freudiano de la joven homosexual, releído por Lacan en el *Seminario 10*, porque hay otra lectura de Lacan que está en el *Seminario 4* (1957), a nivel de las estructuras edípicas. Porque esa chica sufre una decepción inexplicable cuando nace un hermanito y se siente desalojada del deseo de los padres. Pero en el *Seminario 10* está discutido desde esta lógica del *acting out*, del pasaje al acto, el deseo del analista. Recuerden que ahí recuperamos la noción «dejar caer», que es una expresión que se usa para designar a alguien que no quiere hacerse cargo de ese «te deseo, aunque no lo sepa». Dejar caer, entonces, es una posibilidad.

Un argumento más para demostrar este punto: a lo mejor han tenido la experiencia de visitar «casa cuna» o lugares que alojan niños que están, durante mucho tiempo y desde muy pequeños, institucionalizados. Independientemente de lo que digan los libros y los profesores, la gente que trabaja con esos chicos sabe que gran parte de sus problemas más importantes se resuelven con una adopción. Después quedan los problemas que tiene todo el mundo (el amor, la muerte, la vida, el sexo) y la marca que deja en esos/as niños/as el problema del abandono, por ejemplo. Pero, si los/as adopta alguien con un deseo decidido de criar a un/a niño/a, los problemas más importantes que puedan tener se solucionan, problemas que parecen de desarrollo psicomotriz, intelectual, cognitivo, vinculares, etc. Esto lo traía como una prueba clínica de algo fundamental e indecible que funciona a ese nivel, más allá de lo que podemos explicar.

Si prestamos atención, veremos que las coordenadas de lo que implica el *acting out*, el pasaje al acto, la angustia, es otro problema a tener en cuenta en los diagnósticos como las adicciones, la depresión, importantísimo a tener en cuenta. No porque eso no nombre algo, a esos nombres los tomamos porque nombran una forma del síntoma que tiene sobradas razones para existir en nuestra civilización. Pero, supongamos que fuese el caso de la adicción, puesto en la lógica del *acting out* no es una adicción propiamente dicha. Porque no es que el sujeto haya hecho de eso un modo de goce del que no puede prescindir, sino que es, justamente, una forma de dirigir al Otro un llamado. Y eso cambia la orientación de la cura.

Vimos que es conveniente suspender un tiempo la problemática del diagnóstico y ocuparse, primero, de resolver este nivel, como lo enseña el caso de Little. Hasta que no se resuelve bien esta cuestión de objeto en el campo del Otro, podemos tener la sintomatología más extraña que no entra en ninguna categoría. A propósito de eso, les nombré también los ataques de pánico, los síndromes de hiperactividad, de ansiedad, el estrés. Esas formas de nombrar el malestar están muy vinculadas a una forma de angustia.

Si tomamos las categorías clásicas de objeto, causalidad, tiempo y espacio, verán que se produce un trastocamiento con esas categorías, a priori de la razón, porque objeto y causa se juntan. Pero ese objeto es incognoscible por la razón. Lo que llamamos causa tiene dos caras, una es el afecto angustia y la otra es un efecto Sujeto, que en este caso es la pregunta por la causa, por el por qué.

a----- → afecto angustia
----- → \$, pregunta ¿por qué?

Saben muy bien que un niño pregunta tres veces seguidas por qué y deja sin respuesta a cualquiera, no hay científico, padre o docente que responda. Le inventamos un cuento, una ficción, y sabemos que lo estamos haciendo. Exactamente así, con esa frescura con la que la presentan los niños, se considera la causa en psicoanálisis. Tal como había planteado Hume –y entiendo que fue insuperable–, hay una hiancia entre la causa y el efecto que no se colma nunca, porque siempre se desplaza a otra cosa y siempre podemos volver a preguntar... ¿y por qué?

Bien, consideremos que es en ese lugar que se hicieron grandes construcciones simbólicas como Dios, el primer motor de Aristóteles, el principio absoluto, mitos acerca del origen y también las ficciones científicas del Big Bang. Pero la causa se desplaza una vez más. Y un niño te diría: ¿y quién o qué causó esa explosión inicial? Quizá la más interesante sea que un soplo creó la vida. Para nosotros, la cuestión aquí es: ¿cómo puede ser que tengamos la noción de causa?, ¿de dónde la sacamos?, ¿es un a priori? Sin embargo, no todos los seres hablantes cuentan con ella, pensemos en la llamada esquizofrenia.

Pero nosotros no lo tomamos en términos intelectuales y de conocimiento sino en términos de deseo. Quisiera trabajar mejor este punto. Muchas disciplinas psicológicas, filosóficas, científicas, etc., se plantean la relación entre el Sujeto y el Objeto, pero esa relación es en términos de conocimiento, el sujeto cognoscente y el objeto a ser conocido. En psicoanálisis, desde un principio, esa relación interesó como relación de deseo, no de conocimiento: el sujeto deseante y el objeto deseado.

La angustia, entonces, trae algunas de las cuestiones que discutimos en términos de objeto y trae, también, el problema del «¿qué quieres?» más extremo. Esto es fundamental, porque como el malestar en la cultura es creciente se buscan soluciones rápidas a la angustia. Me parece que no hay que abandonar esta dimensión ética que tiene la angustia, la cual no es solo un afecto patógeno es algo fundamental en la estructuración de un ser hablante.

**Cuándo habla de adicción, ¿se refiere al consumo de sustancias?
¿La adicción puede no tomarse como un objeto de goce?**

Vamos a estudiar el síntoma de adicción como la relación con un objeto de goce, pero no leemos las cosas de manera monosintomática. Por eso, nos ocupamos de hacer una indagación más allá del síntoma. Les insistí en que el diagnóstico estructural es insoslayable, no se puede saltar. Entonces, por supuesto, estudiaremos la adicción, principalmente, como un objeto de goce, de satisfacción. Pero cuando al tóxico lo ponemos en la lógica del *acting out*, no es necesariamente un objeto de goce, muestra ese objeto, pero es un llamado dirigido al Otro. En una temática adolescente, por ejemplo, puede ser una forma de dirigir algo a los padres. Y conocemos casos en los que resuelta la dimensión de *acting out*, el sujeto pierde interés por el tóxico.

Cuando tratemos toxicomanía, vamos a trabajar un poco más el síntoma de adicción, que lo tomamos bajo la forma de presentaciones actuales del síntoma. Pero eso no nos dice nada sobre la estructura en la que se inscribe. Recuerden que en la actualidad el objeto droga va desde un uso recreativo hasta una muerte por sobredosis, desde una compulsión obsesiva, hasta una suplencia en una estructura psicótica, abarca todo el espectro. Cuando abordemos el tema, trataremos de situar

¿qué entendemos en psicoanálisis por un verdadero toxicómano? Pero más allá de eso, hay numerosas funciones que puede tener el tóxico en el marco de una neurosis histérica, de una neurosis obsesiva, de una psicosis, etcétera.

Nunca hay que perder esa perspectiva. Y lo enfatizo porque, por un lado, aunque parece muy básico, en la actualidad hay un empuje discursivo en el sistema de salud que lleva a dejarlo de lado, entonces se trata a la adicción como adicción, lo que muchas veces significa intentar que se deje el tóxico y no la consideramos como un síntoma en una estructura que, por lo que sabemos, implicaría distintas direcciones de la cura. Por otro lado, porque para llegar a decir que un caso no es clasificable ni como psicosis ni como neurosis, primero, se debe saber clasificar muy bien una neurosis y una psicosis.

También para la angustia, tratamos de presentarla como una clínica diferente del síntoma, porque es una clínica de la acción y nos parece fundamental para distintos tipos de situaciones clínicas, muchas de ellas en dispositivos hospitalarios, en situaciones donde el/la psicólogo/a interviene y no necesariamente continúa con la dirección de la cura.

¿Cómo desangustiar?

Ahora bien, si se presenta la angustia, pero no transformada en acción, sino un sujeto angustiado y, además de esa angustia, tiene síntomas, supongamos obsesivos, nos encontramos con lo que llamamos: angustia capitonada por el síntoma. Una vez que separamos bien la angustia del síntoma, podemos explorar algunas articulaciones. Porque la dirección de la cura vuelve a ser la del síntoma: utilizar la energía de la angustia para darle fuerza al síntoma. Eso está planteado en el texto de Eric Laurent (2002): ¿desangustiar?, ¿cuál es la manera de desangustiar propia del psicoanálisis? O, incluso, la manera original y singular de desangustiar en psicoanálisis, en el dispositivo analítico. ¿Medicarla?, ¿abreaccionarla? Porque la angustia se puede tratar catárticamente, como un juego de cargas y de descargas.

En esta distinción que hacemos entre el síntoma y la angustia es fundamental utilizar la angustia para darle fuerza al síntoma, porque son cosas que generalmente ocurren de entrada, cuando un/a paciente nos consulta. Creo que el psicoanálisis, si no hay verdaderos motivos para que un sujeto consulte y se trate,

es mejor no usarlo, pero cuando esos verdaderos motivos están es fundamental usarlos. En general, la gente consulta en situaciones excepcionales, no forma parte de su vida diaria consultar a un psicólogo, consulta en una situación excepcional, singular y, muchas veces, porque no le queda otra opción. Es fundamental no desaprovechar la oportunidad que se le presenta a ese sujeto.

En la bibliografía tienen un ejemplo clínico que cuenta Laurent sobre un sujeto que consulta con angustia y con una ideación de tipo de sintomatología obsesiva. Entonces, lo que hace el analista es seguir la sintomatología obsesiva, con la lógica que abordamos en la tercera unidad, en la clínica del síntoma. Es decir, en la obsesión es fundamental darle forma a los síntomas. Esto lo aprendieron desde Freud, porque recuerden que en el obsesivo se produce algo muy particular: los síntomas están asimilados al yo, están hechos una forma de ser. Por eso, en las entrevistas preliminares el/la analista tiene que despegar el síntoma del ser, tomarlo como un disfuncionamiento de su ser.

Por ejemplo, un ritual obsesivo puede pasar como que es un tipo muy prolijo y muy ordenado. Está hecho una forma de ser, un rasgo de carácter. O un aislamiento obsesivo puede pasar como «yo siempre fui muy colgado». A todo eso se le da forma en las entrevistas preliminares, se le da forma de disfuncionamiento. La angustia ayuda mucho a eso. Se sabe que cuando un obsesivo no está angustiado y te consulta es muy difícil hacer algo, por las particularidades del yo en la obsesión, justamente, porque es un yo fuerte. Entonces, más que nunca se necesita la división subjetiva al rojo vivo, y la angustia es lo que suele darnos eso. Es una forma de división del sujeto, pero no por una pregunta, sino por el objeto, por la angustia.

Dos versiones del trauma

Quisiera mencionar, brevemente, un tema dentro de la angustia que está abordado con la noción de trauma. Una de las fórmulas con mayor consenso para utilizar cuando hablamos de trauma es «encuentro con un real». Eso es un trauma. Y decimos encuentro con *un* real y no con *lo* real, porque así no se le da a lo real ese carácter homogéneo, que en realidad no tiene, y se precisa que en cada trauma se puede poner en juego un real diferente. ¿Qué real pone en juego este trauma?

Hace poco, para una discusión clínica en otro contexto, me había resultado interesante un adulto, de unos 40 años. Las particularidades que tenía la escena traumática, el trauma de su infancia, se relacionaban con que el trauma sexual y la muerte de ambos padres ocurrieron el mismo día, con diferencia de horas. Un caso muy complejo, porque tenía cinco años y es el relato de una noche, y a la mañana siguiente el quedar huérfano.

La ocasión de un trauma es la ocasión de situar, de localizar a través de las redes del significante, de la palabra, el real que corresponde a ese trauma. Por eso, es mejor considerar cada trauma en particular, uno por uno.

Es una fórmula que permite ir a la singularidad de un trauma. Incluso, aunque en ciertas situaciones sociales podamos tener un acontecimiento objetivamente traumático. Por ejemplo, el que tienen en la bibliografía, sobre la bomba que, a consecuencia de un atentado terrorista, explotó un Atocha, la estación de trenes de Madrid. ¿Esa situación se considera una situación traumática? Quizá sí o quizá no. ¿Para quién? Hubo quienes se traumaron y quienes no. ¿Qué pasó con los que se traumaron? A pesar de ser una situación objetiva, es singular qué traumó a cada uno. ¿Por qué y cómo cada uno se traumó a partir de esa situación? No alcanza con decir que explotó la bomba y que eso es una situación traumática.

Durante el tratamiento de una de estas personas, se logró situar, a partir de escuchar su palabra, que lo traumático para ella había sido que, en la huida desesperada, después de que explotara la bomba, se había confrontado con un hombre que se encontraba tirado en el piso, ensangrentado, y que tenía una cierta mirada, que ella significó como la de «un Cristo yaciente», y al que no había podido ayudar por la propia desesperación de salvarse. Esa imagen da lugar, también, a un desarrollo muy interesante sobre qué pasa en ese caso singular y por qué ella se trauma con eso y no con otra cosa. Los/as invito a que lo lean.

Hay dos versiones del trauma en psicoanálisis. Las dos son utilizables clínicamente. Esas dos versiones se corresponden con el giro freudiano de los años veinte. Antes y después de ese giro.

Antes de los años veinte, el trauma era considerado contingente y podía ser elaborado por lo simbólico. Dicho de otro modo, lo simbólico podía elaborar ese real con el que se encontró el sujeto en el trauma. A eso le llamaríamos la

elaboración del trauma. ¿Cómo se elabora el trauma? Pasándolo por las redes de la palabra, de la metáfora y la metonimia, apelando a esa estructura de lenguaje que constituye el inconsciente. Es la idea de que lo simbólico permite una elaboración de lo real del trauma, que Laurent (2002), en su artículo «El revés del trauma» (2002), formaliza con las letras S/R.

En este punto nos viene bien situar las categorías del DSM-IV y de la psiquiatría, el trastorno por estrés postraumático. Un síndrome bien descrito, bien precisado de la respuesta del sujeto al trauma, estaba también descrito por Freud en el artículo de 1920, sobre las neurosis de guerra, aunque no con esas palabras, claro.

Destaco, sobre todo, el hecho de que en el trastorno por estrés postraumático el sujeto sueña, tiene pesadillas repetitivas con la situación traumática. Tenemos dos maneras de leer eso, una es en la línea que planteábamos anteriormente, en la que el inconsciente trata de elaborar ese trauma, y si lo repite, lo repite para elaborarlo, como una película que uno no entendió, y entonces retrocede y vuelve a ver esa parte hasta que la entiende. El problema del trauma es que tiene una presencia parasitaria constante hasta que puede ser olvidado, pero cuando puede ser olvidado es porque fue elaborado. Afortunadamente, existe el olvido.

Pero esta misma sintomatología del inconsciente de repetir el trauma puede ser puesta en otra lógica, en la lógica del más allá del principio de placer, y entonces se entiende diferente. Es decir, ¿cómo puede ser que el inconsciente me lleve otra vez al trauma? Diríamos, compulsión de repetición, ¿hay algo en el aparato psíquico mismo que me lleva a repetir lo traumático?

De esto podríamos extraer dos ideas. Primero, el trauma parece accidental, pero en realidad, finalmente, no hay sujeto sin trauma. Entonces, ¿el trauma es contingente o es necesario lógicamente? Eso contingente se convierte en necesario. Segundo, cuando el sujeto no tiene las posibilidades de elaboración inconsciente para la elaboración del trauma, ¿qué hacer?, ¿cómo se las arregla? ¿Qué otros recursos, que otras soluciones son posibles? Esta segunda versión es la que Laurent (2002) formaliza con las letras R/S.

En estos dos modelos tenemos la vía del sentido; es decir, la vía del inconsciente, que se refiere a que el inconsciente es un aparato de elaboración simbólica, de simbolización; entonces, lo puedo utilizar para elaborar el trauma. Pero puedo

tomar, también, aquel trauma en el cual la elaboración simbólica no es posible, decir freudianamente que hay repetición de lo que no puede ser simbolizado. Eso plantea, entonces, la invención de otro tipo de recursos clínicos, porque las posibilidades de lo simbólico han llegado a su límite, no hay más dialéctica del significante.

Referencias

Freud, S. (1975) [1920-1922]. Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lacan, J. (1994) [1957]. *El seminario. Libro 4: Las relaciones del objeto*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, 2(6).

ANEXO I

Unidad 4 La angustia y sus transformaciones

Contenidos

Angustia, señal de lo real. *Acting out* y pasaje al acto. Certeza y acto. La angustia en el lazo social contemporáneo: discurso universitario, discurso capitalista. Intervenciones, deseo del analista y contratransferencia. Lo real y el sentido. Clínica del trauma. Duelo, Depresión y crisis vitales.

Bibliografía obligatoria

AA.VV. *Las elaboraciones subjetivas del trauma*. Investigación de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos.

Lacan, J. (2006) [1964]. Pasaje al acto y *acting out*. En *El seminario, Libro 10, La angustia* (pp. 122-144). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Soler, C. (2001). Declinaciones de la angustia. Ficha de cátedra.

Suarez, E (2013). Un pequeño relámpago. *Lacanianana, Revista de la Escuela de la Orientación Lacanianana*, (15).

Suarez, E. (2010). La novia perfecta. *Éteros. Revista de la Cátedra de Psicología Clínica de adultos*, (3).

Laurent, E. (2004). El tratamiento de la angustia postraumática: sin estándares, pero no sin principios. En *La urgencia generalizada 2* (pp. 31-49). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Grama.

Bassols, M. (2014). La llamada perdida del trauma y la respuesta del psicoanalista. Recuperado de <http://www.eol-laplata.org/blog/index.php/la-llamada-perdida-del-trauma-y-la-respuesta-del-psicoanalista>

Fuentes, A. y Miller, J. (2005). El hilo de vida. En *Efectos terapéuticos rápidos* (pp. 19-24 y 65-85). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Rêgo Barros, R. (2012). El duelo y el nuevo objeto. En *El orden simbólico en el siglo XXI* (pp. 11-113). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Grama.

Skriabine, P. (2006). La depresión, ¿felicidad del sujeto? Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/014/default.asp?dossier/skriabine.html>

Bibliografía ampliatoria

Freud, S. (1984). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina (1920). *Obras completas*. Volumen XVIII (1920-22). (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Damiano, J. (2011). Qué hacer con el *acting out*. (Ficha de Cátedra). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Suarez, E. (2014). El problema del trauma en psicoanálisis. En *Cuerpo y subjetividad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Asociación Argentina de Profesionales de Salud Mental (AASM).

Zanghellini, J. (2008). Duelo y depresión. En *Introducción a la clínica del campo lacaniano* (pp. 121-127). La Plata, Argentina: de la campana.

ANEXO II

Traumados (o *dostraumas*)

Dos concepciones del trauma coexisten en la práctica analítica y en los discursos que de ella se derivan.

La emergencia del trauma, en su equiparación con la *tyche aristotélica*, es decir, como encuentro fallido con lo real, nos parece la inspiración que permite seguir con claridad los rodeos y las variaciones posteriores del tema, tal como es presentado por Lacan en su *Seminario 11. Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis* (1964).

Actualizando la fórmula, proponemos sustituir lo real, expresión más compacta, por un real. Se tratará, cada vez, en cada trauma, de situar o de circunscribir cuál es el real con el que se encuentra el sujeto.

De esta manera, Lacan pretende alejar al psicoanálisis del idealismo berkeleyano al que parece tan afín, y que podría resumirse en el verso de Calderón de la Barca: «La vida es sueño».

Es cierto que hace tiempo la vida en la civilización parece haber dejado de ser un sueño. Desde que Freud escribió *El malestar en la cultura* (1927-1931) hasta una actualidad en la que estamos tentados de sustituir ese título por *La civilización del trauma*, en la que su modelo es más la pesadilla que el sueño.

Precisamente, es en ocasión de este seminario que una pesadilla le sirve a Lacan para introducir el trauma como encuentro fallido con un real: «Padre, ¿acaso no ves que ardo?».

El trauma como *tyche* se diferencia y se opone al funcionamiento del inconsciente freudiano y sus leyes, que trabajan en pos del principio del placer en su hermandad con el principio de realidad; se opone a la armazón de ese aparato significativo anudado por el nombre del padre y por el falo, y se opone, también, a la repetición como retorno de los mismos significantes, como ley determinística del sujeto.

Desde la perspectiva del trauma, el llamado sistema inconsciente aboga en favor del sueño, del dormir, incluso en la vigilia; dicho de otro modo, participa de la función de la fantasía en tanto velo y barrera de lo real. Un real en el trauma, en tanto tal, viene a agujerear ese sistema indicándonos una dimensión más allá del principio del placer extendido, y es identificado con la función del despertar.

Hay dos maneras de situar y de concebir ese trauma y el aparato de ficción que le responde, según le otorguemos la primacía al inconsciente y su principio del placer, o al más allá del principio del placer que Freud identificó con la pulsión de muerte por la compulsión a repetir el trauma.

Si tomamos la fenomenología clínica de las pesadillas repetitivas del acontecimiento traumático podemos concebirlas como el trabajo y el esfuerzo del inconsciente en la elaboración del real que habita ese trauma. Se repite para elaborar y esa repetición/elaboración es muy particular de cada sujeto. Este camino es el camino del sentido a la manera del psicoanálisis, que inscribe el trauma en la particularidad del inconsciente del sujeto, su fantasma y su síntoma. Constituye una dirección de la cura posible. Eric Laurent (2002) sintetiza este modelo como S-R, ya que allí los poderes de lo simbólico muestran su eficacia.

No obstante, a partir de 1920, Freud se dio cuenta de que esa repetición del trauma en sueños también podía ser entendida de otro modo, no como el trabajo de elaboración del inconsciente, sino como la orientación del aparato significativo –más allá del principio del placer– a la repetición de lo traumático, a lo real sin ley y sin sentido, hacia la zona de la pulsión de muerte; es decir, buscaba un despertar diferente. Finalmente, Freud postuló que este principio era más radical y primario que el anterior, y que, en última instancia, era el que regía todos los procesos psíquicos.

Este modelo es escrito por Laurent (2002), en su artículo «El revés del trauma», mediante la fórmula R-S. Adoptamos su perspectiva de conservar juntos estos dos puntos de vista sobre el derecho y sobre el revés del trauma, que escribimos, entonces, S-R/R-S,

atendiendo clínicamente a cuál pueda resultar de mayor utilidad según la particularidad del caso y acorde al tipo de intervención a la que, según las circunstancias, resulte convocado/a el/la analista.

Sin embargo, es un hecho que en nuestra civilización los mecanismos simbólicos tradicionales han sido poco a poco tocados, horadados, destruidos; en consecuencia, es cada vez más frecuente que los sujetos no cuenten con ese aparato de elaboración de sentido que es el inconsciente freudiano, quedando así expuestos de otro modo a la repetición y a lo real que escribe el trauma.

No siempre lo que se necesita es despertar, a veces se trata de poder dormir. En este nivel, resulta más interesante indagar en la actualidad qué se inventan los sujetos para resolver el trauma y la repetición sin el recurso al Otro.

Así, por qué no ver un rasgo de nuestra civilización a la luz de ese sueño traumático cuyo relato impactó tanto al paciente de Freud, como a Freud y a sus sucesivos lectores, cuyo significativo sinsentido, encarnado en una voz de ultratumba, hace de cada uno de nosotros el espectro de un niño que, nostálgicamente, dirige el amargo reproche: *Vater, ¿siehst du denn nicht, das Ich verbrenne?* [Padre, ¿acaso no ves que ardo?], lo que abre las puertas a un retorno de la religión.

Referencias

Freud, S. (1986) [1927-1931]. El porvenir de una ilusión, El malestar en la cultura, y otras obras. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI (Trad. José Luis Etcheverry). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Lacan, J. (1987) [1973]. *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Laurent, E. (2002). El revés del trauma. *Virtualia*, 2(6).

ANEXO III

Tyche y Automaton en Aristóteles

Lo que articularé la próxima vez, les enseñaré como podemos apropiarnos para esto de los admirables capítulos cuatro y cinco de la Física de Aristóteles [...] Nos ocuparemos, pues, de revisar la relación que Aristóteles establece entre el automatón –y el punto de elaboración alcanzado por las matemáticas modernas nos permite saber que se trata de la red de significantes– y lo que él designa como la tyche que para nosotros es el encuentro con lo real.

Lacan, *Seminario 11*

Aristóteles. *Física*. Libros I y II.

Azar = Tyche. Espontaneidad = Automaton.

Capítulo II 4

¿El azar es pensable como causa?

Aristóteles establece los siguientes modos posibles de la causa: lo que es siempre de la misma manera, el dominio de lo necesario, que es el dominio de lo que es ley, ley científica. Y lo que es la mayoría de las veces: el dominio de lo que es probable, resultando posteriormente en lo que es en la actualidad la estadística y el cálculo de probabilidades. ¿Y el azar? La gente considera que hay cosas que ocurren por azar, accidentalmente.

Para quienes adoptan la posición determinista, el azar queda como algo que no puede ser pensado, es considerado oscurantismo, ocultismo. Aristóteles quería hacer un tratamiento racional del azar, darle un lugar en la teoría de las causas.

En nuestra actualidad, se continúa admitiendo únicamente el dominio de la ley y el dominio de lo probabilístico: el resto es oscurantismo.

Hay quienes piensan que nada ocurre por azar. Los antiguos, anteriores a Aristóteles, no daban ninguna definición de azar y no era considerado en el tratamiento de las causas. Más bien, parece que creían que nada se genera por azar, que todo tiene una causa determinada. Pero también hay quienes piensan que la causa de este universo es la espontaneidad y que todo su orden se genera espontáneamente. Otros, en tanto, piensan que el azar es una causa, pero que está oculta al entendimiento humano.

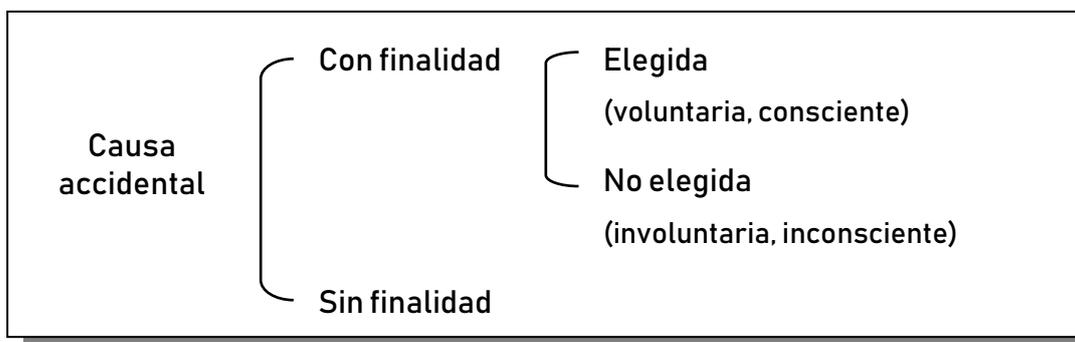
Aristóteles se interroga, ¿de qué modo el azar y la espontaneidad se incluyen entre las causas? ¿Azar y espontaneidad son lo mismo o son cosas diferentes?

Capítulo II 5

¿Qué tipo de causalidad sería el azar? Una causa accidental es algo que uno considera causa de un efecto, sin que sea ni necesario ni altamente probable. Esto lleva a la consideración de algo muy singular, que fue así *en este caso*. Es la idea de causa que tenemos en psicoanálisis.

La llamada neurosis de destino hace del azar una ley de determinismo absoluto. En el otro extremo, si todo fuese azar, no se podría articular nada con nada, como en la ficción borgiana: la lotería en Babilonia.

Es con la noción de finalidad que Aristóteles hace entrar el azar, lo accidental, entre las causas (lo que es en vistas a un fin). Cito a Aristóteles: «Cada vez que en las cosas generadas en vistas a un fin se produce un hecho accidental se dice que es efecto del azar o la espontaneidad».



Es indeterminada (en oposición a la causa necesaria, que es determinada).

En estos capítulos, Aristóteles se refiere varias veces a su ya célebre ejemplo del ágora: un hombre concurre al ágora y se encuentra con su deudor, quien le paga en el acto el dinero que le debía. Aquí hablamos de azar, que es una causa accidental. Pero si hubiese ido al ágora a cobrar su deuda no hablaríamos de azar. Así como tampoco si el hombre fuese al ágora todos los días, o muy frecuentemente, tampoco hablaríamos de azar.

El azar se genera por accidente. Es causa accidental.

Dirá Aristóteles: «El azar es una causa accidental que se encuentra entre las cosas que intencionalmente son en vistas a un fin [...]. El azar es algo que está más allá de la razón pues la razón se ocupa de las cosas que son siempre o la mayoría de las veces». El azar es forzosamente propio de lo indeterminado y oscuro al entendimiento del hombre.

Ahora bien, el azar puede ser bueno o puede ser malo, según lo que de él resulta. Buena fortuna o mala fortuna. Y sobre la buena fortuna se dice que es inconstante, lo que es fundado, porque si se diera siempre, o en la mayoría de los casos, ya no sería fortuna.

Capítulo II 6

Dos causas accidentales distintas: *automaton* y *tyche*. La espontaneidad es más amplia que el azar. El azar se vincula a lo práctico y a la posibilidad de elegir, por lo cual los entes que no pueden realizar ninguna actividad no pueden hacer nada por azar, y tampoco les atribuimos mala o buena fortuna. Es el caso de todo lo inanimado, de las bestias y del niño muy pequeño.

Decimos que el caballo vino espontáneamente, no por azar. O que un objeto se cayó espontáneamente, no por azar. Decimos, por lo tanto, que son hechos que ocurrieron espontáneamente, sin tener por fin lo que ocurrió y por una causa que es externa.

En cambio, son efecto del azar cosas que pueden ser elegidas por quienes tienen capacidad de elección. Por eso decimos que algo fue «en vano» cuando no se produce el fin que se perseguía. Salimos a caminar para hacer la digestión, por eso, si no se la hizo, decimos que caminamos «en vano». Por el contrario, una piedra que cae no tiene por finalidad causar una herida, por lo tanto, no decimos que cayó «en vano», sino que cayó espontáneamente.

La causa de lo espontáneo es externa, mientras que la del azar es interna.

Referencias

Lacan, J. (1987) [1973]. *El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Boeri, M. (1993). *Aristóteles*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Biblos.

ANEXO IV

Qué hacer con el *acting out*

Cómo hacer entrar al elefante salvaje en el cercado,
cómo poner a dar vueltas al caballo en el picadero...

Lacan, *Seminario 10*

La clínica nos convoca, frecuentemente, y cada vez más en la actualidad, con aquello que escapa, de una u otra forma, a la pura vía del significante y nos coloca de entrada más cerca de una clínica de lo real; en este caso, en la forma del objeto *a*.⁵

La presentación del duelo *y/o* del *acting out* en las entrevistas preliminares, o su producción en un momento del tratamiento, ha generado y genera dificultades vinculadas con la posición que ocupa el/la analista en la transferencia y con las intervenciones que dieran en el blanco para iniciar o para retomar el trabajo analítico.

El psicoanálisis llamado posfreudiano nos enseña algo al respecto, siempre que no lo entendamos, simplemente, como la práctica desviada de unos analistas que no comprendieron el espíritu de su fundador.

En el trabajo de Phyllis Greenacre, «Problemas generales sobre el *acting out*» (1959), se resumen una serie de indicaciones técnicas formuladas por el pofreudismo para el/la analista que se enfrenta al *acting out*: interpretar, prohibir, reforzar el yo.

⁵ Trabajo presentado en las Jornadas de Residentes de la Provincia de Buenos Aires, 1995.

Centraremos la discusión en este trabajo en la indicación de interpretar, ya que ha sido la tentación más frecuente en los analistas: responder al *acting out* como a un síntoma, como si fuera una formación del inconsciente.

Nuestra hipótesis, siguiendo a Lacan en el *Seminario 10*, será que la interpretación no solo no lo resuelve sino que genera más *acting out*. Por lo tanto, podemos deducir una indicación técnica: no interpretar.

Planteado así, someteremos el problema a discusión teórica y a su verificación en un caso clínico.

¿Por qué no interpretar? Ante todo, porque el *acting out* no es síntoma.

Es un hecho establecido y que tiene una dirección al Otro, pero no hay en él un sujeto que pueda leer la interpretación. Por el contrario, en el caso del síntoma suponemos el sujeto del inconsciente, pero solo es posible descifrarlo si puede establecerse la dimensión del Otro, la transferencia.

Y, sin embargo, Lacan (2006) dice: «[...] el *acting out* llama a la interpretación», más aún, «para eso se hace el *acting out* [...] el sujeto sabe muy bien que lo hace para ofrecerse a la interpretación» (p. 139). Si se demanda interpretación, no responder a la misma será condición para acceder al deseo del que se trata. Retomaremos esta cuestión cuando hayamos delimitado mejor el punto en que el *acting out* llama a responder.

Para abordar el problema clínicamente, tomaremos fragmentos del texto de Margarete Little «"R": la respuesta total del analista a las necesidades de su paciente» (1957), que Lacan comenta en su *Seminario 10* (1964).

Frida, la paciente, es derivada por padecer de cleptomanía.

Los siete primeros años de tratamiento fueron un fracaso, ninguna de las cuestiones esenciales fue tocada por el análisis [...]. Se había producido cierto alivio sintomático y mejoramiento de sus relaciones de objeto y estaba a punto de interrumpir el tratamiento.

Brutal y dramáticamente, este cuadro cambió. Ella vino un día fuera de sí, con angustia y pena, vestida toda de negro, la cara hinchada por el llanto y realmente en agonía: Ilse había muerto súbitamente en Alemania (Little, 1957, p. 16).

Ilse había sido una amiga de los padres de Frida, con quien ella había establecido una gran amistad cuando tenía seis años durante su infancia en Alemania. Hacía, aproximadamente, veinte años que no la veía, y si bien había hablado de ella nada la distinguía de otras amistades.

El cuadro de Frida es gravísimo (duelo con mostración, con *acting out*) y se prolonga por cinco semanas, empeorando progresivamente.

Little relata, con su sinceridad habitual, que le interpretó todo lo que la técnica indicaba, y más también:

Le mostré su culpa acerca de la muerte de Ilse, su rabia con ella y su miedo de ella; le mostré que ella sentía que Ilse le había sido robada por mí; que ella estaba reprochando al mundo, a su familia y a mí; que ella quería que yo comprendiese su tristeza así como Ilse había comprendido su infelicidad infantil [...].

Que ella quería que yo resucitase mágicamente a Ilse y que quería castigarse a sí misma y a su medio por su infelicidad (Little, 1957, p. 17).

Nada de esto toca a Frida.

La analista se angustia por su paciente y dice: «Su vida estaba en peligro, tanto por el riesgo de suicidio como por caquexia (ella ya no se alimentaba). De alguna manera, yo tenía que romper esto» (Little, 1957, p. 17).

Entonces...

Finalmente le dije que dolorosa resultaba su pena, no solo para ella y su familia, sino para mí [...] que me sentía muy apenada por ella y con ella, por su pérdida.

El efecto fue instantáneo. Frida se calma, comienza a llorar de manera más pausada, se reconecta con su familia e, inclusive, poco tiempo después lleva a cabo proyectos personales que había postergado por mucho tiempo por considerarlos imposibles (Little, 1957, p. 17).

En este fragmento clínico, la analista verifica que la interpretación no tiene ningún efecto frente al duelo y al *acting out*. «Está fuera de contacto, nada la alcanza...», escribe Little (Little, 1957, p. 17), y no solo eso sino que el estado de la paciente se agrava y muestra cada vez más su sufrimiento. ¿Por qué?

Al contrario, ¿por qué logran resolverse el duelo y el *acting out* a partir de la última intervención de la analista? ¿Qué hizo la analista en ese caso?

Little responde que ella le «expresó sus sentimientos» y que, por primera vez, Frida la vio como una «persona real» (ambas cuestiones tienen un papel importante en su manera de entender la contratransferencia).

Nosotros orientaremos las elucubraciones del siguiente modo.

Lo que está fuera de alcance, ya que permanece más allá del significante, es el objeto *a* que el *acting* encubre; ese resto que Lacan dice que es lo único que importa en el *acting* y es eso lo que la interpretación rechaza; pero no por lo inadecuado de sus enunciados (cualquier interpretación en su lugar tendría el mismo efecto), sino porque la función interpretante presenta al analista como Otro sin tachar.

Debe repararse que llega un momento en el que a Little se le acaban las posibles interpretaciones, se le acaban los significantes, se le acaba el Otro del psicoanálisis y ella misma se confronta con el Otro tachado. Aparece su angustia como signo inequívoco: la analista, habiendo agotado la vía del significante, solo puede inventar algo que no está en el Otro. Ese invento es mostrarle sus sentimientos y se resume en darle un ¡pésame!

Allí, ya no cuenta el enunciado sino la enunciación.

Se ha producido un cambio en el estatuto del Otro, el analista se presenta como A barrado y produce una manifestación de su deseo.

Esta articulación máxima del deseo es la que se produce en la intervención de Little. Es la certeza de tener un lugar como *a* en el deseo del Otro lo que da autenticidad al enunciado y permite el pasaje del objeto *a* del campo del sujeto al campo del Otro.

¿Por qué la interpretación no produce efectos e, inclusive, produce más *acting out*?

Porque la completud del Otro que interpreta no logra hacer un lugar como objeto en el deseo del Otro (el Otro completo se vuelve inconsistente) y el objeto *a* queda sin tocar e insiste en hacerse reconocer más allá de todo significante.

Todas las interpretaciones ensayadas por el analista parecen responder a la fórmula: te amo aunque no lo quieras.

Finalmente, ¿por qué tiene efecto la intervención de Little?

No es por contención. No es por mostrar los sentimientos. No es el enunciado acertado de una interpretación. Es porque al mostrar el analista un signo de deseo por el sujeto produce en este la certeza de tener un lugar en el deseo del Otro.

Articula, por eso, la fórmula infalible: te deseo, aunque no lo sepa.

Quisiéramos, finalmente, destacar dos enseñanzas más que podemos extraer del fragmento clínico trabajado.

En primer lugar, el análisis del texto permite despejar más claramente que es lo que está en juego en el duelo. Justamente, Frida que había sido dejada caer del deseo de su padre (punto imperdonable). Ella que se quejaba de no haber podido experimentar dolor por la muerte de su padre y había logrado alojar su deseo en Ilse, de ahí el proceso de duelo que acarrea su desaparición. A la pregunta de Lacan ¿por quién se hace un duelo? podría responderse: por aquel de quien hemos sido causa de deseo.

En segundo lugar, y tal como está aludido en el título del trabajo de Little, la posición de absoluta responsabilidad del analista para con el analizante, la destacaremos con una cita de Lacan (2006):

Al ser el Otro ella está desde un principio [...] en una posición de entera responsabilidad [...]. De ello resulta que llegará a tomar las posiciones más contrarias –lo que no implica que sean falsas– a las formulaciones clásicas. Es decir, que lejos de permanecer fuera de juego es preciso que el analista se suponga comprometido en él, en principio, hasta la empuñadura (pp. 155-156).

El análisis de este texto es un aporte decisivo en la extracción del deseo del/la analista del concepto posfreudiano de contratransferencia.

Referencias

Greenacre, P. (1959). Problemas generales del *acting out*. En AA.VV. Infortunios del acto analítico (pp. 13-30). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Atuel.

Lacan, J. (2006) [1964]. *El seminario. Libro 10: La angustia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Little, M. (1957). La respuesta total del analista a las necesidades de su paciente. *Seminario Lacaniano*, 12(8).

«¿El término *depresión* vencerá
al término *angustia*?
La escisión entre la causa y el sentido
¿se consumará o no?
Hay allí una responsabilidad del psicoanalista,
la responsabilidad de mantener
esta dimensión.»

J-A Miller, *El lugar y el lazo*. (2001)



ISBN 978-950-34-1942-7



9 789503 419427

JOSÉ MARÍA DAMIANO

Miembro de la Escuela de Orientación
Lacanianana (EOL) y de la Asociación Mundial
de Psicoanálisis (AMP).

Profesor Adjunto de la Cátedra de
Psicología Clínica de Adultos y Gerontes.