

## LA CURACIÓN\*

**L** psicoanálisis ha sido desde sus inicios un procedimiento terapéutico y jamás ha dejado de serlo. La afirmación de Freud en 1932, en las *Nuevas Conferencias*, según la cual “el psicoanálisis es la más poderosa de todas las terapias” continúa siendo válida, desde mi punto de vista, en 1990: es innegable que el análisis produce efectos curativos; dicho de otra manera, efectos de disminución o de desaparición del sufrimiento del paciente; efectos que se producen en momentos variables de la cura, a veces demasiado rápidamente, desde las primeras entrevistas, a veces tardíamente, bastante después de la terminación de la cura, más raramente —es al menos lo que me dicta mi experiencia— en el momento de las últimas sesiones. Debo admitir por lo tanto de entrada que tales efectos existen y que ellos son uno de los resultados mayores que podemos esperar de un análisis. Agregaré incluso: todo analista, cualquiera sea su formación y sus orientaciones, tiene —lo creo firmemente— una responsabilidad, un deber casi, al cual no puede sustraerse, el de esperar —digo bien: esperar— una mejoría de la posición subjetiva y objetiva de su analizante. Y no

obstante, aunque el alcance terapéutico del análisis nos parece incontestable, no podemos decir que la curación así entendida, como disminución o desaparición del sufrimiento ligado a los síntomas, que esta curación sea un concepto psicoanalítico.

De la misma manera que no podemos decir que ella sea un objetivo hacia el cual deba tender la cura, ni un criterio que nos permita evaluar sus progresos tal como era ampliamente el caso en el pasado. En Londres, por ejemplo, hacia 1930, le ocurrió a Glover preguntar cuales eran los criterios por medio de los cuales el analista medía, estimaba, evaluaba los progresos de la cura. Ciertos analistas decían: el estado de este paciente ha mejorado, el de tal otro se ha agravado, otro ha curado en tal o cual momento de la cura. Yo creo por mi parte que no podemos hacer de la curación ni un concepto, ni un objetivo, ni un criterio, lo que viene a ser, no ceder a la influencia del modelo médico, que tiende a hipostasiar esta curación... a darle un estatuto, a elevarla a la dignidad de concepto. En lo que nos concierne, en tanto no nos preocupemos por formalizar los efectos terapéuticos del análisis, la curación no suscita dificultades particulares. Las dificultades comienzan cuando la palabra curación, que tiene un encanto particular, una fuerza, una especie de atracción en su sonoridad misma, se impone al analista y exige de él que haga la teoría. Ahora bien, salta inmediatamente a la vista que no hay un concepto psicoanalítico de curación, y que la curación no es un objetivo que el analista incluya en su práctica, como es el caso en medicina. Vamos a ver por qué, pero antes quisiera plantearme la pregunta siguiente: ¿Qué es entonces la curación? Yo respondo: la curación es un valor imaginario, una opinión, un pre-

\* I Parte del Seminario sobre “La Curación” del 19 de febrero de 1990, traducido por el grupo de la revista *Posiciones*.

juicio, tal como lo son la naturaleza, la felicidad, la justicia; o más exactamente, en lo que concierne al psicoanálisis, como lo dice Guillaume: un “pre-concepto”. En mis propios términos: un automatismo mental infecundo. Pero este pre-concepto, este valor imaginario tiene a pesar de todo efectos positivos y negativos, en el campo analítico. Efectos positivos que se revelan en el analizante, y efectos negativos que se revelan sobre todo en el analista. Examinemos para empezar los primeros. Es cierto que la idea de curación, el pre-concepto de curación contemplado como eliminación del sufrimiento ligado a los síntomas está en el corazón de la decisión de un paciente de ir a consultar un psicoanalista, y de la demanda que le formula de ser desembarazado de su sufrimiento. Como lo dice Lacan en un pequeño texto llamado **Televisión**: “La curación es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que sufre de su cuerpo o de su pensamiento”. La curación es entonces ante todo una demanda del consultante. Pero esta demanda se alimenta de una falsa imagen de la curación, hace fondo sobre un malentendido fundamental, radical... ¿Por qué malentendido? Simplemente porque el sufriente demanda la curación a alguien a cuyos ojos la curación está lejos de tener el valor de un ideal en sí, a alguien que está naturalmente llevado a reservar su respuesta concerniente a la curación, a alguien que no la ofrece. Sin embargo, por más que esté en este malentendido, esta demanda es un factor indispensable para entablar un proceso analítico. Para comenzar un análisis y sostener el esfuerzo que exige la empresa analítica, es necesario —digo bien: **es necesario** que el consultante se queje de sus síntomas y aspire a la curación. ¿Por qué? Porque esta demanda de curación, que es una mezcla de quejas y expectativas, demanda que no es siempre formulada de forma explícita y que el practicante no siempre sabe poner a trabajar —volveré sobre esto— y bien esta demanda está ya cargada de transferencia, ella es el *primum movens* del análisis. El sólo hecho que un analizante —continuemos por el momento a llamarle consultante— se encuentre frente al analista constituye la prueba en acto de su inquietud y de su expectativa de ser curado, o mejor, como decía Freud en sus primeros textos, de su “espera creyente”. El consultante demanda y al hacerlo cree, cree en el poder curativo y transformador que él atribuye al procedimiento del análisis. Así como cree en los poderes de la ciencia, del saber y del deseo del analista. Hay allí —algunos entre ustedes lo habrán reconocido— una primera apertura de lo que se ha convenido llamar en la terminología lacaniana: “el sujeto-supuesto-saber”. Entonces, el sufriente demanda y cree. Pero él cree, teniendo al mismo tiempo la convicción secreta de que pase lo que

pase... Les pido aquí reflexionar un instante en lo que les sucedió en el momento de demandar su análisis, durante la primera entrevista, y que es por lo que yo mismo comencé mi experiencia. Se siente bien cuando los pacientes vienen a consultar por primera vez, demandando, esperando, suponiendo el poder de ser transformados, de ser curados o cambiar. ¿No tienen, como todos nosotros lo hemos tenido, la certidumbre secreta que pase lo que pase algo en ellos no cambiará, no cambiará jamás...? Cuando yo decía que el practicante no siempre sabe poner a trabajar la demanda del sufriente, quería introducir la idea, que reencontramos aquí, de un trabajo inicial de desmontaje de la demanda. Aquello que hemos llamado, con Lacan, la “rectificación subjetiva”. ¿Qué es la rectificación subjetiva? La “rectificación subjetiva” traduce la necesidad de modificar la relación del sufriente a su demanda. Freud no utiliza esta expresión que además no es totalmente de Lacan, sino que se encuentra, en estado naciente por decirlo así, en un texto de Ida Macalpine sobre la transferencia. Lacan ha extraído de ese texto la idea de “rectificación” a la cual él agregó “subjetiva”. Si Freud no emplea la expresión, no es porque no tenga la idea, y quisiera citarlo porque es siempre interesante reencontrar en él la marca original de enunciados muy actuales. Freud dice por ejemplo lo siguiente: “Al comienzo del tratamiento, hay que arrancar deliberadamente del paciente un estado psíquico favorable a la transferencia. Hay que sumergir al paciente en un estado psíquico particular”. Noten al pasar la fuerza de los términos de Freud: “arrancar al paciente”. Es eso, en mi opinión, lo que entiende Lacan por “rectificación subjetiva”, fórmula que yo retomo por mi cuenta. Me explico. Cuando el paciente, durante las primeras entrevistas, en general durante la primera entrevista, expone su sufrimiento, le ocurre a menudo hacerlo de manera alusiva: “me siento mal conmigo mismo”, “estoy deprimido”, “esto no marcha”, “estoy agresivo”, etc. Ahora bien, depende de nuestra forma de escucharlo, de nuestra forma de intervenir o de plantearle preguntas, nuestras propias preguntas, preguntas particulares para que él comience a entrever otra forma de vivir su sufrimiento, otra forma de manifestar su demanda de curación, y que implica de otra manera, de forma más vigorosa, la transferencia por venir.

Insisto siempre con los analistas en supervisión, en control, sobre la necesidad de cernir lo mejor posible, durante las primeras entrevistas, los lugares de sufrimiento, sobre la necesidad de localizar corporalmente el dolor —digo bien: corporalmente—, y sobre todo de hacer surgir otro tipo de queja que la queja dominada por el yo. Este otro tipo de queja es una queja que se manifiesta en mí, contra mí, en mi desconocimiento. Por ejemplo, a mis ojos es más impor-

tante escuchar a un sujeto hablar de su llanto, de llantos inmotivados, de los rituales que acompañan tales momentos de tristeza, que escucharlo hablar de su “fatiga”. Voy a tratar de ser más preciso. Los pacientes que vienen por primera vez dicen que está fatigados, que a veces van bien, a veces no van bien, y llega un momento en que ellos hablan del hecho que lloran. Es una pregunta que no dudo en formular: “¿Le ocurre llorar?” Y en general responden “sí”. Y les pregunto inmediatamente: “¿Le ocurre llorar solo o con otros, o en presencia de alguien en particular?” Me responden “solos”. “¿Y en qué habitación de la casa?” Un buen número me responden: “En el baño”, y les diré por qué con la ayuda de otros ejemplos. Escuchemos una anoréxica: es más importante el incitarla a hablar de las circunstancias en las que ella se encuentra sujeta a la impulsión incontrolada de provocar sus vómitos, que escucharla hablar de la historia compulsiva con su madre...

Quiero decir que tenemos durante las primeras entrevistas, por nuestras intervenciones, por nuestras preguntas, que introducir de alguna manera una cuña en la relación del sujeto a su demanda, que permite rectificar su posición subjetiva respecto a su sufrimiento de la manera en que él lo escucha, lo interpreta, lo vive. Tomemos otro caso. Si durante las primeras entrevistas, el consultante no pone por delante una queja ni la aspiración de ser liberado de sus sufrimientos y declara, tal como ocurre a menudo, venir a análisis para “conocerse mejor”, o a veces porque quisiera ser analista, es de entrada previsible que ese paciente interrumpirá muy rápido la relación analítica, en la instauración de la cual —ya que huelo esta salida— voy a mostrarme muy parsimonioso, muy prudente, dándole entrevistas muy alejadas, esperando así llevarlo a sentir que una consulta con analista debe ser vivida, habitada por el sufrimiento y por una demanda de la cual ser desembarazado.

Este tipo de demanda, que conduce a contemplar el análisis como una experiencia intelectual, puede además acercarse de aquellas de los pacientes toxicómanos, o de ciertos pacientes psicóticos, o bien incluso de pacientes que consultan bajo la presión de un pariente. Pienso en ciertos adolescentes que vienen porque “mi padre me ha dicho que venga a verlo”. Todos estos consultantes, todos esos pacientes no esperan en principio nada de nadie, a menos que el analista logre durante esas entrevistas introducir, en el discurso cerrado del sujeto, un punto de rajadura que puede tomar la forma de un enigma propuesto al sujeto, un enigma que lo sorprende. Esto puede ser la interpretación de un sueño o, por qué no, como me ocurrió recientemente con un señor alcohólico, pedirle dibujar, de hacerle dibujar su desgracia,

como hubiera dicho Françoise Dolto. Puedo decirlo ahora, este hombre está en vía de entablar una verdadera relación transferencial, pero es claro —él mismo lo reconoce hoy— que vino la primera vez principalmente porque una amiga le había dicho que viniese a verme: “Vine, por otra parte yo vivía al lado suyo, a cien metros, así que no me costaba nada”. Eso fue antes de que me mudara (risas). Hoy, para mi gran sorpresa, continúa viniendo, mientras que sus entrevistas lo obligan a recorrer bastante más que los cien metros del comienzo! Este señor entonces vino a verme una primera vez: Me dijo: “Y bien, yo bebo, bebo”, con un acento de tristeza. Primera entrevista. Segunda entrevista una semana después. Y me percaté al escucharlo —no lo había comprendido de entrada, pero lo comprendí en la segunda entrevista— que el problema en cuestión no era fundamentalmente la tristeza, sino una cuestión de angustia, de miedo. Ustedes saben, no se bebe más que por dos razones esenciales, originarias: se bebe porque se está triste o se bebe porque se tiene miedo. Por supuesto, si se profundiza la cuestión, se va a demostrar que angustia y tristeza se reúnen, pero guardemos preciosamente esta distinción. Ahora bien, este hombre bebía porque tenía miedo. Pero yo no lo había comprendido. Yo había al comienzo situado la cosa al nivel de una pérdida y creído que era esa pérdida la que hacía que se hubiera habituado al alcohol, esto hasta el momento en que me habló del auto —él bebía en el interior del auto—, y de sus problemas de circulación con el auto. He ahí una ilustración de lo que les decía hace un momento concerniente a la puesta a trabajar de la demanda. Entrevistas enteras hubieran podido pasar sin que yo sepa que donde él bebe es en el auto. El me cuenta entonces que bebe en su auto, y más exactamente que conduce poniendo la botella entre sus piernas, lo que por supuesto... en fin, ustedes ven el sentido que puede tener ese gesto de poner la botella entre las piernas... y más particularmente cuando tenía que atravesar puentes o se encontraba en embotellamientos... a la segunda o tercera entrevista, cuando la importancia de sus palabras me apareció con más claridad, le dije —no se por qué, quizás porque poco antes había estado dibujando con un niño—: “Tenga. Dibújese encerrado en el auto: con la botella”. Y este hombre hizo un dibujo así, en frente de mí. Y ese dibujo fue para él una especie de revelación extraordinaria. Había muchos detalles en ese dibujo: policías, semáforos rojos, para resumir, aparecían un conjunto de elementos persecutivos superyóicos fuertemente marcados, así como motivos que expresaban la clausura, el encierro, el embotellamiento de vehículos, de una multitud de vehículos, y él en el medio de esa masa innumerable de elementos

no era sino un pequeño punto. No quiero demorarme más en el contenido de ese dibujo, lo que me importa subrayar es que a partir de ese día el sujeto cambió totalmente de posición. Aún hoy él se acuerda y me dice: “A partir del momento en que usted me hizo dibujar, estoy con usted en otra relación”. Después de ese dibujo, una segunda ocasión se presentó a propósito de un sueño muy particular, muy sugestivo, que no voy a relatar ya que lo que quiero hacer sentir sobre todo aquí es la importancia, para un analista, de estar listo con este tipo de pacientes y con los pacientes en general, con los neuróticos en general, a no contentarse con la historia familiar, ni de las alusiones a estados vagos e inciertos. Ahí es el Yo el que habla. Partan a la búsqueda del “sujeto del inconsciente”, como se diría en teoría lacaniana, partan a la búsqueda de todos los actos sintomáticos en los cuales el sujeto es superado (excedido) por su acto. Incluso si están en relación con pacientes que no esperan nada de nadie, queda una posibilidad, por más tenue que ésta sea, de poder suscitar una sorpresa, introducir un enigma, como es el caso con este hombre alcohólico con quien, debo decirlo, el trabajo prosigue desde hace varios meses, sin que por lo mismo yo esté seguro de nada: no me interrogo demasiado, no me pregunto demasiado, pero yo sé que en cualquier momento el lazo puede romperse, o bien persistir. Todo dependerá de la evolución de nuestra relación. En resumen, hacer trabajar la demanda del sufriente, dicho de otro modo, proceder a la rectificación de su posición subjetiva respecto a su demanda, consiste —pasemos si les parece una definición— en una puesta en palabras de los momentos o de las experiencias en los cuales el sujeto es rebasado por su acto. Por supuesto, alguno de ustedes podría decirme: ¿Pero es necesario para eso saber tantos detalles, por qué no contentarse con todo lo que viene de las evocaciones de su paciente? Ahora bien, la ganancia no concierne para nada el saber ni a la información, no se trata ni de una manifestación del deseo de saber ni *a fortiori*, de un interrogatorio policial. Muchos analistas no hacen preguntas porque hemos aprendido —es algo que flota en el ambiente, es un prejuicio, pero es así—, que durante la primera entrevista conviene no hacer preguntas. Los analistas, en particular los anglosajones, han sostenido y sostienen que el analista no debe hacer preguntas, ni hablar, incluso durante las primeras entrevistas, algunos llegan incluso a decir que el analista no debe intervenir en absoluto durante los primeros tres o cuatro meses de la cura. Esa no es mi posición. Puede ser que yo quiera acelerar las cosas, ir más rápido, según mi estilo que es quizás particular, pero esa no es tampoco mi posición. Yo no intervengo demasiado, no se escucha mi voz todo el tiempo,

no es en absoluto eso. Lo que me importa es atrapar la ocasión, como decía, de marcar puntos de rajadura, marcar detalles. Bien. ¿Pero con qué objetivo? No para informarme, sino porque procediendo así, efectuando esa rectificación subjetiva, se produce un fenómeno curioso: manifestaciones sintomáticas puntuales y bien delimitadas, que quedarían fuera de nuestro campo si no hiciéramos preguntas, se ven reconducidas al interior del campo del análisis. Al hacer esto, comienza poco a poco a instaurarse, a establecerse una conexión de naturaleza transferencial. Una conexión de tipo transferencia entre esos síntomas y nosotros como analistas, hasta que hacemos —es una fórmula que utilizo desde hace algún tiempo— hasta que formamos parte del síntoma. Apuesto que ese señor... que me dijo en el momento del dibujo que ponía la botella entre sus piernas, si su análisis continúa terminará por ligar automáticamente esa botella al señor Nasio. Ese tipo de conexión es el índice mayor de la transferencia. La transferencia es comenzar poco a poco a inmiscuirse, a introducirse en el sufrimiento del otro. Y no pueden hacerlo si no entran en escena, en el escenario, en los detalles, en las puntuaciones del discurso. Es eso lo que Lacan llama —digámoslo, ya que es un buen momento para convocar la teoría lacaniana— el “semblante”, es decir lo que desencadena, lo que abre, lo que modula el discurso del análisis, lo que da su lugar al discurso analítico. Así, a la demanda de curación planteada al comienzo del análisis van a substituirse progresivamente, lentamente, manifestaciones transferenciales. Freud lo dice en estos términos: “Más tarde es la transferencia la que ocupa el lugar del deseo de curar en el paciente”. De hecho, poco a poco, el paciente establece un amor de transferencia, lo que se traduce por una relación muy positiva, llena de cordialidad, donde las relaciones con el sujeto son excelentes, todo marcha extraordinariamente bien, el sujeto viene a las sesiones con mucho empuje, con placer, con entusiasmo, con interés. El les cuenta sus sueños, les habla de su pasado, de los azares de su destino... Ψ

BIBLIOTECA CENTRAL  
SALA UNIVERSIDAD NACIONAL