



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de Reflexión

2021

Victor Manuel Badillo Castillo

Puntuaciones sobre el goce en las neurosis: una introducción a la teoría

Revista Affectio Societatis, Vol. 18, N.º 34, enero-junio de 2021

Art. # 6 (pp. 1-18)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN



PUNTUACIONES SOBRE EL GOCE EN LAS NEUROSIS: UNA INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA

Víctor Manuel Badillo Castillo¹

Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

vcbadillo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6107-5079>

DOI: 10.17533/udea.affs.v18n34a

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo recorrer los conceptos que posibilitan el accionar clínico y ético de aquellos que se orientan por la teoría psicoanalítica. Se articulan de manera paralela los postulados freudianos y lacanianos para, al final, realizar una propuesta que oriente al analista al momento de enfrentar la difícil cotidianidad de la demanda de los pacientes en la consulta. Los conceptos

de goce, síntoma, *Lustprinzip* (principio de placer), *Jenseits des Lustprinzips* (Más allá del principio de placer), *Erinnern* (recordar), *Wiederholen* (repetir) y *Durcharbeiten* (reelaborar) se abordan de manera que indican un campo de estudio a seguir en trabajos posteriores.

Palabras clave: goce, síntoma, psicoanálisis, ética, clínica.

REMARKS ON *JOUISSANCE* IN NEUROSIS: AN INTRODUCTION TO THE THEORY

Abstract

The purpose of this paper is to review the concepts that make possible the clinical and ethical actions

of those who are guided by the psychoanalytic theory. Freudian and Lacanian postulates are articu-

1 Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí (México). Magíster en Ciencias en Psicología de Consejería, Universidad de Chatham - Pittsburgh, PA (Estados Unidos). Revisor para la International Journal of Group Psychotherapy.

lated in parallel to, in the end, make a proposal that guides the analyst when facing the difficult everyday nature of the patient's demand during the consultation. The concepts of *jouissance*, symptom, *Lustprinzip* (pleasure principle), *Jenseits des Lustprinzips* (beyond the pleasure

principle), *Erinnern* (remembering), *Wiederholen* (repeating), and *Durcharbeiten* (working-through) are addressed in a way that indicates a field of study for subsequent works.

Keywords: *jouissance*, symptom, psychoanalysis, ethics, clinic.

PONCTUATIONS SUR LA JOUISSANCE DANS LES NÉVROSES : UNE INTRODUCTION À LA THÉORIE

Résumé

Le but de cet article est de parcourir les concepts qui rendent possible l'action clinique et éthique de ceux qui s'orientent grâce à la théorie psychanalytique. Les postulats freudiens et lacaniens sont articulés de manière parallèle pour, finalement, proposer une approche guidant l'analyste face aux difficiles demandes quotidiennes des patients en consultation. Les concepts de

jouissance, symptôme, *Lustprinzip* (principe de plaisir), *Jenseits des Lustprinzips* (au-delà du principe de plaisir), *Erinnern* (remémorer), *Wiederholen* (répéter) et *Durcharbeiten* (perlaborer) sont abordés en signalant des pistes d'étude à suivre dans des travaux ultérieurs.

Mots-clés : *jouissance*, symptôme, psychanalyse, éthique, clinique.

PONTUAÇÕES SOBRE O GOZO NA NEUROSE: UMA INTRODUÇÃO À TEORIA

Resumo

O presente artigo tem como objetivo percorrer os conceitos que tornam possível a ação clínica e ética daqueles que são orientados pela teoria psicanalítica. Os postulados de Freud e Lacan são articulados de forma pa-

ralela a fim de, no final, realizar uma proposta que oriente o analista ao momento de enfrentar a difícil cotidianidade da demanda dos pacientes na consulta. Os conceitos de gozo, sintoma, *Lustprinzip* (princípio do

prazer), *Jenseits des Lustprinzips* (além do princípio do prazer), *Erinnern* (recordar), *Wiederholen* (repetir) e *Durcharbeiten* (perlaborar) são abordados de uma forma que indica um campo de estudo a ser seguido em trabalhos posteriores.

Palavras-chave: gozo, sintoma, psicoanálise, ética, clínica.

Recibido: 10/14/2019 • Aprobado: 16/10/2020

Introducción

La clínica en psicoanálisis está plagada de momentos en que se le plantean al analista cuestiones de corte ético, lo cual no quiere decir que haya que recurrir por esto al código ético del psicólogo, tan en boga últimamente. Las cuestiones que se plantean en estos casos refieren a la especificidad del caso y también al dominio del psicoanálisis, esto es, poner en juego la demanda del paciente junto al conocimiento teórico del analista y la prudencia ética ante el síntoma que se presenta. El término “clínica” se entiende, por lo general, en el sentido del quehacer técnico del analista; sin embargo, reducirlo a esto resulta en una coartación del fenómeno dado en la consulta. Así pues, la clínica no sólo refiere al manejo de las determinadas técnicas de que hacen uso los que se guían por la orientación psicoanalítica, sino que también evoca la posición que toma aquel que practica la clínica desde el psicoanálisis. A pesar de la existencia de métodos que las corrientes psicológicas ostentan como eficientes para la reducción o eliminación del síntoma (nótese que el psicoanálisis no es una corriente de la psicología, sino un cuerpo teórico y clínico por entero diverso), todas ellas dejan de lado lo que desde Freud se considera como la base de toda clínica posible, es decir, la expresión de un conflicto que representa tal síntoma.

La posición ética del analista

La posición que asuma entonces quien se dispone como clínico es esencial debido a que la remisión del síntoma (en ocasiones llamado patrón, conducta, creencia, premisa, etc. por las mencionadas corrientes psicológicas) no significa que el trabajo esté terminado; lo fenomenológico no conforma la totalidad del sufrimiento del sujeto que se presenta ante un terapeuta en busca de un alivio para su malestar, sino solo el modo de exteriorización de aquello que subyace. Y es en eso que no se dice, que está fuera de alcance, en una palabra, de lo inconsciente, donde la clínica debe poner el énfasis. Por consiguiente, además de las técnicas que se puedan aplicar, queda por ver lo que el síntoma expresa, es decir, cómo funciona de muleta para el sujeto que al mismo tiempo lo sufre, lo aprecia y lo goza.

Por tanto, la clínica no está separada de la ética, es decir, en cada encuentro con un paciente, el analista se topa con un problema de orden ético; la pregunta que debería regir es: ¿en qué posición se debe colocar un clínico respecto no de lo imaginario de la demanda del paciente, sino de su sufrimiento, de aquello que detrás de lo plausible se expresa a través de angustia, síntomas, impedimentos? Sin importar que la primera demanda del sujeto que acude a un proceso terapéutico refiere en casi todos los casos a la desaparición de esos fenómenos, lo que se plantea es la importancia de este para la vida de quien lo percibe, en otras palabras, cómo esa expresión de conflicto que representa el síntoma neurótico le aporta estabilidad a ese sujeto en particular.

Con esta cuestión esbozada, a saber, la clínica es en todo momento de orden ético, se abren perspectivas de investigación que se dividen en cuestiones para responder a la pregunta sobre cómo actuar frente a la neurosis y otras respecto a la teoría que se debe tomar en cuenta para guiar las primeras respuestas, por esto este artículo se centra, primero, en el análisis de algunas de las bases teóricas que permitan operar en la clínica, y segundo, en la clínica misma engarzada siempre con la teoría.

Delimitación de un campo de estudio: Freud y Lacan, el *Lustprinzip* y el *jenseits*

El estudio de un cuerpo teórico determinado es esencial en toda aproximación clínica, debido a que su carencia llevaría a extravíos tanto para el terapeuta como para el paciente. En específico, el llamado eclecticismo se denota como un desconocimiento de las exigencias prácticas y éticas que conlleva la profesión debido a que no cuenta con una perspectiva que brinde un ángulo de abordaje orientado, sino que responde llanamente al imperativo reinante (de un Otro capitalista) de solucionar eficientemente un problema. Así pues, el respaldo de este escrito recae en los dos autores que se consideran como indispensables para el pensamiento psicoanalítico: Freud y Lacan, si bien no se pretende desmenuzar completamente la articulación de

cada uno respecto de lo que aquí se trata, sí se intenta aportar una guía que dé paso a la clínica.²

Como se mencionó anteriormente, el síntoma es la expresión de un conflicto inconsciente, por tanto, para el analista la tarea que se le plantea de inicio es la de interrogar a ese síntoma en su presencia en la cotidianeidad del paciente, es decir que, al contrario de las psicoterapias, el psicoanálisis requiere en cierto modo de la existencia del síntoma, al menos al principio, para operar. La demanda planteada refiere comúnmente a él, y es conocido que las primeras entrevistas se dedican en buena parte a establecer dicha demanda (Nasio, 1996), pero además estas entrevistas preliminares tienen como función la de instaurar la transferencia, a través de lo que Lacan bautizaría como sujeto supuesto a saber (*SsS*) y que en la práctica se torna imprescindible para la consecución de cualquier tratamiento. Durante estas entrevistas preliminares, y aún durante una parte representativa del tratamiento, el síntoma en ningún momento le es restringido al paciente, pero tampoco se lo alienta a fortalecerlo. Se podría decir que se respeta el síntoma del paciente en tanto no ponga en peligro su vida. Como ejemplo de esto, se plantearán dos casos; ambos sujetos con síntomas depresivos, en quienes se diferencia la pérdida de interés por actividades cotidianas, la hipersomnia y el llanto recurrente, en uno de los pacientes, y en el otro una completa apatía, pérdida del apetito extrema y autoflagelación junto a ideas suicidas. A pesar que ambos serían calificados de trastornos depresivos por las corrientes psicológicas, sin ofrecer una perspectiva para abordarlos, se distinguen dos entidades completamente diferentes con dos intervenciones planteadas de diferente manera; en el primer caso, probablemente se inicie un tratamiento en regla, mientras el segundo posiblemente requiera una intervención en crisis, que plantea retos distintos al analista, y a la cual Sotelo (2015) ha intentado dar respuesta a través de lo que denomina clínica de la urgencia en psicoanálisis. Esta propuesta de la autora argentina, sin embargo, no elimina la posibilidad de un tratamiento "convencional", por el contrario, se plantea como la creación de un espacio que permita al paciente encontrar un tope a su an-

2 Para un análisis detallado de las mencionadas articulaciones teóricas, se recomienda la lectura del trabajo del que da pie al presente (Badillo, 2015).

gustia en el momento de la crisis, pero que al mismo tiempo ofrezca un espacio en la terapia analítica en un futuro.

Así pues, los dos casos planteados denotan necesidades por completo diversas en que la premura de la segunda situación demanda la creación de ciertos puntos de apoyo para evitar la probable inmediatez de un acto dañino al paciente mismo o un intento de suicidio, mientras que el segundo permite que los síntomas sean respetados en su condición de expresión de un posible duelo, como pasos que permitan a la libido del sujeto deshacer sus vínculos con las representaciones. Estos modos de proceder conllevan no solo el aspecto técnico, de enorme importancia, sino también la responsabilidad ética del terapeuta, que depende tanto de sus conocimientos teóricos, e incluso nosológicos (si se pretendiera dar una diferencia clara a ambos casos como patologías separadas, se podría hablar de un duelo para el primero y de un caso de melancolía para el segundo); de su sensibilidad clínica frente a la especificidad de cada caso, de su capacidad de escucha y análisis de una situación que se le presenta no como un expediente o un ejemplo como el presente, sino en la forma de una persona que sufre y desconoce el porqué, de su capacidad para centrarse en ese paciente en el momento de la consulta. En resumen, de todo lo que se denomina aquí como la clínica, incluyendo su dimensión ética.

El goce intrínseco a todo síntoma neurótico

Además de la cuestión clínica, el presente artículo pretende abordar un tema que se revela como vital para la manera en que el clínico aborda actualmente la demanda de sus pacientes, y este es cómo se engarza el goce en las neurosis, es decir, qué de lo real o de aquello más allá del principio de placer (*Jenseits*) se trasluce y afecta de un modo distinto al tratamiento y a la neurosis misma. En este punto hay que dejar en claro la diferencia teórica que existe entre los dos autores principales que este artículo refiere, es decir, Freud y Lacan. En incontables ocasiones se hace uso de términos de uno y otro casi indiferenciadamente, como si ambos fueran extensión del otro. Realmente, se debe hacer notar una diferencia muy marcada y una ruptura entre

los dos. En cuanto a los temas que aquí se tratan, los desarrollos son decididamente distintos³; por tanto, en lo que continúa se tratarán los temas en ambos autores en contextos teóricos distintos, para posteriormente intentar conciliar un punto de encuentro que aporte una solución clínica.

Dicho lo anterior, Freud propone su aparato psíquico mediante la construcción de la metapsicología, en la que crea un edificio teórico bien cimentado que da cuenta de los decursos de las representaciones y los afectos, regulados por cantidades reducidas que operan en el margen del principio de placer, y que en el neurótico son separadas en conscientes e inconscientes principalmente por la represión (*Verdrängung*).⁴ En un movimiento de ruptura y continuidad con su propia obra, en 1920 Freud elabora “Más allá del principio de placer”, texto en el cual da a conocer lo que sería un revulsivo para la teoría psicoanalítica, o por lo menos para aquellos que supieron apreciar su dimensión; esta obra abre un campo de estudio nuevo que posteriormente daría la base para la comprensión de fenómenos como el masoquismo y la angustia real. La idea de que algo externo al organismo o al aparato psíquico lo pueda afectar no aparece en 1920, sino que data del “Proyecto de una psicología para neurólogos” (2007/1895) escrito veinticinco años antes y que, en términos fisiológicos, detalla la operación del aparato psíquico, tomando en cuenta que este se aísla en cierto modo de los influjos externos. Este último escrito es de vital importancia para la comprensión general de las relaciones de los temas aquí desarrollados, su influencia en la metapsicología y en “Más allá del principio de placer” es enorme y se deben considerar estos textos en conjunto como el producto de una mente que, con diferentes palabras o términos a lo largo de su obra, desarrolló una idea constante.

Con lo anterior se allana el camino para dar por sentado que independientemente del gran armazón psíquico que domina en su ma-

3 Para examinar las diferencias entre los autores referentes a los tópicos aquí abordados, véase Badillo (2015).

4 El término *Verdrängung* se traduce literalmente por esfuerzo de desalojo, lo que indica la naturaleza de los dos tiempos que enuncia Freud (2007/1915a) en su artículo sobre la represión.

por parte al aparato psíquico cuando se trata de neurosis, se debe tomar en cuenta algo más primitivo y más originario, parafraseando a Freud, que se halla fuera del límite del *Lustprinzip*, y a eso refiere el artículo sobre el masoquismo (Freud, 2000/1924), en el que se afirma lo que para el autor del presente trabajo constituye la tercera condición para que un síntoma neurótico se afiance, a saber, la compulsión a la repetición y la búsqueda del dolor como método más directo para obtener una ganancia.

Esa ganancia no es del orden del recorrido de la pulsión, es decir, que se satisface mediante lo que en la neurosis se trata de desplazamientos y condensaciones por representaciones, sino que se refiere a aquello que sin mediaciones obtiene una vía de encuentro con el objeto, aquello que, por ende, provoca dolor y desafía toda lógica establecida por el aparato psíquico, y que sin embargo es a lo que se apunta. En la ya mencionada metapsicología, Freud (2007/1915b) propone cuatro características básicas de la pulsión, una de las cuales es el objeto (*Objekt*), y otra la meta (*Ziel*), que refiere a la satisfacción o cancelación de un estímulo displacentero; sin embargo, al abordar la explicación de cómo llega la pulsión a satisfacerse, queda patente que no es por la consecución real del objeto, sino que es en el recorrido hacia y desde este como la pulsión se satisface en los límites del principio de placer. Por otro lado, en la cuestión que aquí se aborda, a saber, lo que queda por fuera del principio de placer, es el acceso al objeto lo que proporciona la satisfacción a través del dolor y de lo que contraría a los mandatos superyoicos. De este modo, como Freud propone en “El problema económico del masoquismo” (2000/1924), se forma una dupla que funciona reafirmando la reacción negativa al tratamiento, es decir, clínicamente impide el desarrollo del análisis por distintas vías. La alianza entre un yo masoquista –que de acuerdo a lo estipulado en el mencionado artículo sobre el masoquismo es un yo que tiene en su mismo centro anudado el masoquismo erógeno primero, y que, por tanto, busca constantemente el dolor, el sufrimiento o el castigo– y un superyó sádico –constituido por las imágenes paternas introyectadas, pero desprovisto de su ligazón libidinosa con ellos y que tiene como consecuencias su intransigencia ante los posibles fallos del yo y su martirización– da como resultado algo que trasciende la lógica del principio de placer, llevando al paciente a esforzarse por permanecer

en un estado de frustración o sufrimiento, aun cuando sus síntomas quedan al descubierto por acción del analista.

La clínica y el masoquismo

Es en este punto donde se abre la pregunta principal del presente artículo: ¿qué hacer frente a esto que no encuentra trámite a través de la acción directa del analista como intérprete, sino que se relaciona con el deseo, por lo demás inconcebible para la mente consciente, de sufrir? Con esta pregunta formulada. A partir de las propuestas teóricas de cada uno se siguen dos líneas paralelas y recíprocas de articulación; en primer lugar, Freud aporta un esclarecimiento a la comprensión de los procesos inconscientes que dan lugar al núcleo más resistente del síntoma, es decir lo externo, que sobrepasa al *Lustprinzip*, y con ello una opción de abordaje clínico. En segundo lugar, la lectura por parte de Lacan se orienta a también a la comprensión teórica del fenómeno en que se enfrenta la Ley y el goce como transgresión de ella, además de referirse al problema ético de la posición del analista respecto del sufrimiento del sujeto analizante en la actualidad, con lo que representa la incapacitación por la sociedad de poner en palabras el sufrimiento, bajo el mandato casi tiránico de la productividad y la salud garantizadas. Si bien las lecturas no se llevan en orden secuencial, vale recalcar que el vocabulario empleado por cada autor debe limitarse a este y a sus concepciones y no confundirlas. Por tanto, se deja a consideración del lector qué enfoque le parece más apropiado, con la idea de que, al diferenciarlos, su especificidad sirva para encontrar puntos de encuentro.

La lectura freudiana realizada en este trabajo pone de relieve dos condiciones desarrolladas por el mismo Freud entre 1919 y 1920, a saber, la teoría del más allá del principio de placer y la dualidad de las pulsiones que las separa en Eros o pulsión de vida y la pulsión de muerte. Con estas dos características se forma la idea que Freud expresa en 1924 con “El problema económico del masoquismo”, y que da lugar a una derivación clínica de la segunda tópica y, con ello, una

aproximación que permite enfrentar aquello fuera de las limitaciones de la metapsicología.

Con “El problema económico del masoquismo” Freud da respuesta a qué es aquello que sostiene, en última instancia, al síntoma neurótico, y cómo se articula en algo más primitivo e independiente del *Lustprinzip*. La neurosis soportada desde tres ejes se convierte en un reto teórico y clínico para todo analista debido a que, si bien a través de la denominada *Talking cure* por Anna O., es por sí misma capaz de llegar a metas insospechadas, siempre dentro de los límites que tiene (es decir, el de las *Vorstellungen* o representaciones), acusa una marcada incapacidad para hacer frente a ciertos fenómenos observados principalmente en el presente siglo, como las llamadas patologías del cuerpo, el estrés y sus derivados, el *burn out*, entre otros. Ante estos padecimientos sin-palabra, el psicoanálisis de la metapsicología se ve limitado, por no decir incapaz, aunque si se toma en cuenta el *Jenseits des Lustprinzipes*, y se conjuga con lo que, seis años antes Freud escribiera en otro contexto sobre la clínica y la compulsión a la repetición, la opción clínica se amplía y da un método de intervención ante esas problemáticas.

En “Recordar, repetir y reelaborar” (2007/1914), Freud hace una revisión del fenómeno de la repetición en el tratamiento psicoanalítico y habla de la transferencia negativa; de este modo propone una ruta o proceso que debería atravesar el analizante para llegar a eliminar su sufrimiento. Esa ruta es la que da nombre al artículo, por la cual el paciente, con ayuda del analista, debe recordar y asociar libremente respecto a aquello que está en relación con su neurosis, para después, en transferencia con el analista, repetir actitudes y comportamientos propios de aquello que no puede poner en palabras; y por último, reelaborar o trabajar a través de aquello que en su momento se repitió. Esto es, en resumen, lo que Freud propuso en 1914 como guía para la intervención clínica; sin embargo, a esto se le agrega una lectura del más allá del principio de placer, es decir, aquello que antecede y sobrepasa lo dicho. En esta nueva lectura se aborda otro tipo de compulsión a la repetición, no ya en transferencia, es decir, en un acto dirigido al analista (aquí, acto se toma también en el sentido del teatro, de una escena dirigida a un público dispuesto a observarla), sino

también fuera de todo límite psíquico, en lo que hacia 1920 se convertiría en un intento del aparato psíquico por ligar sumas de energía hipertróficas a través de la revivificación alucinada de momentos que no pudieron ser tramitados dentro del límite del *Lustprinzip*. Esa nueva *Wiederholungszwang* propuesta después de la metapsicología y perteneciente a un allende, *fort*, es en ocasiones lo que lleva al paciente ante el analista, la incapacidad de ligar su sufrimiento con palabras, es decir, con un síntoma neurótico entendido como formación de compromiso que sirve para evitar la angustia. Y es en estas condiciones en las que actualmente es necesario comenzar un análisis, en un punto de partida asintomático (entiéndase que en este contexto el término *asintomático* hace referencia únicamente al síntoma neurótico, empero, el paciente llega a consulta con una demanda de sufrimiento). En este punto de partida se trata de pura repetición más allá del principio de placer, descontrolada y que lleva no solo a sufrir, sino también al dolor físico y a la incapacidad del cuerpo de continuar con su cotidianidad, de donde deviene aquello que actualmente se intenta sin éxito tratar mediante fármacos, o se denomina idiopático, y a lo que no responden los analgésicos. Con esto, la fórmula dada en los escritos técnicos se ve reforzada por una lectura posterior que agrega un paso previo, la repetición no sintomática, es decir, traumática o que intenta ligar la energía hipertrófica. Ahora la cuestión más importante es la transición de este paso previo y el proceso de análisis como tal mediante la asociación libre. Clínicamente, en varias ocasiones se ha encontrado que la intervención en crisis a través de un papel distinto del analista, en el que este actúa ofreciendo una red de representaciones que forman la historia del paciente, le permiten a este último un anclaje a la realidad y un viso de causación que incite a la demanda neurótica y dé lugar a la transferencia analítica. En este sentido, los trabajos de Sotelo (2015) en la Universidad de Buenos Aires y en diferentes hospitales y clínicas mediante lo que denomina clínica de la urgencia son de gran importancia.

Además de ese primer momento observado en algunos casos, la lectura de la pulsión de muerte y del masoquismo en 1924, después de la propuesta de la segunda tópica, aporta un esclarecimiento sobre no pocos momentos en el desarrollo de un proceso terapéutico en que el síntoma se afianza sin razón aparente, y aún más, sin que algo de lo

inconsciente reprimido lo refuerce. Estos casos tienen que ver comúnmente con el sadismo inherente al superyó y el masoquismo propio del yo, devenido de la ligazón de la pulsión de muerte con la libido, que hace del dolor también una meta de la pulsión. Con este enorme refuerzo, que Freud acepta como en ocasiones el más fuerte de todos, el proceso se ve estancado y no hay forma en que, mediante los primeros dos objetivos del síntoma, este sea dilucidado (estos dos objetivos o funciones son: la evitación de angustia y la llamada ganancia secundaria o de la enfermedad, que se trata principalmente de la ventaja obtenida mediante la convalecencia). Así pues, el sufrimiento mismo produce una satisfacción de otro orden, donde el dolor deviene meta y es alcanzado también mediante el síntoma que, en un primer momento, se suponía ahí para aliviarlo. Aquí es donde el clínico se enfrenta a un nudo difícil de deshacer, y en el que el paciente puede ser reacio a abandonar su postura; pero lo primero a tomar en cuenta es, precisamente, la participación de ese dúo sádico-masoquista que se alía para perseverar en su nueva satisfacción. Estos momentos son importantes dentro de todo proceso porque indican un avance y un estancamiento, al mismo tiempo, debido a que delimitan el límite de lo representable y el inicio de lo ominoso o *Unheimlich*.

A pesar de todo esto, lo que indica también este momento de trabazón es que el paciente se encuentra ante una situación que lo deja pasmado, sin respuesta, que, en otras palabras, intenta poner de relieve el sin salida en que se encuentra. Este sin salida es ejemplificado perfectamente por un término ajedrecístico también tomado del alemán, *Zugzwang*, traducido literalmente por compulsión a mover(se), momento de la partida en que no importa qué movimiento realice el jugador pues siempre empeorará su posición; del mismo modo, el paciente se ve en un momento en donde no importa qué haga, siempre perderá una de las ganancias del síntoma. Es en este momento donde el síntoma se debe respetar más, debido a que el analizante aún no encuentra un medio para suplir su sufrimiento. Este respeto es la clave para pasar estos momentos, es decir, a través de la reelaboración o trabajo a través de su propio síntoma, el paciente podría ser capaz de abandonarlo y encontrar una satisfacción de otra índole, tal vez más productiva para él o ella.

Lacan y la propuesta del goce

Desde una perspectiva lacaniana, que no contradice lo anterior, en el séptimo seminario (Lacan, 1990/1959-1960) aparece la Ley en contraposición con *das Ding*, que se relaciona con el goce. Este goce, definido como encontrar el placer en el displacer, es definido en este momento de los desarrollos de Lacan como la satisfacción de orden directo obtenida por el acceso al objeto o *das Ding* mediante la transgresión de la Ley.

A fin de aclarar la definición anterior es necesario realizar un breve resumen de la teoría con que Lacan apunta en esta dirección. Desde el inicio mismo de *La ética del psicoanálisis* (1990/1959-1960), Lacan aborda lo que se denota como la separación del orden de las *Vorstellungen* y lo que está del lado de la realidad, y a través de una relectura del *Entwurf* pone de relieve algo que Freud sólo deja entrever al inicio, y que solo hasta “Más allá del principio del placer” trata de manera extensa, esto es, aquello que está fuera del límite de lo representable, aquello de lo que el aparato psíquico toma las muestras que posteriormente darán lugar a las representaciones. En la clase del 13 de enero de 1960, “Las pulsiones y los señuelos”, Lacan habla precisamente de los señuelos encarnados por las representaciones y a partir de los cuales afirma que la pulsión se engaña en su satisfacción, y dice que esta es siempre parcial, inacabada. Entonces, el objeto como *das Ding* se torna imposible de alcanzar mediante lo que es regido por el principio del placer, y en calidad de *Wohl* (o bien máximo prometido como objeto de satisfacción total) es anhelado, pero también temido, debido a la irrupción que conlleva el dolor. De este modo, Lacan llega al mismo punto que Freud, un anhelo por el dolor, pero también alcanza una comprensión distinta cuando examina la naturaleza de la Ley, principalmente la de la prohibición del incesto que analizara tan detalladamente en el cuarto seminario (Lacan, 2008/1956-1957).

En este nuevo análisis, esta Ley moral (Lacan, 1990/1959-1960) se ve, al mismo tiempo, como descarnada y como protectora ante el acceso del goce visto como malo. La paradoja que se crea así es de tal magnitud que pone al sujeto en un constante pujar por estar en el límite de lo permitido por la Ley y el acceso al *Wohl*, bien máximo.

Al mismo tiempo, la Ley funciona como protectora para el sujeto en tanto lo aleja del dolor y perpetúa el deseo. Aquí vale hacer referencia a lo que anteriormente Lacan había articulado acerca de este último, en específico lo que refiere al deseo histórico, y es que, como en el ejemplo freudiano del sueño del salmón –que algunos analistas de orientación lacaniana han dado por denominar el sueño de la bella carnicera– (Lacan, 1990/1959-1960), el deseo es únicamente a condición de no ser cumplido, o en la fórmula ampliamente conocida, el deseo es el deseo del otro, metonímico, deseo de desear. En términos del *Seminario 7*, el deseo se basa en los señuelos, en la promesa ilusoria del *Wohl*, en un objeto inalcanzable pero anhelado; y en tanto la Ley prohíba su acceso, el sujeto puede mantenerse en movimiento entre esos señuelos o *Vorstellungen*. En lo que atañe a Lacan, el sujeto se encuentra anclado en una paradoja que se figura muy forzada para el ser-humano; sin embargo, es esa paradoja la que le concede el estatus, pero no como momento histórico cristalizado, sino como un proceso siempre en progreso, como un constante bregar a través de lo que Hegel (Kojève, 2013) aborda como la lucha a muerte entre el amo y el esclavo para devenir un ser histórico, finito, enfrentado a la muerte. A pesar que el autor alemán creó el mito mencionado, este no debe ser entendido en forma estática como un momento de inicio, sino como lo cotidiano sabido e ignorado activamente (en el sentido de la *Verneinung* freudiana).

Para Lacan, el dilema en este punto no es otro que de orden ético, y lo plantea de la siguiente manera al comienzo de su séptimo año de seminario (1990/1959-1960):

¿Somos nosotros, analistas, sencillamente en esta ocasión ese algo que acoge aquí al suplicante, que le brinda un lugar de asilo? ¿Somos nosotros sencillamente, y esto ya es mucho, ese algo que debe responder a una demanda, a la demanda de no sufrir, al menos sin comprender? Con la esperanza de que el comprender liberará al sujeto, no solo de su ignorancia, sino de su sufrimiento mismo. (pág. 17).

Esta cita indica no solo lo que, en buena parte, guía la práctica psicoanalítica, sino también la postura del analista ante el sufrimiento del sujeto suplicante, como lo llama el mismo Lacan. Una postura no

deshumanizada, únicamente de sombra del analizante, sino también centrada en comprender algo del sufrimiento que emana del paciente y con la responsabilidad en su práctica de no simplemente eliminar el síntoma que causa el sufrimiento aparente sin más miramientos, sino de conocer la causación y la estructura de este, para así tener consciencia de cómo ese síntoma funciona para el sujeto como una boya que le permite continuar con la cotidianidad y sin el cual probablemente se hundiría o recurriría a otro que simplemente desplace, de manera metonímica, las mismas causas y conflictos, y también el mismo goce. Sin embargo, la posición ética ante el dolor no exige al analista de repensar su actuar clínico, es decir, la posición que asume en la sesión y en general en el proceso terapéutico ante el analizante. Para esto sería de gran ayuda repasar el llamado esquema L (Lacan, 2008/1954-1955, pág. 365), en el que Lacan trata la clínica de manera expresa, y que en especial funciona como una guía que permite al practicante orientarse en su intervención sobre los dos ejes que plantea, el imaginario y el simbólico. Por mediación de esos ejes, la posición que asume el analista se ubica del lado de la palabra, es decir, no de lo que algunas corrientes psicológicas denominan empatía con el paciente, sino en un lugar más ascético y distanciado que permita adentrarse en el discurso de quien consulta para así encontrar sus fallas o agujeros que conducen, en primera instancia, a lo inconsciente reprimido y a su más allá, a su propio límite.

Conclusiones

Para concluir, hace falta indicar que las posturas de Freud y Lacan, o en otros términos, las lecturas que de sus obras se hacen aquí, no son contrapuestas; es más, después del análisis realizado se puede decir que se complementan en distintos niveles. La lectura freudiana aporta un esclarecimiento teórico sobre la línea, difusa por lo demás, que demarca el *Lustprinzip* y su más allá, al tiempo que delinea una ruta clínica a seguir ante los casos en que ese más allá hace su aparición, tanto en casos extremos como en súbitas apariciones a lo largo del tratamiento de neuróticos. Por otro lado, Lacan aporta también una explicación a la cuestión de la separación de lo que él mismo denomi-

na como la Ley y *das Ding*, pero inmediatamente pone a este último como en el centro mismo de la maquinación humana y le confiere una nueva topología que hace que lo más externo sea también lo que conforma el núcleo irrepresentable por cuanto falta estructurante. Además contribuye con una visión ética acerca de cómo enfrentarse a un sujeto que adolece de su propia vida.

Con todo lo anterior, el resultado de las elucubraciones precedentes arroja tres ejes que son de vital importancia para enfrentar la labor clínica: a nivel clínico, la ruta trazada a partir de los escritos técnicos y de la segunda tópica sobre el masoquismo, es decir, repetir más allá del principio de placer, recordar, repetir en transferencia y reelaborar o trabajar a través de; a nivel ético, la postura del analista ante el sufrimiento y el goce junto a una relectura del esquema L que permite reposicionarse y escuchar desde un nuevo ángulo el discurso del analizante; y a nivel teórico, que expande la comprensión del síntoma desde la perspectiva metapsicológica, la segunda tópica, el más allá del principio de placer, el primer momento lacaniano y el goce, para con ello engarzar los dos primeros ejes y afrontar la clínica con una visión mayor.

Referencias

- Badillo, V. (2015). *El núcleo del síntoma como goce*. Inédito. Versión del autor.
- Freud, S. (2000/1924). El problema económico del masoquismo. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. XIX, págs. 161-176). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2007/1895). Proyecto de una psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. I, págs. 323-446). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2007/1914). Recordar, repetir y reelaborar. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. XII, págs. 145-158). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2007/1915a). La represión. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. XIV, págs. 135-152). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2007/1915b). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. XIV, págs. 105-134). Amorrortu Editores.

- Freud, S. (2007/1920). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.), J.L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.), *Obras completas* (vol. XVIII, págs. 1-136). Amorrortu Editores.
- Kojève, A. (2013). *Dialéctica de lo real y la idea de la muerte en Hegel* (A. Llanos, Ed., & J. J. Sebrelí, Trad.). Leviatán.
- Lacan, J. (1990/1959-1960). *El seminario de Jaques Lacan, libro 7: La ética del psicoanálisis* (D. S. Rabinovich, Trad.). Paidós.
- Lacan, J. (1999/1957-1958). El sueño de la bella carnicera. En *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 5: Las formaciones del inconsciente* (págs. 363-378). Paidós.
- Lacan, J. (2008/1954-1955). Introducción del gran Otro. En *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (págs. 353-370). Paidós.
- Lacan, J. (2008/1956-1957). *El seminario de Jaques Lacan, libro 4: La relación de objeto*. Paidós.
- Nasio, J. D. (1996). *Cómo trabaja un psicoanalista* (A. M. Gómez, Ed., y A. M. Gómez, Trad.). Paidós.
- Sotelo, I. (18 de junio de 2015). *El psicoanálisis.net*. http://www.elpsicoanálisis.net/index.php?option=com_content&view=article&id=200:psicoanálisis-y-urgencia&catid=55:numero-22&Itemid=172