

Motivación y demanda

Adriana Lis nos deja algunos ejemplos para esclarecer la distinción entre la motivación y la demanda. En una entrevista de investigación, la motivación es extrínseca cuando, por ejemplo, se desarrolla una investigación sobre cómo los estudiantes perciben su propio cuerpo. Es la investigadora la que propone la entrevista, es suya la motivación intrínseca, mientras para los sujetos comprometidos en la investigación, la motivación resulta extrínseca. En una entrevista diagnóstica la motivación puede ser, ya sea extrínseca o intrínseca, según quién sea el que pide la entrevista, el médico o el sujeto; en una entrevista psicoterapéutica la motivación debe, en cambio, ser intrínseca; es situada por Lis como una condición necesaria del desarrollo del tratamiento: el sujeto debe pedir, en primera persona, ser ayudado.

Estas son distinciones didácticas generales que, sin embargo, en la práctica clínica se complican bastante. Examinemos, por ejemplo, la dimensión de la entrevista psicoterapéutica o psicoanalítica. Leamos qué cosa dice Lis: "El sujeto que comienza una psicoterapia, debe ser empujado por el deseo de conocerse, disponible a poner en discusión al sí mismo", es lo que Lis llama motivación intrínseca. Pero la motivación, y ahí está el límite de este concepto en su uso clínico, se refiere a un plano consciente, cognitivo, o sea, a las declaraciones y a las intenciones yoicas de un sujeto: "Estoy motivado a hacer terapia, quiero conocerme", etcétera. La demanda, diversamente de la motivación, no se agota de hecho en el plano consciente, cognitivo, intencional; sino que implica una dimensión inconsciente.

Pongamos un ejemplo. El sujeto que toca nuestra puerta porque quiere hacer una terapia, parece presentar una buena motivación. Sin embargo, no debemos creer ingenuamente en su motivación, sino distinguir aquella motivación, plano de la consciencia, del evento singular de la demanda, plano inconsciente. Una joven anoréxica llega a la

institución donde trabajo, declarando que quiere conocerse, ponerse en discusión, entenderse mejor; entonces, estaría motivada intrínsecamente a hacer una psicoterapia. Pero en realidad, después de pocas entrevistas, se entiende que aquello que esta sujeto de verdad demanda, no es de hecho curarse, sino que, ya que había tenido experiencias de las primeras crisis bulímicas, el de volver a ser anoréxica; en este caso, entonces, la motivación (consciente) es la de comenzar a hacer una terapia, mientras la demanda (inconsciente) es la de retomar la anorexia, la imagen ideal del cuerpo delgado y el control de sí, minadas por la bulimia y por el aumento de peso.

En el ámbito de la psicología clínica, Renzo Carli ha profundizado, a su manera, la distinción entre motivación y demanda. El principio fundamental sobre el que construye su texto titulado *L'analisi della domanda in psicologia clinica* (1993), es el de considerar con atención *la dimensión colusiva propia de toda demanda*. Justamente, porque la demanda no coincide con la motivación, el psicólogo debería, cada vez, preguntarse qué cosa está demandando el sujeto realmente, más allá de la claridad explícita de la motivación. Carli comenta un caso clínico muy instructivo. Se trata de una madre y una hija. La muchacha se ha sometido a diversas operaciones de cirugía plástica. Carli las define verdaderas y propias ofensas que son ya índice de algo que no va en su relación consigo misma. Madre e hija se dirigen a él pidiéndole una terapia. En realidad, Carli muestra muy bien cómo eso que ellas pedían era que alguien hiciese de padre, visto que el padre en esa familia era totalmente fugitivo. La muchacha había pedido, primero, al cirujano plástico de hacer de padre, o sea, de poner orden en su cuerpo. Carli, en este caso, interpreta correctamente la demanda separándola de la motivación. Si esta última era "queremos hacer una terapia", la demanda inconsciente era "queremos que alguien haga de padre en esta familia". La intervención de Carli consiste en prescribir unas tareas, en determinar con más claridad simbólica los roles entre marido y mujer, y entre madre y padre. El efecto de tal intervención es el de disolver el recurso compulsivo a las operaciones quirúrgicas.

Se trata de efectos terapéuticos rápidos que a veces se puede provocar, son efectos que se pueden ver muy frecuentemente con los niños. Podría ponerles el ejemplo de una muchacha anoréxica que viene a la institución acompañada de la madre. La muchachita tiene el síntoma (una leve anorexia), pero falta el segundo elemento, el de la demanda, porque quien demanda no es el sujeto, sino su madre. Tenemos entonces, por una parte, la demanda de la madre sin síntoma y, por otra, el síntoma de la muchachita sin demanda. En realidad, en casos como estos, apenas se abre un poco el discurso, se ve que hay un problema de la pareja parental y que la hija se ha encargado, inconscientemente, de señalar a alguien que algo no va en esa pareja. En casos similares se debe tratar de reconducir el síntoma a su lugar adecuado (la relación entre los cónyuges) para liberar al sujeto del deber de representar el malestar de la pareja. La anorexia, también en este caso, se ha resuelto casi inmediatamente; es la pareja la que ha entrado en análisis y posteriormente se ha separado.

La triada de base

Hagamos una reflexión más atenta sobre el concepto de demanda. La triada de base, para comprender los tiempos iniciales de una cura, es definida por Lacan como: síntoma, demanda y transferencia. Examinémoslas con calma ¿por qué un sujeto puede pedir una entrevista psicoterapéutica? El sujeto puede formular inicialmente una demanda de ayuda a partir del hecho de que sufre, la demanda en psicoanálisis se funda siempre sobre el real del síntoma. El síntoma indica, de hecho, eso que en el sujeto causa sufrimiento, malestar, dolor; eso que en otros términos, en el sujeto no va. La demanda —para que sea tomada en serio por quien la escucha— debe estructurarse sobre la materialidad concreta del síntoma, sobre el sufrimiento sintomático. Una demanda que no se apoye en la materialidad concreta del síntoma, es una demanda suspendida, débil, casi privada de fundamento. ¿Qué es un síntoma? Demos una definición general: el síntoma es eso que hace sufrir y que divide al sujeto. El sujeto no gobierna el síntoma,

sino que el síntoma es vivido como algo que se impone a su voluntad. El síntoma es algo más fuerte que el yo. El sujeto no es amo de sus síntomas, no los gobierna y por esto sufre. El síntoma es una formación del inconsciente que huye al control de la consciencia.

Podemos poner un breve ejemplo clínico aportado sintéticamente por Lacan. Una joven histérica en su primer encuentro galante desarrolla un herpes en los labios, el herpes es un síntoma que huye a la consciencia de esta sujeto y que la hace sufrir, es algo que se opone transversalmente a las motivaciones conscientes de la muchacha. Otro ejemplo, es el de un joven obsesivo que todas las mañanas se siente obligado a doblar las cubiertas de la cama de un cierto modo, el sujeto *no puede no hacerlo, no puede no ejercer esta práctica*. Este es un ejemplo del síntoma como instancia más fuerte que el yo. Noten la doble negación que constituye siempre la clave de todo síntoma obsesivo. Mientras, de hecho, el síntoma histérico toca el *cuerpo* (es lo que Freud llamaba “conversión histérica”) —en el sentido que el cuerpo se vuelve la sede de las representaciones de los conflictos inconscientes que habitan al sujeto—, el síntoma obsesivo toca, de modo privilegiado, el *pensamiento*. El obsesivo sufre de los pensamientos que se le imponen, de los que al contrario que el psicótico, percibe toda su bizarrería y extrañeza, pero *no puede no obedecerlos*. Un ejemplo es, justamente, el del paciente que debe plegar las cubiertas de cierto modo, porque si lo hace de otra manera... ¡su madre muere! En la neurosis obsesiva, el nexo causal es típicamente supersticioso. En el obsesivo el pensamiento tiene un carácter imperativo, impositivo. Volveremos a su debido tiempo a la estructura de la neurosis obsesiva. Quedémonos ahora en el concepto de síntoma, tomado en sus aspectos más generales. Freud define el síntoma como un “territorio extranjero interno”, o sea, como eso que tenemos de más íntimo (un territorio interno), pero que es, al mismo tiempo, una intimidad que nos huye (territorio *extranjero* interno). El síntoma es un Estado en el Estado, una legislación autónoma sobre la que el yo no puede intervenir. Es una formación del inconsciente. Todas las formaciones del inconsciente (sueños,

lapsus, actos fallidos, chistes, síntomas...) tienen en común el hecho de que una verdad reprimida del sujeto —una verdad que el sujeto ha alejado de la consciencia y que lo implica— vuelve, clandestinamente, en forma cifrada. Con todas las formaciones del inconsciente, asistimos a un retorno de lo reprimido, o sea, al retorno de esa parte del ser (expresiones de deseo incompatibles con la representación narcisística del yo) que el sujeto ha separado de su consciencia. En Freud, la actividad de la represión y el retorno de lo reprimido, están siempre acoplados, son dos caras de la misma medalla. Eso que sufre la acción de la represión no es anulado, abolido, sino que permanece vital y retorna de modo cifrado en las formaciones del inconsciente.

Para Lacan, las formaciones del inconsciente son lugares donde la verdad retorna desde el exilio de la represión. Pero el síntoma tiene, respecto a las otras formaciones del inconsciente, al menos dos particularidades que debemos poner en evidencia. La primera es la de su persistencia, su duración en el tiempo; mientras el sueño, el lapsus, el acto fallido, tienen una duración evanescente. La segunda es que el síntoma es algo que hace daño, que duele. Si en la formación del inconsciente prevalece la dimensión semántica del “querer decir”, en el síntoma prevalece un “querer gozar” que lleva consigo un sufrimiento. En el síntoma se anida siempre —estructuralmente— un goce que limita con el dolor. Es eso lo que hace al síntoma persistente. ¿Por qué un sujeto no cura de sus síntomas, una vez que los síntomas son interpretados, descifrados, simbolizados por la acción del analista? Porque goza, porque el síntoma no es solo una formación de sentido, sino también, una formación de goce.

El goce del síntoma

Freud ha hecho dos grandes descubrimientos. Por un lado, ha descubierto que la consciencia y lo psíquico no se agotan recíprocamente, porque hay una parte de lo psíquico que no se agota en la consciencia, es decir: el inconsciente. El segundo descubrimiento es el del goce, su más allá del principio del placer. El sujeto humano no hace su bien

sino que, tendencialmente, hace su mal y hace su mal... porque goza. ¡Esta es la perspectiva, realmente, inaudita del psicoanálisis! Existe un apego de la vida a un goce que va contra la vida. El síntoma no señala un simple disfuncionamiento del organismo (como es considerado por la medicina), sino que es el punto en que el sujeto alcanza y repite un goce misterioso. Misterioso, dice Freud, en cuanto se sitúa más allá del principio del placer.

Gozar del propio síntoma no significa experimentar placer, sino tener la experiencia de una mezcla de placer y sufrimiento. Quedémonos en esto: ¿qué significa pensar el síntoma a partir del goce? El goce no es el placer, el goce —piensan Freud y Lacan— está más allá del principio del placer. Definamos, entonces, el placer como una experiencia moderada, equilibrada de satisfacción. Si quieren, este tiene la característica aristotélica de la moderación. Miro un paisaje y siento placer. Duermo y siento placer. Camino por las calles del campo, en primavera y siento placer. Una vez Lacan ha indicado en el gato sobre el calefactor, la realización más pura del principio del placer. Ahora, para el ser humano —a diferencia del animal— la experiencia del placer está, estructuralmente, excluida. El ser humano no es un ser de placer, sino un ser de goce. El goce es una experiencia pulsional que indica una cierta tensión. Es una excitación que —contrariamente al placer— rompe el equilibrio. Si el placer tiene el carácter de la moderación, del atemperamiento de las tensiones, la del goce es una experiencia del exceso y de la intemperancia, como la define Lacan en el *Seminario 7* (2009a).

Placer y goce

Podemos, entonces, poner en contraposición placer y goce: el placer implica una satisfacción moderada que anula las tensiones, mientras el goce es una satisfacción que implica las tensiones, la excitación, el descompaginamiento de un orden, el exceso. En última instancia, el goce implica siempre una cuota de sufrimiento, de desorden, de turbación del equilibrio. Por esto Freud habla de un más allá del princi-

pio del placer. El goce, sostiene Lacan, implica un plus, un algo más respecto al placer. El toxicómano busca el goce en la droga, que no es, evidentemente, una experiencia de placer; se trata de un goce que destruye la vida, una suerte de exceso que empuja la vida a su destrucción, el máximo de goce coincide con el punto de anulamiento del sujeto. También en el atracón bulímico no encontramos ninguna experiencia de placer, en el llenamiento a tope del cuerpo hasta el aturdimiento del sujeto no tenemos ninguna experiencia de satisfacción. El sujeto se siente, más bien, comido por su misma hambre... Pero, en el fondo, ni siquiera la sexualidad puede ser vivida a través del simple placer. Hay siempre un exceso, una tensión, un espasmo que acompaña la satisfacción sexual. Se trata siempre de tensión, no de equilibrio. Si entonces, el principio del placer es aquel principio que busca alcanzar el punto de reposo del aparato, el punto de no tensión, de quietud, de temperancia de los excesos, el goce indica, al contrario, que para el ser humano es casi imposible llegar a este punto de reposo y que, en realidad, todas nuestras experiencias de placer son, de modo diverso, experiencias de goce más allá del principio del placer. Se necesita, sin embargo, no confundirse. El goce no es la noche en la que todas las vacas son negras. Hay, evidentemente, una diferencia entre la experiencia de la relación sexual y la de la droga. Existen goces en los que prevalece el aspecto destructivo y goces en los que prevalece el aspecto de satisfacción.

Lo importante es que la vida pulsional del ser humano está orientada no por el placer, sino por el goce. Es esta orientación la que puede explicar el apego del sujeto a su propio síntoma. ¿Pero cómo se puede obtener placer de un síntoma? No se puede. Se puede solo obtener goce de un síntoma. El sujeto, desde este punto de vista, no sufre el síntoma, sino que está pegado activamente porque el síntoma es, justamente, un lugar de goce; se ve bien en la clínica más extrema. Pensemos en una anoréxica de 27 kilos, con un índice de masa corporal de 13 o de 12. ¿Por qué no come? Porque, respecto al placer que ganaría con la comida, goza bastante más en el reducirse a piel y

huesos, en el contemplar la aparición del esqueleto en el espejo, en el sentir el vacío en el propio estómago...

Un animal no llegaría nunca a dejarse morir de hambre, salvo en condiciones absolutamente particulares. Pero una anoréxica sí. Los seres humanos van más allá del principio del placer, y por tanto, son capturados por un goce nocivo, maligno, que Freud, no por casualidad, situaba en la acción compulsiva de la pulsión de muerte. El sujeto queda apegado al síntoma, no a pesar que el síntoma lo haga sufrir, sino justamente, porque lo hace sufrir. Entonces, el síntoma es eso que divide al sujeto. Un sujeto que querría separarse de su dependencia del alcohol, del juego, de la droga, pero no logra este propósito, es un sujeto dividido: la atracción por el alcohol, por la droga o por el juego es más fuerte que su voluntad. En el síntoma encontramos siempre este carácter obstinado que Freud definía como “el irresistible poder del factor cuantitativo”.

Síntoma y demanda

Cuando un sujeto toca a la puerta para una entrevista psicoterapéutica, la primera cosa que debemos hacer es localizar su síntoma. La demanda que debemos situar es: “¿Qué hace, realmente, síntoma para este sujeto? ¿Qué opera como factor de división? ¿Qué huye al control de la consciencia?”.

Por ejemplo, para un hombre el síntoma —o sea, su factor de división— puede ser una mujer. Querría darles un breve ejemplo clínico. Un sujeto se encuentra en una fase conclusiva de su análisis. Cuando inició su terapia, tenía una obsesión: “En las mujeres busco un detalle —el divino detalle—, busco el detalle de la virginidad”. Tenía un patrón familiar marcado por la cultura católica y, sobre todo, un padre idealizado que le había repetido siempre que la característica que debería encontrar en una mujer era la virginidad. Este sujeto estaba con una mujer a la que le faltaba un atributo similar. Esto alimentaba en él dolorosas fantasías compulsivas de celos. Ya que su compañera no era virgen, podía ser infinitamente traicionado... En suma, este hombre, rígidamente obsesivo,

había perdido toda posibilidad de verificar la fidelidad de su compañera. De aquí el fenómeno devastador de los celos.

¿Qué cosa instituye en este sujeto su división subjetiva? Es, claramente, la vitalidad de su compañera. La querría, en un cierto modo, más asegurante para él, pero ella, ella está hecha de otro modo... Sin embargo, no logra dejarla. A pesar de declarar que la mujer ideal debe ser virgen, él está con una mujer que no solo no tiene ese atributo, sino que en la realidad es, incluso —digámoslo directamente— más bien “abierta”. Es aquí que se asoma la cuestión del goce, ya que —siguiendo la ley del principio del placer— él debería dejar a su compañera y buscar una mujer virgen, una mujer que lo reasegure de su derecho de propiedad...

La motivación intrínseca del sujeto, era la de ser curado de sus celos patológicos. Pero, la demanda no coincide con esta motivación. ¡Él no quiere ser, simplemente, curado de sus celos! El punto de viraje de su cura está constituido por un sueño importante: la mujer está bajo la ducha, con los ojos cerrados porque están cubiertos de la espuma de baño, él entra al baño con un amigo. La mujer siente los pasos y dirigiéndose a él, pregunta: “¿Eres tú?”, él responde que sí, pero empuja en la ducha a su amigo. ¿Cuál es el contenido preciso de este sueño? El sujeto en este sueño, hace lo contrario de lo que dice en la realidad. En la realidad, dice sufrir porque su compañera lo traiciona, pero en el sueño fabrica, activamente, ¡la traición de su mujer! Lanza a los brazos de ella a su amigo, ¡transfigurándola de virgen a puta! Es esto lo que su fantasma quiere: no la mujer virgen, sino la mujer puta. Es aquí que se abre la división del sujeto. Pero ¿por qué quiere a la mujer puta?

Después de años de análisis, reencuentra un recuerdo infantil crucial: a los 4 o 5 años, estaba solo en la habitación de sus padres. Encuentra un mazo de cartas del padre. Lo abre. Son todas mujeres desnudas. Estas mujeres pueden estar en dos posiciones: con los brazos que cubren los senos y las piernas cerradas (recuerdo encubridor) o con los brazos y las piernas abiertas. En la primera posición es la mujer virgen, en la segunda posición es la puta.

¿Cuál era, entonces, la verdad del deseo de su padre? ¿Qué cosa deseaba, realmente, su padre? ¿La virgen o la puta? Esta escena infantil imprime en el sujeto una nueva división subjetiva, muy diversa de aquella con la que el sujeto ha llegado al inicio. ¿Cuál era su goce? Descubrir cada vez la verdad escondida: detrás de toda mujer virgen, está la mujer puta. Esta es la verdad que ha marcado su destino.

En las fases preliminares de la entrevista, debemos buscar el síntoma del sujeto porque solo desde el síntoma nace la demanda. Podemos distinguir entonces una demanda imaginaria, que es la demanda de ayuda, de comprensión, de ser escuchado, de ya no estar solo. Es la demanda de curación. ¿Pero por qué la demanda de ayuda es imaginaria? Porque supone que el Otro (el terapeuta) puede, a través de su saber, curar al sujeto. Es un nivel elemental de demanda. La característica imaginaria de la demanda, es la de atribuir al Otro el saber que curará al sujeto. En la demanda imaginaria —que claramente se apoya en la transferencia imaginaria— es el Otro, el que detenta la solución, mientras el sujeto se confía a este. Como cuando se confía a un médico en cuanto objeto de sus cuidados, el objeto que debe ser curado.

Las dos puertas de la demanda

En las entrevistas preliminares se debe hacer de modo que la demanda imaginaria caiga y en su lugar surja la demanda simbólica. Es difícil operar esta transformación de la demanda. Si seguimos una indicación propuesta por Colette Soler, podemos imaginar que en el estudio del analista hay siempre dos puertas. Todos entran por la primera puerta. La primera puerta es la puerta del lamento, es la puerta de la demanda imaginaria, de la petición de ayuda. La demanda se funda siempre sobre un estado de sufrimiento del sujeto. Esta puerta es automática, se abre siempre, como la de los supermercados. Es la puerta de la primera entrevista. Todas las demandas tienen derecho a ser recibidas. La primera puerta es la puerta del lamento y una psicoterapia no puede contentarse de escuchar un lamento. Se necesita, entonces, una segunda puerta. Entonces, tenemos inicialmente una entrada a

través del lamento, seguido de un trabajo preliminar a través de entrevistas y, al final, el encuentro con una segunda puerta. La entrada de la primera puerta sucede siempre a través del lamento y, como hemos visto, el lamento se acompaña siempre de una demanda imaginaria (“tú tienes el saber que puede curarme”). Pero ésta no es la condición para poder comenzar una cura. Se debe operar un tratamiento preliminar de la demanda. Debemos, entonces, tratar la demanda como si fuese un objeto. Estamos complejizando las cosas respecto al esquema ofrecido a nosotros por Lis. Este esquema parte del hecho de que haya una demanda de tratamiento clara y que ésta corresponda a la motivación intrínseca. Nosotros, en cambio, estamos poniendo el problema de tratar preliminarmente la demanda imaginaria, a fin de que surja una efectiva demanda de tratamiento. Si no hacemos este trabajo preliminar, en el que metemos a fuego la naturaleza inconsciente de la demanda, pueden verificarse algunas confusiones. Es lo que Carli llama “actos colusivos”, que en nuestros términos, son el efecto de una elaboración simbólica fallida de la demanda imaginaria. La hipótesis de Carli es que en todo tratamiento debe haber un primer tiempo en el que analizamos la demanda, y un segundo tiempo en el que damos inicio a la terapia. Distingamos, entonces, sintéticamente tres tiempos:

1. El tiempo de la primera puerta, que es el tiempo del lamento, el tiempo de la demanda imaginaria;
2. El tiempo del tratamiento preliminar de la demanda;
3. El tiempo de la segunda puerta, que es el tiempo de la demanda simbólica, para acceder a la cual hay un umbral que superar y que introduce al sujeto al análisis verdadero y propio.

Esta segunda puerta —en la metáfora propuesta por Soler— es la puerta de la entrada en análisis que coincide con el pasaje del paciente al diván. Este pasaje desde el cara a cara al diván, puede concluir

una serie de entrevistas preliminares más o menos larga. Pero la segunda puerta no se abre para todos. Es necesario que se produzca el evento singular de la demanda, más allá de la lógica intencional de la motivación.

La rectificación subjetiva

Si la *demanda de ayuda* es aquella que abre la primera puerta, la *demanda de análisis* abre la segunda puerta. La demanda de ayuda pide fundamentalmente socorro, curación, terapia. No se debe nunca tomar a la rápida esta demanda, que es siempre seria, si bien no suficiente para activar una cura analítica verdadera y propia. La demanda de análisis invierte la demanda de ayuda: no es una demanda de bienestar, sino de saber, incluso si este saber puede hacer estar peor. Mientras en la demanda de ayuda está contenida una exigencia de terapia de tipo médico, en la demanda de análisis hay una demanda de verdad: “quiero saber, incluso si este saber me hace estar peor”. La demanda de análisis es una demanda de saber que no excluye el saber de nuestro peor. Justamente por esto, la segunda puerta es un umbral que exige un acto subjetivo para ser cruzada. No todos, de hecho, están dispuestos a conocer lo peor de sí mismos.

Para que se arribe a la demanda de análisis es necesario que, en el tiempo intermedio de las entrevistas preliminares, se produzca un trabajo, que podemos definir con la fórmula de Lacan: “rectificación de las relaciones del sujeto con lo real”. Más precisamente, la dirección de la cura sigue siempre, según Lacan, este proceso: rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, desarrollo de la transferencia, interpretación. La interpretación no debe anticipar el evento de la rectificación subjetiva y el desarrollo de la transferencia. Esto es una indicación precisa de Lacan, propuesta en “La dirección de la cura” (2010b).

Ocupémonos ahora del concepto de rectificación de las relaciones del sujeto con lo real. ¿Qué cosa es el real al que alude aquí Lacan? El real es algo diferente de la realidad. Para Lacan el real es eso que un sujeto es en el propio ser. Es el ser pulsional del sujeto.

La realidad, en cambio, es la dimensión simbólica e imaginaria que instituye la escena del mundo. Esta aula, esta estación, este horario, este panorama. Real sería, en cambio, el efecto que esta lección pueda tener o no tener para alguno de ustedes. El real indica siempre un encuentro, indica la dimensión subjetiva del encuentro con algo, algo que nos distrae de la hipnosis de la realidad. Cuando un paciente entra por la primera puerta, muy a menudo, entra con una certeza: “Estoy mal porque el Otro (los familiares, la sociedad, la pareja) me hace estar mal”. La causa del mal está siempre colocada en una cierta relación del sujeto con la realidad. El sujeto, en resumen, está mal a causa de los condicionamientos impuestos por la realidad. El lamento, de hecho, pone siempre el acento sobre la realidad como algo que no va. Por ejemplo, una paciente puede lamentarse, en una de sus primeras entrevistas, en estos términos: “Mi padre siempre ha preferido a mi hermano, siempre le ha dado más dinero, más atenciones, más escucha, etc. Yo siempre he estado excluida de su relación”. La paciente, en tal caso, tiene la certeza que la causa de su mal es la realidad; la realidad de un padre que privilegia al hermano hombre respecto a ella.

En las primeras fases de la entrevista debemos operar un *pasaje discursivo de la realidad a lo real*. Debemos tratar de poner al centro del discurso, no tanto la idea que el sujeto tiene de ser dañado por la realidad, sino el modo en que el sujeto participa en fabricar eso que le duele. Se trata, en otros términos, de poner de relieve la implicación del sujeto en eso que lamenta. Esta implicación del sujeto define el resultado del movimiento de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real. Pongamos un ejemplo clínico. El sujeto declara: “Sufro porque mi mujer me traiciona”. Al centro hay una realidad adversa, una realidad —la infidelidad de su pareja— que lo hace sufrir. Durante las entrevistas preliminares él puede, en cambio, encontrar su pasión particular, justamente, por la mujer que traiciona. De tal modo, podemos hacer emerger su implicación subjetiva en eso que lamenta.

La rectificación subjetiva consiste en hacer posible el pasaje de la realidad a lo real del sujeto. El principio teórico que sostiene esta operación (romper la certeza que la causa del mal sea el Otro, poniendo en primer plano el modo en que el sujeto coopera haciendo posible el sufrimiento del cual se lamenta, incluso siendo el artífice principal) proviene de Hegel. Lacan recupera de la *Fenomenología del espíritu* dos figuras fundamentales. La primera es la del *giro dialéctico*, la segunda es la del *alma bella*. ¿Qué es el giro dialéctico en Hegel? Una breve vuelta por la dialéctica amo-esclavo puede guiarnos a esclarecer este concepto. Para Hegel el fundamento de la intersubjetividad humana es el odio, más precisamente, el conflicto entre las autoconsciencias. Tal conflicto se regula sobre dos figuras opuestas: la del amo y la del esclavo. Todas las relaciones humanas pueden ser reducidas a esta célula fundamental: la relación amo-esclavo. En el encuentro entre las dos autoconsciencias se impone una lección dilemática. Una de las dos será reconocida por la otra, mientras la otra será aquella que reconocerá sin ser, a su vez, reconocida. Una de las dos tendrá el poder, mientras la otra será expropiada de este. Una de las dos será el amo, la otra el esclavo. Según Hegel, esta lógica opositiva y dilemática está al centro de las relaciones humanas. No hay reciprocidad, sino desencuentro, conflicto, lucha por el “puro prestigio”, dirá Lacan.

El amo es aquel que impone la propia vida al esclavo, es aquel que no tiembla frente a la muerte, es aquel que arriesga su vida para afirmarse sobre la del otro. El esclavo, en cambio, es aquel que tiembla, que sufre, que reconoce sin ser reconocido. En este primer ejemplo, es el amo el que posee la verdad del esclavo, es una evidencia, una certeza: la existencia del esclavo depende de la de su amo. Sin embargo, Hegel nos invita a no acoger nunca las falsas certezas de la consciencia sin oponerlas a la prueba de la verdad. En efecto, lo que nos muestra es que si se observa bien la relación entre el amo y el esclavo, no es el ser del esclavo el que depende del ser del amo, sino el ser del amo el que depende del ser del esclavo. Hegel muestra, de hecho, cómo la vida del amo se vuelve dependiente del trabajo del esclavo. De este

modo, se realiza un verdadero y propio giro dialéctico de las posiciones de partida. La lógica del giro es esta: se parte de una certeza que se considera evidente, para después descubrir que la verdad consiste en su inversión. No es el amo el que posee la verdad del esclavo, sino que es el esclavo el que posee la verdad del amo. Recordemos el caso clínico del hombre que sufre de celos. La certeza inicial era: “Sufro porque mi mujer es demasiado abierta con los hombres”. En el curso de las entrevistas esta certeza se revierte: “No sufro, sino que gozo en el saber que mi mujer está abierta a otros hombres, como había visto en las imágenes secretas de mi padre”. En las entrevistas preliminares debemos activar una contradicción dialéctica en el sujeto, debemos tratar de romper la certeza, la evidencia inicial, haciéndola opaca, justamente, contradictoria.

Pasemos ahora a la segunda figura que Lacan toma de Hegel, la del *alma bella*. Para Hegel, el alma bella es aquel sujeto que separa el juicio de la acción. Es aquel que mira los hechos del mundo como si no perteneciese al mundo. El alma bella hace parte del mundo, pero ocupa un puesto de excepción en el mundo. El mundo no la toca, no la agita, no la implica. El alma bella es la imagen de un sujeto narcisístico, de un sujeto que contempla desde el exterior los desórdenes del mundo sin considerarse, de ningún modo responsable de lo que sucede en el mundo, aun siendo parte de éste. Atribuye la causa de su sufrimiento al Otro, no a sí misma. No reconoce, de ningún modo, la parte que tiene en el fabricar el sufrimiento del cual se lamenta.

Lo que debemos hacer en las entrevistas preliminares, es llevar a un sujeto a reconocer su implicación en eso de lo que se lamenta. A reconocer de qué modo alimenta, activamente, eso que lo hace sufrir. La rectificación subjetiva es, entonces, una maniobra ética: *la responsabilidad del mal no es del Otro, sino del sujeto*. Es el movimiento ético que sostiene el psicoanálisis: la responsabilidad es siempre del sujeto, no del Otro. Podemos preguntarnos cómo se puede sostener una afirmación del estilo en un caso, por ejemplo, de abusos sexuales repetidos, o de graves maltratos, o de severas enfermedades que invaden el cuerpo.

¿Cuál sería, en estos casos, la responsabilidad del sujeto? ¿No estaría aquí en la posición de la víctima inocente? Sostener la responsabilidad absoluta del sujeto no significa atribuirle la responsabilidad del Otro. Significa que también el sujeto que haya sufrido abusos o violencias será responsable, no de estos abusos o violencias, sino de lo que hará con eso en su vida. ¿Se acomodará a la posición de víctima? ¿O asumirá, éticamente, lo que los Otros han hecho de él, haciendo algo de eso que le han hecho?

La rectificación subjetiva, además de ser una maniobra ética, es también una operación heurística: el sujeto quiere saber eso que huye de su saber. No atribuye ya al Otro la tarea de curarlo, de llevarlo al bienestar, sino que quiere saber. Se vuelve, entonces, un sujeto analizante. Lacan rechaza utilizar el término "analizado" y usa el de "analizante", justamente para poner a la luz la dimensión activa, de responsabilidad ética en la que está necesariamente implicado el sujeto en análisis, el cual, justamente asume la responsabilidad de eso que lo hace sufrir. El sufrimiento no depende ya del Otro, sino de su relación con el Otro. La voluntad de saber se impone sobre la voluntad de curarse. El sujeto subordina la demanda de ayuda a otra demanda. Prefiere saber la verdad sobre sí más que su bienestar.

Pongamos un ejemplo clínico. Un neurótico se dirige a un analista porque está mal en el trabajo, siente que todos son un poco hostiles con él, lo consideran poco, no le atribuyen ningún valor. Le parece que la realidad está contra él. El analista puede, entonces, mostrarle que de parte suya hay una demanda de ser reconocido, de ser considerado y amado por el Otro. Y que, entonces, la causa de su sufrimiento no es tanto debida a la hostilidad de los otros, sino a este exceso de demanda. Es un ejemplo un poco torpe de cómo opera la rectificación subjetiva: el problema no es que los otros no le reconozcan valor, sino que su demanda de reconocimiento está a tal grado acentuada que ningún reconocimiento podría nunca satisfacerla...

La rectificación subjetiva es eso que sucede entre la primera y la segunda puerta. Para que el sujeto cruce el umbral de la segunda puerta

debemos haber producido una rectificación subjetiva. No solamente. Este tiempo que pasa entre una puerta y la otra, sirve también para formular una hipótesis diagnóstica. Recuerden que, por ejemplo, no se debe nunca poner al diván a un psicótico. Entonces, en este tiempo preliminar, debemos llegar a formular una hipótesis diagnóstica capaz de orientar la cura, por ejemplo, a establecer si el pasaje al diván está indicado o contraindicado para aquel determinado sujeto.

La preinterpretación

Tratemos de recapitular nuestro discurso. En las entrevistas preliminares debemos producir la rectificación subjetiva y elaborar el diagnóstico. Pero debemos también instaurar la transferencia. Esta es la triada basilar lacaniana de la cual hemos partido: síntoma-demanda-transferencia. Hagamos, entonces, una última consideración sobre el tercer elemento, la transferencia.

¿Por qué un sujeto sufriente se dirige a un analista y no a un mago o a un médico? Eso que empuja a un sujeto donde un analista, es la existencia de una primera transferencia genérica sobre el psicoanálisis, en cuanto ciencia capaz de develar el secreto de los síntomas, liberando al sujeto de su sufrimiento. Es esta transferencia la que conduce al sujeto hacia la primera puerta. En la segunda puerta, sin embargo, ya no está en juego una transferencia genérica sobre el psicoanálisis, sino una transferencia particularizada sobre aquel analista. En las entrevistas preliminares debemos, entonces, producir este pasaje: de la transferencia genérica sobre el psicoanálisis, a la transferencia particularizada sobre el analista X. Es el tercer gran objetivo que debemos alcanzar en este tiempo. Si el sujeto elige el psicoanálisis y no la magia es porque, como hace notar Miller, *preinterpreta* sus síntomas. Un sujeto sufre de insomnio, pero ¿por qué se dirige a un analista? Porque piensa que aquel insomnio tiene un sentido. Si pensase que aquel insomnio no tiene un sentido, sino que fuese el resultado de un simple disfuncionamiento del cuerpo, iría donde un médico que lo pueda curar con un fármaco. En primer plano estaría el trastorno del sueño y su cura

farmacológica. La preinterpretación es en cambio, este movimiento inicial en el que un sujeto atribuye un sentido a sus síntomas. El síntoma deviene, entonces, una dimensión enigmática, cifrada, metafórica. El sujeto no sabe bien qué quiere decir, pero elige preguntarlo al que supone que lo sabe, o sea, al psicoanalista. Este es el modo de entrada en el dispositivo analítico, que se basa en una preinterpretación subjetiva: "Mi síntoma tiene un sentido". Y, también, en una suposición de saber: el analista, como diría Lacan, es el sujeto supuesto saber de la verdad cifrada del síntoma.

La suposición de saber

En el tiempo preliminar, hemos dicho, implicamos al sujeto a través de la rectificación subjetiva: le hacemos ver de qué modo él alimenta su síntoma, en qué modo es responsable de éste. Esperamos que la transferencia genérica inicial sobre el psicoanálisis ya no sea una transferencia anónima, sino que se concentre sobre el significante del analista. Es por esto que en esta fase son fundamentales, por ejemplo, los sueños en los que aparece el analista. Quiero ponerles un ejemplo de este pasaje que instituye al analista como sujeto supuesto saber. Es un sueño que ha señalado la entrada del sujeto en análisis (segunda puerta). Es el sueño de una paciente anoréxica. Sueña que va a ver *La última cena* de Leonardo. Un custodio anteojudado la acompaña. Observando la pintura, piensa que es una obra perfecta. Pero el custodio le hace ver que, en realidad, es una obra restaurada y que hay unas grietas que atraviesan la obra. Mirando mejor, ella misma se da cuenta que efectivamente hay grietas profundas. Este es el sueño. Es un sueño importantísimo que concluye la serie de las entrevistas preliminares. Aquí hay alguien, el custodio anteojudado, o sea, el analista, que ocupa una posición especial en el sueño. La última cena es el propósito fijado por la anoréxica: "Será la última cena y después solo espíritu, elevación, ascesis total, abandono del peso del cuerpo". Inicialmente, a la paciente la obra le parece perfecta, aparece como la encarnación del Ideal anoréxico: ¡solo espíritu! Pero en el curso del tratamiento este

Ideal perfecto se descompone, muestra unas grietas, deja el lugar a la división del sujeto. ¡La última cena no es nunca la última! El analista custodio es aquel que muestra al sujeto dónde están las grietas, dónde se encuentran los signos del tiempo y la paciente, al final, no puede ya decir que esa es una obra perfecta, sino que debe ella misma ver las grietas. Ahora, va de suyo que la verdadera grieta sea, justamente, la del sujeto dividido.

Desde hace algún tiempo, antes del sueño, esta sujeto ha comenzado a sentir nuevamente el hambre, a no gobernarla más, a tener sus primeras crisis bulímicas. Entonces, debe renunciar al Ideal anoréxico de la última cena. En este sueño vemos, claramente, la manifestación de la división del sujeto: "No soy puro ideal, estoy hambrienta". La pulsión emerge desviando al Ideal del cuerpo delgado, del espíritu sin pulsión. Eso que pensaba ser (el Ideal anoréxico) no es lo que soy (un sujeto hambriento). Se trata de un pasaje decisivo que hace emerger, también, la particularización de la transferencia: la paciente introduce el significante del analista (los anteojos) que transfiere sobre el custodio. Es el custodio el que sabe leer realmente la obra, que ve las grietas y se las indica. Él es el sujeto supuesto saber. Entonces, ha habido un pasaje desde una transferencia anónima sobre el psicoanálisis a una transferencia particular sobre el analista, que está ahora en la posición del sujeto supuesto saber. En la transferencia —que es el último elemento de la triada— el síntoma-demanda se ensarta al significante del sujeto supuesto saber.

El diván y sus riesgos

Para articular la triada síntoma-demanda-transferencia se necesita tiempo. No basta una sola entrevista preliminar, se necesita una serie. El resultado de este pasaje es la apertura de la segunda puerta, o sea, el pasaje al diván. Si no tenemos disponibles todos los elementos necesarios (síntoma, demanda, rectificación subjetiva, hipótesis diagnóstica, instalación del sujeto supuesto saber), este pasaje no debe hacerse, porque no solo puede ser inútil, sino también muy nocivo.

Les recuerdo como Paul Federn había notado que un factor de desencadenamiento de la psicosis era el uso inoportuno del diván por parte del analista. Si no tenemos una idea clara del diagnóstico, invitar a un paciente al diván, aplicar la regla de la asociación libre, hacerlo regresar, hacerlo desarrollar la transferencia, significa determinar una condición potencial de desencadenamiento de la psicosis.

Freud decía comunicar al paciente que habría entrevistas preliminares antes de decidir el inicio de la terapia verdadera y propia. En la práctica lacaniana se inician las entrevistas y, después, se verifica si la serie de las entrevistas ha producido o no la entrada en análisis. Por esto en toda consulta analítica hay dos lugares: una silla de frente al analista y el diván. En las primeras entrevistas el paciente se sienta frente al analista. Solo en un cierto punto, en algunos sujetos aparece la percepción que en el estudio hay dos puestos. Hay quien súbitamente da valor a estos puestos y hay quien no le atribuye ninguno. En todo caso, los puestos son dos. Se debe comunicar entonces, cuando sucede, este cambio de puestos. Lo importante es que el paciente entienda que ahí, en juego, hay un pasaje, un umbral que está superando... No debe, sin embargo, nunca ser un forzamiento. El pasaje al diván amplifica la distinción entre otro y Otro, entre la transferencia imaginaria y la transferencia simbólica. El diván introduce, entonces, un principio no simétrico y valoriza la dimensión simbólica del Otro. El diván, desanima la demanda imaginaria del tipo: "¿Me ayudas? ¿Me salvas? Hazme entender, etcétera". Si ya no tienes al Otro delante de ti, entiendes que no funciona así, que el Otro no está ahí para responder, que en el Otro no se encuentra la solución mágica a tus problemas. De aquí la centralidad no solo del diván, sino también, de aquella suerte de posición silenciosa que el analista es llamado a tener en el curso del tratamiento.

Si en la serie de las entrevistas que preceden a la entrada al análisis, el analista está callado —ocupa una posición silenciosa— arriesga de que no suceda nada. En esta primera fase, el analista debe ser muy activo: debe, por ejemplo, recoger la información necesaria para

poder formular una hipótesis diagnóstica, debe activar la posibilidad de la rectificación subjetiva y la producción del evento singular de la demanda. Ciertamente debe hacer esto con todo el tacto y la sensibilidad necesarias, evitando cualquier forma de intervencionismo. Hay también análisis enteros desarrollados cara a cara. Por ejemplo, hay pacientes histéricas que no soportan el diván porque tienen necesidad de ser como bañadas por la mirada del Otro. Tienen necesidad de ver al Otro, de no perder el contacto. Estas excepciones no reducen, sin embargo, la importancia del diván en el *setting* analítico. No se trata de recostar al paciente para hacerlo relajarse. La posición del sujeto en el diván, no es de hecho, como podría parecer, una posición cómoda. Es más bien una posición dramática. El pasaje al diván, acentúa la condición de soledad que define a la realidad humana en cuanto tal.

LECCIÓN DEL 16 DE MARZO DE 1999