

La validación del psicoanálisis
(Con mención especial al modelo analítico - vincular)
Nicolás Caparrós

ABSTRACT

Psychoanalytic research uses different tools than those of positivism. The statistics and cognitive methods of validation of psychotherapy fail in the psychoanalytic field.

The main reason is that psychoanalysis deals with *objective* – perception, environment- with *subjective* –conscience- and with *unconscious* – that comes into light with psychoanalytic workingthrough, under the influence of transference/ countertransference-. This three face task is specific of the psychoanalytic field.

Meanwhile, the psychoanalytical cure is different of the medical one. The concepts involved in the first are from the psychic level, with different rules, and with different structures than the biological one.

We must overcome either the social or the biological reductionism.

RESUMEN

La investigación psicoanalítica utiliza herramientas diferentes a las del positivismo. Los métodos estadísticos y los utilizados en el cognitivismo son insuficientes a la hora de aplicarlos al campo psicoanalítico.

La razón principal estriba en que el psicoanálisis trata con lo *objetivo* –percepción y medio- con lo *subjetivo* -la conciencia- y con el inconsciente – que se hace manifiesto a través del trabajo psicoanalítico, en la atmósfera de la transferencia/ contratransferencia)- Esta tarea de tres caras es específica del campo psicoanalítico.

Al mismo tiempo, la cura psicoanalítica es diferente a la médica. Los conceptos que intervienen en la primera pertenecen al nivel psíquico, con reglas diferentes y con estructuras distintas al nivel biológico.

Debemos superar por igual los reduccionismos social y biológico.

KEY WORDS

Analytic cure. Change. First Topic. Second Topic. Death drive. Life drive. Medical model. Psychanalytical model.

PALABRAS CLAVE

Cura analítica. Cambio. Primera tópica. Segunda tópica. Pulsión de muerte. Pulsiones de vida. Modelo médico. Modelo Psicoanalítico.

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Cura, o por mejor decir *curas*; también *cambio* y una serie de conceptos afines que no siempre se emplean de modo adecuado tales como *salud*, *enfermedad*, *normalidad*. Todos ellos incluidos en el marco de diversas *ideologías*.

Salud-enfermedad; normalidad-ideal; cura – enfermedad- salud. Diferentes problemáticas.

Viejos problemas que parecen más allá de la reflexión de puro debatidos. Nada más falso. Procede retomar todavía la cuestión que tan de moda estuvo hace cuarenta años y que hoy apenas es nombrada a no ser como un hecho histórico. Me refiero a la relación *ciencia – ideología*. Binomio inseparable, de la misma manera que son indisociables pensamiento y afecto, aunque las neurociencias los mantuvieron separados durante buena parte del siglo XX ¹.

No es sólo el desarrollo del proceso científico el que identifica y acota los problemas de entre ese *continuum* que proporciona la realidad material, en muchos casos es la ideología la que selecciona, según la tensión que alberga en sus propias intenciones, el objeto científico y el método de estudio para llegar a su conocimiento (Caparrós 1976) ².

Un resultado actual de este estado de cosas es la conocida identificación entre *ciencia en general*, y *ciencia positivista* y, como consecuencia, entre método científico y método científico -positivo.

Igual vale decir que la ideología hegemónica se apoya en lo científico-positivo como que este último sustenta a la ideología dominante.

No es el momento de retomar las ya clásicas consideraciones sobre el estatuto científico de la psicología y del psicoanálisis formuladas por H. G. Eysenk (1916-1997), ni tampoco es preciso mencionar el racionalismo crítico de K. Popper (1902-1994) (Popper, 1962) ³ ni las modificaciones que al mismo introduce después I. Lakatos (1922-1974), ya suficientemente analizados en otros lugares (Lakatos 1976) ⁴. Baste decir que sus consideraciones sobre la ciencia, con ser dignas de atención, no pueden ocupar todo el espacio de análisis sobre la epistemología de la ciencia en general y de las disciplinas que se ocupan de lo psíquico en particular.

Lo anterior no quedará en el olvido a la hora de ocuparnos del psicoanálisis y de su estatuto como presunta ciencia; muy al contrario, tiene que servir de obligado preámbulo que encuadre las posteriores reflexiones. En caso contrario, surge sin más mediaciones el dilema ideológico que intenta dilucidar si el psicoanálisis es una ciencia o no.

¿De qué ciencia hablamos? Y también: ¿qué rango alcanza el psicoanálisis si queda “ennoblecido” con el título de científico? (I. Sanfeliu 1996) ⁵ ¿Es, acaso, una ciencia natural, una ciencia de la motivación,

¹ Los afectos, las emociones y las pasiones han sido temas alejados tanto de la ciencia como de la filosofía. Lo objetivo en ciencia y el logos en filosofía han desbancado cualquier otro problema que concierna a las llamadas ciencias del espíritu y no digamos a las ciencias de la naturaleza.

² *Ideología*: aquel sistema de valores categorías y creencias por las que un sistema aspira a desplazar a otros para perpetuarse en su lugar. Tema que tratamos, junto con Antonio Caparrós, en *Psicología de la liberación*. Ed. Fundamentos, Madrid. En cierto modo, cualquier ideología amenaza con ser el colapso del proceso, de la dialéctica.

³ Esta obra es capital para entender lo nuclear del pensamiento popperiano. En lo que a nosotros atañe ver, sobre todo, el capítulo IV: la falsabilidad.

⁴ Lakatos reivindica, frente a Popper, un espacio para la heurística.

⁵ Ver a este respecto N. Caparrós, Lo esencial del psicoanálisis en *Nuevos paradigmas psicoanalíticos*. I. Sanfeliu Coord. Quipú ed. Madrid, 1996.

una semiología de la conducta humana, una hermenéutica, o una tecnología?

Baste para nuestros propósitos saber que el psicoanálisis alberga en su interior, en un lugar central, la idea de *cura*; ésta se relaciona de inmediato con *enfermedad*, como ya dijimos. Conviene no olvidar que ambos conceptos, en sus inicios, son propios del ámbito biológico.

En el espacio de lo psíquico la noción *cura* ha sido adoptada, en ocasiones, como metáfora también como mera transposición mecanicista. Esta mezcla, de límites imprecisos, da lugar a las disputas más barrocas. Las leyes que rigen en el nivel biológico son diferentes que las propias del nivel psíquico. La cura, y los contenidos que encierra, se resienten con este salto.

Al mismo tiempo, procede señalar que el intrincado problema de la *causalidad psíquica* (Green 1995)⁶ es el obligado trasfondo que otorga nuevo sentido a la cura psicológica.

Es necesario dedicar ahora unas reflexiones a la idea de *cambio* que da título a este encuentro.

¿Acaso es una denominación que sólo posee un aséptico significado teórico? Nada más lejos de lo cierto. Sustituir *cura*, o *cura analítica* por *cambio* implica nada más y nada menos que trasladarnos de episteme. *Cura* es un concepto científico-natural con una metáfora posible en el campo psicoanalítico. El concepto de *cambio*, por el contrario, se aleja tanto del modelo médico con su dialéctica salud/enfermedad, como del campo de la psicopatología; posee la pretensión de buscar una objetividad no mediatizada.

Cambio pertenece al registro de la comparación entre dos estados de un sistema, o de un proceso; *cambio* pretende huir, y acaso superar, a la prisión de los llamados juicios de valor. El *cambio* intenta reflejar las transformaciones de la cosa en sí, en un clamor de objetividad. (Caparrós 2006).

Al mismo tiempo, esta preocupación por lo objetivo –y el consiguiente desprecio o ignorancia de lo subjetivo– es el indicador fundamental que distingue al positivismo con su asumido papel de guardián de la ciencia⁷. (Varela 1988, Varela y Maturana 1987).

Esta noción de cambio, desprovista en apariencia de un cortejo de valores contingentes y concretos, no puede aplicarse sin más al nivel de integración psicológico, un espacio donde existe la intención, el sentido, el sujeto, los afectos ligados al pensamiento, los afectos libres, las representaciones y ... lo inconsciente. Ello quiere decir que el concepto *cambio*, como función de lo psíquico, cobra un sentido que proviene precisamente de los *valores de este ámbito*. Los valores son el fundamento de la categorización, como el mismo Edelman reconoce a la hora

⁶ Un análisis de esta cuestión se encuentra en *La Causalidad Psíquica*. A. Green. Amorrrortu, Eds., B. Aires, 1995.

⁷ Buena parte del cognitivismo, en especial el que linda con el conductismo, considera que la subjetividad no es materia propiamente científica. De esta tendencia se desmarcó en su momento F. Varela, dotando así a lo cognitivo de una complejidad hasta entonces desconocida.

de explicar el cerebro y sus funciones recusando a un tiempo la conocida analogía cerebro-computadora ⁸ (Putnam 1995).

Es verdad que la cura descrita por el modelo médico, sin más elaboraciones, resulta insuficiente y ambigua al ser aplicada al espacio de lo psíquico, pero no es menos cierto que el cambio, como puro registro sintáctico, sin una semántica que le acompañe, no es tampoco una herramienta útil para nuestro espacio.

Habrà entonces que definir la cura psíquica, y más concretamente la *cura psicoanalítica*.

En el arsenal metapsicológico existe un concepto estrechamente relacionado con la cura: la *pulsión*; *en ella dos aspectos esenciales: afecto y representación*. Representación como efecto de la pulsión, como forma de que ésta sea reconocida; *afecto* como moción pulsional.

La pulsión es algo diferente a instinto y nunca se insistirá lo bastante sobre ello; instinto es biología, la pulsión pertenece al nivel de integración psicológico ⁹. Representaciones y afectos se elaboran, transforman, se ligan, desligan y redistribuyen en el curso de la cura; ese es su objetivo. Todo ello sucede en un ámbito de mucha más complejidad del que diseñan las teorías cognitivas, donde el pensamiento impera casi en cultivo puro.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA CURA HECHAS POR EL PROPIO FREUD

La cura en la primera tópica.-

El psicoanálisis nace como un método clínico y de la propia clínica va surgiendo, poco a poco, ese cuerpo teórico que vamos a conocer como metapsicología. El concepto de cura le acompaña desde sus orígenes.

«Tengo de 9 a 11 horas de duro trabajo, de 6 a 8 curas analíticas al día» ¹⁰, dirá al amigo de los comienzos. (A Fliess 29-11-1895).

Estamos en pleno auge de la histeria como cuadro de etiología traumática; aún no ha manifestado a Fliess que «ya no cree más en su neurótica» ¹¹.

Todavía está muy cerca del modelo médico y el concepto aún habrá de superar la doble dificultad de la aplicación a un campo epistémico nuevo, que además está por hacer. En el transcurso de la obra freudiana la idea de cura se irá transformando al compás de la evolución de la teoría psicoanalítica.

La curación por el espíritu, como dirá años después su biógrafo Stefan Zweig, se resiste desde los inicios a ser asimilada a los sencillos parámetros de la cura biológica.

⁸ Dirá que el cerebro construye autocategorías, ajustando las categorías perceptivas pasadas a las señales provenientes de los sistemas de valores, proceso que está a cargo de sistemas corticales capaces de asegurar funciones conceptuales.

Ver también, en una línea parecida, las críticas de H. Putnam a Fodor.

⁹ No se nos olvida que se la define muchas veces como concepto límite, pero es lo psíquico lo que la confiere especificidad.

¹⁰ Por lo que yo sé, es la primera vez que aparece el concepto.

¹¹ Esa frase figura en la carta a Fliess de 21-9-1897).

Pero Freud no renuncia por ello a la biología, de ella procede y no se desdice de su formación. Las primeras aproximaciones al concepto son, en lo esencial, médicas.

El psicoanálisis nació adherido a la clínica y ante todo a la clínica de la histeria. Toda la primera tónica deriva de ella. Un campo vago donde caben por igual la especulación y el afán investigador.

La histeria está a punto de dejar de interesar a la gran psiquiatría y los neurólogos también dirigen su atención a otro lado. J. Babinski (1852-1932) encarna la nueva actitud de los neurólogos hacia este cuadro que anuncia la bancarrota de la histeria.

Es el psicoanálisis el que se hace cargo de esta neurosis ahora en precario. Gracias a él viven una segunda época dorada. La histeria se resiste a ceder su hegemonía. A través de sus manifestaciones identificamos a la *represión* y con ella a la idea de que lo reprimido mora en el espacio de lo inconsciente. *Defensa y pulsión sexual representa el verdadero punto de arranque del psicoanálisis*. Los hallazgos clínicos en esta neurosis se solapan con las primeras nociones teóricas.

Pero ya se insinúa, desde los inicios, el *inconsciente irrepresentable*, el inconsciente como estructura esencial del aparato psíquico; bien es verdad que no aparece aún de modo explícito, aunque está intuido con los orígenes de la teoría de la fantasía.

«Viendo así que lo inconsciente nunca vence la resistencia de lo consciente, se hunde la esperanza de que en la cura tuviera que ocurrir lo contrario; esto es, llegar a la completa sujeción de lo inconsciente por parte de lo consciente». ¹²

Avatares de la teoría; tránsitos de la cura. Ésta recorta sus alcances y ambiciones; Freud también la reconducirá, poco a poco, por otros derroteros.

Por lo general, cada hallazgo clínico de importancia lleva, como contrapartida, su correspondiente definición de cura y un nuevo diseño de sus límites:

En la teoría del trauma, *cura* equivale a *volver consciente lo inconsciente*. Es esta una aproximación simplificada fruto de la euforia de los primeros días, en el contexto del descubrimiento, pero con el ocaso del trauma como hecho omniexplicativo de la neurosis, esta definición se torna insuficiente y Freud lo advierte de inmediato.

En la carta que ya citamos aparecen los primeros balbuceos de la teoría de la fantasía:

«... en el inconsciente no existe un signo de realidad, de tal manera que no se pueden distinguir la verdad de la ficción cargada de afecto.»

la cE14.37nd.»

rama ajeno al suceder mecánico y lineal del primer “volver consciente lo inconsciente”. La cura se anuncia compleja, dudosa e inestable.

Las representaciones inconscientes cuyo equivalente objetual hasta cierto punto es el de objeto interno, se constituyen, poco a poco en médula de la teoría y el afloramiento de su naturaleza en objetivo del tratamiento, representaciones inconscientes muchas veces inaccesibles por su naturaleza a lo consciente, en otros casos simplemente reprimidas:

Nuestra terapia se funda en el conocimiento de que las representaciones inconscientes – o mejor dicho la naturaleza inconsciente de ciertos procesos anímicos- es la causa primera de los síntomas patológicos.

...Nuestro inconsciente es distinto del de los filósofos...

La traducción a lo consciente del material inconsciente dado en la vida anímica del enfermo tiene que corregir su desviación de lo normal.¹³ (1904).

Todavía traducir a lo consciente, o volver consciente lo inconsciente.

Años después, en una carta a Jung, se expresa con más extensión y cautela e introduce algunas novedades:

«... Ni siquiera deseo afirmar que se cura así toda la histeria y mucho menos todo aquello que se designa como tal. Ya que no me importaba nada averiguar la frecuencia de curaciones, he emprendido también muchas veces el tratamiento de casos que rozaban lo psicótico, o bien formas de delirio (delirio de observación, temor a ruborizarse, etc. Y con ello he aprendido, al menos, que los mismos mecanismos alcanzan mucho más que los límites de la histeria y de la neurosis obsesiva... A usted no se le habrá escapado que *nuestras curaciones se obtienen por la fijación de una libido que rige en el inconsciente (transferencia) que no le sale a uno al encuentro del modo más seguro sino en la histeria*. Es la que proporciona la energía pulsional para la captación y traducción de lo inconsciente; cuando falla, el paciente no se esfuerza o no escucha cuando le presentamos la traducción hallada por nosotros. Se trata en realidad de una curación mediante el amor.

... El secreto de las vivencias infantiles no se revela ni en el delirio más confusional». (A Jung, 6-12-1906, el subrayado es nuestro).

La transferencia reactualiza, recrea y liga esa energía de manera provisional en el acto analítico que es un eslabón de la cura. Es provisional porque más tarde habrá que resolver esta neurosis puente creada en el tratamiento que se conoce como *neurosis de transferencia*.

Esas vivencias recibirán más adelante el nombre de *presentaciones de cosa*¹⁴.

Freud ensaya su método y reflexiona sobre la cura en contextos más amplios que los iniciales. Busca, al mismo tiempo, ese hecho nuclear, más allá de la racionalidad del proceso secundario que activa lo inconsciente, que convierte al encuentro analítico en una metáfora de los registros intrapsíquicos de otro modo irre recuperables: *el hecho de la transferencia como atractor de representaciones inconscientes*.

Diríase que la transferencia crea ante todo un espacio relacional vivo donde la emoción desempeña en la curación algo que sin su concurso no aparecería.

¹³ *Sobre Psicoterapia* 1904. p. 1012.

¹⁴ La llamo *presentación de cosa* y no *representación de cosa*, ya que lo segundo es una internalización y lo primero el objeto externo que la inaugura.

La cura recibe pronto la atención de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, donde se recalca la importancia de lo transferencial. El caso Dora acecha al fondo:

La naturaleza de la terapia puede caracterizarse de diversas maneras: 1) la terapia llena las lagunas de la memoria (producidas por la represión); 2) elimina las resistencias; 3) reemplaza lo inconsciente por lo consciente ..., sólo hay un poder que puede eliminar las resistencias: la transferencia.¹⁵ (1907).

Todavía en este momento falta una concepción acabada de la memoria según la conceptuará más tarde el psicoanálisis. No es ya una simple replicación del hecho pretérito, pero aún carece de ese carácter creativo del que se dota por su inextricable y cambiante unión con los afectos.

Años después se complementa el panorama de la cura con aportaciones desde otras perspectivas:

La cualidad de la movilidad de los investimentos psíquicos decae con la edad. Ello nos proporciona una idea de los límites de la influencia que ejerce el psicoanálisis.¹⁶ (1914).

De manera explícita se registra un giro en la concepción freudiana de este concepto. *Los afectos poseen claves para la cura que las representaciones aisladas de ellos no tienen.*

La función de los afectos se contempla de tres maneras: como descarga, como tensión y como señal.

Proseguir desde el camino que trazan los afectos prepara a la clínica para el abordaje psicoanalítico de cuadros que hasta entonces le estaban vedados y que se harán accesibles de manera más clara con la segunda tónica. Me refiero sobre todo a las psicosis, a los hoy llamados cuadros límites y el amplio campo de lo psicossomático¹⁷. Caparrós (2004b) Green (1980).

En *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1917), Freud distingue de una parte ciertas inervaciones o descargas y de otra la *percepción de acciones motrices consumadas y las sensaciones directas de placer y displacer* que imprimen al estado afectivo eso que se denomina el *tono fundamental*.

El afecto, a diferencia de la representación suficientemente analizada a propósito de la histeria, puede sufrir las siguientes transformaciones: conversión en lo contrario, formación de afectos simétricos, opuestos o complementarios, experimentados o proyectados y también en ciertas circunstancias, la inhibición o supresión.

Además el afecto inconsciente carece de cualidad, es puramente cuantitativo. La perspectiva económica sufre un nuevo impulso.

Las reflexiones siguen:

...El paciente debe llevar a cabo, bajo la dirección del médico, aquel avance desde el principio del placer al principio de realidad.¹⁸ (1916).

Visión genética de la cura con una meta inalcanzable.

¹⁵ *Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. H. Nunberg y E. Federn (comp.). Tomo I 30-I-1907, p. 123. Ed. Nueva Visión. B. Aires.

¹⁶ *El Hombre de los lobos* (1914).

¹⁷ He hecho una exposición detenida de estos aspectos en *Ser Psicótico. Las Psicosis*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2004. También *La passion. Nouv. Rev. de Psychanal.* Gallimard, 1980, varios autores.

¹⁸ *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica*. (1916) p. 2413.

La cura en la segunda tópica.-

La segunda tópica proporciona otro marco de referencia para el problema que nos ocupa, surge entonces la primera formulación de una idea que alcanzará más tarde gran difusión ¹⁹:

El psicoanálisis debe hacer posible al Yo la progresiva conquista del Ello ²⁰ (1923).

El Yo y el ello es el texto que funda la segunda tópica con los conocidos Yo, Ello, Superyó.

Desde *Introducción al narcisismo* (1915) y después con *Más allá del principio del placer* (1921), se venía gestando el gran cambio. A riesgo de resultar excesivamente esquemático diré que con ella el psicoanálisis se hace más dinámico, sus condicionantes biológico sociales más explícitos y su carácter irreductible a la adaptación y al equilibrio definitivos más evidentes.

Son muchas las novedades que depara este modelo. Las vamos a enumerar de modo sucinto:

1º.- El Ello, definido como el reservorio de las pulsiones, proporciona un espacio manifiesto a éstas. El Ello es un *conjunto pulsátil de mociones* que se mantienen en conflicto mutuo.

En su seno se alberga la lucha antagónica entre pulsiones de vida y pulsiones de muerte.

A veces aparecen intrincadas, e ocasiones unas prevalecen sobre las otras.

2.- El Ello *no deja espacio alguno a la representación*. Sólo existen investimentos pulsionales que buscan la descarga.

Las consecuencias del abandono de la representación como eje de esta tópica, son importantes. Ante todo la *acción* como línea maestra viene sustituirla.

La segunda tópica, y en especial el Ello, permiten un espacio principal a la actuación.

Primero es el acto, la representación vendrá después ya en un tramo psíquico que se nos antoja más familiar.

Los estados límites, las psicosis y el orden de lo psicosomático van a encontrar ahora, por esta circunstancia, un mejor acomodo ²¹.

3.- Tanto las pulsiones de vida como las de muerte tienen como meta la *descarga*. Pero las primeras tienden al *vínculo* (que será tanto intrasistémico, como intrapsíquico e intersubjetivo) Caparrós (2004a). Las pulsiones de muerte pretenden lo contrario. Ese es su verdadero enfrentamiento.

El vínculo se vuelve una noción capital. De un lado integra el impulso que busca la descarga en un objeto o incluso que crea un objeto en ese acto de investimento que es la descarga de la pulsión de vida. Como señala A. Green (1984) ²², investimento no es un concepto que sea comprensible sólo en términos económicos, es también una noción topográfica. Investimento quiere decir «ocupación de un territorio». *In-*

¹⁹ Sobre todo a partir de la Escuela de Lacan.

²⁰ *El yo y el ello* (1923).

²¹ Como bien señala la Escuela de Paris. Ver P. Marty (1980), N. Nicolaïdis (1995).

²² A. Green y otros. *La pulsión de muerte*. (1984) Amorrortu Ed. B. Aires, 1989.

vestir ocupa, desinvertir vacía. Crear y destruir vínculos in perpetuum mobile.

La cura interviene en ese proceso y lo hace aprovechando la movilidad de los vínculos.

4.- Procede ahora una nueva pesquisa sobre el concepto de *pulsión*. Los adversarios de esta idea se han limitado, en algunos casos, a ignorarla, intentando mantenerse tenazmente en un espacio psíquico idealmente aislado; en otros, introduciendo en su lugar conceptos psicobiológicos extraídos, con cierto apresuramiento, de las ciencias cognitivas y de las neurociencias Caparrós 2002).

Por su parte, Freud designaba como *soma* las representaciones del cuerpo en estado de necesidad. Así la *fuerza de la pulsión* se inscribe como representación en estructuras cerebrales cuya organización cerebral implica sólo el *impulso* (*drang*). Ambos son extremos somáticos.

El espíritu, a su vez, pone en marcha circuitos cerebrales que han de encargarse de encontrar soluciones para remediar el sufrimiento emanado de lo subcortical movilizando representaciones de nivel superior. Este espacio es ya plenamente psíquico.

Pulsión implica primacía de los afectos. Del *quantum* afectivo, del afecto inconsciente. Freud había manifestado que había descuidado el factor cuantitativo. Este factor decide sobre la fuerza de las pulsiones y acerca de la naturaleza de la fijación.

5.- La dualidad pulsión de vida/ pulsión de muerte provoca que la sexualidad se reduzca a *función sexual*.

El misterio reina tanto sobre las pulsiones de muerte como sobre las de vida, en lo que respecta a su origen y a su estado. Las pulsiones de vida extraen, tal vez su esencia de los primeros movimientos organizados de la materia; las pulsiones de muerte de la desorganización que suponemos en los inicios. P. Marty (1976, p. 13)

6.- Lo inconsciente deja de ser un sistema o instancia para convertirse en *cualidad*.

El lugar inquietante que deja libre en el aparato psíquico lo ocupa, en parte, el Ello.

7.- El papel de la agresividad encuentra un reacomodo claro en la segunda tópica. Opino que la agresividad –concebida como un afecto dirigido hacia un objeto que se opone a la descarga pulsional de vida, surge siempre en el espacio de lo erótico. Es un *síntoma* de las pulsiones de vida.

La agresión es siempre heteroagresión.

8.- Seguiremos a A. Green (1986) para afirmar que las pulsiones de muerte se pueden denominar también *pulsiones de destrucción*, o mejor aún de *autodestrucción*, que es la genuina expresión de la pulsión de muerte. La función autodestructiva es Thanática.

La hétero-destrucción es un intento de aliviar la tensión interna, una deflexión de la pulsión de muerte.

La función de desligar, de desinvertir, deja libre, desvitalizado al objeto. Objeto-no objeto, objeto vacío.

Ambos órdenes pulsionales se alían en el sadomasoquismo.

9.- *El objeto es el revelador de las pulsiones*. En parte, como ya dijimos, es creado por ellas. Es la condición de advenimiento a su exis-

tencia. Y por esa existencia él mismo será creado, aunque ya estaba allí. Antes era un *objeto en sí*, el acto creador pulsional lo convierte en un *objeto para sí*.

Winnicott reflexionaba sobre el hecho de *encontrar-creando*. Invertir es crear, el investimento es posible con la *rêverie* materna, que describió Bion, o con la *función sostén materna*, que apuntó Winnicott (Caparrós 2004a).

10.- A. Green señala que la perspectiva esencial de las pulsiones de vida consiste en asegurar una *función objetalizante*, que no se limita sólo a crear una relación de objeto interno y externo sino que también se revela capaz de *transformar estructuras en objeto con tal que exista un investimento significativo*.

La descarga halla y crea el objeto y al mismo tiempo lo inviste. Por eso el Yo puede ser objeto del Ello. Por eso también existen los *objetos sí mismo*. La función creadora de objetos, parte esencial de la función objetalizante, no está desarrollada en la teoría de las relaciones de objeto demasiado oscurecida por el objeto mismo.

11.- La *función desobjetalizante* corre a cargo de las pulsiones de muerte. Comprende todo lo que se refiere a la desligazón y no sólo del vínculo que une pulsión con objeto, sino con los sustitutos del mismo, y con el propio proceso de investimento en la medida en que este ha sido objetalizado. (A. Green 1993).

La manifestación principal de la pulsión de muerte es el desinvestimiento.

La posición esquizo-paranoide, definida por M. Klein, incluye de manera clara la dialéctica pulsiones de vida/ pulsiones de muerte. Lo paranoide inviste lo proyectado y lo esquizoide desinviste.

Desde el nacimiento ambos órdenes pulsionales pugnan entre sí.

12.- En ningún otro lugar como en la segunda tópica quedan tan claros los aspectos irreductibles del psicoanálisis, aquellos que se resisten a versiones edulcoradas de tinte adaptativo, tan de moda en la llamada *Psicología de Yo*. Es la presencia de las pulsiones y en especial del antagonismo Eros/ Thanatos lo que impide el equilibrio final, esa imposible tersura en la vida psíquica.

13.- El medio o entorno, también está contemplado en la segunda tópica, que adquiere así, junto con la dimensión intrapsíquica, otra intersubjetiva.

La presencia de las pulsiones impide que el psicoanálisis quede reducido a las ambiciones ambientalistas, tampoco estará constreñido por el determinismo biológico.

El modelo de *cura*, mucho más modesto ahora, aunque la clínica psicoanalítica haya rebasado el límite que le imponían al principio las neurosis, es la *redistribución de los investimentos*.

Es esta, a mi juicio, la más vigente de las aproximaciones a este concepto que hace Freud.

El pensamiento freudiano evoluciona, en *Nuevas conferencias* describe una aproximación acabada de la cura:

Consiste en fortalecer el Yo, hacerlo más independiente del Superyó, aumentar su campo de percepción y expandir su estructura de manera que pueda irse haciendo cada vez más cargo de partes del Ello.

Y concluye con su famosa sentencia:

Allí donde Ello estaba, debe devenir el Yo ²³ (*Wo Es war, soll Ich werden*).

Mayor protagonismo a la instancia yoica. Cabe hacer ahora con respecto a esta afirmación las mismas consideraciones que antes hicimos a propósito de la sentencia «hacer consciente lo inconsciente»: nunca podrá recubrir el Yo el incierto y primordial espacio del Ello. Incluso se puede decir que el Yo necesita del Ello para ser definido.

Análisis terminable e interminable (1937) es, sin duda, la obra menos optimista en cuanto al poder terapéutico del psicoanálisis. En sus consideraciones pesaban ante todo la existencia de la pulsión de muerte y las resistencias que ofrecían ciertas desviaciones caracterológicas. Dirá también que un análisis con éxito no previene la recurrencia de una neurosis:

Nuestra aspiración no será borrar toda peculiaridad del carácter a favor de una «normalidad» esquemática, ni exigir que una persona que ha sido «psicoanalizada por completo» no sienta pasiones ni presente conflictos internos. El papel del psicoanálisis es lograr las mejores condiciones psicológicas posibles para las funciones del Yo; con esto ha cumplido su tarea ²⁴ (1937).

Este breve repaso a la noción de cura en la obra freudiana propone dos aspectos que quiero resaltar:

a).- La cura analítica se aleja cada vez más del modelo médico. Lo cual es signo de que el psicoanálisis encuentra de manera progresiva su especificidad.

«La redistribución de los investimentos» poco tiene que ver con cualquier aproximación que pudiera hacer la medicina.

b).- El enriquecimiento de la teoría provoca un deslizamiento del concepto desde presupuestos más lineales y mecánicos a otros más estructurales y complejos.

LA CURA DESPUÉS DE FREUD

El entonces joven analista berlinés, Otto Fenichel, manifestó que entre 1920 y 1930 se habían celebrado en la clínica de Berlín, fundada por Max Eitingon y Ernst Simmel, un total de 1995 consultas de las cuales 721 fueron enviadas al tratamiento psicoanalítico. 117 pacientes aún seguían el tratamiento; 241 habían abandonado y 47 se consideraron fracasos. De los 316 restantes, 116 experimentaron mejoría, en 87 ésta era llamativa y 111 se habían *curado* ²⁵.

Años después, en su obra principal *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, este mismo autor resumirá los criterios que, a su entender, debe reunir una cura desde el punto de vista del psicoanálisis y añade unos comentarios premonitorios sobre la posible valoración de su eficacia que, a mi juicio siguen hoy vigentes:

La exigencia de estadísticas sobre los resultados terapéuticos del psicoanálisis se repite con frecuencia. Resulta difícil darlas. Sus conclusiones dependen ante todo de los casos que se han escogido para ello. Si se

²³ *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis* (1933).

²⁴ *Análisis terminable e interminable* (1937), p. 3362.

²⁵ Citado por P. Gay, p. 462. *Freud. A life of our time*.

seleccionan casos cuyo pronóstico ya era dudoso desde el comienzo, las estadísticas parecerán bastante peores, naturalmente, que sí los casos son cuidadosamente seleccionados. La segunda dificultad consiste en que para algunos médicos la *cura* y la *mejoría* significan cosas muy diferentes que para otros. No hay que perder de vista este hecho especialmente cuando se comparan los resultados del psicoanálisis con los de otros métodos de tratamiento. Todo el mundo está de acuerdo en que la desaparición de los síntomas es necesaria pero no decisiva. *La capacidad para el trabajo y el goce* es algo, en cambio, que puede ser interpretado de diversas maneras, y los psicoanalistas conocen la diferencia que hay entre una persona que ha logrado esta capacidad, pero en sentido limitado y probablemente con carácter transitorio gracias a un éxito de transferencia, y una persona cuya dinámica ha sido básicamente transformada por el psicoanálisis ²⁶.

La cura exige una serie de *transformaciones estructurales* de esa red formada por el Ello, Yo, Superyó y Entorno cuya valoración no puede hacerse sólo por medio de lo objetivo.

Por otra parte, existen una serie de condiciones técnicas y teóricas que caracterizan a la clínica analítica y que la dotan de su carácter específico. Recordarlas permitirá saber de qué manera éstas podrán llegar al fin propuesto en el tratamiento.

La *asociación libre* del paciente se acopla con la *atención flotante* del analista y la *escucha* que surge de ese encuentro se desenvuelve en una *atmósfera de neutralidad benevolente*. Esa es la entraña esencial de la clínica psicoanalítica por encima de cualquier diferencia de escuela.

El proceso analítico pretende ensanchar el campo de la conciencia -a través de la transferencia (interpretada o no y de la resistencia)- en lo que concierne al modo de funcionamiento del sujeto, a la naturaleza de sus conflictos y a la relación de éstos con su propia historia.

Conciencia, subjetividad, en suma: “construir más sujeto” ²⁷.

Pero la naturaleza del psicoanálisis es del todo punto peculiar, lo que resulta decisivo en el tema que nos ocupa y abarca planos muy diversos. El estudio del cerebro entra de lleno en el enfoque positivista y pertenece al ámbito de lo *objetivo*; por otro lado, el estudio de la conciencia es, por definición, *subjetivo*. Pero llegamos a lo inconsciente, a lo inconsciente psicoanalítico que no coincide, por cierto, con el cognitivo. ¿Cómo estudiarlo? Es evidente que su aprehensión no se ajusta ni a la perspectiva objetiva ni a la subjetiva. Este es el gran obstáculo o, si se quiere la especificidad más fundamental.

El inconsciente posee una parte irreductible a lo consciente, imposible de traducir, lo que impide que se constituya en un objeto normalizado para la investigación científico positiva.

El preconscious permite atisbar el pase -o traducción- de lo inconsciente a lo consciente, esta traducción se objetiva por la intervención clínica del analista y más tarde se hará subjetiva a través de la llamada «toma de conciencia». El preconscious obra como una ventana de una parte de lo inconsciente.

Objetivo, subjetivo y esa singular elaboración que significa el tratamiento por el que lo inconsciente devendrá objetivo para el analista y subjetivo para el analizando en la toma de conciencia.

²⁶ Op. cit p. 616. Las cursivas son nuestras.

²⁷ Incluso por encima del yo. El sujeto trasciende a la instancia yoica.

Es esa la tarea compleja a la que se enfrenta la valoración de la cura analítica.

Si pretendemos hacer coincidir *valoración* con *objetividad*, la cura analítica no es valorable con las restricciones que exige el positivismo.

Anthony Roth y Peter Fonagy (2005)²⁸ son conscientes de este problema cuando restringen su campo de investigación sobre psicoterapias a las siguientes clases fundamentales:

Psicoterapia psicodinámica.

Psicoterapia conductista y cognitivo-conductual.

Psicoterapia interpersonal.

Psicoterapias sistémicas y estratégicas.

Psicoterapias de apoyo y experienciales.

Psicoterapias de grupo.

Counseling. (Op. Cit. P. 6).

El psicoanálisis, sea cual fuere su orientación, *no es una psicoterapia*.

Cumple decir que el objetivo del analista en la cura no es hacerse cargo del negativo fotográfico de la toma de conciencia del analizando; existe siempre entre ellos una grieta imposible de colmar que, en cierto modo, recuerda a la que separa percepción de vivencia.

La concepción antropológica del ser humano que puede derivarse del psicoanálisis conduce siempre a la constatación de una estructura definida por una doble inestabilidad: la que se deriva de su condición de estructura abierta –inestabilidad intrapsíquica- y la que procede de su relación con el medio –inestabilidad intersubjetiva-.

UNAS REFLEXIONES EXTRAÍDAS DE LA CLÍNICA

En el somero análisis de una serie de casos que voy a bosquejar a continuación se puede advertir hasta qué punto pueden estar separados las nociones de cura biológica, la clínica médica que todos conocemos y la cura analítica. Sirvan de ejemplos prácticos de todo lo que antecede.

Ignacio.-

Recuerdo muy bien a Ignacio, aunque ya hace muchos años que le traté. Suele decirse de forma convencional que los pacientes enseñan a sus terapeutas. En este caso sin duda es cierto.

Contaba treinta y cinco años, dos de matrimonio, tenía una hija.

Era fotógrafo de profesión y hasta unos meses antes llevaba una vida sosegada exenta de grandes complicaciones.

Había sido diagnosticado recientemente de *esclerosis en placas*²⁹. Con tranquilidad me expuso que quería preservar lo más posible su ca-

²⁸ *What Works for whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford Press, London, N. York. P. 6, 2005 2ª Ed.

²⁹ La esclerosis múltiple es también conocida como esclerosis diseminada o esclerosis en placas. Es una enfermedad de causa desconocida. Se define por la aparición de placas (estructuras caracterizadas por la pérdida de la mielina que envuelve al axón neuronal) en el sistema nervioso central. Estas placas aparecen por brotes, pueden surgir en cualquier parte de la sustancia blanca. La edad de comienzo más frecuente es entre los 20 y los 40 años, siendo rara antes de los 10 o después de los 50.

lidad de vida en el tiempo que le quedaba de existencia. Tenía algo de irreal escuchar esa frase de alguien con tan aspecto juvenil, sin que la voz dejase notar crispación.

Nunca antes enfrenté una situación semejante. Soy médico y naturalmente me las había visto ya antes con enfermedades incurables. En esos casos la sensación del clínico es de impotencia, de fracaso, aunque sepa que la enfermedad como tal es inexorable.

Pero no era requerido por la enfermedad, que iba a seguir su curso.

No era el enfermo quien venía a verme, sino el ser humano.

Con Ignacio las cosas se antojaban diferentes, su petición no consistía en que salvase su existencia, ni tan siquiera pretendía alargarla. Deseaba vivir de la mejor manera ese breve espacio de tiempo que le quedaba.

Mi oficio habitual se tambaleaba. Un ser humano pugnado por ser, por seguir siendo. ¿No se trataba, acaso, de la más acabada expresión de la pulsión de vida?; pretendía preservar sus vínculos de la erosión a los sometía la biología. Una de las muchas paradojas con las que nos encontramos en la clínica.

¿Dónde quedaba la salud, dónde el acto médico? Ni tan siquiera se me pedía que aliviase sus padecimientos físicos.

Inicialmente fui rebasado por las insólitas circunstancias; creo que acepté tratarle porque no me atreví a hacer otra cosa. Su presencia me causaba respeto y algo me decía que no tenía derecho a rechazarlo.

La intervención psicoanalítica que se me requería, vamos a llamarla así, tocaba de lleno al espacio de lo psíquico, como islote emergente de una biología en ocaso.

A las pocas sesiones me di cuenta de lo obvio, de lo que era causa de mi desconcierto. Inútil conjurar la muerte; ambos sabíamos que la muerte es inexorable; pero la muerte anunciada resulta insólita. Había que aceptarla, integrarla en la vida cotidiana, denudarla de sus evidencias angustiosas.

Muerte biológica y vida psíquica.

Es inevitable señalar la paradoja: *el amor a la vida* le impulsaba a pedir el tratamiento para que su deterioro orgánico no le minase hasta el extremo de anular su propia subjetividad.

La cura –quiero llamarla así– duró casi dos años; trabajamos la ansiedad que acechaba a cada momento, el equilibrio inestable entre su narcisismo y el peso de sus objetos internos, de sus representaciones inconscientes. Deseo de vida y evidencia de muerte.

Mantuvimos todo lo posible su autonomía, primero buscando trucos para proseguir con su labor de fotógrafo, más tarde para aceptar el intolerable hiato entre una mente lúcida y un cuerpo progresivamente inerte. Mientras tanto fluían los afectos.

Llegó el final y, a diferencia del médico que también era, sentí como analista que habíamos logrado nuestro objetivo.

La cura había tenido éxito.

En este especialísimo caso se podía ver, como en pocas ocasiones, el combate Eros-Thanatos que desembocó con el triunfo del primero. Mientras, se desarrollaba otro enfrentamiento paralelo entre el ente biológico y la muerte física, con el triunfo de esta última.

La clínica médica cumplió con el fracaso anunciado mientras que la cura analítica prevaleció sobre los obstáculos formidables que parecían erigirse ante ella.

Amelia.-

Este relato guarda muchas concomitancias con el anterior. Las diferencias se refieren ante todo a que mi experiencia había crecido en esos años y que ya no sentía la perplejidad de épocas anteriores ante estas situaciones.

Tenía treinta y dos años. Se desempeñaba como profesora universitaria; sufría un cáncer de recto a causa del cual había sido intervenida en dos ocasiones. La última operación tuvo sólo una finalidad paliativa.

Consciente de que su situación era extrema, se expresaba de manera distanciada. Pensé que tenía miedo a perder el control de sus emociones.

Ignacio se desenvolvía en un entorno claro que le servía de apoyo y de estímulo. La situación de Amelia era más pobre. Vivía sola y gran parte de sus recursos provenían de su mundo interno.

Su actitud era parecida a la de éste, aunque más crispada.

-No quiero arrastrarme- dijo de manera sucinta.

Las fuentes de su ansiedad eran la agonía presentida y la progresiva demolición física. Le producía una gran angustia la posible dependencia.

Fueron tres los años que Amelia permaneció en análisis, aún continuaba cuando murió.

La última clase de su vida tuvo lugar a las dos de la tarde; dejó de existir a las cuatro. Una apretada muestra de autonomía hasta el final.

Cuando supe la noticia dos sentimientos me invadieron, claros y bien diferenciados: pena y satisfacción.

Amelia nunca se arrastró, el fantasma de la dependencia había sido conjurado.

El éxito de la cura llegó a la cima con la dignidad de su muerte.

Francisco³⁰.-

Contaba con setenta años cuando le vi por vez primera. Padeció un proceso hipocondríaco durante los últimos treinta y cuatro años. Para preservar su salud, que hasta entonces había sido buena, utilizaba precauciones que reflejaban un intenso nivel de angustia. Su conducta para con los que le rodeaban era tiránica. Prohibía en su presencia cualquier referencia a algo desagradable, en especial noticias sobre fallecimientos y menciones a enfermedades.

La hipocondría pertenece al entorno de lo psicossomático. Los afectos desligados se expresan a través del cuerpo sin investir a los objetos.

Al cabo de cinco meses de tratamiento llegó un día a la sesión con mal aspecto. La epidermis seca, con un tinte cerúleo que, por momentos, amarilleaba. Tras un interrogatorio que no voy a describir aquí, le

³⁰ Una referencia más extensa a este paciente se encuentra en mi libro *Ser Psicótico. Las psicosis*. Biblioteca Nueva, Madrid, 2004. pp. 286-287.

envié a un internista bajo la sospecha de neoplasia. Por desgracia la hipótesis se confirmó. Nuestro hombre padecía un cáncer de páncreas.

Hasta ese momento el cuadro hipocondríaco se había mantenido inalterable en el apogeo de la pulsión de muerte.

Recibió la noticia que yo mismo le hice llegar sin especiales muestras de inquietud. Tardó un tiempo en pronunciar palabra, pero cuando resolvió a hacerlo fue claro y parecía seguro.

Quiso saber el grado de malignidad del cáncer, que por cierto estaba muy avanzado.

No le oculté lo esencial del proceso.

Las sesiones habían discurrido hasta ese punto con las dificultades habituales que ofrece el hecho hipocondríaco que no vamos a citar aquí.

Lo que importa ahora es que un suceso externo y contingente, el reconocimiento del cáncer, provoca un cambio radical de la situación.

Los fantasmas de la hipocondría se ven sustituidos de manera abrupta por la enfermedad somática y las fantasías que a ésta le acompañan son bien distintas.

Actitud y ánimo cambiaron; la distancia, la reticencia y la falta de contacto de la que había hecho gala durante la primera parte del tratamiento mudaron en un talante sereno, *vertido al otro*. Se hizo cargo de la situación sin intentar renegarla, sin defensas maniacas; afloraron también contenidos cotidianos hasta entonces prohibidos: sobre todo la muerte y *su muerte*.

También a mí me llegó la calma. Me vi por primera vez considerado como un *otro* y no como mero *objeto narcisista*, como un *objeto vacío*.

En la relación transferencial significó mayor proximidad, una irradiación afectiva más intensa.

En ese tratamiento aprendí algo que no enseña el modelo médico – que discurre entre la salud y la enfermedad- ni tampoco aquellas psicoterapias que sólo buscan la desaparición del síntoma.

Francisco parecía haber curado de su hipocondría –incluso en el plano estructural y no sólo sintomático- algo baldío; a fin de cuentas sus días estaban literalmente contados. Una atroz mueca al oficio terapéutico y a la existencia humana.

Sin embargo, cuando todo terminó seguí tranquilo.

La primera parte del tratamiento refleja a un hipocondríaco típico. Abandona progresivamente el mundo exterior para concentrarse en el vínculo primordial *Yo-Cuerpo*. Un Yo al que el Cuerpo le impide alcanzar la plenitud psíquica. Aparecen, abrumadores, los síntomas: dolores difusos, digestiones que se apoderan de la digestión del que digiere, gases, rubores, destemplanzas y las mil tensiones que un cuerpo exhibe cuando *suplanta el espacio de lo psíquico*.

Con el anuncio del cáncer llega un momento crucial con su carga dilemática: o se refugia definitivamente en el reducto narcisista o reinviste la realidad y con ella a los otros y a la muerte misma. La aceptación de la realidad material en lugar de seguir instalado en la realidad hipocondríaca es la salida que Francisco escogió.

El grupo que soñó con ser maníaco.-

Sigamos a vueltas con la cura; ahora le toca el turno al grupo como espacio terapéutico.

Hace años tuve ocasión de coordinar a un colectivo cuya totalidad de integrantes estaban sometidos a diálisis. Era la época del pretrasplante renal.

El grupo llevaba funcionando unos tres meses cuando me hice cargo de él.

Volvemos a encontrar a la muerte como hecho concreto de la realidad material.

Lo primero que me llamó la atención fueron las *defensas maníacas de sus integrantes*. Hasta el extremo que me atrevería a decir que el grupo vivía instalado en una situación maníaca permanente.

La técnica que se había seguido hasta el momento por parte del anterior terapeuta no consiguió eliminar esta atmósfera, quizás ni se planteó hacerlo.

En ese caso emplee la *técnica operativa* explicitando que la tarea que congregaba a ese grupo era nada más y nada menos que *el manejo de las ansiedades ante una muerte presente aunque renegada*. Una vez más una tarea clínica que desde el psicoanálisis se enuncia de manera muy distinta al posible paralelo en el modelo médico.

La renegación masiva de la que el grupo hacía gala expresaba una profunda regresión.

Para ilustrar, a título de ejemplo, su atmósfera en los inicios baste citar que cualquier intervención de sus miembros suscitaba risas con gran facilidad. Las ausencias de cualquier integrante del grupo nunca eran indagadas; algunas de ellas eran debidas a esa muerte reiteradamente renegada.

Cualquier analista, pertenezca a la escuela que pertenezca, estará de acuerdo que la defensa maníaca, sea del sujeto o del grupo, indica un importante nivel de regresión y que su fracaso lleva de manera cierta a la melancolía. Manía contra el efecto deletéreo de la pulsión de muerte.

El trabajo analítico consistió en analizar e interpretar estas defensas como requisito imprescindible para desbloquear la tarea terapéutica.

María.-

No quiero dejar la impresión de que la cura analítica y sus objetivos se encuentran siempre tan diferenciados del tratamiento médico. He escogido los anteriores ejemplos sólo para mostrar su autonomía.

En las líneas siguientes parece oportuno referir un caso en el que el modelo médico no desempeña papel alguno. La cura analítica aparece aquí aislada de las asechanzas de la enfermedad.

Nos podemos preguntar ahora *qué criterios rigen para decir que la cura termina satisfactoriamente*. Al mismo tiempo, podremos ver también la imposibilidad de objetivar este resultado según las exigencias científico-positivas.

María tenía veintiséis años cuando empezó el tratamiento que se prolongó durante cinco.

Vivía en casa de sus padres en un estado de profunda postración, tras haber acabado una carrera técnica iniciada por presiones familiares con

éxito académico. Una vez terminada aquélla se sumió en la inactividad, en un modo de *actitud reactiva*. Pasa muchas horas en la cama y se aísla tanto de su medio familiar como de sus amigos y amigas.

Mundo interno desvitalizado y formación reactiva ante sus afectos.

Esta situación la sume en la culpa. Duda de su capacidad para ser autónoma y se ve condenada a seguir en el medio familiar del cual depende y al cual repudia. Se trata de una familia muy religiosa y de normas rígidas. Parte de sus objetivos inconscientes quedan cumplidos. Provoca la preocupación familiar por esa hija a la que no entiende.

Podemos pensar en una neurosis depresiva.

En el curso del tratamiento mejora en primer lugar la inhibición, tras ello empieza a buscar trabajo, cosa que consigue al poco tiempo. En el medio laboral reproduce la situación familiar: se aísla, se ve incapaz y como contrapartida pretende compensarlo trabajando hasta el exceso.

Mientras tanto, el camino hacia la independencia se concreta, fruto de ello alquila una casa en la que empieza a vivir sola. La soledad física no resulta tan opresiva como el aislamiento psicológico que la había precedido. Es esta una soledad que tiene *sentido*.

El hallazgo del sentido es un requisito esencial de la cura analítica.

Aparece la mujer. Conoce a un varón con el que comienza una relación por la que muestra poco entusiasmo. No se explica que pueda resultar atractiva –aunque es una mujer agraciada-. No cree ser objeto de deseo ni todavía desea serlo.

El trabajo, aunque signifique un lugar de prueba y de escasa satisfacción, continúa siendo el lugar más importante para ella. Prosiguen las resistencias: cuando llega el tiempo libre, o los fines de semana, su impulso le lleva a refugiarse en la conocida cama y regresiva cama.

Mientras, sin saber bien cómo, el amigo se convierte en pareja, pero las relaciones sexuales despiertan poco entusiasmo. Un cuerpo desinvestido que *no merece nada y que nada significa*, es por eso por lo que puede dejárselo al hombre, es un cuerpo desencarnado.

El Yo cobra progresivamente terreno frente al Superyó. La culpa decae y los afectos, antes suprimidos, anuncian su existencia.

El investimento libidinal, que hasta el momento recubre su trabajo, va deslizándose hacia su propio cuerpo. Siente su elemental existencia, soporta su mirada, asendada hacia su rostro en el espejo. El baile –y el movimiento que encierra, la tensión y el ritmo- permite un franco acceso hacia sí misma, al Yo-corporal tanto tiempo ignorado. La vía libre para los impulsos le permite encontrar los objetos, crearlos e incorporarlos como objetos propios.

El trabajo prospera, pero ya no es el único reducto para su autoestima, aprende a quererse y se deja querer, esta vez por un hombre no cómplice de sus antiguas inhibiciones y con ello prosigue el descubrimiento del espacio intrapsíquico que le permite deslizarse a un tiempo hacia la intersubjetividad.

María lleva ahora la vida corriente que tanto esfuerzo le ha costado alcanzar.

CONSIDERACIONES FINALES

La cura analítica no se sujeta a las exigencias de validación que pretenden los métodos llamados objetivos. No admite otro estudio que no sea la de la historia singular. Al mismo tiempo, cualquier caso concreto que se someta a valoración debe tener presente que ésta proviene de tres fuentes:

a). Una, la menos importante, la que se deriva de estimaciones *objetivas*.

b). La valoración *subjetiva*, que tiene lugar a través de la «toma de conciencia».

c). La que resulta del trabajo analítico, con cuyo concurso lo *inconsciente* –que no es objetivo ni subjetivo– se torna manejable por la intervención-presencia del analista.

La cura analítica no puede estar de espaldas de los condicionantes biológicos y sociales, todo lo contrario. Pasada la época del propio Freud, donde tanto él como sus discípulos más allegados mantuvieron abierta la comunicación con ambos espacios, surge un tiempo de dorado aislamiento que desemboca en muchos casos en la ignorancia misma de lo que le rodea.

Pero el psicoanálisis posee un territorio específico y es en él donde existen los dispositivos apropiados para su valoración clínica sin que pueda importar de manera acrítica los que procedes de otros campos donde rigen reglas diferentes.

Bibliografía

- Alemán, S, Caparrós N. (Eds). (2002). *Psicoanálisis sin diván*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Caparrós, A., Caparrós, N. (1976). *Psicología de la liberación*. Ed. Fundamentos, Madrid.
- Caparrós N. (Ed.) (1997-2002). *Correspondencia de Sigmund Freud*. (Cinco tomos). Biblioteca nueva, Madrid.
- Caparrós, N. (2004a). *Sujeto y vínculo. Los orígenes del psiquismo*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Caparrós, N. (2004b). *Ser psicótico. Las psicosis*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Caparrós, N. (2006). «La Psychothérapie de la famille en Spagne». *Dialogues*. (En prensa).
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*.
(1904). *Sobre la psicoterapia*.
(1914). *El hombre de los lobos*.
(1914-15). *Introducción al narcisismo*.
(1915). *Lo inconsciente*.
(1916). *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica*.
(1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*.
(1921). *Más allá del principio del placer*.
(1923). *El yo y el ello*.
(1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*.
(1937). *Análisis terminable e interminable*.
- Gay, P. (1988). *Freud. A life of our time*. Dent & Sons LTD. London Melbourne.
- Green, A., Mannoni, O y otros. (1980). *La passion. Nouv. Rev. de Psychanal.* Gallimard, Paris.
- Green, A., Laplanche, J. y otros (1986). *La pulsión de muerte*. Amorrortu Eds. B. Aires 1989.
- Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo*. Amorrortu Eds. B. Aires. 1995.
- Green, A. (1995). *La causalidad psíquica*. Amorrortu Eds. B. Aires, 2005.
- Lakatos, I (1976). *Proofs and Refutations. The Logic of Mathematical Discovery*. Cambridge Univ. Press.
- Marty, P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Payot, Paris 1998.
- Nicolaïdis, N., Press, J. (1995). *La psychosomatique hier et aujourd'hui*. Delachaux et Niestlé.
- H. Nunberg y E. Federn (comp.). (1907) *Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena*. Tomo I 30-I-1, p. 123. Ed. Nueva Visión. B. Aires.
- Popper, K. (1962). *La lógica de la investigación científica*. Tecnos, Madrid.
- Putnam, H. (1995). *Representación y realidad*, Barcelona, Gedisa.

Roth, A., Fonagy, P. (2005). *What Works for whom?*, The Guilford Press. N. York, London.

Sanfeliu, I. (Cord.) (1996). *Nuevos Paradigmas psicoanalíticos*. Quipú Ed. Madrid.

Varela F., Maturana, H. (1987). *The tree of knowlledge*. Shambala. Boston, London, 1998.

Varela, F. (1988). *Conâître les sciences cognitives. Tendances et perspectives*. Seuil, Paris 1989.