

I Jornadas de la Práctica Profesional y de Investigación : Clínica del Síntoma de la Facultad de Psicología de la UBA. "Usos del analista/síntoma". Práctica Profesional y de Investigación : Clínica del Síntoma de la Facultad de Psicología de la UBA, CABA, 2007.

Sobre el furor sanandi y la ética psicoanalítica.

Cecilia Tercic.

Cita:

Cecilia Tercic (Julio, 2007). *Sobre el furor sanandi y la ética psicoanalítica*. I Jornadas de la Práctica Profesional y de Investigación : Clínica del Síntoma de la Facultad de Psicología de la UBA. "Usos del analista/síntoma". Práctica Profesional y de Investigación : Clínica del Síntoma de la Facultad de Psicología de la UBA, CABA.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/cecilia.tercic/16>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pNet/a82>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Sobre el “furor sanandi” y la ética psicoanalítica

Por Cecilia Tercic

¿Cómo pensar el furor sanandi? En primer lugar, podríamos situarlo en relación al apresuramiento en concluir, es decir al apresuramiento en sanar. Ideal que llevó a Freud en sus primeros tratamientos a comunicar su saber al paciente antes que este pudiera estar en condiciones de escucharlo. Podemos tomar como ejemplo el caso que expone en “Sobre la iniciación del tratamiento”, se trata de aquella paciente cuya madre comunica a Freud la vivencia homosexual que él suponía se hallaba en el fundamento de sus síntomas. Ahora bien, cada vez que él repetía a la paciente este relato ella reaccionaba con un ataque histérico, “*tras lo cual - afirma Freud con la honestidad que lo caracteriza - la comunicación quedaba olvidada de nuevo*”.¹ Algo resistía, podemos agregar, a ese furor.

Es en ese mismo escrito técnico donde Freud, ya más alertado de las consecuencias de este proceder, invita al analista a la cautela aconsejándole que espere a que el paciente esté próximo a la solución para comunicarla. Y es también allí donde nos dice que el padecer del paciente, y el deseo que de ahí se engendra de sanar, son el motor más directo de la terapia, para concluir con la afirmación de que esa fuerza pulsional “*...tiene que conservarse hasta el final*”².

Lacan por su parte retoma esta temática en el sentido de cierto peligro que subyace ante el “*abuso del deseo de sanar*”³ por parte del analista. Si seguimos a Freud, queda claro que ese deseo más que del analista debe partir del paciente, y más precisamente de su padecer. Sin embargo hay algo llamativo en esta fórmula porque parecería aludir a que cierto monto de deseo de sanar sería tolerable, más no su abuso. ¿Cómo leer entonces este abuso? ¿Basta para articular el problema del furor sanandi con remitirse a la cuestión del apresuramiento en concluir?

El diccionario de la lengua castellana María Moliner, define furor como *furia*, pero también nos da la acepción de “*hacer furor*”, esto es, estar muy de moda.

Podríamos decir de la época en que vivimos que es la época del furor sanandi: alimentos que sanan; gimnasia que sana; terapias alternativas. Asimismo cabría conjeturar que esta moda es alentada desde el discurso científico, que tal como plantea Lacan “*...pone cada vez más en primer plano ese nuevo derecho del hombre a la salud, que existe y que se*

motiva ya en una organización mundial”⁴. Organización mundial de la salud que en el año 2000 impulsó el lema “*salud para todos*”.

¿Cómo pensar esta moda desde la perspectiva del psicoanálisis?

Freud ya en 1915 sitúa el furor sanandi como un fanatismo inútil para la sociedad humana.⁵ Es interesante porque no lo limita al dispositivo analítico, sino que lo extiende a la sociedad entera. ¿Qué es lo que lo lleva a semejante afirmación? Propongo que no es sino la misma problemática que descubre en su análisis del mandamiento cristiano del amor al prójimo. Me refiero en este punto a querer el bien del otro.

En el seminario “La ética del psicoanálisis”, Lacan retoma esta problemática, alertándonos sobre los extravíos que produce. Dice allí: “*Es un hecho de experiencia –lo que quiero es el bien de los otros a imagen del mío (...) Lo que quiero es el bien de los otros a condición de que siga siendo a imagen del mío*”⁶. Es un extravío, porque “*imagino las dificultades y dolores del otro en el espejo de los míos*”⁷. Punto, denuncia, en que el propio egoísmo se satisface con cierto altruismo evitando así abordar el problema del mal, que es como tematiza el goce en este seminario.⁸ Conviene percatarse entonces, de que este altruismo no hace más que encubrir otra cosa, es decir, que lo que cuida el altruista, lo que se esfuerza en preservar, no es más que su propia imagen.

Para Freud la posición del analista está más bien en las antípodas de este altruismo, cito: “*Quien como analista, acaso por desborde de su corazón caritativo, dispense al paciente lo que todo ser humano tiene derecho a esperar del prójimo, cometerá el mismo error económico en que incurren nuestros sanatorios no analíticos para enfermos nerviosos. Se afanan en que todo le sea lo más grato posible al enfermo sólo a fin de que se sienta a gusto y en otra ocasión acuda a refugiarse allí de las dificultades de la vida*”⁹.

Quisiera en este punto evocar nuevamente la definición de furor como *furia*, que a su vez significa *ira; rabia; enfado; enañamiento*¹⁰. Si el analista opera desde estos sentimientos cuando algo en la cura no marcha acorde a sus propias expectativas, ¿no estamos aquí en el plano de la contratransferencia? Ya Freud señalaba el grado de autocomplacencia que ubica en esos analistas que se ufanan de sus diagnósticos instantáneos y tratamientos a la carrera¹¹. ¿No se juega allí también algo de ese altruismo que en definitiva no hace más que custodiar el narcisismo del analista en cuestión?

Pasaré ahora al relato de una viñeta clínica. Se trata de una paciente que ubica como motivo de consulta en una entrevista de admisión, lo que nombra, siguiendo los términos de su psiquiatra, como ansiedad social y ansiedad generalizada. Comenta que junto con su médico comenzaron a practicar una suerte de técnica conductual, que consta entre otras cosas de trabajos de relajación. Puesta a hablar de esto en la entrevista, comienza a circunscribirse todo este malestar en su “ponerse colorada”. Esto le sucede sobre todo en su trabajo, y cuando, también en otros ámbitos, le dirigen alguna pregunta y todas las miradas recaen sobre ella. Se siente estúpida al ruborizarse por cosas tan triviales, y está muy atenta a observar si a las otras también les sucede. Asimismo comenta que se siente tranquila en ambientes poco iluminados, en los que la luz baja impide que se vea lo que ella no quiere mostrar. Finalmente menciona el enojo que le produce no poder controlarlo, no poder detener ese rubor que invade su cuerpo.

A partir de esta viñeta quisiera pensar en qué se distingue, de entrada, la perspectiva médica de la psicoanalítica. La apuesta médica va en la línea de eliminar lo que incomoda para lograr que el tránsito por lo social y laboral se torne confortable.

Podemos situar allí el anhelo de temperar la tensión, de hacerla desaparecer, que corresponde a lo Freud nombró como el programa del principio del placer¹². Programa que,

¹Referencias bibliográficas

² Freud, S., “Sobre la iniciación del tratamiento”, en Obras Completas, Amorrortu, t. XII, pág. 142

² Ibid., pág. 143

³

³ Lacan, J., “Variantes de la cura tipo”, en Escritos 1, Siglo veintiuno, pág. 312

⁴ Lacan, J., “Psicoanálisis y medicina”, en Intervenciones y textos 1, Manantial, pág. 90

⁵ Freud, S., “Puntualizaciones sobre el amor de transferencia”, en Obras Completas, Amorrortu, t. XII, pág. 174

⁶

⁷ Lacan, J., El seminario, libro 7: “La ética del psicoanálisis”, Paidós, clase del 23/3/60, pág. 227

⁷

⁷ Ibid., pág. 226

⁸

⁷ Ibid.

⁹

⁷ Freud, S., “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, en Obras completas, Amorrortu, t. XVII, págs. 159-160

¹⁰

⁷ Diccionario de la lengua castellana María Moliner

¹¹

⁷ Freud, S., “Sobre la iniciación del tratamiento”, en Obras completas, Amorrortu, t. XII, pág. 141

tal como lo planea Lacan “...nos detiene necesariamente en un punto de alejamiento, de distancia muy respetuosa del goce”¹³, puesto que el goce, “es siempre del orden de la tensión”¹⁴.

Desde la perspectiva del psicoanálisis, en cambio, no se trata, como señala Miller, ni de “...adaptar al sujeto a una realidad que no es sino fantasma, ni de restituir en él el funcionamiento del principio del placer...”¹⁵.

Sin embargo, Freud no era insensible a esta incapacidad para gozar y producir del neurótico, y en algunos párrafos de su obra se puede leer su conformidad cuando lograba devolver al paciente “sus derechos a participar de la vida”¹⁶.

Para alcanzar esta meta, descartaba la sugestión directa contra la exteriorización de los síntomas, puesto que de ese modo se descuidaban sus motivos y sus significados.

En la conferencia 28, describe el desarrollo del tratamiento, y su meta, que consiste en poner la libido ligada a los síntomas al servicio del yo. Señala que este trabajo, “sólo en parte puede consumarse en las huellas mnémicas”¹⁷, y que la pieza decisiva es la transferencia como campo de batalla. Toda la libido se vuelca en la relación con el médico, dando lugar a una enfermedad producida artificialmente, la enfermedad de la transferencia. Finalmente, cuando la libido vuelve a ser desasida de ese “objeto provisional”, que es el médico, ya no retorna a sus objetos primeros, sino que queda a disposición del yo.

Lo cierto es que a Freud no se le escapa que esta es sólo una “descripción ideal”¹⁸, y que este proceso se topa con un límite: la falta de movilidad de la libido que se resiste a abandonar sus objetos. Se entiende entonces por qué la dificultad para el analista se ve desplazada, ya no se trata de mover al analizado a perseverar en la cura, sino que se trata de constreñirlo a cesar¹⁹, esto es, a abandonar ese “objeto provisional”.

¹²

[?] Freud, S., “El malestar en la cultura”, en Obras completas, Amorrortu, t. XXI

¹³

[?] Lacan, J., “Psicoanálisis y medicina”, en Intervenciones y textos 1, Manantial, pág. 95

¹⁴

[?] Ibid.

¹⁵

[?] Miller, J. A., “Psicoterapia y psicoanálisis”, en Revista Registros, Año 3,

¹⁶

[?] Freud, S., “Análisis terminable e interminable”, en Obras completas, Amorrortu, t. XXIII, pág. 225

¹⁷

[?] Freud, S., “Conferencias de introducción al psicoanálisis”, 28ª conferencia, Amorrortu, t. XVI, pág. 413

Veinte años más tarde, en “Análisis terminable e interminable”, leemos un ligero reproche de Freud a los analistas, cito: *“Me parece que en este campo el interés de los analistas en modo alguno tiene el enfoque correcto. En vez de indagar cómo se produce la curación por el análisis, cosa que yo considero suficientemente esclarecida, el planteo del problema debería referirse a los impedimentos que obstan a la curación analítica”*²⁰. Entre ellos destaca la intensidad de las pulsiones. Esa exigencia pulsional que despierta al soñante, cuestionando el imperio del principio del placer. Concebir la cura de las neurosis en el sentido del gobierno sobre lo pulsional *“es siempre justo en la teoría -agrega Freud- pero no siempre lo es en la práctica”*²¹. La pulsión se resiste a ser domeñada, a ser *“admitida en su totalidad dentro de la armonía del yo”*²².

Quedan circunscriptos entonces dos problemas clínicos que conciernen al goce pulsional: la inercia psíquica, y la intensidad pulsional que condiciona su domeñamiento. Problemas, que si bien remiten a la temática de la finalización de la cura, también están presentes de entrada en el modo en que el analista se posiciona estando advertido de ellos. ¿Dónde sino en el propio análisis vislumbra el “pobre diablo” esta cuestión?

Lacan afirma que *“la dimensión ética se extiende en la dirección del goce”*²³. No se trata entonces para el analista ni de evitar esta problemática, ni de excluirla de su horizonte, sino de vérselas con eso. Partiendo de este punto, la cura adquiere de entrada matices distintos al que toma por ejemplo en el discurso médico, puesto que la dimensión del goce está excluida de la relación epistemo-somática que caracteriza a este último²⁴.

Tal vez sean esos puntos de obstáculo los que llevaron a Freud a ubicar el *“analizar”* (o el *“curar”*), como la tercera de las profesiones imposibles, en las que *“...se puede dar anticipadamente por cierta la insuficiencia del resultado”*²⁵.

¹⁸

¹⁹ ? Ibid., pág. 414

²⁰ ? Freud, S., “Sobre la iniciación del tratamiento”, en Obras completas, Amorrortu, t. XII, pág. 131

²¹ ? Freud, S., “Análisis terminable e interminable”, en Obras completas, Amorrortu, t. XXIII, pág. 224

²² ? Ibid., pág. 232

²³ ? Ibid., pág. 228

²⁴ ? Lacan, J., “Psicoanálisis y medicina”, en Intervenciones y textos 1, Manantial, pág. 94

²⁵ ? Ibid., pág. 92

Para concluir quisiera mencionar lo dicho por Freud en una carta a Fliess de 1900, acerca de la conclusión del tratamiento de su paciente E. Cito: *“Su enigma está casi totalmente resuelto; se siente perfectamente bien y su manera de ser ha cambiado por completo; de los síntomas subsiste todavía un resto(...) En mis manos estaba continuar la cura, pero vislumbé que ese era un compromiso entre salud y enfermedad, compromiso que los propios enfermos desean, y por eso mismo el médico no debe entrar en él”*²⁵.

Por un lado, tal como vimos al comienzo, un Freud que sitúa en el padecer un deseo de sanar, por otro un Freud menos optimista que vislumbra la necesidad de sostener un compromiso entre salud y enfermedad.

²⁵

[?] Freud, S., “Análisis terminable e interminable”, en Obras completas, Amorrortu, t. XXIII, pág. 249

²⁶

[?] Freud, S., “Carta 133”, citada por Strachey en Nota introductoria a “Análisis terminable e interminable”, en Obras completas, Amorrortu, t. XXIII, pág. 217

