

PSICOLOGIA › LA “CLINICA DEL VACIO”:

EL PSICOANALISIS ANTE LOS SINTOMAS ACTUALES

LLENOS DE NADA

A diferencia del sujeto que estudió Freud, cuyos síntomas obedecían a la represión del deseo, el sujeto contemporáneo alojaría “un vacío que el consumo de objetos promete llenar”. Un abordaje clínico posible sería formar pequeños grupos de personas que padezcan el mismo síntoma.

Por Mariela Castrillejo *

La expresión “clínica del vacío” no sólo describe los fenómenos que se manifiestan frecuentemente en las depresiones o en las anorexias, donde la experiencia del vacío ocupa un lugar central. Clínica del vacío es, sobre todo, una tesis que intenta definir la clínica de la época del Otro que no existe. La “clínica del vacío” es fundamentalmente la clínica donde falta la falta, es la clínica opuesta a la clínica de la falta, es la clínica de lo demasiado lleno. La contraposición entre clínica del vacío y clínica de la falta no trata de sustituir la nosografía freudiana –neurosis, psicosis y perversión–, sino que indica una nueva configuración del lazo social en la época contemporánea, en la que vacila o fracasa la relación del sujeto con el Otro. Este cambio implica una redefinición de la concepción clásica sobre la que se sostenía la clínica de la neurosis, que pensaba el síntoma como compromiso entre la exigencia pulsional y la ley simbólica del Otro. Los nuevos síntomas no se constituyen en torno al deseo inconsciente del sujeto y a la dialéctica entre represión y retorno de lo reprimido, sino que se configuran con relación a la identidad misma del sujeto.

Fue la práctica con la anorexia-bulimia la que nos condujo a formular la hipótesis de la “clínica del vacío”. Encontramos en Lacan dos figuras de la anorexia: la primera, en el texto “Los complejos familiares”, de 1938, donde equipara la anorexia a la toxicomanía como vocación mortífera de aspiración a una fusión con la Cosa materna; en la década del 50, en cambio, presenta la anorexia como una maniobra subjetiva de separación, afín a la maniobra histérica, para defender el deseo de la demanda asfixiante del Otro. La clínica del vacío sostiene la primera versión lacaniana de la anorexia; no entiende prevalentemente la anorexia como posición del sujeto histérico, sino que más bien piensa la anorexia, y, más ampliamente, los nuevos síntomas, en su versión del sujeto en fusión con la Cosa, en la relación del sujeto con un goce ilimitado.

Con Freud, el inconsciente estaba vinculado al deseo, deseo indestructible que exigía su realización contraponiéndose al programa de la cultura. La tesis freudiana de El malestar en la cultura es que el sujeto debe pagar el precio de una renuncia pulsional para ingresar en la civilización, pero que esa renuncia produce síntomas.

Así se presentaba la formulación clásica de los síntomas freudianos en la época del discurso del amo. En la época del discurso capitalista, en cambio, la renuncia al goce se interpreta como un ataque infundado a la libertad individual. El estatuto de la falta, que

es la condición del deseo, viene transformado en un vacío que el consumo de objetos promete llenar. Un vacío lleno de objeto que produce angustia porque falta la falta.

Es necesario distinguir claramente el concepto de falta del de vacío: son conceptos diametralmente opuestos. La falta-en-ser del sujeto es un concepto fundamental en la enseñanza de Jaques Lacan: el sujeto, según Lacan, se funda en una falta estructural y consecuentemente deseante de un deseo particular –único y subjetivo, que sólo se manifiesta en el encuentro con el Otro– de ser significado como sujeto particular haciéndole falta al Otro. Sabemos que el deseo jamás se satisface completamente y no puede ser reducido al deseo de un objeto, sino que demanda un signo del deseo del Otro.

Como elucida Massimo Recalcati en varios de sus textos y en particular en La clínica del vacío, el discurso capitalista actúa específicamente sobre la dimensión de la falta, degradándola a la condición de vacío. Un vacío que excluye la dialéctica con el Otro. La experiencia del vacío, expresando una dispersión del sujeto, suscita una angustia que deja sin palabras. La falta, en cambio es un vacío nombrado, y por lo tanto en conexión con el Otro. En los nuevos síntomas, el vacío no aparece articulado con el Otro, sino que se presenta disociado del deseo y deviene innombrable.

Por esto formulamos la clínica del vacío como una clínica preliminar, cuyo protagonista no es el sujeto barrado sino un sujeto desabonado del inconsciente.

Segregación y grupos

El discurso del capitalista impulsa al sujeto contemporáneo a situarse en una posición en la que no siente pudor del propio goce. Pero sucede que, sin vergüenza, no hay división subjetiva. En esa posición encontramos, en cambio, el rechazo de la castración y a un sujeto desorientado, que no cuenta con insignias identificatorias que lo orienten. Sin embargo, puede obtener una especie de anclaje sirviéndose de los objetos que el mercado le ofrece, a condición de anular la diferencia entre objeto de consumo y objeto del deseo. Todo esto hace del sujeto contemporáneo un personaje desvergonzado.

Afirmar que es un individuo desvergonzado es subrayar lo que no es: un sujeto dividido por el mecanismo de la represión. La vergüenza es la cicatriz de la división subjetiva, es un signo que queda del exilio del goce del sujeto. La vergüenza nos permite constatar la implicación del sujeto en algo que lo perturba, es el elemento que prueba el efecto de la represión.

Las nuevas soluciones sintomáticas no dividen al sujeto sino que le procuran una divisa: le confieren una insignia que ofrece al sujeto una identidad, englobándolo en un conjunto homogéneo. Podemos observar cómo se organizan espontáneamente en la sociedad nuevos grupos en torno a una misma modalidad de goce. Los individuos se agrupan en comunidades que se reconocen en una misma forma de goce. Podemos decir que las nuevas formas del síntoma uniforman al sujeto procurándoles una solución que evita el encuentro con el Otro.

Al contrario de la segregación clásica, tal como la teorizaba Foucault basándola en la exclusión de la diversidad, la neosegregación funciona como anulación de lo particular y señalización que exagera la norma. El síntoma no representa la diversidad sino que se incluye en el núcleo mismo de la sociedad. La clínica contemporánea es una clínica de la neosegregación; la monosintomaticidad se presenta como una respuesta subjetiva a la inexistencia del Otro.

En la institución, el uso clínico del dispositivo grupal es para nosotros un instrumento esencial, que responde a la necesidad de tener en cuenta la lógica social de los nuevos síntomas. Se trata de grupos formados por personas que comparten un mismo síntoma. La clínica psicoanalítica de la monosintomaticidad crea estratégicamente un Otro capaz de reconocer sujetos a partir del rasgo común que los agrupa. Esta estrategia hace posible una demanda inaugural que en realidad no está sostenida por la división subjetiva sino en modo opuesto, es una demanda que se funda en el poder de la insignia identificatoria para ocultar la castración. La transferencia recae sobre la institución que aloja la insignia, porque le ofrece al sujeto una posibilidad de reconocimiento. Para tratar el fenómeno de los nuevos síntomas, es fundamental orientar el pasaje que va desde el ser masa, característico de la monosintomaticidad, a la entrada en el pequeño grupo.

Constatamos en la actualidad que es en las instituciones donde se formulan con mayor frecuencia las demandas terapéuticas. Acoger una demanda en una institución de psicoanálisis aplicado a los nuevos síntomas es una acción política con el objetivo de producir un movimiento que mute el nuevo síntoma en un síntoma nuevo para el sujeto, para transformarlo en una formación del inconsciente articulada al Otro. Pero para que esta maniobra sea posible es necesario sostener un trabajo preliminar sobre la demanda en lo social.

A causa de la debilidad de los lazos sociales en la época del Otro que no existe, no podemos dar por hecho que la demanda de ayuda sea formulada. Lo que llamamos nuevos síntomas no son síntomas como metáfora o como formación del inconsciente, no son síntomas en el sentido analítico en cuanto no dividen al sujeto y no requieren interpretación. Es necesario entonces una maniobra anterior: instalar la transferencia imaginaria, para dar inicio a una demanda de ayuda, y esta maniobra sólo se puede actuar mediante la presencia del analista en el campo social. Para provocar la demanda, es necesaria la presencia del analista en lo social en posición de escucha, pronto a traducir un grito en demanda.

* Psicoanalista, residente en Italia. Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP). Dirige el Centro di Clinica Psicoanalítica "Jonas" en Trieste, Italia. Texto extractado de "Clínica del vacío: psicoanálisis aplicado a los nuevos síntomas", incluido en Ecos y matices en psicoanálisis aplicado, por Andrea Roxana Cucagna (comp.), ed. Grama, de próxima aparición.

Artículo del diario Página12- lunes, 20 de junio de 2005.