

## LACAN

Sabemos que lo fundamental de la obra de J. Lacan es un seminario dictado en forma oral durante muchos años, como treinta. Además está lo que escribió. Pero lo que escribió hay que situarlo en relación con el seminario, cosa indicada por él en uno de esos escritos. El problema es que en el mencionado seminario Lacan no dice siempre lo mismo, y que continuamente discute, corrige, modifica, profundiza sus propias invenciones. Como esto ocurre durante un tiempo tan prolongado, los comentarios sobre la enseñanza de Lacan son muy relativos al momento a que ha llegado cada comentarista en su propio trabajo sobre la misma. Esto afecta muchas cosas, y muy especialmente el tema que se plantea, es decir, ¿cuál es la posición de Lacan en cuanto a los objetivos terapéuticos y los criterios de cura en análisis? Decirlo así, de todos modos, ya es mucho decir, porque la cuestión ha circulado más bien bajo un "¿cómo se plantean 'los lacanianos' la cuestión de los objetivos terapéuticos o los criterios de cura? Hay que estar alerta en cuanto al empleo de este término, "los lacanianos", porque el que se presente como inevitable no le impide engendrar una clase que es, en un punto fundamental, ilusoria. Los llamados "lacanianos" son esos comentaristas a los que me refería. Algunos se desprendieron del seminario de Lacan relativamente rápido, sacaron sus conclusiones y plantearon su punto de vista. Otros lo siguieron más tiempo y entonces sus consideraciones son diferentes. Aparentemente, pocos lo siguieron hasta el final, si entendemos por esto la inclusión de su muerte dentro de su enseñanza. Mi propio camino es tratar de ubicar psicoanalistas en esto.

Por eso se me ocurrió iniciar este comentario con la siguiente referencia...

En el año 1963, hace ya mucho tiempo, circulaba en el contexto de los psicoanalistas que seguían la enseñanza de Lacan una idea un poco perturbadora. Y que perturbaba a los analistas totalmente alejados de Lacan por poco que oyeran decir que se decía que él decía. Circulaba la idea de que Lacan había dicho que la cura era una suerte de eventual resultado secundario de un análisis; algo que a lo sumo sobreviene por añadidura.

Se comprende el porqué de cierto escándalo. Era chocante que un analista declarase un desapego o desinterés tan grande por algo que parece tan esencial, por lo menos para el enclave social del psicoanálisis. Agreguemos lo fácil que era reducir su teoría a un devaneo

filosófico–especulativo (por la facilidad que da la insolencia de la ignorancia), y completemos la obra de la maledicencia con la supuesta ausencia de referencias clínicas en su enseñanza.

El caso es que en ese mismo año '63, en una de las lecciones de su seminario, Lacan sale al cruce de tanto malentendido diciendo: "Bueno. Está bien. Se anda diciendo eso. Voy a aclarar lo que quiero decir.

Planteemos el problema así: si uno de vuestros pacientes, a través de su análisis, análisis que puede haber dado ya como resultado un gran alivio sintomático, decide ingresar en alguna orden religiosa, ¿consideran esto un buen término de la cura?"

Hay una enorme picardía en ese modo de presentar el tema.

Observemos, por el momento, que responder daría lugar inmediatamente a un encendido debate sobre algo, me parece, bastante íntimo.

Aquí, como trato muchas veces de hacerlo en nuestros pagos, doy versiones más criollas de estas ideas de Lacan. No es un mérito. No me ha salido otra cosa en diez años que el intento de acriollar la enseñanza de Lacan. Si un paciente de ustedes, a través de su análisis, y habiendo obtenido sin duda un alivio sintomático, ingresa en el ejército o la policía, ¿lo consideran un resultado óptimo y que sanciona una cura?

Dicho así, nos resulta más vívido que esa cosa más lejana del ingreso posible a órdenes religiosas.

Cuando Lacan hace esa pregunta, no la hace para escandalizar ni para imponer su respuesta. (Aunque es posible que la tuviese.)

La hace, me parece, para hacer surgir esta conclusión, a saber, que no hay terreno más endeble, más sin salida, más ideológico, que el de enfrentar así, de sopetón, de modo directo, la cuestión del criterio de cura. De eso se trataba en la alusión a que la cura es una suerte de

beneficio secundario, algo tangencial, una añadidura. Se trataba de no encandilarse con ese objetivo de la cura, y de ponerlo a un costado.

Porque no estamos preparados para enfrentarlo. Sabemos que lo que para uno es una cura, para otro es una enfermedad, y que todo depende de los puntos de vista adoptados.

Mientras tanto, para Lacan se trataba de perseverar en la búsqueda de los fundamentos clínicos y teóricos de la verdad freudiana. Ponerse primero eso enfrente.

Para seguir esa perseverancia, me parece muy cierto que es necesario contar con ciertas puntuaciones indispensables para orientarse alrededor de aquello de que se trata. Tales puntuaciones son relativas, y nada impide que una nueva nos renueve las conclusiones. Pero no son arbitrarias, porque hay que usarlas para sacar a luz las contradicciones.

Comencemos con una. Podríamos decir que hay toda una primera parte de la obra de Lacan profundamente centrada en resolver y fundamentar el concepto freudiano de "deseo inconsciente". Digamos, incluso, que es lo primero que nos llegó de su enseñanza. Podemos situar acá el principio fundamental según el cual para sostener ese concepto de Freud era necesario postular que el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Que tal cosa no es posible si se piensa al inconsciente como una estructura energética, o de homeostasis, o instintiva. Había que renunciar a la terminología económica freudiana y revisar todas las formaciones del inconsciente para probar, una por una, que la estructura que está en juego es una estructura significativa. Había que formalizar los motores del proceso primario, condensación y desplazamiento, cosa que sabemos hizo Lacan con su modo muy especial de articular las nociones de metáfora y metonimia. Había que reformular y precisar la teoría del ideal del yo... etc. Pero, fundamentalmente, y para resumir brutalmente toda esa primera y ya cíclopea tarea, había que situar con precisión, teórica y clínicamente, las nociones freudianas de falo y castración.

Destaco esto último no por lo más obvio, el que sea un problema que está todo el tiempo en la obra de Freud y seguidores, sino por algo un poco más oculto. Lo destaco porque es el

resultado final a que llega Freud con su invento, con el método psicoanalítico. Observemos que ese final freudiano, desde el punto de vista de los objetivos terapéuticos, supone cierto desfallecimiento, si no un desengaño. La cosa termina, en "Análisis terminable e interminable", con la revelación del deseo del falo, lo que no va sin la correlativa revelación de la castración, y de la castración en tanto angustiante. Para el varón, tal final lo deja, como mínimo, con una fobia insuperable, pues su deseo del falo estará siempre acompañado de una amenaza.

Para ella, su deseo jamás se liberaría de un componente de envidia irreductible. Freud tironea sin salida respecto de ese tipo que llamó angustia de castración. No podemos decir que sea un problema del joven Freud. Me parece más bien que es algo que queda como una suerte de testamento respecto de a qué se puede aspirar por vía del análisis.

Lo que he llamado "toda una primera parte de la obra de Lacan", creo que tuvo por resultado demostrar que a nivel de la teoría del falo puede salirse de esa duda freudiana entre el análisis terminable e interminable. Francamente, el análisis es interminable.

La demostración de esto último requiere cierto tecnicismo propio de la teoría del significante, para lo que no hay tiempo hoy. Pero el argumento es fácilmente evocable. Si el analista opera con la palabra, es sobre la base de este principio bien verificado: que todo lo que se diga reenvía a una otra cosa aún no dicha. Así, el deseo es tal que en cuanto consigue articularse ya es mera expresión de un otro deseo. Siempre es posible por vía de las asociaciones verbales "sacar a luz", como se dice, lo reprimido, pero la operación con que se lo hace, por definición, vuelve a dejar un resto bajo la represión. Así, perseguir lo caído bajo la represión originaria a través de la llamada asociación libre es tarea interminable. No me extiendo más en esto. Más adelante podríamos retomarlo. Pero lo que quiero transmitirles es que, en mi opinión, hay una demostración muy precisa y formal de esto en Lacan.

De todos modos, el que ese análisis sea interminable no quiere decir que sea gratuito o sin consecuencias.

Durante su transcurso pasan cosas. Por ejemplo, puede producirse el levantamiento de síntomas vividos por el sujeto muy dolorosamente. (Aunque no podemos hacer de esto ley general, porque a veces el resultado es que se agrava.) Lo que no podríamos creer es que el análisis lleve a la extinción definitiva del síntoma en cuanto tal. Un corolario de la demostración a que aludí es que el síntoma y las formaciones del inconsciente prosiguen. Podríamos llamar cura a la sustitución de síntomas que el paciente vive dolorosamente por otros que vive más ligeramente. Pero sería una ficción sostener como término de un análisis el acceso a una posición asintomática.

Sigamos con otra puntuación. Hay una "segunda parte de la obra de Lacan" que es cualquiera en la que ustedes encuentren que él empieza a sugerir, a insinuar, a mostrar, a discutir, a explicitar por lo menos dos cosas:

- 1) la posibilidad clínica de obtener un verdadero fin de análisis, resolviendo, por tanto, el *impasse* freudiano antes mencionado
- 2) la necesidad de reconsiderar toda la teoría y la práctica analítica a la luz de una noción por él forjada (no está en Freud) y que llamó "objeto *a*".

Este objeto *a* es muy famoso en la difusión del lacanismo, pero es difícil dar pie en cuanto a su implementación clínica. Lo seguro es que alrededor de él Lacan teje la trama de un final de análisis propiamente dicho.

Por alguna razón, fue un tema que tardó mucho tiempo en ser detectado como tal. Algunos seguidores de Lacan, cercanos y de mucho tiempo, jamás lo mencionaron. Hay que decir que para nuestro contexto porteño fue necesario una intervención de Jacques-Alain Miller, en el año 1980, en Caracas, para que el tema se fijara como tal. Me parece que el espíritu de ese trabajo, en el año '80, era algo así como decir:

"Señores, les digo y les demuestro que hay esto en la enseñanza de Lacan (iel cual estaba presente!).

Puede que no sepamos las consecuencias que acarrea pero no podemos seguir ocultando que el tema está ahí. Está, y grande como una casa”.

En efecto, es explícito que Lacan ha tratado de transmitir una prolongación de Freud. Una salida al atolladero del análisis terminable e interminable. Pero, contrariamente a lo que supone la gozosa tozudez de cierto lacanismo, esa salida no se ubica por vía de la pura teoría del significante. Es relativa, en cambio, a la noción de objeto *a*.

Esa noción había sido introducida inicialmente para designar al objeto del deseo. Podríamos decir que de algún modo estaba incluida en el concepto de castración de Freud, pues si se dice que el deseo es deseo del falo, es necesario aclarar inmediatamente que ese deseo no es estrictamente el deseo del falo, sino de lo que el falo representa y que es algo que falta.

Esto es lo que condena al deseo, en este estatuto, a una marca de ilusión. Pero una marca de ilusión que no es la de los deseos que solemos ubicar como preconscious. Se trata de una marca de ilusión del deseo inconsciente propiamente dicho. En general uno piensa, desde el psicoanálisis, que todo podrá ser más o menos engañoso, pero que encontraremos alguna certeza en el deseo inconsciente. Siguiendo a Lacan, me parece que hay que estar dispuesto a relativizar un poco esa idea. Por ejemplo, siguiendo la segunda puntuación que les mencioné, uno no puede saltar párrafos de su enseñanza donde vocifera que la ilusión del deseo humano como infinito no es más que eso, un efecto que deriva de la ficción que introduce el significante. Y que contrariamente a esa ilusión, el deseo es bien finito. El deseo parece infinito cuando su objeto, ese objeto faltante, ese objeto *a*, funciona como objeto objetivo a alcanzar. (Teoría del deseo alegorizable con la imagen del burro tras la zanahoria.) Tal es el deseo que Lacan llama metonímico. Es un deseo que grita “otra cosa” no importa lo que ustedes le arrojen al buche. Hay una expresión, como un cliché lacaniano, que representa la exaltación de ese tipo de deseo. Es la expresión “relanzar el deseo” con la que se definía el quehacer del analista. ¿Por qué no pensar que eso no lleva más lejos que al homenaje perpetuo de la insatisfacción histórica? Muy distinta me parece la expresión de Lacan “rescatar el deseo”, operación respecto de la cual ninguna duda cabe en cuanto a que esa maquinaria del deseo interminable es un hueso duro de roer.

Tampoco se puede ignorar, siguiendo esa segunda puntuación, que Lacan afirma, desde cierto punto de vista, que ese deseo interminable inconsciente es defensivo.

¡Qué viraje! Observemos que si uno se queda exclusivamente a nivel de la primera puntuación, más bien el deseo termina siendo una especie de gloria maravillosa. Todos atrás del deseo. Hay que volver a Freud al deseo, al deseo y al deseo. Es mucho esto, y no estamos negando los efectos de esa primera puntuación.

Porque es muy cierto que muchas corrientes psicoanalíticas tan vigentes entonces como ahora ya habían desestimado ese proyecto freudiano y conducen la cura con criterios que ya no ponen en juego la cuestión del deseo. Cumple su función, entonces, retornar a que no hay psicoanálisis sino del deseo. Pero no podemos eternizarnos en los beneficios de ese primer logro. Porque en Lacan, una vez ahí, la cosa recién empieza. Empieza con ese viraje. Decir que, desde cierto punto de vista, el deseo inconsciente es defensivo, y que él es el que impide el fin de análisis. Se comienza a explorar entonces cómo tras la supuesta infinitud del deseo, el sujeto, sin saberlo, tiene una relación fija con el objeto de su deseo.

El problema de ese viraje es que se va produciendo por el análisis de muchas cosas, digamos, en el estilo del una por una. Pero puedo dejarles una fórmula que a mí me orientó. No se trata de una modificación de la noción de objeto *a*, ya presente en Lacan como designación del objeto del deseo. Se trata de analizar ese objeto ya no como objeto objetivo, objeto puesto adelante, objeto tras el cual el sujeto corre interminablemente, sino de analizarlo como causa del deseo. Es aquí, en este último punto y en ningún otro, donde ubica la dificultad mayor para la obtención del fin de análisis. Porque demuestra cómo toda emergencia del deseo como causa hace surgir inmediatamente la angustia (esa misma en la que Freud había hecho su alto). Y lo más extraordinario es que Lacan demuestra que el sujeto se defiende de la angustia que le suscita el deseo-causa muy precisamente con el deseo mismo, pero con el deseo-objetivo, es decir, con la fantasía. Es por esta ubicación especial de la fantasía que su concepto fantasma es crucial en la enseñanza de Lacan. Y justifica la importancia dada por J.-A. Miller al hecho de distinguirlo del concepto de síntoma y al de extraer las consecuencias de esa distinción. Esas

consecuencias dan respuesta al tema que se han planteado. Si los objetivos terapéuticos y los criterios de cura se plantean en torno al síntoma, entonces girará alrededor del alivio. Pero el análisis permanecerá como interminable. No hay salida de la neurosis. El deseo continuará bajo su forma de insatisfacción histérica o de imposibilidad obsesiva. Que el resultado final sea una neurosis más benigna o más severa dependerá del punto de vista en que se coloquen. Es decir, dependerá de con qué ideales se hayan identificado. Otra cosa muy distinta es plantear el tema, siguiendo a Lacan, en torno a la fantasía o fantasma.

Aquí, lo que a uno debería ir de a poco interesándolo es: ¿cómo Lacan consiguió psicoanalizar la fantasía?

Sabemos que es por esa vía que introduce su criterio de fin de análisis. Y sabemos que no lo consiguió recurriendo a lo que entendemos por interpretación, en el sentido de la intervención analítica que mostró su eficacia respecto del síntoma. En efecto, en Lacan la fantasía no es tratada como en el kleinismo, donde se le interpreta como si fuese un síntoma. En esta última corriente se reemplazan los términos de la fantasía por otros según la mecánica de las leyes asociativas, a las que se concibe, por lo demás, y generalmente, al modo de la analogía y la contigüidad realista. No es éste el camino propuesto por Lacan, y por eso acá hay que estudiar otro cambio de acento propio de su enseñanza: el que va de la noción de interpretación a la noción de acto analítico. En mi opinión, hay que orientarse respecto de esto último (que no está en Freud), sin perder nunca de vista su articulación con la cuestión de la dificultad específica que presenta para el análisis el psicoanálisis de la fantasía (lo que sí está en Freud).

Las fantasías, como todo el mundo sabe, son múltiples y se sustituyen unas a otras. Organizadas fálicamente, el verdadero objeto con el que animan al deseo no está en ellas, y por eso se renuevan incesantemente. Dando un vistazo a la cultura, se ve que es un mecanismo insistente. Pensemos en la publicidad. Sin duda esa renovación defiende de la angustia, pero la clínica de la fantasía en Lacan pareciera estar destinada a no ceder en ese punto. Contrariamente al objetivo de permitir al paciente una renovación de fantasías que lo conduzca a su bienestar, se trata en Lacan de obtener el nudo de las mismas. Un nudo que se repite en



todas ellas por distintas que parezcan desde el punto de vista de su libreto, y por diferente que sea el malestar o el bienestar que producen en una u otra de sus versiones.

Todo parece indicar que lo que Lacan muestra, es que cada sujeto se ha defendido de una angustia primordial (ante la cuestión del deseo) taponando ese punto con un nudo fantasmático fundamental. Ese nudo está tan realmente determinado que no puede decirse que sea posible disolverlo. Pero Lacan habló de un fenómeno clínico que sería su *atravesamiento*. Y con esa noción nombró su criterio de fin de análisis.

No hay otro, y por eso, me parece, la respuesta a ¿cuál es? se vuelve, para el analista en el sentido de Lacan, el objetivo de la cura. Pero no se puede decir que ese objetivo tenga que ver con un alivio. No se trata de obtener un bienestar. Y el que alguien atraviese su fantasma fundamental no es valorable desde ningún sistema de ideales del yo.

No obstante, y porque toda enseñanza tiene su retórica, uno encuentra aquí o allá pequeños anzuelos referidos a los efectos que determina para el sujeto el haber terminado de ese modo un análisis. Como es algo que colocamos *adelante*, creemos que se trata de un nuevo ideal, y que lograrlo debe ser maravilloso.

Esto sólo indica que aún no se ha pagado el precio.

De tales efectos no hay ninguna clasificación o tipología. Más bien se irán conociendo por vía testimonial y de a uno en uno.

Aparentemente habría una caducidad del sostén narcisístico derivada de una caducidad de la relación del sujeto con el ideal del yo. Es lo que haría del que obtenga ese final de análisis alguien un poco a contrapelo de toda sociedad. Por lo mismo, se trataría del acceso a una posición ética que nos es sumamente enigmática, porque no es ninguna de las que se pueden derivar del sistema de los ideales.

Podríamos decir, siempre esquemáticamente, que el sujeto estaría en una posición sin moral pero con una ética. No es fácil de entender, porque esa ética no tendría otra garantía que la certeza solitaria del que la sostiene.

También podríamos mencionar el desprendimiento de la pasión amor-odio, la que ya no interesa sino en el punto en que se disuelve en lo real, la caída de la polaridad éxito/fracaso; el fin de la esperanza común; el desapego respecto del temor a la muerte; la eventual ubicación de la belleza en el entre-dos-muertes...

¡Qué querrá decir todo esto! Pero observemos que vuelve interesante interesarse, por ejemplo en ciertos modos de decir de un Borges.

¿Y la posibilidad de franquear lo que ya estaba, el paso por entre la antinomia entre el deseo y el goce?

Una de las indicaciones más intrigantes sobre los efectos del fin de análisis hecha por Lacan es la que alude a la obtención de una posición enteramente nueva respecto de la pulsión. Se conoce la pulsión por la clínica de la neurosis. Es lo que Lacan teoriza, a nivel de lo que llamamos primera puntuación, con el materna \$ 0 D (s barrada rombo D). Pero esa fórmula articula la pulsión en el neurótico y no es el todo de lo que Lacan dice al respecto. Por eso es posible que el fin del análisis también tenga que ver con el acceso a una sublimación real. He escuchado a J.-A. Miller agregar ese término de real al término sublimación. Me lo explico en parte por lo siguiente: la sublimación es un destino de la pulsión que permanece en y desde Freud en suspenso. Pero se creyó que ese destino tenía que ver con la realización de valores socialmente útiles, o sea, los que imponen los ideales. Hubo siempre lo que podríamos llamar ideal de sublimación.

Pero cumplir un ideal de sublimación no es sin represión. Por eso de lo que se trata luego del fin de análisis es de otra cosa. De la sublimación propiamente dicha. De la sublimación real, a la que el neurótico no tiene acceso. De la realización de la pulsión sin represión. ¡Qué promesa!

Temas freudianos, prolongados. Veremos qué pasa a medida que se efectivicen los comentarios teórico-clínicos de la enseñanza de Lacan.

Dejo aquí y hablemos un rato sobre lo que les haya sugerido esta charla.

**C. Merea:** Vamos a empezar entonces con las intervenciones.

**Intervención:** Yo quería pedirte si nos podés aclarar, hablaste del acto analítico, que atravesar la fantasía era algo distinto de la interpretación.

¿Se puede ejemplificar técnicamente cómo sería?, porque no puedo imaginarme en esa distinción a la que te referís.

**J. C. Indart:** Sí. La pregunta es clarísima pero no podría responderla.

Hay un seminario de Lacan, cercano a una suerte de cierre de lo que llamé primera puntuación, que se llama "El deseo y su interpretación". Muchos años después tenemos otro seminario que se llama "El acto analítico".

Por supuesto, hay en esto un problema constante (que el psicoanalista conoce bien), y que es el problema de las palabras. A veces uno consigue cambiarle a una palabra un significado que se ha cristalizado en ella.

Por ejemplo, hay términos que Lacan mantuvo, consiguiendo, luego de un enorme esfuerzo crítico-conceptual, variar para sus seguidores su empleo y su definición. Pero a veces las palabras son más fuertes.

Nadie es Humpty Dumpty para ordenarle a las palabras que quieran decir lo que uno quiere que quieran decir.

Pareciera que algo así ocurrió, en cierto modo, con el término "interpretación". De entrada Lacan lo manejó ya muy a contrapelo. Es explícito en él que la interpretación analítica no es nada de lo que quiere decir la interpretación en general. Pero esto ya es pedirle más a la

palabra que lo que la pobrecita puede dar. Porque arrastra dos mil años de precipitar el mismo significado: dar sentido a un enigma. De todos modos, creo que Lacan trabajó mucho el término "interpretación" para llevarlo a querer decir otra cosa.

Pronto podrán leer al respecto un trabajo de Colette Soler.

Por eso, me es sugerente que, de pronto, Lacan empiece a insistir con otra noción, y que es esa noción de "acto". No porque esta última no tenga su historia, pero es nueva en psicoanálisis. Por supuesto que, cuando uno se va interesando en los temas de la "segunda parte de la obra de Lacan", descubre que, entre líneas, estaban en la primera. En el Seminario 1, con la expresión "palabra plena", ya definía a la interpretación como "palabra que hace acto". Ahora bien, decir "palabra que hace acto" y poner los dos dedos en el enchufe es lo mismo. Es un cortocircuito teórico juntar eso.

Habrá que perseverar. Es un gran problema saber qué es el acto analítico.

**Intervención:** Una pregunta. Hay algo que yo no entiendo (se divulga popularmente, yo no conozco mucho el tema), que es la interrupción de una sesión analítica cuando el terapeuta lacaniano supone que se terminan las asociaciones (es lo que yo tengo entendido), donde no hay un tiempo predeterminado en la duración de la sesión. ¿Esto puede tener algo que ver con lo que llamas acto analítico, o es algo absolutamente separado? Según yo entiendo, acto es actuar algo, algo que no se hace con palabras sino con una acción.

**J. C. Indart:** Pululan los malentendidos en todo eso, y creo que hay que tratar de aclararlos urgentemente.

Trataba de decir que más allá de las palabras "interpretación" y "acto" hay un debate teórico. Lo que está en juego es algo conceptual de posibles consecuencias decisivas para la práctica. No se trata de una división empírica, en el sentido de que lo que se haga con palabras es interpretación y lo que se haga con motricidad es acto. Esa distinción fenoménica no se sostiene cualquiera sea el término que elijan. Porque sabemos que se puede considerar "interpretación" (si deciden centrarse en ese término) a silencios o gestos, o decisiones o en

general cosas que intuimos como acciones. Inversamente, si nos centramos y venimos de la noción de "acto analítico", lo que fenoménicamente llamarías "interpretación", porque ha sido un hecho de palabra, puede ser considerado un acto. Entonces, hay mucha confusión en todo esto. No se trata de una suerte de agregado lacaniano por el cual el analista, además de interpretar, puede realizar una serie de maniobras más o menos insólitas tales como echar a un paciente, interrumpirle la sesión, dar una vuelta carnero en el consultorio. No sé, cosas que se creen son actos por una pura consideración fenoménica.

No es de eso de lo que se trata.

El tema es arduo. Este tema con el que ustedes cierran este ciclo, no es un tema en el que pueda ubicarse a Lacan como una escuela dentro de otras. Una escuela plantea los objetivos terapéuticos de esta manera, esta otra de este otro modo, aquella así o asá, y veamos cómo los plantea "la escuela de Lacan".

Mi planteo es otro. Lo de Lacan, o es un delirio, o es una revolución más que copernicana. Trato simplemente de ponerme a la altura de la tremenda del asunto, y no vamos a resolverlo en veinte minutos. Puede que se trate de un francés más o menos delirante. Porque decir que dio un paso más allá del tope freudiano de la angustia de castración... Hay que medir lo que son esas palabras... la audacia de esas palabras... Y hay que demostrarlo. Pero si se demuestra, me parece que estamos ante un corte no sólo en la historia del psicoanálisis... Momento crucial respecto del cual la inquietud acerca de los objetos terapéuticos debe resignar su menudencia.

**Intervención:** Y esto del acto, ¿no tiene que ver con lo de efecto?

**J. C. Indart:** ¿En qué sentido?

**Intervención:** Palabra que hace acto, efecto de; digamos, los efectos que mencionabas, se podría considerar que un análisis está terminado, teniendo en cuenta los efectos.

**J. C. Indart:** Bueno, pero un efecto muy especial, no cualquier efecto. Un único efecto que Lacan llama "atravesamiento" de la fantasía fundamental.

**C. Merea:** Varias preguntas sobre ¿qué es eso?

**J. C. Indart:** Tienen un texto que igualmente los va a dejar con hambre, pero es lo mejor que conozco en cuanto a la exposición, paulatina, de este tema. Es un seminario que dictó Jacques-Alain Miller y que se llama "Síntoma y fantasma". Por lo menos uno saca de ahí una especie de temario y bibliografía, desde Freud hasta Lacan, sobre el tema. Tema que requiere una demostración larga. Pero la gran cuestión está en cómo poder demostrar que la fantasía no se mueve con la misma lógica que el síntoma. De algún modo la comunidad analítica heredó, en el mejor de los casos, la lógica interpretativa correspondiente al síntoma. Pero la demostración de Lacan es que las fantasías son completamente opacas e impermeables a esa lógica interpretativa.

**Intervención:** Sí, al principio de tu exposición mencionaste algo de repensar o reformular la noción de ideales o ideal del yo, quería preguntarte si esto a lo que te referías está en relación con lo que casi al final de tu exposición hablaste acerca de la diferencia entre lo moral y lo ético o la sublimación, o si hay alguna cosa más alrededor de eso.

**J. C. Indart:** Es claro que uno se encuentra con esas cuestiones en la obra de Lacan.

Volvamos al ejemplo que les conté al principio, el de si dan por lograda una cura si se resuelve con la asumida y feliz entrada del paciente a una orden religiosa. Un debate sobre esto sería muy inquietante.

Alguno podría ser tan audaz como para decir que si un paciente continua siendo religioso persistirá el rechazo de la castración y no habrá terminado su análisis. Tiene que ser muy audaz y hasta indiscreto, porque si dice eso no se va a llevar bien con ideales muy bien establecidos en la sociedad. Creo más bien que los analistas han sido cautelosos al respecto. Lo han sido desde Freud, porque no es cosa de introducir al psicoanálisis en el debate doctrinario sobre el teísmo o el ateísmo, ni de un lado ni del otro. Pero ¿qué quiere decir ni de un lado ni del otro? ¿Qué lugar es éste? Tampoco es cuestión de que esa cautela tome la vertiente de Pilatos: "yo me lavo las manos, si estaba inscripto en el deseo del paciente...". Respuesta habitual. Pero... ¿el deseo del analista no está en juego para nada? Aquí limitamos el valor del ejemplo a la obtención de esta conclusión: el riesgo constante en la discusión de los criterios de cura es no

poder salir de la cuestión de los ideales. Participo diariamente en debates sobre los objetivos terapéuticos y lo he discutido ininidad de veces. No se llega más lejos que a las divergencias existentes en los analistas respecto de sus ideales del yo. Por eso, a la luz de esa expectativa, diría que efectivamente en ese nivel no hay respuesta en Lacan. En cambio, en su onceavo seminario es explícito en cuanto a estos dos puntos:

- 1) que el deseo del analista no puede sustraerse de lo que está en juego
- 2) que el fin del análisis tiene que ver con la obtención, por parte del analizante, de una separación absoluta entre el objeto-causa de su deseo y su ideal del yo.

Se trata, pues, de un desplazamiento radical del tema que los ocupa. Avanzar en su entendimiento nos irá haciendo ponderar las consecuencias. Esa separación absoluta no debe ser fácil de obtener, porque el ideal del yo es una instancia sólidamente agarrada a la estructura. (Es en la que Freud veía el resultado del Edipo.) Pero si se la obtiene, se trata de un resultado que por definición no es evaluable ni como bueno ni como malo, pues para esto último se requieren ideales. Desde estos últimos, dentro de 500 o 1000 años, la gente dirá del psicoanálisis (tal vez extinguido), y si la gente perdura y se le da por reflexionar este tema, que fue una de las lacras de la pequeña burguesía del siglo XX contable entre las más nefastas que se conozcan; o podrá decir que fue la apertura gloriosa del saber del inconsciente capaz de proyectar al ser humano en la socialista síntesis final de la dialéctica de no sé qué... Para unos un mal, para otros un bien. Hay una razón para esta fábula. Podemos agregar al ingreso a la orden religiosa y al ingreso al ejército el ingreso al PC, ¿no?

Tal vez la cuestión se podría plantear como la posibilidad de que el sujeto acceda a la certidumbre de su goce. Al menos, dicho así, se confirma que se trata de algo que nada tiene que ver con los ideales, pues el goce está más allá de ellos por la misma razón que está más allá del principio de placer. También se podría decir que se trata, en el fin del análisis, del rescate, por parte del sujeto, de su deseo, liberándolo de su relación con la demanda del Otro. Tiene que ver con la obtención de una certeza.

Hay una frase de Lacan que dice: "Yo le entregué mi vida al psicoanálisis". Esa expresión es un horror.

¿Ustedes están dispuestos a eso? Porque habría que preguntar, ¿cuál es el precio a pagar?

Por eso la evocación de todos estos temas bien puede caer en la vertiente del deseo como interminable. Es fácil darse cuenta de que relacionarse con la enseñanza de Lacan histerifica. Sabemos desde Freud que eso es lo que abre la posibilidad de un análisis, y también es así en un análisis... de la obra de Lacan. Se llega a estar pendiente de no sé qué cosa que hay en su enseñanza que no está en una página sino tal vez en la siguiente, no, en la siguiente, etc. Hay algunos que ya no leen a Lacan de esa manera, ipero los van a contar con los dedos de la mano! Entonces, hablar del fin de análisis hace que el tema se convierta en un objeto para nuestro deseo en el sentido de objetivo, de objeto faltante. Y es también por eso que al respecto siempre alguno piensa: "Se habla de un más allá de los ideales y con eso no hacen más que introducir un nuevo tipo de ideal". A mí, por esta chicana no se me mueve un pelo. Busquen ustedes la respuesta. Por lo demás, para Lacan no hay esperanza común, de modo que no podemos hacer del fin de análisis no sé qué gloria universal de todos los psicoanalistas. Se trata de algo particular. Lacan fue cauteloso en este punto. Sugirió algunas cosas y dijo: "Los que pasen por eso que den su testimonio". Ahora bien, que ese particular llegue a hacer colección, ya está más allá de mis entendederas. Cortas.

**Intervención:** No, simplemente, hablabas de certeza, certeza del goce, hablaste de sublimación real y de final verdadero. ¿Hay algún concepto de verdad en la obra de Lacan? Porque tanto énfasis en lo de certeza, verdad, ¿qué es un final verdadero de análisis? O sublimación real, como si hubiese alguna otra engañosa, digamos. Concretamente, ¿con qué concepto de verdad se maneja?

**J. C. Indart:** La cuestión de la verdad es una de las claramente afectadas por las dos puntuaciones a que hice referencia antes. Desde el punto de vista de la primera, "verdad" es uno de los nombres que se puede poner al objeto del deseo en el sentido interminable. La verdad como mujer, la coqueta casquivana, inalcanzable. No es posible recubrirla plenamente con un saber, ella siempre se escapa en un punto, y en la tarea de perseguirla hay para rato. Por eso, desde la segunda puntuación, uno encuentra los momentos en que Lacan se empieza a pudrir de toda esa historia y empieza a hablar pestes de esa verdad.



Justamente porque por ahí no hay salida. Entonces se puede encontrar que es el término "real" el que prevalece, o, lo que es lo mismo, el tratar a la verdad como lo hace la lógica. Todo esto hay que matizarlo y articularlo con delicadeza porque es un tema difícil y lleno de trampas.

En cuanto a lo de certeza, es algo que me permite fabricar este argumento que me parece transmisible, aunque extraerle sus consecuencias ya sea otra cosa. Es realmente útil (al menos para el argumento) poner de un lado la verdad, el deseo metonímico, interminable, la indeterminación, la insatisfacción. Y del otro, lo real, la pulsión, la certeza, el goce. Entonces, si partimos de la idea de que el deseo, en última instancia, anda a la búsqueda de un goce, puede demostrarse que el resultado será siempre la no certeza.

En efecto, como la maquinaria del deseo inconsciente es "algo falta, a otra cosa, algo falta, a otra cosa, algo falta, a otra cosa..." introducirá un poco de vinagre en cualquier goce obtenible y cualquiera sea el modo vanidoso con que intentemos engañar al respecto al otro si no a nosotros mismos. Porque el vinagre del goce es la falta de certeza. Vemos en nuestra cultura el increíble predominio de la búsqueda del goce por la vía del deseo metonímico. Por eso al goce se lo imagina cuantificable y se cree que para obtener más hay que aumentar la medida. Sabemos que la verdad a los gritos de todo esto es la insatisfacción. Y que no estamos acá en presencia de una contradicción dialectizable, sino más bien de una antinomia atroz.

Pero si hay un pasaje, porque ya estaba allí, ¿qué tiene de raro decir que toda perspectiva de obtener una certeza en el goce tiene que ir obligatoriamente, en la estructura, acompañada de un proceso de desapego del sujeto respecto de su deseo inconsciente?

**Intervención:** Cuando te referiste a que trata de colocar en el objeto *a*, en el objeto faltante como causa del deseo y no como objeto, como meta, ¿es para revertir esa situación en función del goce y el deseo?

**J. C. Indart:** Sí, sí. Todo parece ser consecuencia de esa experiencia. De una experiencia por la cual el objeto del deseo como falta, funcionando como lo que Lacan llama *j*, se presenta propiamente como *a*, es decir, como causa del deseo. Pero a su vez, todo indica que se trata de

algo difícil, porque ese deseo inconsciente interminable es el mejor truco dado al ser humano para zafarse de la angustia. Por poco que lo mantengan me van a decir: "¡No le voy a entregar mi vida al psicoanálisis! ¡No nos tomemos la cosa tan en serio!; bastante con algunas horas por día, pero ¿toda mi vida!?". De sólo pensarlo ya "da cosa", como decía el Chavo para referirse a la angustia. Preservemos una falta que nos permita eventualmente tener otro tipo de fantasías y otros caminos del deseo. Bien, entonces se los planteo así. Basta con que dejen de ver televisión, ir al cine, leer novelas y tomarse vacaciones. Porque, en caso contrario, ¿de dónde van a sacar tiempo real para el trabajo que supone fabricar una respuesta para la pregunta inmensa que hoy se hacen?

**C. Merea:** Yo tengo para hacer un par de preguntas si no hay otros. Bueno, un par de preguntas es una manera de reducir drásticamente las dos mil preguntas, incluso discusiones que naturalmente se me han ocurrido en relación con la exposición de Indart.

Pero quisiera centrarme de este modo, me parece que son dos preguntas epistemológicas diría. La primera iría intrínsecamente a un concepto, el de atravesamiento de la fantasía, ¿cuál sería la dificultad epistemológica para desarrollar ese concepto? Esto teniendo en cuenta que, por otra parte, tanto el término "atravesamiento" como el de "fantasía" tienen algún registro en cada uno de nosotros, y que por lo tanto todos podemos tener alguna impresión acerca de lo que es el atravesamiento de la fantasía, aunque no signifique que estemos acertando con el sentido que Lacan le da; pero de cualquier modo sería: ¿cuál es la dificultad epistemológica intrínseca para hablar de ese concepto?

Y la segunda pregunta, y creo que también es epistemológica: ¿no habría una relación bastante fundamental entre esa situación de sin salida (que según vos se presenta en Freud en "Análisis terminable e interminable") y el sin salida de los requisitos que planteaste al final como requisitos de la cura, referentes a la caída del ideal, al cambio de posición con la pulsión, a la sublimación real, a la posición ética? Es decir, esta situación, ¿no tiene una cierta ambigüedad fundamental que es equiparable epistemológicamente a la ambigüedad fundamental del sin salida que vos veas en el artículo "Análisis terminable e interminable" de Freud?

**J. C. Indart:** Sí, creo que tienen un punto común las dos preguntas. Tomemos lo "epistemológico" en el sentido de la propiedad de la ciencia en cuanto a su transmisión. En ese sentido, efectivamente, la dificultad del tema del fin de análisis es que no tiene transmisión científica. No existe una fórmula (al menos aún) que garantice su transmisión como demostración.

Pese a eso, Lacan (para que vean hasta dónde extremó su cuestión) diseñó un dispositivo para que una persona que haya hecho esa experiencia de fin de análisis (profundamente marcada por lo intransmisible) pudiese sin embargo transmitirla. Para él, el tema era decisivo, porque esto es lo que podría introducir una nueva relación de los psicoanalistas entre sí, en la comunidad analítica. Llamó a ese nuevo dispositivo "el pase", y, según parece, hubo algunas experiencias que habrían dado en la tecla respecto de lo que Lacan pretendía, pero digamos que globalmente fue un desastre. Así que es una experiencia que está un poco resguardada en este momento.

Tomar su aspecto puramente formal, burocrático, justamente porque es imposible enfrentar el problema del *pase*, si antes no hay, paulatinamente, una clínica de fin de análisis. El pase es relativo al problema del fin de análisis. No puede articularse si no hay casos de fin de análisis.

De todos modos, hay una sugerencia de Lacan que, por provisoria que sea, me permite introducir un tipo de media respuesta al planteo que usted hacía. Se podría decir que esa transmisión comparte en algo la estructura del chiste. Es muy cierto que el chiste requiere "estar en la parroquia". Expresión muy compleja.

Pero es un dato seguro que para que el chiste se transmita, el otro ya tiene que estar en cierto modo en algo, nada fácil de definir, pero que se verifica. Así, la transmisión de la experiencia de fin de análisis requiere un otro que este en la parroquia, porque si no está en la parroquia no entiende nada o mal entiende todo. Pero aun con alguien que esté en la parroquia, es muy singular la transmisión del chiste, porque no es una transmisión epistemológica. La respuesta de risa del otro indica que algo pasó, que uno ha utilizado un pequeño discurso, ha contado una pequeña historia y no sé qué "x" de esa pequeña historia resuena en el otro en la más perfecta transmisión, desde cierto punto de vista. Nada es más cierto en el fondo, tan cierto como la transmisión de la ciencia pero no por vía de fórmulas y sin embargo indecible; porque si

quisieran ponerse de acuerdo en qué es lo que han compartido al reírse juntos de un chiste, las divergencias serían extraordinarias.

Bueno, respecto del pase Lacan sugirió esa idea: tenía que concebirse sobre la base del modelo del chiste.

Pero es un problema muy arduo, ¿por qué vías pensar una transmisión que se presenta a todas luces como intransmisible? Quede claro, de todos modos, en este punto, que Lacan no forzó jamás el lugar del discurso analítico en relación con la ciencia: el discurso analítico tiene una articulación con la ciencia, pero *no es* el discurso científico. Esto me parece que cubre un poco lo que era la segunda cuestión.

Creo que las dificultades sobre la transmisión no anulan para nada, lógicamente, que la experiencia sea posible. Hay que trabajar muchos textos, en muchas líneas. Lacan estudió para esto no sólo el antecedente occidental (es un problema ya planteado por Sócrates: cómo se transmite algo que no es exactamente *episteme*, pero que tampoco es la *doxa* vulgar), sino que sacó muchos datos también de doctrinas orientales (del taoísmo especialmente). Hay un librito muy lindo, publicado en castellano, sobre dos pensadores taoístas: Lao-Tse y Chuan-zu. Hay ahí páginas referidas al encuentro de personas que se supone han llegado a la certeza taoísta. Cuando se reúnen, cada cual cuenta una pequeña historia, y lo que se nos dice es que el otro se ríe, se ríen todos. Y que a partir de allí fueron amigos, pero en el sentido taoísta, es decir que son amigos pero no son amigos. Así que la cosa tiene antecedentes que deben interesar al psicoanalista. Si es cierto que esa transmisión no tiene la garantía propia de un algoritmo, resulta el punto de la impostura posible. Es cierto tanto en París como en Buenos Aires. Se trata de un fraude que introducirá angustia, si no en los que lo cometen, fatalmente en sus descendientes.

**C. Merea:** Tal vez la pregunta que te iba a hacer tiene que ver con eso, sería: ¿qué papel tiene en toda esa conceptualización la experiencia clínica de muchos fines de análisis?

**J. C. Indart:** ¿Cuáles?

**C. Merea:** Los fines de análisis que un terapeuta puede tener, no sólo el propio sino los de sus pacientes.

**J. C. Indart:** Son terminaciones de tratamientos. Hay solamente cuestión, si se retoma una vocación freudiana. Freud sugirió que tal vez podría haber, como en el ajedrez, un tratado del final. Eso exige no terminar los análisis sino hacer una clínica del fin de análisis.

Lo poco que sé al respecto lo debo a los trabajos de Eric Laurent. Y son pocos los analistas que hayan dicho, a través de su experiencia, qué entienden por un verdadero fin de análisis. Lacan se interesó por Balint, quien dijo algo, y se interesó por la teoría de Melanie Klein, donde se plantea en términos de duelo y separación del objeto. Pero discutió y criticó esos planteos.

Las mejores descripciones plantean un problema de despedida que es cómico. Después de haber explorado tanto el inconsciente, llegar a una despedida que plantea las mismas problemáticas de amor, desilusión, desengaño, que las despedidas de cualquiera. Una neurosis de transferencia purísima e intacta.

Está toda esa historia de Guntrip y sus analistas, toda esa historia de Ferenczi con Freud. Todo el mundo sabe que hay un problema transferencial; se dice "liquidar la transferencia", pero nadie le encontró la vuelta.

También se podría decir, entonces, que el problema en Lacan es cómo sacarse de encima al analista. Pero tratando de darle a esa expresión su peso más hondo. Se sabe que no es por decirle "Suficiente, gracias por los servicios prestados" que un sujeto liquida realmente la transferencia. Se lo puede ver poco tiempo después consultando el horóscopo, porque se sigue planteando cosas acerca de su destino. Así que en ese sentido diría: "Bueno, ha habido finales de tratamiento". Los finales de tratamiento se pueden hacer de muchas maneras.

En Lacan tampoco el fin de análisis es un objetivo que el analista pueda asumir con el empeñamiento de un tirano, porque un fin de análisis, en el sentido de Lacan, es un milagro que depende no sólo del deseo del analista, sino del deseo del paciente, y no todos los tratamientos son susceptibles de llegar a ese punto.

Winnicott, en el caso Piggle, o sea no un principiante, sino un psicoanalista con una gran pasión por el psicoanálisis, emplea el sistema: "Fue a conciencia pura que perdí tu amor, nada más que por salvarte". Es decir, hace adrede algo a su paciente para que su paciente lo odie, porque él piensa que por el odio va a tener una chance de separación, en la terminación del tratamiento, mejor que si sigue con el amor de transferencia. Son cosas que hay que preguntárselas porque son sintomáticas. No es un cualquiera el que llega a eso.

Para Lacan una solución así es discutible. A la luz de la teoría del narcisismo es difícil demostrar que de ese modo haya una separación real. Pero si a Winnicott se le ocurrió eso, es porque llegó hasta ahí. Están los tratamientos analíticos más "sencillos". Los más "sencillos" son aquellos en que no hubo mucho análisis. La transferencia fue siempre cosa sin mayor intensidad y los termina la vida de a poco, y el paso del tiempo.

Esa es la paradoja, que si ha habido un proceso real analítico y el analizante ha profundizado mucho su análisis, más difícil se vuelve resolver analíticamente su final. Son temas a estudiar.

**Intervención:** Decías recién: "¿Cómo se saca de encima al analista?". A lo mejor uno no necesita sacarse de encima al analista, o el paciente no necesita sacarse de encima al analista. Quizás uno se podría plantear todo esto a partir de llevarse encima al analista, y estoy hablando concretamente del acto de identificación. La pregunta sería: ¿tiene algo que ver el acto analítico con la incorporación del acto analítico, con la incorporación de un proceso que no ha hecho con la figura del analista y que después uno lo puede seguir haciendo?, ¿tiene algo que ver todo esto con lo que propone Lacan?

**J. C. Indart:** Es el tema que Lacan criticó y desmenuzó. Sus conclusiones lo llevan a estar en contra de la teoría de la introyección de la figura del analista como criterio de fin de análisis. En Lacan, creo que el analista que ha logrado su fin de análisis es un solitario. Es difícil sostener esa solución por introyección, psicoanalíticamente. Todo el mundo aceptará que no puede ser que lo que el analizante se lleve sea la identificación narcisística con el analista. Es un hecho, sin embargo, que ocurre en las comunidades y muy intensamente. Lo que muestra que el

problema no es fácil y que ocurre más cuanto más se llega a la cúspide, al plano de los didactas. Paradójicamente, más se ve ahí que lo que se llevan es la identificación a hábitos, rasgos, costumbres, modos de ser y palabras que corresponden a los fenómenos de mayor sugestión. Efecto de haber "introyectado" una suerte de ideal del yo analítico. Lejos estamos, en las antípodas, de esa separación absoluta entre el objeto causa del deseo y el ideal del yo que mencioné antes. Por definición, un cierto saber sobre el acto analítico no es cosa que pueda recibirse del analista, aun cuando éste fuese quien le abrió el camino por donde vino a encontrar su propio e irreductible lugar.

**Intervención:** Desde todo lo que estuvimos planteando, se me ocurrió recién pensar que el encuentro de un terapeuta lacaniano y un paciente "terapeuta y paciente" (entre comillas) no sería un tratamiento tal como lo entendemos habitualmente, en el sentido de objetivos de cura, de transferencia; sería alguna otra cosa, pero me resulta difícil poder entender qué es. O sea, para qué se encontrarían esas dos personas.

**J. C. Indart:** Insisto en este punto: no existe la clase del "analista lacaniano". Tienen que sacarse esa idea de la cabeza. Lo que se puede plantear es cómo se plantea el análisis con un analista. Con ése, porque con los otros los análisis se plantean de manera diferente. Ésa es la verdad de la cuestión. De esa particularidad nos queremos defender tratando de que represente alguna escuela, de que represente algún conjunto. ¿No es la fuerza del ideal del yo?. Se prefiere que lo haya, aunque fuese "lacaniano".

**Intervención:** Sin embargo, de hecho se da.

**J. C. Indart:** Se da, y se va dando porque el ideal del yo no es poca cosa. Es lo que organiza toda una sociedad y también la sociedad de los analistas.

**Intervención:** A lo mejor es inevitable.

**J. C. Indart:** No sé. Pero no da respuesta a lo que Lacan plantea. Si lo buscan, creo que van a encontrar gran disparidad entre los llamados "analistas lacanianos".

Y se puede intentar retomar, no los emblemas, sino la posición de Freud. De él es seguro que no tuvo el ideal del yo de ser psicoanalista, y no me parece que haya garantizado su acción por un saber recibido de su analista.

Bien, les agradezco muchísimo la invitación, y la paciencia.

**C. Merea:** Somos nosotros quienes te agradecemos, pues como toda presentación lacaniana suscita mucho debate. La idea acá no era un debate, más bien preguntas, pero de cualquier modo se pudieron realizar varias. Así que muchas gracias.

**DESCRIPTORES:** CURA / DESEO / FALO / FIN DE ANALISIS / OBJETO A / SIGNIFICANTE.



## Resumen

Lacan sostiene que no hay terreno más endeble, más sin salida, más ideológico, que el de enfrentar la cuestión del criterio de la cura. Alude a que la cura es una suerte de beneficio secundario, algo tangencial, una añadidura, y apunta a la conveniencia de no encandilarse con el objetivo de la cura, y de ponerlo a un costado.

Sabemos que lo que pasa uno en una cura, para otro es una enfermedad, y que todo depende de los puntos de vista adoptados. Lo que no podríamos creer es que el análisis lleve a la extinción definitiva del síntoma en cuanto tal. Podríamos llamar cura a la sustitución de síntomas que el paciente vive dolorosamente, por otros que viva más ligeramente. Pero sería una ficción sostener como término de un análisis el acceso a una posición asintomática. Lacan reconsidera la teoría y la práctica analíticas a la luz de una noción por él forjada y que llamó “objeto *a*”, es alrededor de éste que se teje la trama de un final de análisis. El deseo parece infinito cuando su objeto, ese objeto faltante, el objeto *a*, funciona como objeto objetivo a alcanzar. La expresión de Lacan “rescatar el deseo” apunta a la operación, respecto de la cual, ninguna duda cabe, en cuanto a que es maquinaria del deseo interminable, de que es un hueso duro de roer. Explora entonces cómo tras la supuesta infinitud del deseo, el sujeto tiene una relación fija con el objeto de su deseo, no es el objeto tras el cual el sujeto corre interminablemente, sino el objeto como “causa” del deseo.

Si los objetivos terapéuticos y los criterios de cura se plantean en torno al síntoma, entonces girará alrededor del alivio, pero permanecerá el análisis como interminable.

Otra cuestión es plantear el tema siguiendo a Lacan en torno al fantasma. Muestra que cada sujeto se ha defendido de una angustia primordial (ante la cuestión del deseo) taponando ese punto con un nudo fantasmático fundamental, nudo que no puede decirse que sea posible disolverlo, pero sí es posible su atravesamiento. Es con esta noción que Lacan nombra su criterio de fin de análisis. No se trata de obtener un bienestar, el atravesamiento del fantasma fundamental no es valorable desde ningún sistema de ideales del yo.

El riesgo constante en la discusión de los criterios de cura es no poder salir de la cuestión de los ideales. Se podría decir que, en el fin del análisis, se trata del rescate, por parte del sujeto, de su deseo, liberándolo de su relación con la demanda del otro. La dificultad del tema del fin de análisis es que no tiene transmisión científica. No existe una fórmula que garantice su transmisión como demostración. Pese a eso, Lacan diseñó un dispositivo para que una persona que haya hecho esa experiencia de fin de análisis, pudiese transmitirla: el pase.

En Lacan, tampoco el fin de análisis es un objetivo que el analista pueda asumir porque no sólo depende del deseo del analista, sino del deseo del paciente, y no todos los tratamientos son susceptibles de llegar a ese punto.

Lacan cuestiona la teoría de la introyección de la figura del analista como criterio de fin de análisis, efecto de haber introyectado una suerte de ideal del yo analítico que es correspondiente a los fenómenos de sugestión.

**Notas** Reportaje publicado en la *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, N° 11, 1985.

### **THEODORE MILLON, UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD Y SU PATOLOGÍA**

Desde su obra seminal de 1969, "Psicopatología moderna: un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos", y por más de 30 años Theodore Millon ha desarrollado una ciencia compleja de la personalidad y su patología. En su modelo, el autor postula la existencia de tres polaridades básicas (placer-dolor, activo-pasivo, yo-otros) para explicar las diferencias básicas entre los diferentes tipos de personalidad.

El modelo original de aprendizaje biosocial fue reformulado en 1990 a la luz de los conceptos evolutivos. A lo largo de todo este tiempo, Millon junto a sus seguidores han establecido un paradigma para comprender la personalidad. Al mismo tiempo, ha argumentado reiteradamente que una ciencia clínica comprensiva de la personalidad necesita integrar cuatro componentes básicos: teoría o esquemas conceptuales explicativos, una nosología formal, herramientas de evaluación, e intervenciones terapéuticas adecuadas.

En este trabajo, se resumen los aspectos primordiales del Modelo de Millon en lo que hace a esos diferentes componentes.

## **Introducción**

En 1968 la American Psychiatric Association publica la primera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-II (APA, 1968), que continuaba a la versión original de 1952. Para entonces, la personalidad y su patología ocupaban un lugar periférico, lejos aún de disponer de un eje diagnóstico propio, situación que tendría lugar recién en la próxima revisión del Manual, el DSM-III, en 1980.

Poco tiempo después de aparecido el DSM-II Theodore Millon publica el primer movimiento de una vasta obra donde dejaría sentadas las bases del estudio de la personalidad y su patología en las décadas futuras. En "Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos" (Millon, 1976) Millon propuso una nueva clasificación para los trastornos psiquiátricos, presentando al mismo tiempo una rica y fecunda teoría de los trastornos de la personalidad. La influencia de su modelo fue decisiva para lo que luego sería el Eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, a partir de su tercera versión de 1980.

Decía Millon en 1969 en la Introducción de su obra:

Lo más representativo del cuerpo central de la psicopatología son los problemas no dramáticos y mundanos de la vida, las ansiedades calladas pero persistentes, las frustraciones repetidas y conflictos inmovilizantes que obstaculizan a millones de americanos día a día. Estos trastornos leves suelen ser considerados como algo que nos viene dado, como parte del destino, del hombre o de su naturaleza. (p.1)

En este párrafo introductorio Millon deja sentado un principio que marcaría indeleblemente el estudio de la psicopatología de ahí en más: no sólo los trastornos sintomáticos, más floridos y evidentes, deben formar parte de la nosología sino también los patrones de personalidad patológica, a menudo más larvados y ocultos, de los cuales emergen los trastornos sintomáticos. Así definía el autor esos patrones:

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias.

Esta idea de Millon de considerar especialmente a la personalidad en el estudio de la psicopatología fue adoptada, como se dijo, por la nosología oficial recién en 1980.

Otra de las ideas fuertes presentada por el autor en su obra seminal fue la de la diferente intensidad que puede adquirir la gravedad en una personalidad patológica. A medida que la severidad de la patología de la personalidad aumenta, el sabor distintivo de los diferentes estilos de personalidad se atenúa. Como resultado de este proceso el cuadro clínico de individuos con personalidades diferentes se vuelve menos diverso. La figura 1 muestra los prototipos básicos de personalidad de Millon, y el proceso al que se hacía referencia, en forma gráfica.

Como se ve en la figura 1, el sistema original se conformó con ocho prototipos de personalidad tomados de la nosología psiquiátrica del momento (DSM-II). La innovación estuvo en la manera en que Millon describió y conceptualizó los ocho prototipos en su libro de 1969. En primer lugar, Millon describió versiones menos patológicas de los trastornos de personalidad del DSM-II, creando patrones de personalidad de severidad leve.

En segundo lugar, ajustó sus prototipos de personalidad en un esquema de clasificación lógico y coherente. La preocupación por establecer un sistema de clasificación lógico y coherente ha estado presente en toda la obra de Millon junto a otros aspectos considerados esenciales para entender la personalidad.

Para organizar los ocho prototipos de personalidad, Millon enfocó sobre el tipo de relaciones interpersonales que el individuo establece típicamente y en el modo con que la persona logra su acomodación con el entorno (Choca, 1999).

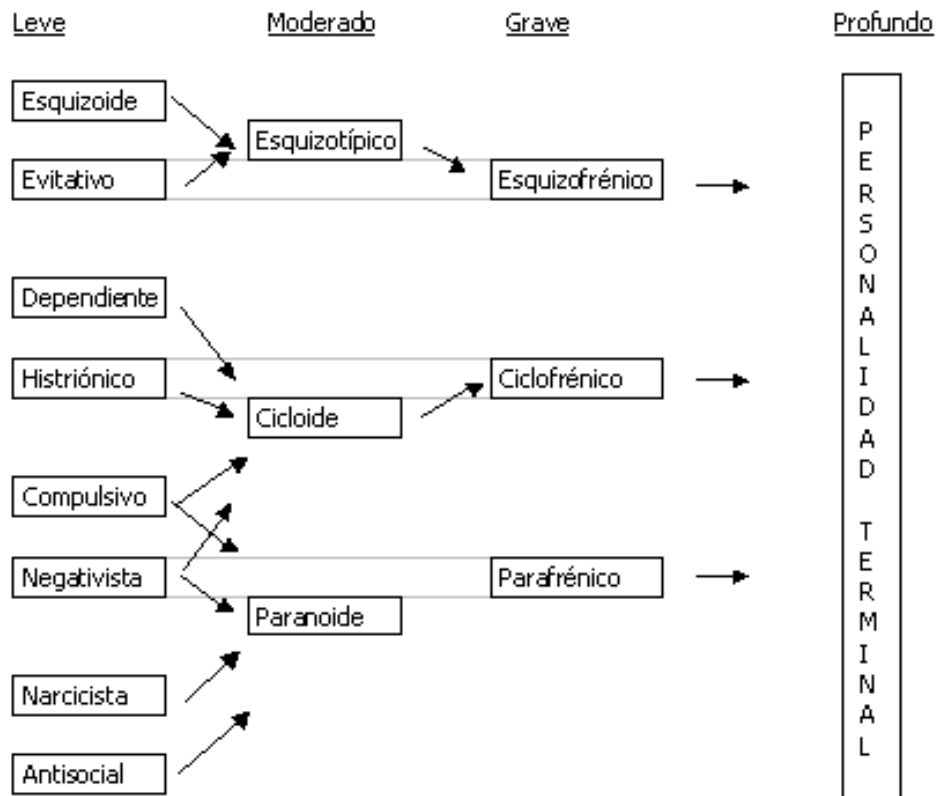


Figura 1. Modelo original para la descompensación de los prototipos de personalidad más severas. Nota: la personalidad esquizoide se llamó asocial en el trabajo original y la personalidad esquizotípica fue llamada esquizoide; estos nombres se cambiaron a los actuales para evitar confusión (Adaptado de Choca, 1999).

Los primeros ocho tipos de personalidad se pensaron como estando presentes tanto en personalidades normales como en anormales, mientras que los segundos tres sólo fueron propuestos para personalidades patológicas. Esa primera versión de la teoría estaba dirigida hacia la personalidad normal y la anormal, enlazadas en un continuo. La diferencia principal es que los individuos normales demuestran flexibilidad adaptativa en respuesta a su ambiente, mientras que las personas con trastornos exhiben conductas rígidas y desadaptativas. Posteriormente el foco fue puesto en los trastornos de personalidad y los estilos de personalidad normal no fueron descritos en textos posteriores. Los estilos de personalidad sin trastornos no fueron retomados hasta la publicación del Inventario Millon de Personalidad para Adolescentes (MAPI) y del Inventario

Millon de Conductas de Salud (MBHI), ambos de 1982 (Strack, 1999). La propuesta actual de Millon engloba en un mismo marco teórico la personalidad normal y la patológica. El modelo de estilos y dimensiones de la personalidad normal surge del mismo modelo de la personalidad que diferencia y enlaza caracteres sanos y patológicos en un continuo (Millon, 1997; Millon & Davis, 1998; Strack, 1999). En la tabla 1 se presentan los distintos nombres dados por el autor a los diferentes tipos de personalidad de 1969 a la actualidad.

Psicopatología Moderna 1969	MCMI-II <sup>1</sup> 1987	MAPI - MBHI 1982 <sup>2</sup>	MIPS <sup>3</sup> 1994
Asocial (pasivo – retraído)	Esquizoide	Introverso	Retraimiento
Evitativo (activo – retraído)	Evitativo	Inhibido	Vacilación
Sumiso (pasivo – dependiente)	Dependiente	Cooperador	Concordancia
Gregario (activo – dependiente)	Histriónico	Sociable	Comunicatividad
Narcicista (pasivo – independiente)	Narcicista	Seguro	Firmeza
Agresivo (activo – independiente)	Antisocial	Violento	Discrepancia
Conformista (pasivo – ambivalente)	Compulsivo	Respetuoso	Conformismo
Negativista (activo – ambivalente)	Negativista	Sensitivo	Insatisfacción

En diferentes ocasiones, el autor ha argumentado que más que desarrollos independientes de funciones desconectadas, una ciencia madura de la personalidad debe englobar cuatro elementos que trabajan juntos integradamente: a) teoría, b) nosología, c) evaluación y d) intervenciones clínicas (Millon, Everly y Davis, 1995; Davis, 1999; Millon, 1999a; Millon, 2000; Millon, 2002). La mayoría de las escuelas de psicoterapia actuales comparten el fracaso al momento de coordinar estos cuatro componentes (Millon, Everly y Davis, 1995). A continuación se resumen brevemente cada uno de estos tópicos de acuerdo a las propuestas de Millon.

### **Teoría y clasificación**

Una de las críticas más comunes de la clasificación de trastornos de personalidad que aparece en el DSM-IV (APA, 1995) es la ausencia de un modelo teórico unificado (Widiger, 1999). La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir esa falencia.

Su perspectiva teórica adquiere singular importancia en cuanto el autor ha sido un participante influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad.

Durante más de tres décadas, Millon y sus colaboradores desarrollaron y ampliaron la teoría original, produciendo una amplia serie de libros, capítulos de libros y de artículos que reflejan su esfuerzo para construir una ciencia unificada de la personología y la psicopatología (Davis, 1999). Parte de este esfuerzo estuvo dirigido a integrar componentes previamente dispersos dentro de una ciencia clínica integrada (Davis, 1999).

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1976; Millon & Everly, 1994) y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Al respecto, Millon sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El modelo resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas. Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer a la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron:

- a) Conducta instrumental (como): activo – pasivo
- b) Fuente del refuerzo (donde): sí mismo (independiente) – otros (dependiente)
- c) Naturaleza del refuerzo (que): placer – dolor

La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de estas tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza (positivo o placer contra negativo o dolor), la fuente (sí mismo versus otros), y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía, además, como se dijo, tres variantes de trastornos de personalidad más severos.

Si bien es fácil imaginar ocho modelos de personalidad resultantes del cruce de tres polaridades (como una matriz de 2 x 2 x 2) esta no fue la metodología seguida por Millon. Los ocho patrones que derivó son, en cambio, un desbalance o una mezcla desigual de las tres polaridades, lo que según Widiger (1999) constituye un error potencial del modelo. Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en sí mismo), y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad. Las dos variantes de conducta instrumental representan claramente la polaridad activo-pasiva, pero los modelos retraído, dependiente, independiente, y ambivalente no representan un cruce claro de las polaridades yo-otros y placer dolor (Widiger, 1999). La Tabla 2 indica cómo los ocho modelos de personalidad se relacionan con las tres polaridades.

Activo				Pasivo			
Yo		Otros		Yo		Otros	
Dolor	Placer	Placer	Dolor	Dolor	Placer	Placer	Dolor
Activo – Retraído? (evitativo)	Activo – Independiente (antisocial)	Activo – Dependiente (histriónico)		Pasivo – Retraído (esquizoide)	Pasivo – Independiente (narcicista)	Pasivo – Dependiente (dependiente)	
	Activo – Ambivalente (pasivo-agresivo)			Pasivo – Ambivalente (compulsivo)			

Tabla 2 Los 8 patrones básicos de personalidad con respecto a las tres polaridades (adaptado de Widiger, 1999)

Durante la década que siguió la publicación de su libro, Millon influyó en el desarrollo de un nuevo sistema de clasificación psiquiátrico en lo que fueron las bases de la tercera edición del Diagnóstico y Manual Estadístico de Trastornos Mentales. Aunque había algunas diferencias entre las personalidades de Millon y las del DSM-III, las conceptualizaciones de los prototipos de personalidad en los dos sistemas eran compatibles.



La creación de ejes múltiples para el DSM-III, con un eje diseñado para sostener la composición de la personalidad del individuo, era fiel a la división de Millon entre personalidad y otros tipos de Psicopatología (Choca, 1999).

Los esfuerzos continuados para mejorar la nosología psiquiátrica llevaron a una pronta revisión del DSM-III en 1987. En particular, se discutió la posibilidad de agregar dos trastornos de personalidad, el sádico y el masoquista. Estos trastornos fueron incluidos en el apéndice de categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores en el DSM-III-R (APA, 1988) aunque fueron excluidos luego en el DSM-IV (APA, 1995). Sin embargo, estas nuevas categorías diagnósticas fueron incorporadas por Millon en la revisión que llevó a la segunda versión del Inventario Clínico Multiaxial de Millon [MCMII] (Millon, 1999b) aparecida al mismo tiempo que el DSM-III-R. Millon quedó convencido de la utilidad de ambas y las mantuvo en su modelo hasta la actualidad.

Para acomodar los nuevos trastornos Millon agregó un elemento discordante (que puede concebirse como una disposición orientada al dolor) a la naturaleza y fuente del refuerzo. Las personalidades discordantes utilizan las circunstancias conseguir refuerzo positivo o evitar refuerzo negativo, o para sustituir el dolor por el placer (Millon, 1999b). Como con los otros factores, el elemento discordante tiene una variante pasiva (la personalidad masoquista o auto agresiva) y una variante activa (la personalidad sádica o agresiva).

Además de los nuevos prototipos, Millon revisó algunas de sus descripciones para aumentar la compatibilidad entre sus tipos de personalidad y las del DSM-III-R y cambió el nombre de la personalidad cicloide a límite.

Para la preparación de la próxima revisión del DSM que llevó a la cuarta edición (APA, 1995), el grupo de trabajo para los trastornos de la personalidad evaluó la posibilidad de agregar un desorden depresivo de personalidad. Aunque el prototipo se descartó y aparece en el apéndice del DSM-IV como una entidad que necesita de estudios futuros, Millon tomó este concepto y agregó el prototipo a su lista en la tercera versión del MCMII aparecida en 1994.

Otro notable hito en el desarrollo de Millon ocurrió cuando reformuló su teoría de la personalidad y sus trastornos para tener en cuenta los conceptos de la evolución mediante una teoría más evolutiva, filogenética, el desarrollo humano (Millon, 1990).

El nuevo modelo procede a una reevaluación de las características más profundas en las que se basa el funcionamiento humano. La atención pasa de la psicología a otras expresiones de la naturaleza, examinando principios universales (de la evolución) derivados de manifestaciones no psicológicas.

Cada especie muestra aspectos comunes en su estilo adaptativo, pero existen diferencias de estilo y de éxito adaptativo entre los miembros frente a los diversos y cambiantes entornos que enfrentan. La personalidad sería el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo que exhibe un organismo o especie frente a sus entornos habituales. Los trastornos de la personalidad serían estilos particulares de funcionamiento desadaptativo.

La ampliación del modelo para incluir las fases de evolución no requirió una revisión significativa de las tres polaridades originales. El modelo evolutivo postula cuatro polaridades fundamentales de desarrollo, si bien los prototipos de personalidad se siguen explicando a partir de las tres primeras:

- a) objetivos de existencia (polaridad placer–dolor). Como se llega a ser: Apertura (búsqueda de experiencias de recompensa) y Preservación (evitación del peligro y la amenaza) de la vida;
- b) modos de adaptación (polaridad activo–pasivo). Como se sigue siendo: Acomodación ecológica (atenerse a la realidad favorable) y Modificación ecológica (dominio del propio entorno).
- c) las estrategias de replicación (polaridad yo–otros: Como se transmite la existencia: Individuación reproductora (consecución del sí mismo – Individualismo) y Crianza reproductora (amor constructivo hacia los demás – Protección).
- d) Procesos de abstracción. Capacidad de simbolizar el mundo interno / externo: Polaridad pensamiento– sentimiento.

La tabla 3 muestra la clasificación de Millon de los trastornos de personalidad del DSM–III–R desde la perspectiva del modelo evolutivo (Millon, 1990).



	Objetivos de existencia		Estrategias de replicación		
	Mejoramiento de la vida	Preservación de la vida	Propagación reproductiva	Protección reproductiva	
Polaridad	Placer – Dolor		Yo – Otros		
Deficiencia patológica, desbalance o conflicto	Placer – Dolor – +	Placer Dolor 	Yo – Otros +	Yo + Otros –	Yo Otros 
Modo de adaptación	Trastorno de personalidad DSM-III-R				
Pasivo: acomodación	Esquizoide	Auto-agresivo	Dependiente	Narcicista	Compulsivo
Activo: modificación	Evitativo	Sádico	Histriónico	Antisocial	Pasivo-agresivo
Disfuncional	Esquizotípico	Límite - Paranoide	Límite	Paranoide	Límite - Paranoide

Tabla 3 Representación de los trastornos de personalidad del DSM-III-R con respecto al Modelo Evolutivo

Los prototipos básicos de personalidad, coincidentes con los diferentes trastornos de personalidad que fueron apareciendo en las distintas versiones del DSM, fueron dando lugar a numerosas variaciones, resultantes de la investigación empírica y la experiencia clínica, que combinan aspectos de más de un trastorno básico (Millon & Davis, 1998; Millon & Davis, 2000; Choca & Van Denburg, 1998).

Usando los tres juegos de polaridades, Millon pudo caracterizar cada uno de los prototipos de personalidad básicos. Un prototipo de personalidad puede ser fuerte, débil, o neutro en cualquier elemento particular de cualquiera de las polaridades. Ser fuerte en un elemento particular de una polaridad no implica un buen atributo, simplemente indica una tendencia hacia algún estilo de conducta. El resultado, para cada uno de los trastornos incluidos en la versión final del modelo (Millon & Davis, 1998) se grafica en la tabla 4.

Polaridades	Objetivos de supervivencia		Modos de adaptación		Estrategia de replicación	
	Placer	Dolor	Pasivo	Activo	Yo	Otros
Esquizoide	∨	∨	∧	∨		∨
Evitativo	∨	∧	∨	∧		
Depresivo	∨	∧	∧			
Dependiente			∧	∨	∨	∧
Histriónico			∨	∧	∨	∧
Narcicista			∧	∨	∧	∨
Antisocial		∨	∨	∧		∨
Sádico		∨	∨	∧		∨
Compulsivo	∨		∧	∨	∨	
Negativista	∨			∧		∨
Autoagresivo	∨	∧	∧		∨	

Nota: El cuadro muestra la debilidad con una flecha hacia abajo y la fuerza con una flecha hacia arriba. Los cuadros grises muestran un punto neutro en la polaridad.

Tabla 4 Caracterización de los prototipos de Millon en término a las polaridades (adaptado de Choca, 1999)

La tabla anterior resulta bastante compleja aunque Millon simplificó esa complejidad dando énfasis a la polaridad de mayor deficiencia y agrupando los prototipos de personalidad (Choca, 1999). El resultado se muestra en la tabla 5.

Personalidades con dificultades para el placer	Esquizoide
	Evitativo
	Depresivo
Personalidades con problemas Interpersonales	Dependiente
	Histriónico
	Narcicista
	Antisocial
Personalidades con conflictos intrapsíquicos	Sádico
	Compulsivo
	Negativista
	Masoquista
Personalidades con déficit estructurales	Esquizotípico
	Límite
	Paranoide
	Descompensado

Tabla 5 Agrupamiento actual de los prototipos de personalidad de Millon (adaptado de Millon & Davis, 1998)

Estos han sido los aportes teóricos principales de Millon de 1969 a la actualidad. La teoría fue ganando en complejidad, lo que, al decir de Choca (1969) quizá sea el destino de cualquier teoría psicológica a medida que madura en su esfuerzo por reflejar las intrincadas complejidades de la naturaleza humana. Sin embargo, el modelo ha mantenido los lineamientos esbozados hace más de tres décadas. Otro tanto puede decirse de la clasificación, que se ha ido enriqueciendo a partir de las categorías básicas de 1969. Estos dos aspectos, teoría y clasificación continúan siendo pilares básicos de la propuesta de Millon para el estudio de la personalidad.

### **Evaluación e intervenciones terapéuticas**

Millon es el autor de varios inventarios de personalidad y clínicos que proporcionan medidas operacionales de su modelo teórico. Se han publicado numerosos estudios usando estos inventarios para proveer evidencia empírica acerca de la validez del modelo. La gama de inventarios es amplia e incluye diferentes pruebas orientadas, por ejemplo, a la personalidad

patológica (Inventario Clínico Multiaxial de Millon. MCMI) (Millon, 1999b), a los estilos de personalidad (Inventario Millon de Estilos de Personalidad .MIPS) (Millon, 1997), a los adolescentes, tanto evaluando personalidad normal (Millon Adolescent Personality Inventor, MAPI) como patológica (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI), o a la salud (Millon Behavioral Health Inventory, MBHI) (Strack, 1999).

El más tradicional y usado de los instrumentos de evaluación de Millon es el MCMI que cuenta a la actualidad con tres versiones. Según Widiger (1999), el MCMI-III es quizás el instrumento más apropiado con el que evaluar empíricamente el modelo teórico de funcionamiento de la personalidad de Millon, como el instrumento que más directamente se relaciona con la evaluación del foco central de la teoría de los trastornos de personalidad.

También el MCMI-III podría ser el inventario de auto-informe favorito entre los clínicos para la evaluación de los trastornos de personalidad del DSM-IV (Widiger, 1999). El MCMI-II (Millon, 1999b) resulta un fiel reflejo de la conceptualización teórica de Millon (Choca y otros, 1996). Un instrumento diagnóstico resulta más útil cuando está relacionado con una teoría comprensiva, como es el caso de esta prueba (Millon, 1992).

Según Piotrowski (1997), una revisión de estudios recientes indica que el MCMI ocupa un lugar preponderante entre los tests más frecuentemente usados en la práctica clínica, siendo solo superado por el MMPI en el área de la evaluación objetiva de la personalidad. Otro tanto sucede en la investigación, donde el MCMI resulta el tercer test más usado; sólo el MMPI-2 y el Rorschach han producido más investigaciones (Craig, 1999b).

Existe una controversia en torno a la capacidad del MCMI-III para medir los constructos de la teoría.

Esta controversia se basa en que la mayoría de sus ítems fueron reescritos para representar los criterios diagnósticos del DSM-IV en lugar de los constructos teóricos yo-otros, placer-dolor, y activo-pasivo, propios de la teoría (Widiger, 1999). En tal caso, podría sostenerse que esta mayor adecuación con los criterios diagnósticos de la nosología oficial se contrapone, en

cierto punto, con la evaluación del modelo teórico ya que no existe una coincidencia total entre lo que propone la teoría y lo que propone el DSM-IV. Así, es difícil determinar si cada escala del MCMI-III evalúa el modelo teórico o los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno correspondiente.

El MCMI, en sus tres versiones, ha generado más de 500 artículos y 6 libros, ha sido traducido a varios idiomas y está siendo usado en investigaciones transculturales (Craig, 1999a; Craig, 1999b).

Por lo tanto, en la actualidad se cuenta con un bagaje de conocimientos substancial para tomar decisiones clínicas basadas en los resultados de esta prueba (Craig, 1999b). Si bien originalmente la prueba fue diseñada para usar con población clínica, se han realizado algunas investigaciones con población no clínica (Craig, 1999b).

El MCMI en su versión II y III contiene cuatro tipos de escalas: de validez y de tendencia de respuesta, escalas de trastornos de personalidad de gravedad leve, escalas de trastornos de personalidad más patológica, escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada, y escalas de síndromes clínicos de gravedad acentuada. En total son 22 escalas clínicas (24 en el MCMI-III) y 4 escalas de validez y de tendencia de respuestas medidas a través de 175 ítems dicotómicos.

Además del acercamiento a la personalidad patológica, en su modelo teórico, Millon concibe el término personalidad para designar el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes. Concebida de este modo, la personalidad normal reflejaría los modos específicos de adaptación de un miembro de una especie que son eficaces en ambientes previsibles; los trastornos de personalidad representarían diferentes estilos de funcionamiento mal adaptados atribuibles a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad de un miembro para relacionarse con los ambientes con que se enfrenta.

El instrumento para evaluar la personalidad normal es el Inventario Millon de Estilos de Personalidad [MIPS] (Millon, 1997). Diseñado para utilizar con adultos normales, evalúa

dimensiones de rasgos y estilos interpersonales característicos que existen en la población normal.

La nueva perspectiva se desarrolló sin referencia a trastornos pero pidió prestado muchos conceptos del modelo original de personalidad.

El MIPS presenta una serie de ventajas sobre otras pruebas de personalidad, compartidas en cierta medida con lo que se destaca en el manual del MCMI-II. En 1º lugar, consta sólo de 180 ítems (permiten evaluar 24 escalas diferentes), un número lo suficientemente pequeño para que pueda usarse en diferentes contextos y no cansar demasiado a los sujetos y lo suficientemente grande para permitir la evaluación de una gama amplia de comportamientos clínicamente relevantes y en 2º lugar, está vinculado a una teoría clínica importante.

Millon consideró el universo de rasgos y estilos interpersonales que existe en la población normal y el Inventario viene con tres sets de variables de personalidad para definirla y medirla. Además, el MIPS contiene 3 indicadores de validez. Los tres sets de variables son los siguientes:

a) metas motivacionales, representa los tres ejes básicos en forma evolutiva y evalúan la orientación de la persona a obtener refuerzo del medio. La polaridad placer-dolor se llamó apertura - preservación; activo - pasivo fue modificación - acomodación; y yo - otros individualismo - protección.

b) fueron tomadas de Jung y se llamaron modos cognitivos. Para Millon, cognición significa una fuente individual primaria para obtener información y la manera en que es procesada. Las fuentes de información preferidas pueden ser uno mismo (interna) o los otros (externa), y cada una tangible o intangible. También pueden ser: intelectual o afectiva y asimilativa o imaginativa.

c) describe 10 estilos o conductas interpersonales; evalúan el estilo de relación con los demás. 8 son esencialmente las mismas normales de 1969 y se relacionan con los trastornos de personalidad. Dos adicionales, sometimiento y control, hipotéticamente se relacionan con los trastornos agresivo y auto-agresivo.



El último aspecto que hace al planteamiento de Millon es el de las intervenciones psicoterapéuticas.

Para Millon, la psicoterapia es la derivación lógica de una ciencia psicológica madura. La propuesta clínica del autor es la de una psicoterapia integradora, la cual resulta especialmente adecuada para el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Millon, Everly & Davis, 1995). En los últimos años, Millon ha trabajado en este último paso de su teoría, y ahora el modelo permite extrapolar objetivos terapéuticos del tratamiento a partir de los postulados de la teoría, la clasificación y la evaluación.

La psicoterapia integradora es concebida como una configuración de estrategias y tácticas de las cuales se selecciona cada técnica de intervención no sólo por su eficacia en la resolución de ciertos síntomas patológicos concretos, sino también por su contribución a la constelación global de procedimientos terapéuticos de los cuales no es más que una parte (Millon & Davis, 1998).

A partir del modelo teórico se deducen las implicaciones terapéuticas apuntando a los desbalances que pueden presentar las diferentes polaridades. En los trastornos de la personalidad, las polaridades pueden estar desbalanceadas de diferentes maneras describiendo la patología característica de cada trastorno específico (Dorr, 1999). El objetivo de cualquier tratamiento, entonces, es lograr cierto balance entre las polaridades.

Por ejemplo, las personalidades con dificultad para el placer (esquizoide, evitativa y depresiva) se caracterizan por tener bajo el polo del placer en la polaridad placer-dolor (véase tabla 4), así la estrategia general para estos pacientes sería que aumentaran su capacidad de experimentar placer en las experiencias de su vida.

Los últimos desarrollos de Millon pasan por el desarrollo de un nuevo modelo de terapia integrativa, la psicodinergia, que resume sus esfuerzos de más de 30 años (Millon, 1999a; Millon, 2000). Cabe destacar que la integración que propone Millon no es inherente al tratamiento en sí, sino que la integración natural está en la persona (Millon & Davis, 1998). Las personas, dice

Millon, son el único sistema orgánicamente integrado en el área psicológica, creado inherentemente desde el nacimiento como entidades naturales, en lugar de gestalts derivadas de la experiencia. Psicodinámica (Millon 1999a; Millon, 2000) es el término que define la naturaleza única de la persona, la cual es en ocasiones fragmentada por razones pragmáticas. De esta manera, Millon recupera como sujeto principal del tratamiento psicológico a la persona más que a la patología.

## **Cierre**

Se han resumido sucintamente hasta aquí los aspectos centrales de la teoría de la personalidad de Millon desarrollada desde 1969 a la actualidad. Cualquiera de los tópicos revisados merecen mayor detenimiento y profundización para una cabal comprensión de los mismos.

El modelo se ha enriquecido enormemente en las últimas tres décadas lo que implica a su vez una mayor complejidad que atenta contra las explicaciones sencillas. Seguramente, tal complejidad se relaciona con la del objeto de estudio: la personalidad.

Es la personalidad, ese constructo teórico que utilizamos para representar nuestra capacidad de percibir y enfrentar el mundo físico, psicológico y social, lo que se trata de entender. Y es a partir de propuestas teóricas fuertes, con amplio respaldo clínico y científico, por donde se encontrará el camino. En este trabajo se ha intentando mostrar una de esas propuestas.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Boeree, G. (1998). Teorías de la personalidad. Pennsylvania: Universidad de Shippensburg.