

EL SENTIMIENTO INCONSCIENTE DE CULPA FREUDIANO: CLÍNICA DIFERENCIAL Y SUPOSICIÓN DE SUJETO. UNA APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

THE FREUDIAN UNCONSCIOUS FEELING OF GUILT: DIFFERENTIAL CLINIC AND SUPPOSITION OF SUBJECT. A METHODOLOGICAL APPROXIMATION

Alomo, Martín¹; Muraro, Vanina²; Gurevicz, Mónica³; Castro Tolosa, Silvana⁴; Lombardi, Gabriel⁵

RESUMEN

En este artículo presentamos dos aspectos del estado de avance de nuestra investigación sobre el sentimiento inconsciente de culpa y su relación con el deseo. En primer lugar, y en relación con nuestro primer objetivo específico, damos cuenta aquí de la revisión bibliográfica sobre el contexto de surgimiento y el camino de construcción de la noción mencionada. Luego, en un segundo movimiento, realizamos un análisis de la metodología aplicada por Freud en su investigación, para establecer y explicitar, por comparación, nuestra propia metodología.

Respecto de la primera parte del trabajo, hemos hallado que Freud parte, a modo de regla general, de la postulación de la represión del complejo de Edipo y la formación del Superyó como instancia subrogante de la autoridad paterna; luego formula la hipótesis de sentimiento inconsciente de culpa para aquellos casos en que detecta diversos fenómenos clínicos, como la reacción terapéutica negativa, por ejemplo. A continuación, prosigue su conceptualización hacia la necesidad de auto-castigo, y de allí, al masoquismo generalizado de las neurosis.

En lo que respecta a la segunda parte del trabajo, encontramos que la metodología freudiana responde al razonamiento abductivo. Por comparación con dicha metodología, caracterizamos y explicitamos la nuestra, que también responde a la abducción.

Palabras clave:

Sentimiento inconsciente de culpa - Suposición de sujeto - Auto-castigo - Metodología - Abducción

ABSTRACT

In this article we are going to introduce two aspects about our state of progress regarding our first investigation about the unconscious feeling of guilt and its relation with desire. Firstly, and in relation to our first purpose, we notice here the literature review about the context of emergence and the way of the construction of the mentioned notion. Then, in a second movement, we analyze the methodology applied by Freud in his investigation, to state and explain, by comparison, our own methodology.

In regards with the first part of the work, we have found that Freud begins, as a general rule, with the postulation related to the repression of the Oedipus complex and the formation of the superego as a surrogate instance of paternal authority; then he formulates the hypothesis of unconscious feeling of guilt for those cases in which he detects various clinical phenomena, like negative therapeutic reaction, for instance. After that, he continues his conceptualization to the need of self-punishment, and from there, to the widespread masochism of neuroses.

In the second part of the article, we find that the freudian methodology goes along with the abductive reasoning. By comparing these methodologies, we describe and explain ours, which also responds to abduction.

Key words:

Unconscious feeling of guilt - Assumption of subject - Self-punishment - Methodology - Abduction

¹Psicoanalista. Magister en Psicoanálisis, UBA. Docente e investigador de la Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Escuela de los Foros del Campo Lacaniano. E-mail: martinalomo@hotmail.com

²Psicoanalista. Licenciada en Psicología. Doctoranda. Docente e investigadora de grado y post-grado de la Facultad de Psicología, UBA. Investiga en la actualidad la influencia del formalismo ruso en la concepción lacaniana de la interpretación. Miembro de Foro Psicoanalítico del Río de La Plata. Miembro de la Escuela de los Foros del Campo Lacaniano A.M.E.

³Psicoanalista. Lic. en Psicología, Maestranda en UNSAM, Docente e Investigadora de grado en la Facultad de Psicología.- Coordinadora del Servicio de Clínica de Adultos - UBA Avellaneda. Miembro de la Escuela de los Foros del Campo Lacaniano A.M.E.

⁴Psicoanalista. Licenciada en Psicología, UBA. Maestranda en Psicoanálisis, UBA. Docente e investigadora de grado en la Facultad de Psicología, UBA. Miembro de Foro Psicoanalítico del Río de La Plata.

⁵Psicoanalista. Doctor en Psicoanálisis. Profesor Titular de la Cátedra Psicoterapias y Clínica de Adultos I. Docente de post-grado de la Facultad de Psicología, UBA. Investigador. Miembro de Foro Psicoanalítico del Río de La Plata. Miembro de la Escuela de los Foros del Campo Lacaniano A.M.E.

I. El deseo decidido de Freud, aún

El sentimiento inconsciente de culpa y el deseo de Freud

En el cumplimiento del primer objetivo específico planteado para la primera etapa de nuestra investigación, la revisión bibliográfica en torno de la noción freudiana de sentimiento inconsciente de culpa y sus diferencias con otras entidades, como sentimiento de culpa -entonces consciente- y auto-reproche, encontramos que aquella está referida, principalmente, a una hipótesis clínica respecto de los casos que no marchan como sería esperado, sino al contrario, casos en que el paciente parece preferir la enfermedad antes que el avenirse al influjo terapéutico del análisis. Escribe Freud, en “El yo y el ello”:

“...se llega a la intelección de que se trata de un factor por así decir “moral”, de un sentimiento de culpa que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer... Ahora bien, ese sentimiento de culpa es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable; él no se siente culpable, sino enfermo. Sólo se exterioriza en una resistencia a la curación, difícil de reducir”. (Freud, 1923: 50).

De este modo, el sentimiento inconsciente de culpa comienza a tomar la forma de un indicador clínico referido a la resistencia a la curación, un índice resistencial. Se trata de una presentación muy diferente a los juegos de reproche o auto-reproche con los que el sujeto puede sostenerse en la textualidad del trabajo analizante -ya sea que dirija los reproches a su propio yo, sin dobleces, o bien por el rodeo a través de dirigirlos a algún *alter ego* de turno¹- y, de un modo diferente, también, a la “conciencia de culpa”, planteada por Freud como “la tensión entre las exigencias de la conciencia moral y las operaciones del yo” (Freud, 1923: 38). El sentimiento inconsciente de culpa consiste, en cambio, en una suposición fuerte que lee allí, donde hay refracción al trabajo analítico, una posición de sujeto que prefiere la enfermedad. Así lo dice Freud en “El problema económico del masoquismo”:

“Ese sentimiento de culpa, las más de las veces inconsciente (Freud, 1924: 167)... es quizá el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad... no quiere resignar la condición de enfermo, el padecer que la neurosis conlleva es justamente lo que la vuelve valiosa para la tendencia masoquista” (Freud, 1924: 171).

Esto nos lleva a nuestra primera observación, que ponemos a consideración aquí. Antes que un indicador de la posición del sujeto, en la noción de sentimiento inconsciente de culpa encontramos, más bien, un índice de la

¹“Una serie de reproches dirigidos hacia otras personas hacen sospechar la existencia de una serie de auto-reproches de idéntico contenido. Sólo hace falta redargüir cada reproche volviéndolo contra la propia persona que lo dijo. Esta manera de protegerse de un autorreproche dirigiéndolo a otra persona tiene algo de innegablemente automático...”. Vg. Freud, S. (1915). “Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora)”. En *Obras Completas*, Vol. VII, p. 33. Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

suposición de sujeto por parte del analista. Se trata del deseo de Freud en relación a la clínica: el deseo de analista -o más ampliamente el deseo de psicoanálisis, dado que no realizaremos aquí un análisis sobre el concepto lacaniano “deseo de analista”- que lee allí donde alguien no se aviene al método analítico, una posición de sujeto; además, activa. Activa en su decisión de preferir la enfermedad antes que la curación y, en ese punto, partícipe de una ética distinta de la del analizante.

Al decir que la suposición del analista lee una posición de sujeto activa -que prefiere la permanencia en la enfermedad- queremos subrayar la idea de que no se trata de la doble suposición necesaria, en la que tanto analista como analizante suponen un saber inconsciente y un sujeto concernido por ese saber².

El sentimiento inconsciente de culpa, sus antecedentes

Sabemos que este problema no era ajeno a las preocupaciones de Freud relativas a la clínica. Para comenzar, tomemos “el sueño de la inyección de Irma” incluido en *La interpretación de los sueños*. Allí Freud plantea un “éxito parcial” debido a que la paciente se libera de la angustia histérica pero no de sus síntomas conversivos. Esas son las palabras que retornan en la voz de Otto y producen la irritación de Freud: “Está mejor, pero no del todo bien”. (Freud, 1900: 127)

Freud señala que en aquel entonces, él tenía la certeza acerca de qué criterios marcaban el cierre definitivo de un tratamiento. Propuso esta solución a la paciente y ella fue rechazada. En esa desavenencia se interrumpe la cura a causa de las vacaciones.

El sueño muestra el enojo de Freud frente a la cura parcial de Irma: “Si todavía tienes dolores es realmente por tu exclusiva culpa” (Freud, 1900: 130). Él ubica que si los dolores son culpa de Irma entonces no puede culpárselo de los mismos. Parece haber una vacilación acerca de quién es el sujeto del asunto. Freud sitúa el deseo motor del sueño como el deseo de no tener la culpa de la enfermedad.

Este planteo permite distribuir los elementos a través de equivalencias. En primer lugar: paciente inaccesible = paciente refractario = culpable; lo que abre otra serie de equivalencias: analista esmerado = que hizo todo lo que estaba a su alcance = inocente. Sin embargo, la necesidad de soñar al respecto, dice lo contrario. De allí que Freud nos ilustre, en estas páginas, con el ejemplo del caldero agujereado.

Si revisamos el historial de “El Hombre de los Lobos”, “De la historia de una neurosis infantil”, también podemos ejemplificar el punto de la posición resistencial al análisis y la posición de Freud ante ella. Dicho caso es planteado como claramente refractario. En ese contexto, Freud explica la “dócil apatía” de su paciente: “escuchaba, comprendía pero no permitía aproximación alguna” (Freud, 1914: 12).

Comenta que el paciente se caracterizaba por “proteger al comienzo con obstinación, frente a lo nuevo, cada posición que debía resignar”. Parece tratarse de una revuelta con-

²Doble suposición planteada y desarrollada por J. Lacan en la “Proposición de octubre de 1967”. *Ornicar 1*. Barcelona: Petrel, 1981, pp. 11-30.

tra alguna conquista nuevamente, parcial. Freud lo nombra también como “extrañamiento de la libido de los conflictos actuales” en “Introducción del narcisismo” (Freud, 1914: 77-79).

Más adelante, escribe:

“También en el tratamiento analítico se comportaba de igual modo [cuando está por superar una etapa primero ésta recrudece] desarrollando una *reacción terapéutica negativa pasajera*; tras cada solución terminante, intentaba por breve lapso negar su efecto mediante un empeoramiento del síntoma solucionado” (Freud, 1914: 65. Las cursivas son nuestras).

Unas páginas antes: “...lo característico de él era proteger al comienzo, con obstinación, frente a lo nuevo, cada posición libidinal que debía resignar” (Freud, 1914: 24). Conducta que explica en los siguientes términos:

“Sus síntomas se encadenan, entonces, como si partieran de una escena primordial de esa índole. Y debió resolverse a emprender todo ese camino de retroceso porque chocó con una tarea vital para cuya solución era demasiado perezoso, o porque tenía plenas razones para desconfiar de sus inferioridades y creía que tales medidas eran el mejor modo de defenderse de un fracaso” (Freud, 1914: 93).

El sentimiento inconsciente de culpa, suposición del analista

En este sentido, tenemos al sentimiento inconsciente de culpa alimentando poderosas objeciones a los tratamientos, “los más poderosos obstáculos”. Y como indicadores de esta entidad clínica, Freud -en “El yo y el ello”- detecta algunos fenómenos: la reacción terapéutica negativa, en los que “la necesidad de estar enfermo” sería más poderosa que “la voluntad de curar” (Freud, 1923: 50). También conocemos esos dos tipos de caracteres elucidados por el trabajo analítico, hallazgo freudiano, “Delinquentes por sentimiento de culpabilidad” (1916) y “Los que fracasan al triunfar” (1916), que dan cuenta de una necesidad de punición que se satisfaría no sólo a costa de la buena ventura, sino incluso de la libertad -positiva y negativa- del individuo.

La necesidad de castigo queda ejemplificada también, en la bibliografía freudiana, a través de esas neurosis que hasta pueden llegar a desaparecer “si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica” (Freud, 1924: 171-2).

De este modo, encontramos el argumento freudiano que sostiene la presencia de una necesidad de castigo, una especie de masoquismo neurótico estructural, que se satisface de diversos modos.

Sin embargo, el punto que nos interesa señalar no es el de la necesidad de auto-punición del neurótico, sino el que consideramos el primer hallazgo de nuestra revisión bibliográfica, que podemos escribir del siguiente modo: *el sentimiento inconsciente de culpa, tal como lo conceptualiza Sigmund Freud, constituye un indicador de la suposi-*

*ción de sujeto por parte del analista.*³

II. ¿Qué sujeto supone Freud a los casos resistentes al análisis?

En segundo lugar, a partir del modo en que Freud construye dicha noción, nos interesa señalar otro punto de lectura, en el que más bien se trata de otro tipo de problema clínico; más específicamente, en lo que atañe a la clínica diferencial.

Este segundo punto lo encontramos al seguir el camino de construcción de la noción de sentimiento inconsciente de culpa. Escribe Freud en “El yo y el ello”:

“El superyó conservará el carácter del padre, y cuanto más intenso fue el Complejo de Edipo y más rápido se produjo la represión (por el influjo de la autoridad, la doctrina religiosa, la enseñanza, la lectura) tanto más riguroso devendrá después el imperio del superyó como conciencia moral, quizá también como sentimiento inconsciente de culpa, sobre el yo”. (Freud, 1923:36).

Y más abajo, agrega: “...gran parte del sentimiento de culpa tiene que ser normalmente inconsciente, porque la génesis de la conciencia moral se enlaza de manera íntima con el complejo de Edipo, que pertenece al inconsciente” (Freud, 1923:53).

Muchas otras referencias⁴ van en este mismo sentido: en la conceptualización freudiana, el sentimiento inconsciente de culpa adquiere las características, en definitiva, de un subrogado de la instancia paterna, reprimida. O dicho de otro modo, un producto resultante del llamado “sepultamiento del complejo de Edipo”. Escribe Freud en “El problema económico del masoquismo”: “Podemos traducir la expresión “sentimiento inconsciente de culpa” por necesidad de castigo por un poder parental” (Freud, 1924:175). En este sentido, en una lectura retroactiva desde nociones lacanianas, encontramos en aquella suposición freudiana, una suposición de sujeto sobre aquellos pacientes que o bien parcialmente rehúsan el trabajo analítico -tal el caso de la reacción terapéutica negativa- o bien lo rechazan de plano.

En este punto, nos preguntamos ¿qué tipo de sujeto suponía Freud en su hipótesis clínica? Y la respuesta está escrita en el recorrido que hemos citado y comentado más arriba: se trata de un tipo de sujeto proveniente del llamado complejo de Edipo, cuya represión -o sepultamiento- subyacería a la caracterizada necesidad de castigo por parte de una instancia parental. Esto quiere decir que si, desde una lectura laciana, ponemos la lupa sobre el tipo de sujeto subtendido por la hipótesis clínica

³Dos de nosotros nos hemos ocupado de distinguir estos dos términos en la obra de Sigmund Freud en otro lugar. Vg. Gurevicz, M.; Muraro, V (2015). “Desarrollos freudianos acerca del sentimiento inconsciente de culpa”. En *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología*. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, 2015, p. 303.

⁴Vg. “El yo y el ello”, “El problema económico del masoquismo”, “El Porvenir de una ilusión”, “Dos tipos de caracteres psíquicos elucidados por el trabajo analítico”, “El malestar en la cultura”, etc.

freudiana, encontramos allí una suposición de Nombre del Padre para todos. Los unos y los otros, los que se avienen al trabajo analítico, y por eso mismo pueden analizar su neurosis infantil, y también aquellos que manifiestan posiciones refractarias al análisis, ambos tipos obtienen su explicación de un argumento siempre comandado por la represión edípica.

Por lo relevado hasta aquí, en la configuración que ofrece la conceptualización lacaniana de sujeto supuesto al saber, doble en más de un sentido -ya que supone un saber inconsciente y un sujeto portado por dicho encadenamiento; y a la vez, tanto analista como analizante deben participar de dicha suposición para poner en marcha el trabajo analítico de desciframiento en transferencia- observamos una suposición del analista, en este caso, de un sujeto de la represión, proveniente del Edipo, un sujeto reprimido y una instancia paterna reprimida también.

III. Más allá de la neurosis de transferencia

Podríamos definir el problema planteado por el recorrido anterior, a partir de la revisión del contexto de surgimiento y el camino de construcción de la noción freudiana de sentimiento inconsciente de culpa, que finalmente Freud declina en "necesidad de auto-punición"⁵, en los siguientes términos: la suposición de complejo de Edipo reprimido para todos aquellos casos en los que podamos inferir un sentimiento inconsciente de culpa o bien una posición masoquista de necesidad de auto-castigo, a partir de un fenómeno clínico -la llamada reacción terapéutica negativa, por ejemplo-, y su consecuente posición refractaria al trabajo analítico. Esto nos sitúa ante una encrucijada ética propia de la clínica psicoanalítica. Se trata del problema crucial inherente al diagnóstico diferencial, y a la importancia que reviste la formulación de una hipótesis diagnóstica bajo la égida de la transferencia analítica. Dicho de otro modo, podemos resumir el problema diciendo que la hipótesis de neurosis o perversión -Nombre del Padre- para todos aquellos casos que no responden a las condiciones del trabajo analizante, nos ponen ante el desafío de diagnosticar y tratar modos de presentación de la cadena significativa, del discurso y también del fuera de discurso, diferentes a los casos que configuran una neurosis de transferencia. Afinando más aún la definición del problema, podemos pensarlo como una pregunta: ¿qué tipos y sub-tipos clínicos subyacen a modos de presentación distintos de la constitución de una neurosis de transferencia correlativa de una aptitud analizante?

Esta pregunta-problema nos lleva a buscar respuestas en los distintos modos de rechazo del inconsciente: la diferenciación entre la cadena del significativo del inconsciente y la cadena del lenguaje⁶; entre la retroacción propia de

la cadena del lenguaje y el *après coup* lacaniano o *Nachtträglich* freudiano⁷; entre las diversas manifestaciones de la cadena rota y los fenómenos de locura no necesariamente psicóticos; entre la asociación libre, manifestación de la represión del inconsciente, escrita debajo de la barra en el algoritmo lacaniano de la implicación subjetiva de 1967⁸, y la cadena del parloteo (*parlotte*), mencionada por Lacan en *Encore*⁹.

El esquizofrénico no es un alienado¹⁰, y precisamente este punto presenta un problema clínico: el de discernir distintos modos de rechazo del inconsciente, que no simpatizan fácilmente -a veces en absoluto- con el dispositivo analítico constituido exclusivamente por la pareja analista-intérprete y analizante-descifrador. El dispositivo analítico pensado desde la propuesta lacaniana y articulado a los modos de presentación clínica que propone la época, antes plástico que dogmático y desplazado de recetas prescriptas por cánones provenientes de ortodoxias diversas, acoge en su seno muchos estilos de subjetividad que acuden a la consulta bajo modalidades muy distintas de presentación clínica.

He aquí otro punto de interés: la noción freudiana de sentimiento inconsciente de culpa, además de un indicador de la suposición de sujeto inyectada por el analista allí donde ninguna otra cosa permitiría suponerlo, constituye un índice clínico de la presencia de un problema de diagnóstico por resolver. Diferencia entre estructuras, primero, y de sub-tipo clínico, luego. Resumiendo: *el sentimiento inconsciente de culpa, y su sucedánea necesidad de auto-punición, constituyen índices de un diagnóstico diferencial aún indefinido.*

IV. La metodología freudiana...

En "El problema económico del masoquismo" leemos:

"Opino que en cierta medida, daremos razón al veto de los pacientes si renunciamos a la denominación "sentimiento inconsciente de culpa" por lo demás incorrecta psicológicamente y en cambio hablamos de una "necesidad de castigo". (Freud, 1924: 172).

Hacia allí avanza Freud en su conceptualización progresiva. Parte del superyó, la conciencia moral de raigambre paterna, pasa por la inferencia abductiva del sentimiento inconsciente de culpa, casi oxímoron que resuelve en la necesidad de castigo. Esto le permite explicar casos de criminalidad, por ejemplo, que antes que causar la culpa, más bien explican un "mito" que ligan a una instancia de

⁵Opino que en cierta medida, daremos razón al veto de los pacientes si renunciamos a la denominación "sentimiento inconsciente de culpa" por lo demás incorrecta psicológicamente y en cambio hablamos de una "necesidad de castigo". Vg. S. Freud, "El problema económico del masoquismo". (Freud, 1924: 172).

⁶Cf. C. Soler (2007). "El rechazo del inconsciente". En *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva, 2007, pp. 239-251.

⁷Cf. Al respecto J. Lacan (1964). "Posición del inconsciente...". En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1998, p. 808-829.

⁸Cf. J. Lacan (1967). "Proposición del 9 de octubre de 1967". "Proposición de octubre de 1967". *Ornicar 1*. Barcelona: Petrel, 1981, pp. 11-30.

⁹Cf. J. Lacan (1973-74). *El seminario. Libro 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós, 1995. Colette Soler también retoma este problema en el artículo mencionado.

¹⁰Uno de nosotros ha trabajado extensamente en otro lugar este problema. Vg. M. Alomo (2013). "El esquizofrénico no es un alienado". En *Clínica de la elección en psicoanálisis. Libro II. Por el lado de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva, 2013, pp. 144-153.

la realidad por medio del acto delictivo -verbigracia los "delincuentes por sentimiento de culpabilidad"-.

¿De qué modo procede Freud en su investigación clínica? En este caso al menos, como señalábamos en el párrafo anterior, por medio de la abducción. Dicho método, presentado en los *Analíticos Primeros*¹¹ por Aristóteles, fue retomado fuertemente por Charles S. Peirce¹² como uno de los tres principales modos de razonamiento, junto al deductivo y al inductivo.

Se trata de un método que parte de los indicios. A partir del resultado -que funciona como tercer movimiento- se hace funcionar una regla general a modo de premisa mayor de un silogismo. Queda por resolver, entonces, el lugar de la premisa menor, con cierto grado de probabilidad. En este caso, retomando y reordenando abductivamente los elementos del razonamiento freudiano comentados más arriba, podríamos pensar el siguiente silogismo:

- a. Fenómenos clínicos: reacción terapéutica negativa; delincuentes por sentimiento de culpabilidad; los que fracasan al triunfar; ruinas económicas, enfermedades orgánicas y matrimonios infelices que toman el relevo del padecimiento neurótico
- b. Superyó, conciencia moral, subrogado de la instancia paterna represora y punitiva, como suposición generalizada;

Entonces: c. ...

Como notamos, Freud parte de una regla general, toma nota de una serie de resultados que reconoce como pertenecientes a una serie que comienza con dicha regla, y queda pendiente el lugar de lo que llamaríamos la premisa menor del silogismo, el paso segundo. ¿Qué ubica Freud allí por medio del razonamiento abductivo? El sentimiento inconsciente de culpa, reformulado luego como necesidad de castigo, masoquismo generalizado y estructural del neurótico.

V. ...y la nuestra

A la hora de definir las variables y rastrear los indicadores en las historias clínicas, en la segunda etapa de la ejecución de nuestro trabajo de investigación, la definición de las variables y los indicadores correspondientes serán definidos en función del razonamiento abductivo. Las diferencias respecto de la metodología freudiana las encontraremos no en la lógica aplicada al tratamiento de los datos, sino en los contenidos de las premisas.

Por lo articulado hasta aquí, notamos que la lectura retrospectiva de las conceptualizaciones freudianas, desde una perspectiva lacaniana, nos inducen a introducir cambios en la premisa mayor, es decir en la regla general que funciona como tal. En este caso, nosotros no suponemos Edipo reprimido para todos, sino que más bien debemos ubicar allí una regla general que sintetice de algún modo la apertura del panorama clínico que han producido las

siguientes conceptualizaciones lacanianas: pluralización de los nombres del padre, suplencias del Nombre del Padre, *sinthome*, clínica borromea.

En el segundo lugar, en el lugar de la premisa menor, inferiremos no solamente al masoquismo generalizado de las neurosis (retoño conceptual del sentimiento inconsciente de culpa freudiano, como hemos señalado), sino más ampliamente la llamada pluralización de los goces, y los distintos modos de tal ampliación del horizonte clínico: masoquismo neurótico, por supuesto; pero también el masoquismo específico de la perversión considerada como estructura (aun cuando el fenómeno, el acto perverso, no fuere ostensiblemente masoquista); también la estasis libidinal propia de la fijeza del síndrome de pasividad psicótico, y de otros fenómenos pertenecientes a dicha estructura clínica, como por ejemplo la sumisión a un Otro absoluto de turno, que se vuelve amo del sujeto que obedece incluso las órdenes más abusivas, o bien padece de distintos modos la intrusión de dicho amo; etcétera.

En el resultado, el tercer elemento del silogismo, probablemente encontremos diversos fenómenos clínicos. No solamente la llamada reacción terapéutica negativa y los otros caracteres discernidos y mencionados por Freud, sino también diversas conductas que podrían ponerse a cuenta del masoquismo neurótico: la permanencia en vínculos de pareja violentos; distintas modalidades de "los que fracasan al triunfar", como el empeoramiento de los síntomas ante la proximidad de culminar una carrera universitaria o de dar algún otro paso importante en la vida; problemáticas de consumo, que incluirán, en sintonía con la época, no sólo consumo de sustancias, sino la participación en redes que favorecen pseudo-lazos sociales, donde la maquinaria secuencial del *uno y uno y uno...* dejan como resto, desecho del engranaje, a los cuerpos que incluso pueden copular sin que se hubiera tratado nunca de un objeto causa de deseo (vg. "Tinder" y aplicaciones semejantes), en una carrera desenfrenada de consumo de sexo, por ejemplo. Además, probablemente encontremos fenómenos de tipo perverso, a discernir si se tratare de estructura perversa o actos perversos que cumplen alguna función en otra estructura. Luego, tal vez debamos someter al análisis también otros fenómenos más o menos bizarros, más o menos anti-sociales o a-sociales, que se inscribirán en distintos tipos de psicosis, ya sea ordinarias o extra-ordinarias.

Por lo tanto, estamos avisados de que nuestra metodología podrá incluir todos estos elementos, si distribuimos el análisis de acuerdo a los tres pasos del razonamiento abductivo. Partiremos de los fenómenos clínicos, del mismo modo que Freud. Luego, teniendo en cuenta el ordenamiento del razonamiento abductivo, supondremos una hipótesis conceptual ("metapsicológica") que, operativamente, funcionará como premisa mayor del silogismo. Luego, procederemos al segundo paso: la inferencia de los posibles elementos a incluir en la premisa menor.

En definitiva, utilizaremos la metodología freudiana basada en el razonamiento abductivo. Sin embargo, al partir de los desarrollos de Freud, y las conceptualizaciones clínicas lacanianas que retornan a Freud y resignifican

¹¹Cf. Aristóteles (S. V. a. C.). "Primeros analíticos" en *Tratados de Lógica (El Organon)*, Editorial Porrúa, S.A, México, 1993

¹²Cf. Peirce, Ch (1878). *Collected papers. Vol V. Massachusetts: Harvard University Press, 1935*, pp. 112-126.

sus hallazgos, contamos con un *back ground* diferente, mucho más nutrido. Dicho de otro modo, el segundo paso ya no es un conjunto vacío para nosotros, como sí lo fuera para el padre del psicoanálisis un siglo atrás.

Esto representa principalmente una ventaja metodológica. La abducción, en el momento del *musement*¹³, de la inspiración, no deberá suponer elementos en un conjunto vacío, sino que pondrá a conversar las nuevas inferencias posibles, en principio, con el masoquismo neurótico y sus diferentes configuraciones.

Por otra parte, sin embargo, reconocemos un riesgo en este planteo, ya que la pre-existencia de hipótesis en el lugar de la premisa menor, podrían llevarnos a realizar un procedimiento bien de tipo deductivo, donde los fenómenos clínicos vendrían a ocupar el lugar de ejemplos de los elementos dispuestos previamente; o bien inductivo, donde tales fenómenos se corresponderían con determinados elementos ya consignados en la segunda premisa. Y de ese modo, como nos precave Lacan, acabar sacando de la galera el conejo que ya habíamos colocado allí con anterioridad.

Para no caer en dicho sesgo metodológico, el que encuentra sólo aquello que ya había previsto, será imprescindible mantener el tipo de razonamiento abductivo. *Id est* si partimos de la clínica, es decir de los fenómenos, nunca caer por la pendiente de transformar el silogismo en inductivo. De este modo, si bien ahora -gracias a Freud y a Lacan- además del masoquismo primario contamos con otras hipótesis "metapsicológicas", no hay razón para que ante la presencia de determinado fenómeno clínico -por ejemplo: la permanencia de una mujer en el vínculo de pareja con un hombre violento-, busquemos inductivamente con qué tipo de modalidad de goce ya prevista en la premisa menor deberíamos emparejar dicho fenómeno, explicándolo.

Nuestra investigación, desde el punto de vista metodológico, siempre se mantendrá dentro de las coordenadas de la abducción. De este modo, así como el sentimiento inconsciente de culpa hubo resultado una hipótesis novedosa para Freud (aun cuando se tratare de una formación paradójica, quizá un oxímoron), manteniendo ya no vacío mas si incompleto el conjunto de hipótesis explicativas de los fenómenos (la premisa menor del silogismo), garantizamos la posibilidad de advenimiento de novedades epistémicas sin que la misma sea obturada por lo ya sabido de antemano.

Conclusiones

A modo de planteo preliminar, avanzamos aquí una primera producción que da cuenta del estado de avance de nuestra investigación. Como señalábamos, partiendo de la revisión bibliográfica de la noción freudiana de sentimiento inconsciente de culpa, hemos arribado a los siguientes puntos que consideramos importantes para se-

¹³Así llamaba Peirce al momento creativo de la inferencia abductiva, que debía suponer allí, en el lugar vacío, novedades epistémicas. Cf. S. Peirce (1878). "Pragmatism and abduction". En *Collected papers. Vol. VI. Massachusetts: Harvard University Press, 1935*, pp. 315 y sig.

guir adelante con nuestro trabajo. Algunos de estos puntos son conceptuales, relativos al contexto de surgimiento y al camino de construcción de la conceptualización freudiana; otros son metodológicos. Estos últimos, comienzan por detectar y caracterizar la metodología freudiana, basada en el razonamiento abductivo, y prosiguen por explicitar la metodología que utilizaremos nosotros en lo sucesivo (en la fase empírica de nuestra investigación).

Hemos señalado los siguientes puntos:

- a. *El sentimiento inconsciente de culpa, tal como lo conceptualiza Sigmund Freud, constituye un indicador de la suposición de sujeto por parte del analista.*
- b. *En este caso observamos una suposición del analista -Freud- de un sujeto de la represión, proveniente del Edipo, un sujeto reprimido y una instancia paterna reprimida también.*
- c. *El sentimiento inconsciente de culpa y su sucedánea necesidad de auto-punición, constituyen índices de un diagnóstico diferencial aún por realizar.*
- d. *La metodología utilizada por Freud, a través de la cual hipotetizó el sentimiento inconsciente de culpa y luego la necesidad de auto-punición, y de ahí el masoquismo neurótico, está basada en el razonamiento abductivo.*
- e. *Nuestra investigación, desde el punto de vista metodológico, siempre se mantendrá dentro de las coordenadas de la abducción. De este modo, así como el sentimiento inconsciente de culpa hubo resultado una hipótesis novedosa para Freud, manteniendo ya no vacío mas si incompleto el conjunto de hipótesis explicativas de los fenómenos (la premisa menor del silogismo), podremos garantizar la posibilidad de advenimiento de novedades epistémicas sin que la misma sea obturada por lo ya sabido de antemano.*

Quedan por discernir distintas modalidades de articulación entre diversos sucedáneos del sentimiento inconsciente de culpa con los distintos tipos de concesión ante la realización del deseo, todavía por detectar y caracterizar en el transcurso de la fase empírica de nuestra investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alomo, M. (2013). *Clínica de la elección en psicoanálisis. Libro II. Por el lado de Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva, 2013.
- Aristóteles (S. V. a. C.). "Primeros Analíticos" en *Tratado de Lógica (El Organon)*, Editorial Porrúa, México, 1993.
- Azaretto, C.; Ros, C.; et al. (2014). *Investigar en Psicoanálisis*. Buenos Aires: JVE Ediciones, 2015.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En *Obras Completas*, Vol. IV, Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1915). "Fragmentos de análisis de un caso de histeria (Dora)". En *Obras Completas*, Vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1916). "Algunos tipos de carácter dilucidados en el trabajo analítico". En *Obras Completas*, Vol. XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Freud, S. (1918 [1914]). "De la historia de una neurosis infantil (el 'Hombre de los Lobos')". En *Obras Completas*, Vol. XVII, Buenos Aires: Amorrortu, 1991.

- Freud, S. (1923). "El yo y el ello". En *Obras Completas* Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1924). "El problema económico del masoquismo". En *Obras Completas*, Vol. XIX, Buenos Aires: Amorrortu, 1991.
- Gurevicz, M.; Muraro, V (2015). "Desarrollos freudianos acerca del sentimiento inconsciente de culpa". En *Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología*. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, 2015.
- Lacan, J. (1967). "Proposición del 9 de octubre de 1967". *Ornicar 1*. Barcelona: Petrel, 1981.
- Lacan, J. (1972-73). *El Seminario 20. Aún*. Buenos Aires: Paidós, 1995.
- Lombardi, G. (2013). Proyecto UBACyT 20020130100349BA: "El Sentimiento Inconsciente de Culpa como Índice Negativo del Deseo: Detección y Tramitación en el Tratamiento Psicoanalítico en Diferentes Tipos Clínicos. Estudio de Casos en el Servicio de Clínica de Adultos de la Facultad de Psicología en Avellaneda", dirigido por el Prof. Dr. Gabriel Lombardi.
- Peirce, Ch (1878). *Collected papers. Vol V*. Massachusetts: Harvard University Press, 1935.
- Peirce, Ch (1878). *Collected papers. Vol VI*. Massachusetts: Harvard University Press, 1935.
- Soler, C. (2001). "El rechazo del inconsciente". En *¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista?* Buenos Aires: Letra Viva, 2007.

Fecha de recepción: 14 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 31 de agosto de 2016