

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

El síntoma en los inicios de tratamientos.

Mailliat, María Fernanda.

Cita:

Mailliat, María Fernanda (2019). *El síntoma en los inicios de tratamientos. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/447>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/pCe>

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

EL SÍNTOMA EN LOS INICIOS DE TRATAMIENTOS

Mailliat, María Fernanda
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Tener un síntoma será condición necesaria pero no suficiente para dirigirse a un Otro. Por eso mismo, es fundamental saber sobre las coordenadas lógicas del pedido de consulta. Eso nos orientará sobre lo que le resulta imposible de soportar a ese sujeto, y ha vuelto inoperantes sus recursos preexistentes. De allí obtendremos las coordenadas singulares del padecer de quien nos consulta.

Palabras clave

Síntoma - Conflicto - Insoportable - Inconciliable - Inicios - Tratamiento

ABSTRACT

THE SYMPTOM IN THE BEGINNING OF TREATMENTS

Having a symptom will be a necessary but not sufficient condition to address an Other. For this reason, it is essential to know about the logical coordinates of the query request. This will guide us about what is impossible for the subject to support, and has rendered their pre-existent resources inoperative. From there we will obtain the singular coordinates of suffering from who consult us.

Key words

Symptom - Conflict - Unbearable - Inconciliable - The beginning - Treatment

Lo inconciliable, el conflicto y el síntoma

Iniciaré mi recorrido señalando algunos rasgos relevantes de los distintos abordajes del síntoma en Freud, leyendo su obra escandida en tres momentos.

Entendemos que el primero de estos tiempos es desde los inicios de su práctica hasta los desarrollos del año 1900. Tiempo donde el inconsciente solo estará definido en contra posición a lo consciente –aun no cuenta con sus propias leyes- y donde el síntoma será entendido como un intento de resolver un conflicto generado por una representación que ha devenido inconciliable para el funcionamiento del aparato psíquico. En textos como *Las Neuropsicosis de defensa* (1894), *Manuscrito H* (1895), y *Nuevas puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de defensa* (1896), subraya muy claramente la relación entre el síntoma y lo insoportable (intolerable en términos freudianos). El síntoma es entendido como un intento de solución frente a un conflicto cuantitativo que se ha desatado en la vida psíquica. El aparato podrá arribar a la solución sintomática vía el mecanismo de la *conversión, proyec-*

ción o sustitución, dándole un tratamiento a la representación inconciliable y al quantum libidinal asociado a ella.

Ya en este primer tiempo podemos leer el carácter de invención que tiene el síntoma para Freud. Si entendemos la invención como una creación hecha a partir de materiales existentes, el síntoma se destaca por ese rasgo. Con los recursos psíquicos que cuenta ese sujeto, se formará esta nueva solución de compromiso que le permitiría al sujeto seguir por la vida, sin conflicto aparente, pero al precio de cargar con este testigo de un conflicto tácito.

Desde 1900 hasta 1920, se abre el momento que acompañará su segunda nosografía. Aquí ya encontramos definidas las leyes del inconsciente, la conceptualización del narcisismo, la resistencia y la transferencia, entre otros conceptos fundamentales. En este tiempo trabajará los historiales que devendrán paradigmáticos para el psicoanálisis y se destacará su trabajo puntilloso por describir la fenomenología sintomática, sus mecanismos de formación y los modos de abordaje para lograr su levantamiento. Destacaré de este momento su idea de entender al síntoma como un *compuesto* hecho de la combinación de dos elementos: el sentido y lo pulsional. Su propia clínica es la que lo lleva a pensar que esa solución de compromiso, revestía una complejidad aún mayor. La carta 69 (Freud, 1897) nos ofrece una ventana para entender este salto fundamental que da en sus conceptualizaciones, al otorgar un valor relevante a la fantasía como ensamble necesario entre los elementos heterogéneos que componen el síntoma.

El análisis de los síntomas de *Dora* y la *Conferencia 23* -donde también destacará el carácter sufrante de esta satisfacción desfigurada por la censura- dan cuenta clara de esta nueva perspectiva clínica.

A partir de 1920 se abre el tercer momento freudiano, donde una nueva nosografía ordena las estructuras y distingue los tipos clínicos para la neurosis, la psicosis y la perversión. En este tiempo desarrollará nociones fundamentales como: la de reacción terapéutica negativa, el beneficio primario del síntoma, una nueva teoría de la angustia y la pulsión de muerte; entre otras conceptualizaciones que imprimirán un giro fundamental en su obra.

En su texto de 1924, “Perdida de la realidad en la neurosis y la psicosis” el síntoma sigue siendo el producto de un conflicto, pero esta vez entre instancias. Del lado de la neurosis el conflicto será entre el Yo y el Ello al servicio de la Realidad. El síntoma advendrá tras el fracaso de la represión como una formación de compromiso que irrumpe como un intruso en el Yo.

Pero en 1926, en “Inhibición, síntoma y angustia”, introduce un rasgo que otorga un relieve particular a la noción de síntoma. Este sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, que se presenta mutilada, desplazada, inhibida y no reconocible como tal, es llamado *cuerpo extraño*. El síntoma se presenta como una extranjería de carácter parasitario que vive en el interior del yo.

En la lucha defensiva secundaria contra este sustituto, el Yo intentará cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, incorporándolo a su organización. Es decir, el Yo intentará absorberlo, subsumirlo, sin permitirle el acceso a la motilidad.

Hasta aquí nos encontramos con el síntoma entendido como un intruso que irrumpe como cuerpo extraño, que se enquistaba en el yo y al cual le está prohibido trasponerse en acción. Al mismo tiempo tenemos un Yo que también lo aloja e incorpora obteniendo cierta ganancia sobre eso mismo que lo aqueja.

Esta lectura, nos aporta una versión del síntoma con el cual el Yo hará un pacto de convivencia. Estamos frente a un síntoma que si bien sigue siendo marca de un conflicto, se acomoda en el decurso de la vida de un sujeto y no parece representarle mayores inconvenientes. Un síntoma que hace un convenio con el Yo, un síntoma egosintónico.

Luego de todo este recorrido, podemos plantearnos la siguiente pregunta:

¿Se puede tener un síntoma y no sufrir por ello?

En este punto propongo tomar una metáfora para pensar el asunto. Pensemos por un momento al síntoma como una piedra en el zapato. Lo primero que podríamos decir es que la marcha del sujeto podría verse afectada por la piedra. Se podría renegar o dar pequeños saltos cuando el peso de la pisada recae sobre la piedra. También se podría sacudir su pie en el aire para que objeto intruso cambie de posición y no perturbe o aprender un nuevo andar para que la molestia se vuelva imperceptible. Seguramente el resultado de estas maniobras un tanto engorrosas, será la posibilidad de seguir caminando. Por lo tanto, el síntoma como la piedra en el zapato no necesariamente detiene la marcha, no necesariamente se vuelve insoportable.

Lo insoportable y el Síntoma egodistónico

Ya hemos dicho que una piedra podría imprimir un rasgo singular en el andar de un sujeto o motorizar la marcha en determinadas coyunturas. Hasta aquí sujeto y piedra, se van acomodando de tal modo que no necesitaron de nada ni de nadie más.

En el seminario sobre la angustia, Lacan precisa la naturaleza del síntoma en relación al Otro, en contra posición al *acting out*. Dirá lo siguiente:

“No, no forma parte esencial de la naturaleza del síntoma que deba ser interpretado. No llama a la interpretación como lo hace el acting out, contrariamente a lo que ustedes podrían creer [...] Tratándose del síntoma, esta claro que la interpretación es posible, pero con una determinada condición añadida, a saber que la transferencia este establecida. En su naturaleza, el síntoma

no es como el acting out, que llama a la interpretación, puesto que –demasiado se lo olvida– lo que el análisis descubre en el síntoma es que el síntoma no es llamada al Otro, no es lo que muestra al Otro. El síntoma, en su naturaleza, es goce [...] no los necesita a ustedes como el acting-out, se basta a sí mismo.” (1962-63, 139).

Si el síntoma no se le dirige a nadie, si no necesita de nosotros los analistas, ¿Por qué la gente viene a la consulta? ¿Qué detiene la marcha y hace indispensable sacarse el calzado?

Tener un síntoma es condición necesaria pero no suficiente para hacer un pedido de análisis. Resulta evidente que algo tendrá que venir a agregarse para que un sujeto vaya a encontrarse con un analista. Ese *algo*, que es del orden del encuentro con lo insoportable, ha traído como consecuencia una discontinuidad, un desarreglo. Porque la direccionalidad al Otro es producto de la rotura del *convenio* que venía funcionando hasta ese momento.

Inicios de tratamiento y síntoma

¿Por qué la gente consulta? ¿Por qué el síntoma ya no se basta a sí mismo y hay que dirigirlo a un analista?

En una conferencia dictada en España, J.A. Miller dice: .

“..alguien va a un analista, cuando sufre en su cuerpo o en su pensamiento y sospecha que su dolor no es la verdad de su dolor, que ésta es distinta. Llega al analista sabiendo que el dolor tiene su autenticidad pero, al mismo tiempo, tiene la sospecha de que en él ha habido un desplazamiento” (1986, 77).

Miller nos aporta la figura de la *sospecha* como pieza fundamental. Ella es el indicio que permite al sujeto percatarse que algo se ha desarreglado en su vida, y que el modo que tenía para andar con su síntoma ya no basta, ya no es suficiente porque no funciona más. Empujado por esa *sospecha* es que acude al encuentro con un analista.

Verán que ya no se trata del síntoma que no necesita de nadie, que se basta a sí mismo. Ahora se abre paso un síntoma que se enlaza al Otro y cambia su estatuto.

Repasemos: algo venía funcionando de un modo y se venía caminado con la piedra en el zapato. En un momento, el encuentro con algo insoportable –para ese sujeto– detiene la marcha e instala una discontinuidad en su vida y la sospecha sobre causa de su padecer que motoriza el pedido de consulta.

Ese punto, esa bisagra que llamo discontinuidad, es lo que debemos entender cuando llega el sujeto a la consulta. El modo abordarlo podría estar mediatizado por dos preguntas que son la puerta de entrada a las entrevistas preliminares: ¿Por qué viene? ¿Por qué viene ahora?

Estas preguntas, lejos de ser parte de una formalidad o del armado de una anamnesis, encierran la lógica que venimos desarrollando en este trabajo. Sabemos que se puede tener un síntoma y que se puede sufrir de algo sin necesidad de hacer una consulta. Por lo tanto, tener un síntoma será condición necesaria pero no suficiente para dirigirse a un Otro. Por eso mismo, es fundamental saber sobre las coordenadas lógicas del

pedido de ayuda porque nos orientarán sobre la singularidad de ese padecer.

Síntoma y transferencia

En “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913) Freud hace una analogía entre el juego del ajedrez y el análisis, dice así:

“Quien pretenda aprender por los libros el noble juego del ajedrez, pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consistentes en una exposición sistemática y exhaustiva, en tanto que la rehúsa la infinita variedad de las movidas que siguen a las de apertura”, (125).

Con esta analogía señala que solo la entrada y la conclusión de un análisis requieren de una secuencia lógica para su advenimiento.

Propongo leer esta cita junto con “La Dirección de la Cura y los principios de su poder” (Lacan 1958), considerando el contexto en el que Lacan escribe este texto.

En 1958 Lacan pertenece a la Sociedad Francesa de Psicoanálisis que es una Institución constituida alrededor de reglas fijas, ritualizadas y estandarizadas. Lacan va a contrapelo de esto, dejando de lado la ritualización, modificando el dispositivo analítico en función de la persona que lo consulta y siguiendo una regla que se orienta por la singularidad de cada caso.

En esta época se enfrenta con la novedad de la contratransferencia y su respuesta a ella fue sostener que el analista debe presentarse libre de prejuicios, lejos de su saber y de su persona. Desde su título, Lacan deja bien el claro que lo que se dirige es la cura, y sin ningún rodeo aclarará que no se dirige al paciente y mucho menos el analista debe ser una guía moral para el analizado.

Lacan discute con las posiciones infatuadas que promovían la reeducación y el propio Freud subvierte el paradigma de la psiquiatría clásica que dejaba el saber del lado del médico, para ponerlo del lado de sus pacientes y escuchar lo que ellos tenían para enseñarle.

¿Por qué introduzco un texto donde Lacan pone en el banquillo a los analistas si estamos hablando del síntoma en los inicios de los tratamientos?

Porque los síntomas se leerán desde el lugar desde donde el analista recibe la demanda de tratamiento y contemple la singularidad del caso. Y porque es desde allí que se habilita la jugada sistematizada del inicio y la posibilidad de la instalación de la transferencia.

Se trata de asumir la posición de Ignorancia Docta^[1]. Esa ignorancia que porta alguien que sabe cosas, pero que voluntariamente deja de lado su saber para dar lugar a lo que va a ocurrir. Esta posición tiene una función operativa en la experiencia analítica, fundamental para la constitución del Sujeto Supuesto Saber. Queremos entender de que esta hecho el *impass*, la discontinuidad, esa bisagra que deja una marca en la vida de un sujeto, porque estamos orientados por la perspectiva del *sinthome*, que no es otra cosa que lo más singular de cada quien.

NOTA

[1] Docta Ignorancia: Obra de Nicolás de Cusa.

Docto: Rae- que a fuera de estudios ha adquirido más conocimientos que los comunes u ordinarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1894). Las Neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo III, Amorrortu. Bs. As. 1997.
- Freud, S. (1895). Manuscrito H. Obras Completas. Tomo I. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa. Obras Completas. Tomo III. Amorrortu. Bs. As. 1997.
- Freud, S. (1950 [1892.99]). Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Carta 69. Obras Completas. Tomo I. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu. Bs. As. 1993.
- Freud, S. (1917). Conferencia 23ª. Los caminos de la formación de síntomas. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu. Bs. As. 1992.
- Freud, S. (1924). Pérdida de la Realidad en la neurosis y psicosis. Obras Completas. Tomo XIX. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Freud, S. (1926 [1925]). , Inhibición síntoma y angustia. Obras Completas, Tomo XX. Amorrortu. Bs. As. 1993.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. Obras Completas. Tomo XXIII. Amorrortu. Bs. As. 1996.
- Kruger, F. (2001). Trazos entre el síntoma y el inconsciente. Cuadernos del Instituto Clínico de Bs. As. 2012.
- Lacan, J. (1962-63). El Seminario. Libro 10, La angustia. Paidós. Buenos Aires 2006.
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder, en Escritos 2. Ed. Siglo XXI, Bs. As. 1985.
- Miller, J.A. (2011). Sutilezas Analíticas. Paidós, Bs. As. 2011.
- Miller, J.A. (1986). La Pasión del Neurótico en Conferencias. Introducción a la clínica lacaniana. Conferencias en España. Escuela lacaniana de psicoanálisis. 2007.
- Miller, J.A. (1987). Como se inventan nuevos conceptos en psicoanálisis. Introducción a la clínica lacaniana. Conferencias en España. Escuela lacaniana de psicoanálisis. 2007.