

Efectos analíticos y diagnóstico en la primera fase del tratamiento.

Lombardi, Gabriel.

Cita:

Lombardi, Gabriel (Agosto, 2005). *Efectos analíticos y diagnóstico en la primera fase del tratamiento. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/gabrielombardi/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pcBx/gSp>



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

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

EFECTOS ANALÍTICOS Y DIAGNÓSTICO EN LA PRIMERA FASE DEL TRATAMIENTO

Lombardi, Gabriel
UBACyT - Universidad de Buenos Aires

Resumen

El presente trabajo se propone tres objetivos estrictamente relacionados entre sí: 1) definir el síntoma en psicoanálisis a partir de su relación con la noción de saber; 2) situar a partir de esa definición los efectos propiamente analíticos que se producen durante los primeros tramos del tratamiento psicoanalítico, en un intento de distinguirlos de otros efectos terapéuticos (indiscernibles de los efectos de la sugestión) que usualmente conlleva per se el establecimiento del vínculo transferencial; 3) interrogar la importancia del diagnóstico a partir de los dos puntos anteriores. Se inscribe en el marco del proyecto de investigación P043 de UBACyT, en el que se estudian la factibilidad y las dificultades del proceso diagnóstico en pacientes que consultan en una situación de urgencia socio-económica en el Servicio de Clínica de Adultos en la Sede Avellaneda de la UBA - donde la duración de los tratamientos usualmente se limita a un año -. El método consiste en un rastreo de las bases lógicas sobre las que el proceso diagnóstico es posible, basándose en bibliografía que permite definir las variables, y en un estudio exploratorio del proceso diagnóstico en la casuística dada por 1) los historiales freudianos y 2) las historias clínicas del Servicio

Palabras Clave

diagnóstico síntoma saber sujeto

Abstract

ANALYTIC EFFECTS AND DIAGNOSIS IN FIRST STAGE OF THE PSYCHOANALYTIC TREATMENT

The present work sets out three related objectives: 1) to define the symptom in psychoanalysis in its relation with the notion of knowledge (savoir, not connaissance) ; 2) to locate from that definition the properly analytical effects that take place during the first sections of the psychoanalytic treatment, in an attempt to distinguish them of other therapeutic effects (indiscernible of suggestion's effects that the establishment of the transferential link usually implies); 3) to inquiry starting in previous points the importance of the diagnosis for the treatment. This work is written within the framework of the research project P043 de UBACyT, that studies the feasibility and the difficulties of the diagnosis process in patients who consult in a situation of socioeconomic urgency in the Service of Clinic of Adults in the Avellaneda Seat of the University of Buenos Aires - in which the duration of the treatments usually is limited to a year at most -. The method consists on a tracking of the logical bases on which the diagnosis process is possible, being based on the bibliography that allow to defining the variables, and the casuistry given by freudian experience and treatment records of the Service

Key words

diagnosis symptom subject knowledge

La indicación de saber incluida en el síntoma

Cuando hablamos de proceso diagnóstico en nuestra investigación, no se trata para nosotros de elegir entre las opciones que nos ofrece algún manual para clasificar los síntomas de un paciente al que observamos desde afuera. La concepción psicoanalítica del síntoma, aunque no excluye la definición de tipos clínicos, exige un repudio explícito de la perspectiva del conocimiento desde afuera, e implica un desplazamiento hacia lo que el sujeto sabe, advierte, o al menos vislumbra sobre lo que él mismo padece.

De un modo muy didáctico, en su *VI conferencia de introducción al psicoanálisis*, Freud explica que el método psicoanalítico promueve una transformación inmediata de la relación del sujeto con el saber, y precisamente porque el psicoanálisis sigue la técnica de hacerse decir por los mismos que estudia la solución de sus enigmas. Es el propio paciente quien debe decirnos lo que sus sueños, sus síntomas o sus olvidos significan, porque sólo él puede saber en qué secuencias significantes perdidas toman un sentido, e incluso, en qué contexto de articulación significativa pueden revelar la objetividad de otro modo inaprensible de un real irreductible, de una cicatriz dejada por el encuentro del sujeto con un saber traumático - por lo que él introduce de exceso inasimilable o de pérdida incurable -. La técnica analítica se propone entonces hacer valer el hecho de que el sujeto sabe más de lo que cree. Tal vez no sabe que lo sabe, dice Freud, y por eso cree que no lo sabe.

La sustracción inconsciente del saber - el no saber - admite una amplia variedad clínica. Hay casos en que la sustracción del saber se acompaña de certeza, un ejemplo por todos conocidos es el del olvido de un nombre propio. "Cuando he olvidado transitoriamente un nombre propio, señala Freud, tengo sin embargo en mi interior la certeza de que sé ese nombre." En el sueño, en cambio, es el analista quien debe aportar transitoriamente la certeza de que el elemento más desdibujado del sueño, marcado por la duda, puede llevar más rápidamente que ningún otro a lo que se trata de saber.

¿Cómo es el caso del síntoma? El síntoma se sitúa a mitad de camino entre el sueño y el olvido del nombre propio. Aún aquellos casos en que el síntoma consiste en un estado permanente de duda, puede ser reconducido a alguna certeza. El analista puede acompañar al sujeto a constatar que ese síntoma es el resultado de alguna causa, una causa que le concierne, y precisamente en el punto en que él, de un modo u otro, él "no sabe", con las comillas freudianas, las comillas de sospecha que añade el método analítico a ese no saber supuesto, para hacer incidir allí las preguntas, las interpretaciones, que propicien nuevas asociaciones - articulaciones de saber desconocidas hasta ese momento -.

En el campo del síntoma, el 'no saber', o el 'no querer saber' que rápidamente se encuentra en la experiencia del análisis, se declina en formas clínicas diversas, que permiten definir los tipos clínicos clásicos del psicoanálisis. Esto fue muy claramente descripto por Lacan en su clase del 5 de mayo de 1965:

1. En la paranoia, no es solamente un signo lo que recibe el paranoico en la certeza radical que lo caracteriza, sino el signo certero de que en alguna parte "se sabe" lo que quiere decir ese signo cuya significación él no conoce.

Esto, que es bien conocido en el caso de la paranoia, puede ser extendido, *mutatis mutandi*, a todo el campo de la

sintomatología psiquiátrica, psicoanalítica, psicológica, psi... La dimensión ambigua introducida por el hecho de que en el síntoma se trata de saber, está indicada en el síntoma también en los otros tipos clínicos.

2. En la neurosis, en la medida en que la interpretación analítica añade comillas al "yo no sabía" con el que alguna Dora de nuestros días por ejemplo, camufla su participación en la producción y sostén del síntoma. Es un caso más parecido al del sueño, aquí el analista debe apuntar a producir lo más pronto posible esa conversión ética en que consiste acceder a lo que el síntoma implica de certeza -suele llamarse a eso rectificación subjetiva -: allí tengo una participación, eso me concierne en mi actividad intrigante, en mi responsabilidad, o al menos en la forma de autorreproche con que el saber se me presenta.

Notemos que no puede exigirse esa rectificación al psicótico, cuya posición de certeza es incorregible por vía de interpretación, y exige en cambio una rectificación radical en la posición del Otro: que se trate de un paranoico inocente, de un melancólico asegurado en su indignidad, o de un esquizofrénico escasamente interesado en salir de su lenguaje de órgano o de máquina, sólo admitirá ayuda propiamente analítica si la destitución del analista como sujeto es firme y sostenida. No es otra cosa la estricta sumisión a las posiciones subjetivas del paciente que Lacan pone como condición de la complicidad con que su paciente finalmente le relata que anticipó la voz alucinatoria "marrana" diciendo a su vecinito "vengo de lo del fiambrero".

3. En la perversión, se trata de un característico "se sabe, pero no se puede hacer saber"; el deseo se sitúa allí, comenta Lacan, en la dimensión de un secreto poseído, vivido como secreto, y que como tal desarrolla la dimensión de su goce.

Esto permite una concepción muy amplia y al mismo tiempo precisa del síntoma en la clínica psicoanalítica, en tanto que de lo que allí se trata es de la operatoria autorreferencial, en el sentido de autoaplicación, del significante del síntoma, en tanto él mismo es del orden de un saber que se señala a sí mismo, un saber tanto más absoluto cuanto más inaccesible es a la conciencia del sujeto. La chance que el análisis ofrece al sujeto no es la de suprimir el síntoma, cuyas características cicatriciales suelen hacerlo inextirpable, sino la de posicionarse de otro modo ante el signo que anuncia un saber sobre sí mismo en la paranoia, o el circuito del autorreproche en la neurosis.

Ahora bien, lo que el analista es llamado a saber, no es saber de clasificación, no es saber de lo general. Lo que él debe saber es reconocer las suturas, las cicatrices que bajo la forma del síntoma ha dejado el encuentro del sujeto con el significante en tanto éste "se sabe" en su magistral equívoco {*se sabe impersonal, se sabe a sí mismo, se sabe de sabor que se gusta y se degusta*}, con lo que para cada quien connota de significación personal - pero de la que él en tanto analista, ahora puede retirarse destitución subjetiva mediante -.

Lo que el analista tiene para saber se define en ese nivel primordial en que hay un sujeto que es conducido por su operación al momento de surgimiento que se articula usualmente por un "yo no sabía". El Hombre de las ratas no sabía que toda su conducta de adelgazamiento suicida era para representarlo ante el significante Dick como el S2, el primo inglés que acompaña a su amada. Pero no lo sabía por sus vías personales, las que le fueron trazadas desde aquel momento de su infancia en que vislumbró al Otro parental combinado que podría entretenerse en saber {*erraten*} sus pensamientos concupiscentes, a falta de entenderse mejor entre ellos. El saber-de-la-dama-de-los-pensamientos, cicatriz primordial que luego se expandirá en toda su florida sintomatología, es el saber que se autosabe porque el conocimiento del sexo es imposible. Y el sujeto lo sufre en la *Zwang*, lee Lacan, que viene al lugar del *Zwei*, del dos que no hay salvo en la división del sujeto al que parte en dos. En la neurosis, en la perversión, y en la psicosis, en lugar de compañía, en lugar de Otro del sexo con el que relacionarse, en lugar de conocimiento de la mujer en el sentido bíblico, lo

que hay es autosaber, articulación sintomática de significante que se autoaplica, se autoreplica, se autoerotiza, partiendo al sujeto en mitades irreconciliables con las cuales podrá - o no podrá - componer un semblante con el cual "engañar al partenaire" bajo la forma de una neurosis, una perversión o una psicosis.

Dora tampoco sabía que la afonía, en tanto significante S1, la representaba en su soledad, en falta, ante la Sra. K. Pero lo sabía menos cuando reprochaba al padre que cuando reveló su participación en el circuito en que su deseo se sostenía en la socialización del auto-reproche.

La definición de los efectos analíticos

Esta ubicación del síntoma, propiamente noso-lógica, a partir de la indicación de saber que incluye, permite distinguir los efectos analíticos de otros efectos terapéuticos, sobre todo aquellos que son producidos por la sugestión inherente a las formas y fases benévolas de la transferencia.

Definimos el **efecto terapéutico** desde el discurso común: mejoría del paciente en algún aspecto, por ejemplo alivio sintomático, disminución de la angustia, incremento del bienestar al mismo, logros laborales, en el plano del amor, etc.

El **efecto analítico** no excluye los efectos terapéuticos, pero implica además una transformación de la posición del sujeto respecto del saber del síntoma. Esto suele resultar más evidente hacia el final del análisis, y particularmente a partir de sus **efectos didácticos** (caída del sujeto supuesto saber, destitución subjetiva con lo que eso tiene de terapéutico, de "salubre" dice Lacan); sin embargo los efectos analíticos ya están presente en el comienzo auténtico de un análisis, en el momento en que el sujeto cambia su relación al saber del síntoma, cuando por ejemplo:

1 - *advierte* que ese malestar, ese dolor que padece, esa conducta bizarra que repite es un síntoma, es decir el resultado de alguna causa que le concierne en tanto sujeto, y que lo divide (le gusta pero no lo quiere, no le gusta pero cuando lo evita se angustia, etc.). El caso típico en Avellaneda es el de la paciente que consulta aparentemente por alguna miseria común, pero en la segunda o tercera entrevista ya está hablando de la significación personal de su síntoma, a partir de algún determinante familiar, infantil, etc., que la llevó a tomar (o no tomar) tal o cual posición sintomática en la vida. Se aproxima así al momento en que Desdémona responde a su padre: *Ido perceive here a divided duty*.

2 - *la máscara de sus síntomas cambia*, porque cambia su posición subjetiva respecto de los mismos, respondiendo asociativamente de modo que su implicación de sujeto en el saber del síntoma toma otro signo (he escuchado más de una Dora entre los casos de Avellaneda; recuérdese en el caso de Freud aquel momento en que pasa de su posición inicial reivindicativa a una posición de analizante, que le permite desplegar en sus asociaciones de qué modo contribuyó al "desorden del que hasta entonces se quejaba").

Es decisivo el momento en que el sujeto *advierte* que su posición en relación a la forma-autorreproche del auto-saber del síntoma alimentaba el padecer. Esto puede ser ilustrado por una viñeta extraída de la historia clínica redactada por su analista, de una paciente tratada en nuestro Servicio: *planifica ir a una fiesta, cosa que hacía tiempo que no hacía y ese mismo fin de semana también saca entradas para ir a un recital. Luego me llama por teléfono llorando y me cuenta que finalmente su abuelo falleció (hacia tiempo que estaba enfermo), se enteró a la vuelta de la fiesta. Pero eso no es todo, cuando vuelve del recital se entera que mataron a un tío paterno. Dice entonces: "xpor suerte estoy haciendo terapia porque sino en otro momento me hubiera echado la culpa." En la entrevista siguiente le pregunto sobre eso de "echarse la culpa" y dice que la situación da como para pensar que no debe salir, pero, añade, "ya entendí, no creo tener tanto peso en el universo, sé que no es mi culpa, lo que pasó podía pasar de todas formas".*

Porque estos indicadores de un cambio del sujeto en relación al saber que le concierne en el síntoma son posibles, es que podemos entender la doble afirmación de Lacan de que *el acto analítico es un decir, cuyo sujeto cambia, y que ese acto está al alcance de cada entrada en psicoanálisis*. Es decir que el acto analítico no sólo se puede situar en el final del análisis (si así fuera, esta investigación sería completamente inviable en la experiencia temporalmente acotada de los tratamientos de Avellaneda).

En lo que llamo efecto analítico no se trata de hacer consciente lo inconsciente, ya que el inconsciente persiste como inaccesible a la profundización consciente. En psicoanálisis no se trata de un *conócete a ti mismo*, sino más bien de la captación del límite de ese *conócete a ti mismo*. El efecto analítico es un "advertir" puntual, que no vale tanto como por lo que implica de inteligencia o ganancia epistémica sobre la situación, como por la transformación en la posición del sujeto respecto de lo no cesa de retornar, como síntoma, del inconsciente.

Lo "analítico" puede científicamente pensarse desde "Caminos de la terapia analítica" de Freud, como opuesto a síntesis, a conciencia, y éticamente, como opuesto a efecto sugestivo de obediencia a las asociaciones del analista; en un tratamiento analítico la interpretación última, la que valida o invalida lo anterior, está dada por las asociaciones del analizante. Esto constituye un sólido respaldo ético a las exigencias que plantea la particularidad, e incluso por momentos la singularidad del acceso al saber por parte del analizante. El reaseguro, que preocupa tanto a los psicoterapeutas, de que después de cada momento de psico-análisis habrá psico-síntesis, no es algo de lo que deba preocuparse el analista, porque usualmente se produce sin ninguna necesidad de su colaboración. El analista no trata la despersonalización fortaleciendo el yo, sino destituyéndose como sujeto, ofreciendo así la opción de una compañía menos estragante, y un sostén, el del deseo del analista, de lo que el analizante guste asociar.

La importancia del diagnóstico en psicoanálisis

Si lo que interesa verdaderamente en un análisis es lo que el paciente tiene de particular, el sentido de sus síntomas, ¿cuál es la importancia de que el síntoma se constituya en una forma típica, en que se lo pueda reconocer dentro de alguno de los tipos clásicos? ¿Para qué necesita el analista arribar a un diagnóstico? Sin poder detenerme en cuestiones preliminares que son decisivas, voy a señalar rápidamente dos líneas de respuesta que hacen a lo concreto del acto psicoanalítico, que le exige un diagnóstico.

1- Cuando el diagnóstico cambia, cambia el analista. En cualquier caso, un diagnóstico adecuado da un marco a su intervención, que no siempre puede ser tan libre, no al punto de resultarle indiferente que se trate de los dolores de una paciente histérica o esquizofrénica, de los pensamientos de un paranoico o un obsesivo. Así como no tiene nada que ver una anorexia psicótica con una histérica. Se tratan diversamente, porque la concepción lacaniana de la transferencia como no-intersubjetividad implica que la interpretación es un límite a la no-intersubjetividad, un límite al no-diálogo. Este límite dado por la interpretación del analista es admitido usualmente por el neurótico con un cierto beneplácito, responde con sus asociaciones. El psicótico en cambio exige una destitución subjetiva más constante y rigurosa, que recomienda al analista abstenerse mucho más de formular sus propias asociaciones - aún bajo la forma del decir a medias de la interpretación-. Cuando esto es desconocido por el analista, el sujeto de la psicosis suele responder con *lo peor...*, es decir aquella parte de la verdad que no se formula sino al precio trágico que supone un desencadenamiento, un pasaje al acto como salida de la polución social de la verdad concentrada en el vínculo que pretendió ser analítico.

2- Otra indicación muy fuerte de Lacan: que el paciente advierta que eso que le pasa es un síntoma, un síntoma típico, clásico, no es un epifenómeno desprendido del funcionamiento del

síntoma, forma parte de él, y es por eso que es decisivo que el sujeto lo advierta y lo reconozca en su tipicidad. Esto fue detalladamente explicado en el seminario sobre *La angustia*, en referencia a la neurosis obsesiva: el síntoma no se constituye sino cuando el sujeto lo advierte como tal. Y el primer paso del análisis, es que el síntoma se constituya en su forma clásica. Sin eso no hay modo de salir de él, y no solamente porque no hay modo de hablar de él, no solo porque aún no ha sido enunciado claramente (cuestión que con justa razón preocupaba a Freud), sino además porque si no es formulado como síntoma clásico no hay modo de atraparlo por las orejas, dice Lacan, quien pregunta a continuación. "¿Cuál es la oreja en cuestión? Es algo que podemos llamar lo no asimilado, por el sujeto, del síntoma. Esta dimensión, que es un síntoma, que hay una causa para eso, sólo en ella la implicación del sujeto en su conducta se rompe; esa ruptura es la complementación necesaria para que el síntoma nos sea abordable." Y no por una mayor inteligencia de la situación, sino por una razón más esencial, que no fue comprendida por quienes acusaban a Freud de adoctrinar a sus pacientes: sólo cuando se produce esa ruptura, la dimensión de la causa (a) es vislumbrada por el neurótico como angustiante, en el punto de retorno del deseo del Otro. Porque la estructura del síntoma se organiza en torno a ese punto en el que se concentra el deseo del Otro, todo aparece en el obsesivo como comandado, con la solución típica de reducción del deseo del Otro a la demanda del Otro.

El ejercicio de situar lo que ocurre en ese momento decisivo de ubicación del analizante con lo típico de su síntoma, se puede situar en la histeria en el punto en que emerge la atracción exquisita por lo inimitable de la Otra, en el paranoico en la defensa acérrima de la excepcionalidad de su padecer - cf. capítulo XX de las *Memorias* de Schreber - que lo diferencia de todos los otros paranoicos, que por cierto no ubican la autorreferencia que los afecta en el mismo punto - divino - que él.

Concluyo con algunas preguntas pertinentes que formula Lacan: ¿Qué es lo que sabe a fin de cuentas, el analista sobre eso? Y sobre todo, ¿hasta dónde eso que él sabe debió llegar, concerniente a los efectos del saber? ¿Si la castración es eso que debe ser aceptado en último término del análisis, cuál debe ser el rol de su cicatriz, de la castración en el eros del analista? No podrá ignorar, en todo caso, que cuando el síntoma - es decir la dimensión de la causa - está en juego, es porque hay algo que cojea, cojea y no coge, cojea precisamente donde lo sexual no se satisface.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, Sigmund. "Fragmento de análisis de un caso de histeria". *Obras completas, tomo 7*. Buenos Aires, Amorrortu, 1985.
- Freud, Sigmund. "A propósito de un caso de neurosis obsesiva". *Obras completas, tomo 10*. Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
- Freud, Sigmund. "VI conferencia de introducción al psicoanálisis". *Obras completas, tomo 15*. Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
- Freud, Sigmund. "Nuevos caminos de la terapia analítica". *Obras completas, tomo 17*. Buenos Aires, Amorrortu, 1979.
- Lacan, Jacques. *Le séminaire, livre X : L'angoisse*. Seuil, Paris, 2004. Clase del 12 de junio de 1963.
- Lacan, Jacques. *Le séminaire, livre XII: Problèmes cruciaux de la psychanalyse*. Clase del 5 de mayo de 1965.
- Lacan, Jacques. *Télévision*. Seuil. Paris. 1974.
- Lombardi, Gabriel. "Efectos didácticos y terapéuticos del psicoanálisis". *Hojas clínicas, Vol. 6*. JVE. Buenos Aires. 2005.
- Lombardi, Gabriel, y colaboradores: Proyecto de investigación P043 de UBACyT, *La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social. El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos del psicoanálisis*.
- Soler, Colette. *La querelle des diagnostiques*. Versión no establecida por el autor.