

# Psiquiatría y psicoanálisis, dos perspectivas sobre el síntoma.

Miari, Antonella.

Cita:

Miari, Antonella (2014). *Psiquiatría y psicoanálisis, dos perspectivas sobre el síntoma. Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología. Psicopatología Cátedra II - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jornadas.psicopatologia.30.aniversario/81>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ehOw/bqf>



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>.*

## **Psiquiatría y Psicoanálisis: dos lecturas sobre el síntoma**

### ***Introducción***

Este escrito se desprende del Proyecto de Investigación UBACyT 2012-2015: “Los dispositivos para alojar la urgencia en Salud Mental, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que intervienen en ellos”. Directora: Prof. Dra. María Inés Sotelo, Co-director: Dr. Guillermo Belaga; proyecto cuyo principal objetivo es aproximarse a la realidad de los dispositivos hospitalarios que reciben urgencias, desde la mirada de los profesionales en Salud Mental. El universo de estudio está comprendido por 50 protocolos que incluyen psiquiatras y psicólogos que trabajan en guardias y admisiones en los hospitales públicos, mono y polivalentes, en la Ciudad de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense. Tomando como punto de partida el análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a dichos profesionales el interés de este escrito radica en plantear brevemente algunas distinciones entre el Psicoanálisis y la Psiquiatría en la clínica de la urgencia a partir de la concepción de síntoma que se desprende del análisis de los protocolos.

### ***El psicoanálisis y la psiquiatría***

Tal como plantea Freud en la Conferencia 16 sobre Psicoanálisis y Psiquiatría (Freud 1916-17), no es propósito nuestro “despertar convencimientos”. Se trata, por el contrario, de comunicar una posición frente a la clínica que conduce a un modo particular de lectura de dichos fenómenos clínicos. Es por ello que este trabajo se propone situar dos cuestiones: por un lado, se plantea un primer análisis de las diversas concepciones acerca del síntoma y de su solución que poseen psiquiatras y psicólogos; por otro, y en conexión con lo anterior, extraer de ello algunas consecuencias clínicas.

La novedad que introduce Freud ya desde el inicio de sus formulaciones es el planteo de que los síntomas neuróticos tienen un sentido. Esto es, que son resultado de

un conflicto psíquico y que su presencia no es contingente sino que poseen un sentido a descifrar, es decir, “un nexo con la vida de las personas que los exhiben” (Freud 1916-17, 235-236). Pero además, la propuesta freudiana destaca el goce que el síntoma aporta al definirlo como *la repetición de una modalidad de satisfacción de la temprana infancia*. Freud subraya que la conciencia del paciente ignora el proceso cuya marca es el síntoma mismo. Por otro lado, además de la singularidad que se expresa en el síntoma, la propuesta freudiana señala la presencia de ciertos síntomas típicos, tipicidad que conduce a Lacan a la formulación de lo que se conoce como “estructuras clínicas”: Neurosis, Psicosis y Perversión. No vamos a detenernos en los síntomas típicos ni en el llamado diagnóstico estructural; por el contrario, y más cercano a la clínica de la urgencia, vamos a pensar el diagnóstico a partir del concepto de síntoma.

Mucho se ha dicho sobre el tratamiento que hace la psiquiatría de los síntomas de los pacientes. Ya Freud plantea muy tempranamente que la posición del psiquiatra respecto del síntoma parte de excluir la existencia de motivos singulares que conducen a él y que éste se explica fundamentalmente por una determinación hereditaria o genética, que en última instancia tampoco es forzoso demostrar (Freud 1916-17). El planteo freudiano no deja de ser, con algunas diferencias, actual. Sin embargo, no es intención nuestra hacer una crítica de la psiquiatría proponiendo al psicoanálisis como respuesta superadora al padecimiento subjetivo, sino más bien como un saber diferente que incluye lo que la psiquiatría deja por fuera: el sujeto y el goce. En este punto hacemos propio lo que afirma Inés Sotelo (Sotelo 2004, 99) cuando sostiene que “*todo hecho es un hecho de discurso*” (Sotelo 2004, 99). Esto significa que el padecimiento subjetivo, y en este punto, el síntoma y su solución –esto es, las intervenciones que se propongan respecto de aquél-, dependerán de la concepción que tenga sobre ello quien se encuentra en posición de intervenir sobre dicho padecimiento. Por lo tanto, psicoanálisis y

psiquiatría constituyen dos lecturas diferentes que conducen a diversas respuestas al *pathos*. Entonces, lejos de polemizar con la psiquiatría, el psicoanálisis debiera poder dialogar con dicho saber, no buscando acuerdos sino más bien reconociéndose, ambos, en sus diferencias.

### ***Dos perspectivas sobre el síntoma en la urgencia***

Nos remitimos ahora al análisis de los protocolos para desde allí situar dos perspectivas diversas sobre el síntoma: En primer lugar, nos interesa señalar que en la mayoría de los protocolos de la mencionada investigación, se observa que -al menos a nivel discursivo- síntoma y padecimiento subjetivo equivalen en cuanto a su significado, ya que son utilizados indistintamente tanto por psiquiatras como por psicólogos de orientación psicoanalítica. Se infiere de ello, y en algunos casos también se explicita, que se equiparan con el *motivo de consulta*. Ahora bien, esta falta de distinción puede deberse a que el término síntoma sea utilizado en sentido descriptivo, dado que en ese punto, síntoma y padecimiento subjetivo, coinciden. ¿Qué entendemos por síntoma en sentido descriptivo? Lo definimos como aquello que a quien consulta se le presenta como algo "...ajeno, extraño, como algo a resolver, a solucionar" (Sotelo 2004, p.109). Es lo que Fabián Schejtman sitúa como el segundo estatuto del síntoma: es decir, cuando el síntoma deja de ser egosintónico transformándose en un estorbo, un inconveniente para quien lo presenta. Este segundo estatuto, el padecimiento del síntoma, no constituye aún un síntoma analítico. Es necesario el despliegue del los dichos del paciente acerca de eso que se le presenta como extraño, para que sea posible localizar un sujeto en el sentido psicoanalítico del término: lo que representa un significante para otro significante.

Por otro lado, en los protocolos, se observa que en algunas ocasiones no hay respuesta directa a la pregunta por la concepción de síntoma y de padecimiento

subjetivo. Sin embargo, la resolución de una urgencia depende de la lectura que quien la aloja tenga acerca de ella, por lo tanto, también obedece a cierta concepción de síntoma y de padecimiento mental. Por ello, aún no explicitada dicha concepción, es posible leerla a partir del modo en que conciben la resolución de la urgencia. Así, la concepción que predomina entre los psiquiatras, herederos de la tradición médica, es la que entiende al síntoma como parte de una enfermedad y como algo a eliminar mediante el uso de un fármaco en el marco de un dispositivo institucional adecuado. Para el conjunto de los psiquiatras entrevistados, la urgencia finaliza cuando el síntoma se resuelve. Esto es consecuente con la posición de los psiquiatras respecto de su objetivo en relación con la resolución de la urgencia: la vuelta al equilibrio o estabilidad, perdidos. En cuanto a sus intervenciones, y en congruencia con lo anterior, en gran medida la vinculan con el apaciguamiento o resolución sintomática y, aunque en muchos casos consideran que la urgencia puede no finalizar durante la intervención en la guardia suelen reducir la resolución al establecimiento de una estrategia terapéutica a seguir luego de la vuelta a la estabilidad. Destacamos como elemento significativo que, si bien todos basan su intervención en los diagnósticos que propone el DSM, y por lo tanto, es una intervención estandarizada, en algunos casos manifestaron la importancia de considerar la singularidad del paciente, junto con el diagnóstico estándar.

En cuanto a las intervenciones de los psicólogos, fundamentalmente de orientación psicoanalítica, estos manifiestan que, en general, suelen estar ligadas al motivo de consulta, de modos diversos: en la mayoría de los casos, afirman que se trata de lograr que los pacientes *se impliquen*: que algo del padecimiento que los condujo a la guardia tiene que ver con ellos, que tiene *un significado subjetivo* y que no les es ajeno aunque se presente como tal. A partir de establecer qué condujo a la ruptura de la

homeostasis propia de la urgencia, intentan ubicar mediante la intervención lo singular de ese padecimiento.

Interesa señalar que en casi la totalidad de los protocolos, incluso de quienes se manifestaban explícitamente como psicoanalistas, no se enfatiza y a veces ni se menciona la vertiente de solución que el síntoma aporta. Es decir que si bien el síntoma (en sentido descriptivo) conlleva una dimensión de ajenidad y extrañeza ligados al padecimiento que produce en la persona que consulta, todo síntoma envuelve una solución a algo. Al menos ese es el planteo freudiano, y Lacan en este punto, es fiel a Freud. ¿Solución a qué? Para Freud, “conflicto psíquico”; Lacan lo nombra “división subjetiva”. El síntoma es ante todo un modo de respuesta a la falta en el Otro, falta que desde el psicoanálisis concebimos como estructural. Este aspecto es primordial y ninguna escucha analítica debiera soslayarlo, más allá del sufrimiento que se observa en primer plano y que irrumpe, a veces de manera escandalosa, en la urgencia. Nos referimos con esto a la dimensión de goce que todo síntoma comporta, que queda elidida si sólo se interviene a partir de lo observable, de lo que quien consulta refiere como su sufrimiento. Esto significa que un analista debiera ser capaz de intervenir sobre esta dimensión ya en una entrevista en la guardia: es decir, es preciso que se encuentre presente desde su posición y escucha, porque determinará su lectura y por ende las intervenciones y sus efectos. En la medida en que un psicoanálisis no es otra cosa que un tratamiento de lo real en el sentido de lo que vuelve siempre al mismo lugar, un analista tendría que poder, ya de entrada y al decir de Freud en *Sobre la iniciación del tratamiento* (Freud 1913), obedecer a las reglas y principios del psicoanálisis (Freud 1913, 126).

## **Bibliografía:**

FREUD, S. (1913): Sobre la iniciación del tratamiento. En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XII. Bs. As., 1996.

FREUD, S. (1916-17): 16º conferencia. En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XVI. Bs. As., 1998.

FREUD, S. (1916-17): 23º conferencia. En Obras completas, Amorrortu Editores. Vol. XVI. Bs. As., 1998.

LACAN, J. (1957-1958): El Seminario V: Las formaciones del inconsciente. Bs. As., Paidós, 1999.

SCHEJTMAN, F. (2004): La trama del síntoma y el inconsciente. Bs. As., Serie del Bucle.

SOTELO, I. (2004): “La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia”. En La urgencia generalizada, Belaga, G. (comp.). Grama ediciones.

SOTELO, I. (2007): Clínica de la urgencia. JCE Ediciones. Bs. As.

SOTELO, I., Comp. (2009): “¿Qué hace un psicoanalista en la urgencia?” En Perspectivas de la clínica de la Urgencia, Editorial Grama. Buenos Aires, 2009.