

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en  
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos  
Aires, Buenos Aires, 2014.

# **El deseo del analista y otras formas de presentación del síntoma.**

Scandalo, Rosana.

Cita:

Scandalo, Rosana (2014). *El deseo del analista y otras formas de presentación del síntoma*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/201>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/qMh>

*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 DESEO DEL ANALISTA Y OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL SÍNTOMA

Scandalo, Rosana

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina

---

## RESUMEN

En la consulta diaria asistimos al incremento de la prevalencia de presentaciones clínicas en las que predomina la angustia y sus diversas soluciones por vía de la acción, que asumen las formas de trastornos alimentarios, adicciones, ataques de pánico, entre otras. Como respuesta a esta problemática hay también una creciente demanda de especialización monosintomática de los profesionales con la creación de dispositivos sanitarios o comunitarios afines, donde muchas veces se les exige a los psicólogos pensar el síntoma como trastorno. El deseo del analista, más allá del dispositivo que integre, permite recortar la especificidad del síntoma que permanece coagulado en ese “para todos idéntico” que propone el padecimiento entendido como trastorno. A través del deseo se abre la posibilidad de subjetivar el sufrimiento psíquico.

### Palabras clave

Sintoma, Trastorno, Deseo del Analista, Adicciones

## ABSTRACT

### THE ANALYST'S WISH AND OTHER WAYS TO PRESENT THE SYMPTOM

In daily practice, we witness the prevalent increase of clinical presentations in which anxiety and its various solutions, by way of action, becoming eating disorders, addictions, panic attacks, among others predominates. In response to this problem, there is also a growing demand for monosymptomatic specialization professionals associated with the creation of community or health devices related, where psychologists are many times required to think of a symptom as a disorder. The analyst's wish, beyond the device they take part in, allows you to reduce symptom specificity that remains coagulated in that “all the same” that proposes suffering as disorder. Through desire, the possibility of subjectivising psychic suffering opens.

### Key words

Symptom, Disorder, Analyst's Wish, Addictions

## DESARROLLO

Este trabajo parte del interés por las presentaciones clínicas, cada vez más frecuentes en la consulta diaria, donde el padecimiento psíquico no se organiza por la vía de las formaciones del inconciente, sino por otras formas de presentación como mostraciones, pasajes al acto, inhibiciones generalizadas; con un predominio de lo pulsional que revela el fracaso de lo simbólico para anudar el malestar.

En las neurosis de transferencia en las que prevalecen las formaciones del inconciente, el modo clínico de abordaje es por la cuerda simbólica del desciframiento del inconciente en la medida en que la transferencia se dirige a un sujeto supuesto saber del inconciente. No hay posibilidad de que se desarrolle el análisis sin transferencia ya que si bien es un modo de resistencia a la verdad reprimida es también la condición de acceder a ella.

Ahora bien, ¿cómo pensar las operaciones analíticas en aquellos sujetos que vienen con otra forma de presentación? Pacientes que en el decir sobre su padecimiento muestran pocas posibilidades de asociación y de dirigir ese padecimiento a Otro, dificultando la instalación de la transferencia.

Al mismo tiempo asistimos a una demanda cada vez más creciente de tratamientos rápidos, menos costosos, con exigencias burocráticas de las obras sociales, de las prepagas que presionan sobre los tipos de tratamiento. Y también a una creciente especialización monosintomática de los profesionales con la creación de dispositivos sanitarios o comunitarios afines, donde muchas veces se les exige a los psicólogos pensar el síntoma como trastorno.

Es en este contexto que decidí hablar sobre el deseo del analista. Es decir, hablar sobre el deseo.

En el seminario XI Lacan recuerda la ocasión en la que se descubre la transferencia: el tratamiento de Anna O. en manos de Breur. La irrupción de la realidad sexual del inconciente en el “falso” embarazo de la paciente y la huida de Breur a Italia con su mujer dónde ésta queda embarazada le permite a Lacan aplicar la fórmula el deseo es el deseo del Otro y afirmar que no sólo se trata del deseo del paciente sino de lo que se trata es del deseo del paciente pero en su encuentro con el deseo del analista.

En ese sentido el deseo de Freud no va a retroceder ante la transferencia y es lo que va a permitir en su momento que se engendre un nuevo conocimiento: el psicoanálisis. Pero cómo diferenciar la función deseo del analista, del deseo del analista como sujeto? Freud va a establecer como correlato a la regla fundamental la atención parejamente flotante y la abstinencia para lograr sortear las trampas del yo del analista y Lacan habló de la función para evitar que sean los fantasmas del analista los que lleven adelante la cura. Entonces, ¿Qué quiere decir deseo del analista?, ¿Qué el analista desea algo en particular? No, simplemente que desea, que quiere algo que no formula bajo la forma de la demanda.

El deseo por si solo no dice nada, se articula en una cadena y “¿Cómo nombrar un deseo?”, se pregunta Lacan y se contesta “Un deseo uno lo va buscando.” (Lacan, 1964) Es en este sentido que voy a recortar un material clínico para cercar ese deseo y realizar algunas reflexiones sobre su encuentro con otras formas de presentación del síntoma.

Luis de 35 años llega a la consulta acompañado por su madre después de un último episodio de consumo de cocaína y alcohol que duró muchas horas. Estos episodios ocurren cada dos o tres meses desde hace algunos años y consisten en ausentarse, nadie sabe dónde está, deambula en el auto sin poder parar de consumir buscando drogas y prostitutas. Luis está en pareja y tiene un hijo. Manifiesta sentir vergüenza y culpa por esta situación qué dice no poder manejar, siempre se promete y promete a su familia que no va a volver a ocurrir.

A lo largo de las entrevistas y a instancias de su entorno concurre a otros dispositivos: grupos para adictos, retiro espiritual, libros de autoayuda, todo esto a pesar de que él no se considera adicto. Mi

actitud frente a estas búsquedas la podría resumir con la frase de un juego infantil: “Ni si, ni no, ni blanco ni negro”, es decir ni. Ni lo confirmo como adicto, ni lo dejo de confirmar. Espero. Mientras tanto “conversamos” de su trabajo, de su familia. El decir de Luis es bastante limitado referido en su mayor parte a lo cotidiano. De su historia cuenta que el padre abandonó a su familia cuando él tenía dos años después de una quiebra fraudulenta. Reaparecía cada tanto y lo llevaba un par de días con él, Luis no la pasaba bien en estos encuentros con el padre que quedó llevando una vida desordenada y casi al borde de la marginalidad. En la actualidad hace años que no lo ve ni tiene deseos de hacerlo.

El comienzo de los episodios de consumo desenfrenado se puede situar con la pérdida de un trabajo que había conservado desde su adolescencia, un trabajo muy significativo, entrañable para él. El despido se debe a una reestructuración del personal por un cambio de autoridades en la empresa. Si bien pronto consigue otro trabajo, comienza este consumo desmedido, a la manera de un acting ya que todo su entorno se entera: familia, amigos, trabajo.

Transcurrido más de un año de entrevistas los episodios se hacen menos frecuentes y él logra no exponerse en relación a su trabajo. Después de un largo tiempo de no tener otro incidente y por dificultades horarias deja de concurrir a las entrevistas.

Luego de un par de años regresa, considerando que tenía algo que decir. Los episodios eran aislados pero continuaban y conversando con un amigo psiquiatra, éste le había dicho que él no era adicto sino que había algo que estaba queriendo “decir”. Luis entendía que eso me lo tenía que decir a mí. En las ocasiones que le había preguntado sobre qué sucedía cuando salía a buscar prostitutas, por vergüenza, él nunca había contestado. Ahora puede decir que varias veces buscaba travestis con los que realizaba sexo oral y cuenta situaciones de exploración sexual en la infancia con otros chicos y una situación de seducción por parte de un chico más grande. Con respecto a su sexualidad juego a lo mismo ni si ni no ni blanco ni negro. Espero.

Luis se somete a la demanda, de la madre, de la pareja, está siempre presente para su familia no se permite faltar, salvo cuando se “ausenta” de una manera tan ruidosa. En esa dirección es que él me demanda que lo demande, ahí es dónde me abstengo.

En determinado momento empieza a encontrar que tiene otros recursos para evitar salir a consumir, tiene otro tiempo de espera donde puede pensar y hacer otra cosa. Los recursos que descubre que tiene a su disposición están ligados a su historia. Paralelamente comienza a preguntarse porqué el tiene que mostrarse frente a los otros como qué puede todo el tiempo, porqué siempre relata todo lo que hace bien y situaciones que lo muestran potente. La búsqueda desenfrenada de prostitutas y travestis está marcada por la impotencia. También se recorta el momento antes de la impulsión donde se da cuenta que siempre ocurre cuando se encuentra bien con su familia, con el dinero. Cuando aparece una escena posible, marcada por la castración tiene que arruinarse, hace abandono de hogar, nadie sabe dónde está. Lentamente, se empieza a abrir la posibilidad de pensar que ausentarse no es abandonar, que le puede faltar al Otro sin abandonar. Empiezan a aparecer escenas de dolor cuando el padre lo venía a buscar; se pregunta “¿a qué venía?” Y se contesta “aparecía para joder”. Lo llevaba y lo traía a su antojo. Padre no castrado que lo deja en una posición pasiva, de objeto. Qué padre lo toma, lo chupa, lo traga, qué de la estafa del padre lo deja en una deuda impagable? Interrogantes que empiezan a poder formularse en Luis.

En este breve recorte clínico se puede observar que el deseo del analista ofrece un hueco, una falta en el Otro, ahí dónde el paciente

se presenta en pleno acting, que permite alojar el objeto y que surja el sujeto del inconciente; ya que dicho deseo implica “una sumisión completa a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo” (Lacan, 1957). Deseo de obtener la más pura diferencia, entendiendo a esa pura diferencia como aquello que hace a la singularidad del síntoma.

Síntoma que al mismo tiempo no deja de participar del lazo social que lo ubica en la particularidad o tipicidad de una categoría o subtipo clínico. En este caso la división subjetiva ubica al sujeto en el campo de la neurosis y el sometimiento a la demanda, la deuda y colocar la imposibilidad (de la relación sexual) del lado de la impotencia lo ubica en la neurosis obsesiva, síntoma que a su vez no podía ser formulado al comienzo de las entrevistas y que se terminará de completar en transferencia y a lo largo del análisis con el levantamiento de la represión para que el sujeto despliegue su modo singular de gozar del inconciente y ahí es donde el sujeto no puede ser comparado.

En ese sentido el síntoma no es un trastorno. El síntoma incluye en la estructura la singularidad del sujeto que lo sufre, mientras que el trastorno se define siempre por una ley universal y supuestamente objetiva. La noción de trastorno parte de un ideal de normalidad, de universalidad, de lo que supuestamente es para todos. Cuando surge una excepción en ese “para todos”, se concibe como un error o una distorsión que debe corregirse en relación a la ley universal. La definición del trastorno tendrá a su vez una vocación de universalidad para definir un nuevo “para todos”, todos los casos donde esa ley no funciona. Y a la vez la imposibilidad de alcanzar ese ideal hace que deban añadirse nuevas especificaciones para intentar atrapar ese nuevo real que se escapa de la definición. Lo real mismo de la experiencia del sujeto es lo que se escapa.

Por otra parte el deseo del analista es lo que permite extender la clínica psicoanalítica hacia nuevos dispositivos. Es lo que ha permitido que la clínica psicoanalítica no retroceda ante la psicosis, el tratamiento con niños o las impulsiones entre otros. Pero es necesario señalar que la clínica avanza por el deseo del analista y no porque el analista quede ubicado en el lugar del especialista, más allá que en muchas ocasiones haga semblante de experto, de educador o de amo o participe de distintos dispositivos, pero siempre con el objetivo que esos padecimientos tiendan a la subjetivación. Más allá de la transferencia y el reconocimiento que puede generar la experiencia y el saber hacer en determinadas problemáticas, el deseo del analista, en tanto deseo, implica también una barrera al goce. Y en este sentido es conveniente recordar que aún el dispositivo clásico de la instalación de la neurosis de transferencia está destinado a ser liquidado. El deseo del analista busca la desidentificación, la más pura diferencia.

Considero finalmente que en esta época donde hay un aumento de la prevalencia en aquellos padecimientos que fracasan en hacerse representar por lo simbólico y dónde las decisiones de los tratamientos cada vez más quedan en manos de las burocracias y las corporaciones de la salud con sus prácticas desubjetivantes, la apuesta es más que nunca por el deseo del analista.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bassols, M. (2006) El error cognitivo a la luz del sinthoma analítico. En Revista Colofón N° 26 Una araña en el techo. Buenos Aires: Grama ediciones. 2006.

Frydman, A. y otros (2009) El proceso diagnóstico en psicoanálisis. En Singular, particular, singular (La función del diagnóstico en psicoanálisis). Buenos Aires: JVE ediciones. 2009.

Lacan, J. (1964) La sexualidad en los desfiladeros del significante. En Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós. 1999.

Lacan, J. (1964) De la interpretación a la transferencia. En Seminario 11 Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós 1999.

Lacan, J. (1957) De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI 2002

Recalcati, M. (2002) Sobre la práctica analítica con los grupos sintomáticos. En Clínica del vacío (anorexias, dependencias, psicosis). Madrid: Editorial Síntesis. 2002.