

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Transformaciones del síntoma neurotico durante la cura psicoanalítica.

Castro Tolosa, Silvana.

Cita:

Castro Tolosa, Silvana (2022). *Transformaciones del síntoma neurotico durante la cura psicoanalítica*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/404>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/2ed>

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>.

TRANSFORMACIONES DEL SÍNTOMA NEURÓTICO DURANTE LA CURA PSICOANALÍTICA

Castro Tolosa, Silvana
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El presente trabajo se propone dar cuenta de las mutaciones que el síntoma neurótico va sufriendo a partir del encuentro con un analista. Se intentará ubicar aquello que daremos en llamar los “distintos estados del síntoma”, es decir, las transformaciones, que se operan durante un análisis. Este estudio se sustenta en la hipótesis de que una de las metas del psicoanálisis comprende la transformación de la relación del sujeto con su síntoma.

Palabras clave

Síntoma - Neurosis - Transformaciones - Cura psicoanalítica

ABSTRACT

TRANSFORMATIONS OF THE NEUROTIC SYMPTOM DURING THE PSYCHOANALYTIC CARE

The present work proposes to account for the mutations that the symptom suffers from the encounter with an analyst. An attempt will be made to locate what we will call the “different states of the symptom”, that is, the transformations that take place during an analysis. This study is based on the hypothesis that one of the goals of psychoanalysis includes the transformation of the subject’s relationship with his symptom.

Keywords

Symptom - Transformations - Cure Psychoanalysis

Introducción

Existen múltiples definiciones de síntoma en la literatura psicoanalítica. En esta oportunidad nos interesa, principalmente, ubicar una que -si bien es muy amplia- realza el punto más importante que queremos destacar. Nos referimos a una definición que se halla en El Seminario 5: *Las formaciones del inconsciente* de Jacques Lacan y que reza que puede llamarse síntoma a cualquier cosa analizable. “Lo que llamo síntoma, es lo analizable” (Lacan, 1957-58, p. 328). Tomamos este punto de partida para enfatizar este aspecto de “lo analizable” que nos remite directamente al decir de 1919 en “Nuevos caminos de la terapia analítica” donde Sigmund Freud, sirviéndose de la comparación con el trabajo de un químico, indica que “análisis” significa desintegración, descomposición. Se llama, entonces, *psicoanálisis* al trabajo de llevar a la conciencia lo anímico reprimido. Los síntomas son composiciones de mociones pulsio-

nales, sobre las cuales el paciente no posee conocimiento. La propuesta de Freud apunta a la descomposición, al análisis de la actividad psíquica del sujeto, a sabiendas de que el yo, por sus características propias, tenderá a la unificación (a la síntesis) de esa actividad de manera insistente. Los *nuevos caminos* para la técnica analítica que se plantean en este texto, apuntan a la independencia del sujeto para decidir acerca de la nueva combinación de los elementos de su psiquismo. A propósito de esto mismo, Freud se pregunta si no deberíamos reconducir al paciente a una situación psíquica más favorable y desde luego afirma que sí, pero es entonces cuando da lugar a un nuevo precepto, el de la abstinencia, como modo de conducción de una cura: “No se debe educar al enfermo para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser” (Freud, 1919, p.160).

El síntoma “solución”

¿A qué se refiere Lacan en su decir, antes citado, acerca de “lo analizable”? Para llegar a ese punto, primero ubicaremos una primera fase del síntoma, más silenciosa y compacta, en donde la descomposición del mismo no es aún una opción. Nos referimos a un primer momento de egosintonía, de absoluta convivencia en armonía del síntoma con el yo del sujeto. ¿Cómo verificamos esto en la atención clínica de pacientes? Muchas veces, el neurótico está acostumbrado a “ser así”, podríamos preguntarnos si ese “ser así” es -estrictamente hablando- un síntoma, a la luz de la definición lacaniana que indica al síntoma como lo analizable. Aquello que aparece nombrado como un rasgo de carácter ¿puede ser analizado? Afirmamos que no, que eso no es un síntoma, no al menos hasta que se opere una primera transformación en la relación del sujeto con ese malestar que él no vivencia como tal. La característica de esta primera fase es la egosintonía: el sujeto no reconoce allí ningún sufrimiento, no advierte que padece. Más bien cobra relevancia el beneficio del acomodamiento del yo a ese síntoma, es la cara del síntoma - satisfacción, se expresa en tanto que “solución de compromiso”, pero solución al fin. No es disruptivo, más bien todo lo contrario: permite que algo se satisfaga. El sujeto no se reconoce él allí, como sujeto del inconsciente, nos hablará de que tal o cual acción es una costumbre familiar o hasta una tendencia hereditaria. Por todo esto, afirmamos que (aun) no se trata de un síntoma estrictamente en el sentido psicoanalítico.

Será necesario que algún molestar sea vivenciado como tal, que aparezca algo de la dimensión del sufrimiento para que el sujeto se percate de que hay alguna disfuncionalidad en juego.

En la Conferencia de 17 “El sentido de los síntomas” de 1916-17, Freud ubica que hay un sentido oculto en los síntomas de la neurosis, hay algo que se expresa allí, pero que no llega a ser dicho abiertamente por el sujeto. No se trata de lo que el analista lea, sino de lo que el paciente pueda ir formulando al respecto. Se suma luego, la tesis de la Conferencia 18 “La fijación al trauma, lo Inconsciente” (de 1916-17) donde Freud revisa los dos ejemplos de neurosis obsesiva que expuso en su conferencia anterior y puntúa que, durante las acciones obsesivas, las pacientes no conocen el nexo entre el inconsciente y la escena de su vivenciar. Es decir, no saben por qué hacen lo que hacen. Freud dice que será preciso que el enfermo alcance ese nexo durante la cura. Vemos entonces cómo la técnica se complejiza: ya no se trata solo de hacer consciente lo inconsciente, sino de llegar a ese sentido inconsciente y sexual que el síntoma neurótico comporta por sus propios medios.

Esta es una de las razones por las que en psicoanálisis se le da la palabra al sujeto: porque el sentido de sus síntomas nunca está dado de antemano, sólo se lo obtiene por el desarrollo de la cadena significante. El psicoanálisis le supone al sujeto un saber no sabido por él mismo, un saber que es distinto al conocimiento consciente. Se trata de un saber inconsciente que es portado por el sujeto y la asociación libre es la vía por la cual el neurótico podrá alcanzar él mismo ese saber oculto, comportado en su síntoma.

En la Conferencia 23 “El camino de formación de los síntomas” de 1916-17, Freud continúa hablando del síntoma obsesivo. El mismo es definido allí como un acto psíquico perjudicial o inútil e involuntario. Conlleva displacer y un gran gasto anímico para sustentar el mantenimiento del mismo síntoma y la defensa contra el mismo. El síntoma es así, lo más ajeno y lo más propio que el sujeto tiene y le implica, como ya señalamos, un gran gasto para su mantenimiento. En ese punto también podemos señalar, la satisfacción que en él se juega: en el camino de su formación queda develado que el síntoma es la vuelta de una satisfacción alcanzada en una etapa anterior:

Ya sabemos que los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de satisfacción pulsional. (...) Sabemos también que una de las dos partes envueltas en el conflicto es la libido insatisfecha, rechazada por la realidad, que ahora tiene que buscar otros caminos para su satisfacción. Si a pesar de que la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del denegado, la realidad permanece inexorable, aquella se verá finalmente precisada a emprender el camino de la regresión y aspirar a satisfacerse dentro de una de las organizaciones ya superadas o por medio de uno de los objetos que resignó antes. (Freud, 1916-17, p. 326).

Esta cita de Freud es explícita respecto del hecho de que el sujeto se vea implicado en eso que, podemos decir, “le funciona así”; ya que el síntoma comporta una satisfacción anterior, pero lograda.

Por lo dicho hasta aquí, se deduce que el sujeto no reconozca su síntoma como tal, sino que, más bien, habla de él en términos de “su forma de ser” o un simple rasgo de carácter. Difícilmente ese sea el motivo que lleve a un sujeto a la consulta: ¿por qué habría de hacerlo?

El síntoma “conflicto”

En el texto freudiano de 1919 que ya hemos citado (“Nuevos caminos de la terapia analítica”) aparece la idea de que una vida que se rija por el principio del placer, es decir, una vida que tienda a la homeostasis permanente del aparato psíquico, resultaría irrealizable (Freud, 1919, p. 155), dado que la energía que se utilice a los fines del mantenimiento de dicho equilibrio no quedará disponible para la realización de otros actos, ni tampoco para implementarse en la investidura de otros objetos del mundo exterior. Es esperable, entonces que, cuando ese vivenciar amalgamado entre el yo y el síntoma se resquebraje, podamos señalar las condiciones que nos permitan hablar del segundo estado del síntoma: momento de egodistonia en el que asoma para el sujeto un malestar que hasta el allí no tenía antecedentes en su vivenciar consciente. Se verifica que el sujeto comienza a molestarse e incluso a padecer algo que -hasta entonces- nunca lo había importunado. El síntoma muestra su cara más conflictiva y es vivido con displacer. Ahora, el sujeto se percata de que hay algo que comienza a molestar y es en ese momento se constituye como propicio para la consulta con un profesional.

Observamos cómo esa primera fase de desconocimiento de un síntoma como tal, se ve transformada a partir de que se produce una advertencia por parte del sujeto de que hay allí algo que lo concierne a él mismo, en tanto sujeto del inconsciente. Esta segunda fase del síntoma, ahora más problemático, le revela al sujeto la novedad de que él mismo tiene algo que ver en aquello que lo está comenzando a importunar.

El síntoma deja ver ahora su cara de conflicto, el sujeto comienza a advertir que está en presencia de una envoltura formal, una suerte de cobertura de un sentido que, si bien le es propio, también le está oculto, pero que, en definitiva, lo concierne. Momento de egodistonia. Momento privilegiado de transformación de ese síntoma, en el que suele aparecer la angustia que deja entrever la cara más real del síntoma, la más insoportable, la del goce sexual.

Pasamos entonces de un estado de no reconocimiento del síntoma como tal, momento de gran implicación del sujeto en su conducta, a una segunda fase en la que se revela la novedad de que el propio sujeto está concernido en la causa de su síntoma, apareciendo el padecimiento reconocido como tal.

Hay todo un trabajo que hacer para poder lograr esta transfor-

mación del síntoma. Trabajo que se pone en marcha durante el primer tiempo de un análisis, pero que, si bien es condición, no es aún suficiente. Aún falta un paso más para poder, hablar de un síntoma en el sentido psicoanalítico del término. El paso que falta aún, es decisivo: se trata de que el sujeto que ha reconocido su síntoma, quiera ahora desembarazarse de él. Quiera dejar de padecer, poder lograr hacer otra cosa con eso que no sea padecerlo. Para lograr deshacerse de su síntoma, es necesario que lo incluya en una demanda. Como señala Freud en “Nuevos caminos de la terapia analítica” de 1919, el analista dará una respuesta inédita a esa demanda desde el lugar de la abstinencia:

Síntoma analítico

Este trabajo que consiste en la formalización de un síntoma en una articulación significativa a la que llamamos demanda, implica su dirección hacia un Otro. Es a partir de este tercer estatuto, el que incluye al analista, que sí podemos hablar de síntoma analítico, esto es: un síntoma en análisis.

Colette Soler en su texto “Standars no *standars*” de 1984 retomando lo postulado por Lacan en su “Conferencia en Yale”, explica la diferencia entre demanda de verdad y verdadera demanda de análisis. Esta última es la que se hace con el síntoma y que se le dirige a un analista. El síntoma empuja bajo la forma de una demanda, es decir, transformándose en una enunciación que interroga y cuestiona al propio sujeto quien acude en ayuda para sofocarlo. Señalamos una verdadera demanda de análisis cuando el síntoma le transfiere su fuerza pulsional a la demanda. Tomando los postulados de Freud, la tesis que Lacan sostiene es que hay una indicación de saber incluida en el síntoma. Esto es desarrollado en su Seminario “Problemas cruciales para el psicoanálisis” de 1965. Distinguir esta indicación de saber es lo que diferenciará al psicoanálisis del resto de las terapéuticas que no se interesan en la remoción rápida de los síntomas. El dispositivo freudiano permite que la indicación de saber comportada en el síntoma, se active frente a la presencia de alguien dispuesto a escucharlo. La neurosis toma así, la forma de neurosis de transferencia. El significante que insiste en el síntoma, busca hacerse reconocer a nivel de quien escucha. Así, el analista se convierte en el receptor de ese saber, en la sede a la cual ese saber es dirigido. El estatuto del síntoma ha cambiado: ahora se trata de un síntoma para alguien, para el analista. Otro modo de decir esto mismo es que el analista queda incluido en la estructura propia del síntoma.

La transferencia hace así que el síntoma se vuelva analizable, lo enlaza al sentido inconsciente. En su estado “natural” el síntoma no se dirige a nadie, no llama a la interpretación, es simplemente una marca.

En la Clase 21 del Seminario X “La angustia” de 1962-63, Lacan comienza ubicando al objeto *a* como causa del deseo y no como su finalidad. Dice rápidamente que esta función del objeto *a* en tanto que causa, se manifiesta en el campo del síntoma. Toma como ejemplo al síntoma obsesivo en el punto en que, si no se

cumple con tal o cual ceremonial, lo que sucederá es que aparecerá la angustia. El análisis reconoce que “eso funciona así”, o sea que, podemos decir, no nos ocupamos de tal o cual ceremonial sin partir del postulado de que eso funciona así. Pero es el sujeto, dice Lacan, el que debe percatarse de que eso funciona así. Dice también que ese reconocimiento, no es independiente al síntoma mismo y, aún más importante, que el síntoma mismo se constituye como tal en ese reconocimiento del sujeto, es decir, cuando el sujeto queda advertido de él:

El sujeto tiene que darse cuenta de que eso funciona así. Este reconocimiento no es un efecto separado de la función del síntoma, no es epifenomenal. El síntoma sólo queda constituido cuando el sujeto se percata de él, porque sabemos por experiencia que hay formas de comportamiento obsesivo en las que el sujeto no sólo no ha advertido sus obsesiones, sino que no las ha constituido en tanto tales. En este caso, el primer paso del análisis (...) es que el síntoma se constituya en su forma clásica, sin lo cual no hay modo de salir de él, porque no hay modo de hablar de él, porque no hay modo de atrapar al síntoma por las orejas. ¿Qué es la oreja en cuestión? Es lo que podemos llamar lo no asimilado del síntoma, no asimilado por el sujeto. (Lacan, 1962-63, p. 302).

Aquí vemos la versión lacaniana de esa primera transformación necesaria del síntoma, de la que hablábamos hace unos minutos. Lacan continúa su clase diciendo que para que el síntoma salga de su estado de enigma formulado, no alcanza con que se lo formule, sino que es necesario que en el sujeto se perfile que hay una causa para que eso funcione así. Asegura que ese es el modo en que se llega a romper la implicación del sujeto en su conducta y que el quiebre de esa implicación es lo que le permite al analista lograr abordar el síntoma. Lo importante aquí, insistimos, es que el sujeto se percate de que hay una causa para que el síntoma funcione y que esa causa, lo atañe a él en tanto sujeto dividido. Es el síntoma quien divide al sujeto.

Síntoma final

Ubicamos la última transformación del síntoma en el final de un análisis, con la caída de la transferencia analítica, el síntoma se separa nuevamente de su dimensión significativa, vale decir, se vuelve a enmudecer, ya no llama al sentido (al desciframiento), ni, por lo tanto, a la interpretación. El psicoanálisis permite ubicar el síntoma singular de cada uno, de cada sujeto y esto llega a homologarse, en el final, con el nombre propio, con su singular manera de estar dividido, de gozar de su inconsciente. Este desprendimiento tiene lugar luego de un recorrido que ha movilizó toda la dimensión de lo simbólico y le ha procurado al sujeto un *saber hacer* con aquello que lo divide. En esta metamorfosis del síntoma hacia el final, se produce para el sujeto una ganancia de saber.

En el texto “¿Amar su síntoma?” de 1994 Soler señala la pa-

radoja de la usual expresión “identificación al síntoma”. Allí se designa un cambio, que debe ser definido en el nuevo modo en que el sujeto se relacione con su síntoma luego de la depuración y advertencia que el recorrido analítico propone.

Conclusión

Luego de este recorrido, verificamos que la entrada del sujeto en un análisis le proporciona una advertencia a nivel de un despertar en su funcionamiento psíquico y el amor de transferencia lo habilita en el análisis a conocer más sobre aquello que lo causa en tanto que sujeto.

Podemos señalar resumidamente, cómo se transforma un síntoma de manera sustancial para el sujeto que decida consultar y se entrega al cumplimiento de la regla psicoanalítica fundamental:

- Síntoma como “enigma informulado” señala Lacan; como “solución” dice Freud. Momento de gran gasto libidinal (tanto en el mantenimiento del síntoma con también en su respuesta defensiva). Implicación subjetiva.
- Momento en el que se vislumbra la división subjetiva y el síntoma se evidencia en esa división. Se exagera la cara conflicto del síntoma. Emergencia de malestar e incluso, angustia. Fase de egodistonia y de ruptura de la implicación del sujeto en su conducta.
- Síntoma que adquiere una direccionalidad al formularse como pregunta, momento del síntoma analítico propiamente dicho: se enlaza al otro, incluye al analista.
- Síntoma del final: versión propia y advertida del sujeto respecto de su funcionamiento psíquico a partir del desarrollo del análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1919 [1918]) “Nuevos caminos de la terapia analítica”. En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVII, Buenos Aires.
- Freud, S. (1916-17) “Conferencia N° 17. El sentido de los síntomas”. En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVI, Buenos Aires, 1991.
- Freud, S. (1916-17) “Conferencia N° 18. La fijación al trauma, lo inconsciente”. En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVI, Buenos Aires, 1991.
- Freud, S. (1916-17) “Conferencia N° 23. Los caminos de la formación de síntoma”. En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVI, Buenos Aires, 1991.
- Lacan, J. (1962-1963) *El Seminario 10. La Angustia*, Paidós, Buenos Aires, 2006.
- Lacan, J. (1965) “El Seminario 12. Problemas Cruciales Para el Psicoanálisis”. Inédito.
- Muraro, V. (2008) El síntoma: una satisfacción paradójica. En *Revista Aun* N° 6, Publicación de Foro Analítico del Río de la Plata, Letra Viva. Buenos Aires, 2008.
- Soler, C. et al. (1984) *Standars no Standards*. En *¿Cómo se analiza hoy?*, Manantial, Buenos Aires, 1984.
- Soler, C. (1994) *¿Amar su síntoma?* En *Hojas clínicas 2008*, JVE, Buenos Aires, 2008.