

Unidad 2: Síntoma causa y mecanismos de formación.

- **condiciones de aparición** incluso del **síntoma**
- **clínica y terapéutica**
- **el síntoma y su complementación**
- **Freud; Conferencia XVII**
- **Estados del síntoma**
- **Presentación del síntoma**

Síntoma es la piedra angular para el psicoanálisis y para *Cuestiones básicas* también...

El **psicoanálisis nace** como un lugar de recepción de la demanda de la histérica, una demanda terapéutica. Freud estaba allí para recepcionar ese saber histérico, elaborar un método, y para dar las **condiciones de aparición** incluso del **síntoma**. A partir de una inscripción de la ciencia médica de la época, pero en discontinuidad con ella nace el psicoanálisis. Introduciendo para el abordaje de los síntomas de la histeria como estructura la histeria, dado que ese matrimonio inicial de Freud con la histeria, introduciendo una innovación radical fundante en un nuevo campo el de una clínica que otorgue tratamiento al síntoma e intervenga sobre el síntoma a través de un dispositivo enlazado con el postulado del inconsciente erigido por Freud.

Psicopatología y clínica son conceptos necesarios de distinguir. En tanto la psicopatología se funda en una *disciplina autónoma* a partir de un autor Jaspers muy asociado al campo psiquiátrico la psicopatología como disciplina, a través de Jaspers intenta una aproximación metodológica. Lo interesante es **contraponer** esta psicopatología con la noción de **clínica psicoanalítica** como **surgimiento de un nuevo discurso**.

Entonces **no habría independencia** entre psicopatología y clínica **sino interdependencia** entre los **hechos** que nos permite estudiar la psicopatología y la **clínica psicoanalítica** que imprime un discurso nuevo. Cada una depende de un discurso, es decir ninguna es independiente del modo de intervención, porque tanto la psicopatología como la clínica abordan a los hechos.

Es decir, **para Freud no hay psicopatología sin clínica** porque el modo de operar en ese *hecho clínico*, y de eso dan cuenta las conferencias que deben leer, **el modo de operar repercute en la transmisión de la clínica**; en lo que se recoge de la clínica. Freud da cuenta permanentemente de una

interdependencia permanente entre su teoría y la clínica y **entre su teórica la clínica y la terapéutica**. Una **adecuación** entre el **método** y **el objeto** que lo aborda. Por eso es interesante pensar en estas Conferencias donde Freud que se inició en el apogeo de la psiquiatría clásica, en un edificio psiquiátrico cuya metáfora organicista, en ubicar la causalidad en lo orgánico, tenía como dato de estructura los hechos sindrómicos como un **ser de mirada**. La psiquiatría clásica como método tienen un tipo peculiar de **mirada, una mirada** atada a los prejuicios de la época y del mismo discurso psiquiátrico, los naturalistas, los neurólogos, los sujetos que elaboraban una nosografía a partir de una mirada que colocaba a la enfermedad como un ser de mirada a ser vista, la mirada clínica: lo que se veía era lo que era. En una transparencia, en una foto al decir de Foucault.

Ese edificio psiquiátrico mostró en algún momento un esqueleto vacío y allí fue cayendo. Es en ese contexto Freud da su inicio, su trayectoria la inicia en una **ruptura epistemológica** en un modo de discontinuar ese discurso clásico y psiquiátrico con una innovación teórica crucial con un nuevo registro de la causa en los cuadros que describía, marginales, secundarios, el campo de la neurosis es decir Freud hizo de la neurosis un modelo lo hizo entrar en el discurso del psicoanálisis. (G. Napolitano)

Entonces **el síntoma** en principio **requiere complementación**, sino no se analizaría. El punto es **como se lo complementa**. La histeria fue complementada, pero de manera refractaria ha sido rechazada para ser ingresada a un cuadro neurológico, eran hechiceras, brujas, mentirosas. Como detenerse en esa juntura de algo anímico produciendo síntomas en el cuerpo. Sabemos de la unidad pasada que solo **Charcot jerarquizó a la Histeria** induciendo los ataques y a su vez a la enfermedad. Como Freud con sus **historiales clínicos** (Anna O, Lucy, Emma, etc.) habrán leído, como él sitúa el estilo novelesco ese discurso plagado el discurso de incongruencias o a veces del efecto de la represión, como cae sobre ellas, en este lenguaje histérico tan diferente a otros lenguajes. Sin embargo, no deja Freud de situar **signos de estructura; el orden de la exposición** en **esos relatos** es el **mismo** que el **orden de la cura**. Freud expone el caso en el movimiento mismo de su intervención de Freud en el caso, eso realmente es único con este maestro vienes el único que innovo y del modo en que lo hizo en la clínica de la neurosis.

Entonces **el síntoma** es concebido como **producto del inconsciente** y deja de ser concebido desde Freud como **índice natural** de la enfermedad, eso era para la **psiquiatría clásica**. Para el psicoanálisis a partir de Freud, va a ser considerado un **resultado** de un proceso que se **gesta** más **allá** de la esfera

de la **conciencia**. (*por eso no es un índice natural de la enfermedad*) Así el **síntoma freudiano obedece a leyes de elaboración** del **inconsciente** y a un **sentido oscuro** para el sujeto, pero que está determinado y puede ser descifrado en el marco de una relación transferencial mediante el recurso a un **procedimiento** inédito que es la **interpretación**.

Entonces la obra freudiana ofrece el hecho de que podamos cernir los **mecanismos psíquicos** que articulados con la **teoría sobre la causa**; que es una **etiología sexual**, dan lugar al determinismo del síntoma y posibilitan entenderlo como una **formación de compromiso** como una transacción entre **fuerzas disparares** que aportan una **solución** a un **conflicto**. ¿Cuál es la ganancia de esto? El **Ahorro de displacer**, esto no es algo que Freud sostenga en sus desarrollos posteriores. Veremos cómo los obstáculos de su práctica le imponen y esos obstáculos que aparecen y que lo llevan a reparar en hechos que funcionan como un tope al desciframiento y estos hechos clínicos cuestionan lo que era el **Imperio del principio del placer** y la noción misma de **satisfacción**. **Noción que cambiara** a partir del giro de los años 1920.

Ahí Freud traerá respuestas a preguntas que ya se venía haciendo. Una nueva modalidad de satisfacción aparece en su clínica y él se pregunta por qué?

Que implica el giro de los años 20.? Casi un límite al sentido sexual de síntoma piedra angular de su teorización, pero aparecen elementos en la clínica nuevos por ejemplo la **necesidad de castigo** y para entenderlo será necesario conceptualizar el super-yo. Para ellos tendremos que ver el texto Inhibición síntoma y angustia redefinir la noción de angustia como es la angustia tendrá distintos sustratos teóricos distintas axiomáticas. Eso tendrá que ver con lo que la clínica enseña. Ser el complejo de castración como operador estructural y eso permitirá responder a un interrogante presente desde el origen en su obra y ser porque la sexualidad debe ser reprimida.?

Para ellos daremos un paseo por las conferencias de introducción al psicoanálisis son de suma gravitación resultan importantes para atender a la unidad 2 de los teóricos donde intentamos situar **su causa, mecanismos de formación**, pero también llegar a porque el **síntoma es una brújula de la modalidad de goce**.

Porqué que **el síntoma tiene una modalidad epistémica** en psicoanálisis **cuales son** los mecanismos de formación de síntoma **que es un diagnostico singular y que objetivo terapéutico persigue el psicoanálisis con respecto al síntoma**.

Por eso pensamos en las **Conferencias de Introducción** como eje de lectura en esta unidad. Son conferencias dictadas en EEUU entre los años 1916 y 1917 y luego el aporte de los textos de **1920** como sufre una importante **modificación de la teoría de Freud** con respecto al concepto de satisfacción en juego en el síntoma. Ese cambio ese punto de inflexión lo ubicamos a partir de 1920 y para eso tenemos 2 textos:

- Inhibición Síntoma y Angustia
- El Yo y el Ello

Es necesario ubicar la Sexualidad en la etiología de las neurosis x que no puede leerse el síntoma sin pensar en la causa y no puede leerse la causa sin atribuirle una etiología sexual.

La conferencia XVI es muy interesante aquí Freud plantea cual es el sentido del objeto que tiene la psiquiatría y el Psicoanálisis mostrando porque el Psicoanálisis No es un sistema especulativo sino una práctica.

Comenzará planteando donde se detiene uno y otro. De entrada, habrá una diferencia, Freud pide un benévolo escepticismo, que presten atención a lo que él quiere decir, y cuál es el interés que tiene el Psicoanálisis en una distinción que es cuál es la concepción psicoanalítica de los fenómenos y se va a detener en lo que llama **acción sintomática** y como ser apara algunos **un descuido** y la **clave** para otros. En primer lugar, porque ese descuido para Freud va a tener un sentido ignorado, va a ser un indicio. De qué manera el síntoma que va a tomar aquí es muy bien definido por el cómo le provee al paciente intenso sufrimiento subjetivo hay una descripción exquisita, a la hora de definir y aplicar y definir una rigurosidad semiológica importante cuando tiene que armar una descripción sintomática es decir cuando define la envoltura formal del síntoma.

Y también como juega con un diálogo de ambos psiquiatría y psicoanálisis puestos a dialogar aquí, articular, encontrarse y desencontrarse. La precisión para definir el diagnóstico y el origen de la idea sintomática, la génesis- Como nos engaña inicialmente pensando que habría una **predisposición hereditaria** como origen del síntoma y luego dará un vuelco indicando porque el síntoma es una solución, el síntoma como respuesta que resuelve.

¿Cómo ubica la génesis del síntoma en este caso **delirio de celos** la ubica apela al **mecanismo del desplazamiento**, porqué toma este delirio de manera obsesiva, de que le sirve y para mostrar que? En principio recurso para distinguirlo para mostrar como la psiquiatría toma a diferencia del psicoanálisis toman el deliro. Apela a la noción de **complementariedad** entre ambas; **psiquiatría y psicoanálisis**.

Finalmente apunta al costado terapéutico del psicoanálisis.

Conferencia 17 ° El sentido de los síntomas

Intenta demostrar aquí que todo síntoma tiene un sentido, pero en tanto enigmático, en tanto reprimido.

El síntoma que implica un material tomado del cuerpo y de pensamientos. En esta **conferencia** articula síntoma, sueños y actos fallidos los puede articular porque tienen un sentido y un nexo con la vida de los sujetos. Define a la neurosis obsesiva como un asunto privado en una descripción exquisita.

En la pág. 236 comienza a referirse a como la neurosis obsesiva se exterioriza del siguiente modo, ahí Freud comienza a dar cuenta de lo que es **la envoltura formal del síntoma** en su presentación; los impulsos, acciones. Las representaciones obsesivas, esos pensamientos, esforzados esa actividad del sujeto que lo deja exhausto para traer la palabra alemana *zwang* aquello que sitia al sujeto, sitiado en ese pensamiento que no cesa de aparecer, pensamientos o actos. Acciones ejecutadas acciones inofensivas, pero con un sentido que desconoce el sujeto mientras las actúa. como refiere Freud aquí al desplazamiento como un mecanismo en la Neurosis obsesiva como aparece palabra clave que es la duda. Como aparece algo vinculado a lo que es común en distintas presentaciones podríamos decir; **típico**. Es ese **pensar estrafalario** propio del obsesivo. Como elabora y construye **los rasgos de carácter** y los síntomas patológicos tan propios de la Neurosis Obsesiva y aquí Freud se esmera en distinguir lo que es del orden del rasgo del carácter y lo que es del orden del síntoma como patológico.

El caso que elige Freud para dar cuenta del sentido de los síntomas pág. 239 relata una acción obsesiva muy típica, ofrece la **acción obsesiva**, es decir desarrolla la estructura formal del síntoma en actos de manera exquisita y la pregunta **¿qué sentido tiene?**

Todo un desarrollo sin pérdida alguna acerca **de escenas** una actual y una pasada del valor de la acción obsesiva como **una figuración de otra escena**, por eso el valor de estas **2 escenas** puestas en juego aquí su importancia y **el enlace** va a estar ligado a un suceso ocasional No infantil, pero de suma importancia.

Un cotejo con otra paciente con **ceremoniales para el dormir** cuya característica **patológica** esta dad en lo **inflexible** en **la fijeza** del ceremonial, es decir que nada la puede evitar, como **se impone**. La vinculación que va a tener con el **orden sexual** para decir que el **sentido central** de ese **ceremonial** son deseos sexuales de esta paciente joven. El ceremonial tendrá importancia crucial porque le permite a Freud articular el origen de ese ceremonial en el precipitado de **muchas fantasías**.

Entonces nos alejamos de la primera época donde ubicábamos la causa en un seceso traumático acontecido ahora ubicamos directamente un síntoma a un precipitado de muchas fantasías cuyo objetivo es una defensa contra deseos sexuales, Entonces hay un **sentido y hay un propósito en los síntomas neuróticos**.

La **conferencia** vuelve a puntualizar **lo típico** en la enfermedad a través de **los síntomas**. Dos presentaciones clínicas desde donde lo aborda.

Las primeras conferencias entonces son las que podrían entonces con el siguiente esquema:

4 ejes permiten pensar abordaje del **síntoma para el psicoanálisis**:

1. PRESENTACIÓN

Pensar en alguien que viene a sacarse algo de encima, "vengo porque no quiero tener más esto, que no me siga pasando, me siento muy mal con esto" alguien puede presentarse así. Será un pedido una demanda terapéutica en general, pero cuya presentación "sacarme esto de encima" hace a la incompletud del síntoma.

Decimos eso en primer lugar porque no se entiende por sí mismo y de hecho la pregunta de Freud es **¿de dónde viene la fuerza del síntoma?**, Esto es lo que se vinculara con el síntoma en su **dimensión patológica** es lo que él describe en estas conferencias. Es la dimensión del sufrimiento, la que interfiere en la vida de alguien. Freud le da importancia a esto al **entorno histórico** de la eclosión, por ejemplo, de la aparición de un absurdo; un saber que coexiste con un impulso incoercible. Es decir que alguien no puede dejar de hacerlo, como los ceremoniales de la chica de 19 años o como el camino que hace la mujer yendo de la habitación al living tocando campana para que la escuche mucama. Eso que parece absolutamente absurdo, o loco, pero **Freud descubre el pleno sentido** que tenía esa **acción sintomática** por absurdo que fuera. La importancia del entorno histórico es crucial porque es a partir de **eso que le da el escenario**, le da los **elementos que condicionan** la emergencia de algo que va a constituirse como síntoma. La importancia que Freud le otorga a un hecho insignificante cuestiona la comprensión y además cuestiona ese **saber que sutura la psiquiatría como algo externo** pensando que el **psiquiatra tiene el saber** sobre lo que padece un sujeto.

En tal caso tendrá **un saber típico**, un saber qué hace a la **nosología**, un saber que se **compone en algunos criterios**, pero **No sabrá** a que **sentido** obedece ese síntoma, tampoco sabrá cuál es la satisfacción que ese síntoma engloba, ni cuáles son las concisiones de aparición de ese síntoma. Ni cual fue la escena a partir de la cual el síntoma toma elementos que va a irradiar en su composición sintomática. De eso solo tiene el sujeto que lo padece. **La presentación del síntoma** es lo que Freud ha llamado **enfermedad en sentido práctico**, es decir lo que hace a que alguien no puede seguir viviendo como hasta ahora, es decir padeciendo lo que padece.

Cuando Freud describe los síntomas lo hace desde la envoltura formal del síntoma, es decir desde donde se puede leer el síntoma, es cierto con una exterioridad. Solo que Freud nunca se queda allí. Entonces el síntoma de la mujer celosa es desarrollado estrictamente descripto desde su estructura formal del síntoma.

2. SU INTERVENCIÓN

Si pasamos al punto de la intervención dijimos que el síntoma llama en el campo del psicoanálisis **llama a la incompletud** es decir que a ese **síntoma hay que intervenirlo** y esa intervención funda un lugar; lugar del analista, lugar del acompañante, lugar del médico, etc. otro que en principio va a escuchar de que se

trata esa escucha puede ser ya una intervención. Es decir, la intervención sobre ese padecer inicial en sentido práctico, es decir lo que alguien expresa como su síntoma; "no sé lo que me pasa, no soy el mismo, no sé lo que me pasa, no me deja vivir, así no puede continuar" eso es la enfermedad en sentido práctico dado que ese padecimiento, interviene su vida de relación con el otro.

Si ese síntoma, ese malestar, ese padecer, es intervenido en una escucha peculiar, en un dispositivo, hay un paso entre el síntoma como padecido a su inscripción en un lazo social distinto porque hay ya una vinculación con el saber.

Esto está vinculado con la novedad freudiana en el abordaje del **síntoma**. Hay un saber en suspenso la intervención del síntoma implica una relación epistémica. Al estar incompleto el síntoma dado que no sabe porque le pasa lo que le pasa a alguien, y por eso justamente va a buscar saber a otro, la intervención sobre el síntoma implica buscar un saber sobre lo que padezco "necesito que me ayude, que me explique porque" dirá alguien que consulta.

Comienza a **ponerse en forma el síntoma** y ano es la simple estructura formal, ¿la descripción ya algo comienza a ponerse en forma a partir de qué? Que lo digo, que el otro escucha lo que digo y eso sufre una transformación en un dispositivo analítico. A través de una herramienta crucial que se **lama transferencia** eso implica que hay una **neurosis nueva** y que el síntoma ya no es el mismo, es algo diferente de lo que fue, hay una neurosis transformada a partir de la intervención sobre el síntoma y un síntoma nuevo en este **contrapunto** entre el **síntoma como patológico** en ese primer momento, al **síntoma como intervenido** en este segundo momento.

3. ESTRUCTURA del síntoma

El abordaje del síntoma y su estructura en el psicoanálisis, es lo que muestra Freud al tomar la particularidad del síntoma para el psicoanálisis versus la generalidad del síntoma para la psiquiatría. Es decir, si se cumplen determinados criterios hay determinada enfermedad. Ahora la histeria muestra que los síntomas no son los mismos que podrían servirse desde la psiquiatría para declarar **una parálisis** por ejemplo si vemos las primeras pacientes histéricas de Freud, recordemos la astasia abasia dificultad al caminar que tenía Emma o Lucy.

Lo cierto es que **esas piernas** no dejan de moverse o se paralizan del mismo modo que una genuina parálisis, es decir síntomas o criterios de una verdadera enfermedad, La histeria tiene una parálisis "a su modo" se le duerme una parte específica; ¿y determinada lateralidad la derecha la izquierda, siempre, no, no siempre, cuando? no todos los días, es decir no hay una regularidad sostenida en el tiempo siempre igual. Es decir, la particularidad del síntoma histérico toma los rasgos, pero no constituye la generalidad de los síntomas que si los leería la psiquiatría por eso la psiquiatría no era una verdadera enfermedad, eran simuladoras, simulaban que les dolía, simulaban Que tenían una parálisis.

En cuanto a **la estructura**; el síntoma es una **formación de compromiso** que implica cierta **legalidad** y que se hace para algo, es decir que el síntoma es e implica una **solución**. Y que el compromiso implica una transacción el síntoma como solución es un arreglo es cierta producción y este arreglo implica mecanismos de solución del inconsciente.

Acá claramente hay una **diferencia importante** entre considerar al **síntoma como signo semiológico** para la psiquiatría por ejemplo y considerarlo como **resultado** de un proceso de **elaboración** cuyos **mecanismos** que **son los del inconsciente; condensación y desplazamiento**; hacen del síntoma un **mensaje** para ser descifrado por otro. Entonces si la **composición del síntoma implica una sustitución**, esto quiere decir que el síntoma es un sustituto y es un sustituto a dos niveles:

- En la estructura y ahí diríamos una estructura vinculada al lenguaje porque es un mensaje a descifrar, implica una metáfora congelada porque el sujeto no sabe a qué se debe, quien lo padece no lo entiende, aunque para Freud ese síntoma está en el lugar de otra, aunque en su primer momento no sabe a qué sentido obedece.
- Además, hay un sentido sexual en el síntoma, ese es un plus de sentido del síntoma.

4. **FUNCIÓN del síntoma**

Aquí nos referimos al costado de su **satisfacción sustitutiva**. Pensar como el síntoma se establece se funda y **persiste** porque implica, porque llama a una sustitución. Sustitutiva porque esa satisfacción es libidinal, es decir, el síntoma procura una satisfacción en **un sentido nuevo** en esto que parece absurdo; el acto sintomático, nadie entiende parece una locura, pero su sentido es sexual, en el lugar de lo sexual traumático se ubica el sentido sexual del síntoma.

El **síntoma es un camino**, aunque **indirecto**, para **obtener una satisfacción**, pero **también para evitar la angustia**. Por eso el síntoma es llamado la sexualidad de los neuróticos, pero en esta dirección. En relación a que hay una privación libidinal hay la libido insatisfecha y el síntoma viene en camino indirecto para obtener satisfacción. Esto es lo que Freud llamara **beneficio primario** que se diferencia mucho del beneficio secundario el que está explicado como las prebendas (favores) que el yo obtiene, es decir la parte consciente del sujeto. Como se satisface con ventajas yoicas, ej. una enfermedad que le permite permanecer más tiempo en su casa para así no hacerse cargo de ciertas responsabilidades hogareñas o laborales, eso es un beneficio deducible el secundario.

No así, es deducible el **beneficio primario** del **síntoma** ya que esa satisfacción sexual de los neuróticos **es un camino indirecto**, pero lo que aparece en el

consciente es absolutamente disparatado. Sin embargo, hay ahí una satisfacción en juego.

Estados del síntoma

Otra cuestión interesante a destacar tiene que ver con los ***Estados del síntoma***.

1.- En primer lugar, el síntoma aparecía en términos patológicos y aparecía la enfermedad en sentido práctico hace del ***síntoma un hecho clínico***. El sujeto pone el síntoma en palabras con una dirección, pero esto supone una interferencia en la vida del sujeto, esto implica el ***estatuto patológico*** cuyo ***complemento*** es la ***dirección terapéutica***, por eso tiene una direccionalidad es decir se dirige a alguien que lo ayuda alguien que responda y le ofrezca a una ***demanda*** llamémosla ***terapéutica***.

Pero todo síntoma se va a referir siempre a una ***norma alterada*** algo que escapa al control, siempre ligado a la impotencia es decir el sujeto podrá decir: "no puedo con esto, esto no está muy bien, esto no me hace bien, ayúdeme con esto". Ahí ubicamos el discurso de dominio y desde donde aparece algo como ***impotencia no puedo*** lo que desde el ***discurso de dominio*** debería hacerse, si no hago eso, entonces lo que hago es loco o sintomático. Estoy loco o enfermo.

La ***contradicción*** que implica el ***síntoma como patológico***; quiero hacer esto mejor pero no me sale, no puedo. Esto implica una ***primera división subjetiva en acto***: ej. llega la fecha de rendir un examen y no me puedo, quiero y estudio, pero llega la fecha, pero no me puedo presentar como máximo expresión de la división del sujeto y si está ***subjetivado como tal*** implica un síntoma como patológico porque se presenta como una discontinuidad: "podía antes pero ahora ya no" se presenta como una falla en la representación del sujeto: "no puedo hacerlo" hay un vacío en relación a la representación, porque este sujeto se representa por su estudio, por la carrera que hace y sin embargo a partir de determinado momento no puede seguir, hay un sin sentido "no sé cuándo me pasa, pero me detiene, no puedo seguir, ya no soy el que era" .

Es interesante que el sujeto va a pedir un sentido a lo que le pasa, es encontrar un sentido "por algo me pasa lo que me pasa, esto alguna razón tiene que tener". Esa es una esperanza importante y es a partir de allí que Ustedes y los analistas trabajamos con eso. Si sobre el paciente no se funda una esperanza poco podremos hacer ahí, si sobre él no se funda una esperanza...es difícil trabajar. Que este sujeto apele a los otros (profesionales) con la esperanza que haya una ***significación que cierre lo que de alguna manera se abrió*** ya que a partir de aquella apertura el sujeto se angustió, esto que decimos se abrió es su división y el síntoma aparece como la falla en esa representación.

Va a ir en búsqueda de una significación que le permita reconocerse de nuevo, ya que el síntoma siempre es un costado donde el sujeto **no se reconoce**. Por eso el síntoma está en relación con un conflicto psíquico el sujeto lucha contra es división que ya se instaló en él.

Entonces el **síntoma siempre es el punto de partida** es la **vía de abordaje** siempre para la neurosis dado que no se puede abordar la neurosis de manera directa con respecto a su causa, por eso la vía regia es el síntoma.

La queja es una primera subjetivación del síntoma la queja sobre eso que el sujeto hace o le pasa, sobre actos o pensamientos. Es un primer nivel de subjetivación del síntoma que lo eleva al estatuto de clínico. El síntoma se asocia a la palabra y a partir de ahí se socializa. A partir de un relato aparece un otro en juego que interviene que interviene en el establecimiento del síntoma a partir de la forma que responde por eso no es lo mismo quien recibe ese relato. Si va a responder del lado de la realidad por ejemplo "esto que a Usted le ocurre es normal" o "a mí también me pasa" habla el profesional del lado de sus cosas personales, o incluso decir "esto le pasa a mucha gente de su edad" o "esto es sumamente grave, deberíamos pensar en una medicación para usted, una interconsulta". En fin, **desde donde** estas intervenciones y respuestas hacia el síntoma, desde un universal, desde la generalidad, desde el fantasma de quien escucha, es lo que le parece, lo que leyó en los libros? Pero sin **dejar** justamente que **ese sin sentido inicial** que trae el síntoma **se relance** en una apertura del inconsciente en un **juego de una apertura o cierre**. Colocar ahí un embriague entre el sinsentido del síntoma en su primera aparición del inconsciente del sujeto que le suponemos un saber. Entonces el que escucha colocado en el lugar del saber también, porque por eso nos vienen a consultar, porque suponen que sabemos, juega allí como aquel que mantiene de alguna manera el sin sentido del síntoma, pero con la promesa que algo vamos a saber sobre eso. Sino trabajamos con la promesa que algo se va a saber lo dejamos al sujeto que nos consulta lo dejamos desamparado. Es alguien que sufre que viene a vernos para saber qué le pasa y nosotros lo dejamos como cuando vino, solo tomamos nota, nos sirvió para aprender esto es el síntoma en sentido patológico, esto es acción obsesiva o tal cosa, pero ahí, es necesario fundar algo... por ejemplo

"a partir de lo que Ud. me ha dicho vamos a comenzar una serie de entrevistas porque esto debe obedecer a una causa y vamos a encontrar un sentido a lo que le pasa, pero a través de sus dichos de un trabajo que hagamos juntos donde le vamos a encontrar un sentido a esto que le pasa" . poco no más que esto pero lo suficiente para que esa persona se vaya pensando en volver para descubrir que le pasa. Esto es **necesario**.

2.- ESTATUTO REAL del síntoma en su presentación:

Se trata de alguien que viene por un sentimiento absoluto de desgracia, generado por una situación inesperada por completo. Viene por una **situación traumática** acompañada de angustia se presenta en el registro de lo real la consecuencia de un encuentro que produce una **vacilación profunda** en la estructura de la personalidad. Es casi la sintomatización de la **existencia toda** de un sujeto, es alguien que no le encuentra sentido a toda su vida, casos graves, encuentros imposibles de soportar, por eso decimos por eso decimos sintomatización de la **existencia toda de un sujeto**.

En las entrevistas preliminares, se **trabaja** para **localizar un síntoma**, lo contrario a los casos anteriores donde había un síntoma en sentido práctico, donde había un síntoma en su estatuto patológico, del padecer, aquí hay que armar localizar un síntoma en esa presentación inicial. Por ejemplo, encontrar los puntos de eclosión, lo que iba a buscar Freud porque encontrar eso ordena a un sujeto porque tiene un origen

La intervención de la profesional sería; "bueno entonces todo esto comienza a partir de esa decisión que Ud. tomo, o a partir hoy diríamos de la pandemia, etc. entonces no siempre fue así, antes de tal cosa Ud. hizo tal cosa, resolvió, pudo con eso, es a partir de tal momento de su vida que la situación se tornó tan insostenible". Esa intervención es muy pacificadora para alguien, porque le demuestra que hay una división en él, le demuestra que su situación si bien puede ser dramática, pero no siempre fue igual. Por lo tanto, él si tuvo herramientas e instrumentos subjetivos para avanzar en la vida sin tantos traspiés, los tiene también **para retornar** a aquel **momento**. Entonces el inicio de esas entrevistas le servirá para recomponer aquellas herramientas y salir airoso de esta situación actual. Ubica el antes y después un punto de discontinuidad en el relato de alguien que es sumamente valioso y tiene que ver con poder ordenar ahí el **estatuto traumático del síntoma**, acompañado de mucha angustia y vacilación en estas presentaciones del síntoma.

3- Estatuto imaginario del síntoma

Hay otras presentaciones que llamamos presentaciones cuyo estatuto del síntoma es imaginario, llamamos así porque **no implica un sinsentido** de la **presentación inicial** que acabo de relatar. Lo contrario, es alguien que no viene por una desgracia, por una pandemia, y en su relato observamos que el síntoma está incorporado al yo, el síntoma está lleno de sentido. El sujeto aquí no eleva su queja a la dignidad de síntoma. La **queja** eso que decíamos hoy cuando alguien subjetiva la queja porque es el primer esbozo de el síntoma, aquí la queja queda a nivel imaginario. En el anterior momento la queja se elevaba al estatuto

simbólico porque ese síntoma comienza a hablar, se subjetiva, tiene un sentido está en el lugar de otra cosa, es una metáfora se debe a algún sentido reprimido inconsciente, ignorado, pero está el sentido que viene a aquello que se desconoce. Acá No, acá no hay la implicación del sujeto acá hay una continuidad de la existencia del sujeto. Es decir, el síntoma se presenta en **relación al yo**, No al sujeto dividido quiere decir la diferencia entre el síntoma ego sintónico y ego distónico.

Ego: yo si sigo ego.sintonico NO HAY QUEJA hay sintonía con el yo

Ego-distónico hay una distonía, distancia con el yo, hay un QUEJA algo estoy haciendo y lo estoy viendo, hay una diferencia entre yo y sujeto. No se reconoce en lo que padece, pero a su vez diciendo que lo padece. Ahí donde escuchamos "yo no soy el que hago o pienso, me aterro pensando en lo que hice, no me creo capaz de lo que pienso o hago".

Egosintónico es este **estatuto del síntoma** en el plano **imaginario**. Hay un acompañamiento una implicación del yo, está incorporado el síntoma al yo se observa cuando un sujeto diría "vengo porque mi esposa me pide que venga, yo no encuentro nada de lo que yo haga que esté mal. No entiendo porque me pide eso...porque yo la verdad soy así... no entiendo porque debo venir a un psicólogo y mucho menos buscar un acompañamiento terapéutico" "toda la vida hice lo mismo y nunca tuve problemas" es decir una **forma de ser que hace sintonía con el yo** del sujeto... es decir no hay división para que el sujeto por ejemplo diga "como puede ser que yo haga o diga estas cosas, no me reconozco en esto que hago" "yo soy yo cuando pienso en eso" no aguanto más con esto y los problemas que me trae".

El **estatuto imaginario** del síntoma se define en un **modo de ser del sujeto** este síntoma en su aspecto imaginario, un nodo de ser que supone una **síntesis** del yo, una armonía un equilibrio. A diferencia del síntoma como discontinuidad, aquello que hace interferencia; "desde que me pasa tal cosa ya no soy el de antes". El síntoma es incompleto porque no reenvía a una realidad fáctica, u orgánica, que lo explica cómo es en el campo de la medicina o psiquiatría. Ej. Falla de memoria, no es una falla para nosotros, es una respuesta del sujeto no sabemos a qué, pero No analizamos una conducta desde el punto de vista deficitario, no lo reenviamos a una realidad que lo explique. **Está sujeto a una realidad que lo explica, está sujeto a la interpretación y su significación está en suspenso** y el trabajo asociativo podrá descubrir su significación.

Cuando hay alguien que **no se reconoce en lo que le pasa**, aparece el síntoma como egodistónico es el síntoma que divide, el síntoma que angustia, el que nos

queremos sacar de encima, el que no hace sintonía con el yo, Al contrario. Es el síntoma generalmente por el cual vamos a pedir ayuda.

¿Cuál es la **función del psicoanalista** con el síntoma? Su función es poner en forma en síntoma, ¿¿PARA QUE? para ser intervenido, una intervención que lo socialice que lo saque al síntoma como patológico, como **puro sufrimiento**, por eso no alcanza el síntoma desde su lugar como patológico. Cuando hay una **intervención que transforma el síntoma** como patológico y lo transforma hacia otro lugar, **como analítico**. Dando cuenta que entonces que el síntoma como **analítico no es un dato primario**, porque lo inscribe en una relación epistémica donde hay una direccionalidad a otro, es decir que **hay un saber a revelar** en un **proceso terapéutico**. Es el efecto del encuentro con un analista. Nunca es primario en síntoma que llamamos analítico

Ustedes van a tener suma **injerencia en la transformación** de lo que aparece en su plena envoltura formal del síntoma. La injerencia en esta transformación; En lograr un efecto sobre el síntoma en su dimensión inicial porque el síntoma se transforma en la medida que hay un encuentro con un otro. Otro que no le concedió al síntoma No su valor de índice, tal como lo es para la psiquiatría o el discurso médico, "Si no puede mover las piernas entonces tiene una parálisis", Eso sería tomarlo como índice de tal enfermedad. Para el psicoanálisis siempre habrá otro sentido que encubre su presentación inicial.

El síntoma como analítico tiene:

- al **analista como el complemento del síntoma**
- al analista en el **registro epistémico** contiene un saber y se dirige a que ese saber sea descifrable y
- en el registro de la satisfacción que encubre todo síntoma y que lo hace perdurar

Entonces el síntoma cambia de estatutos, pasa del síntoma **como padecido a mensaje a descifrar**...surge algo así como "a entonces **quiere decir tal cosa**" ...se transforma en un síntoma analítico en **trasferencia**. Es decir que ese síntoma al cambiar de estatuto va a tener una **intención de significación** que se va a **corresponder con la interpretación**. Porque para que el sujeto asienta y diga ah...entonces x tiene que ver con Y" ese analista debió haber hecho una interpretación que muchas veces alcanza con una pregunta bien dirigida a incomodar al sujeto, que muchas veces alcanza con una expresión de asombro, o un chiste sarcástico, o simplemente suspender la sesión. Eso se verá siempre después, tuvo la función de una interpretación.

Pero ojo, ahí se dejó latente una interpretación que el analista calculo que surja de esa sesión, ese día por eso que se dijo. Ojo porque **Si no hay una transferencia debidamente instalada**, frente a una interpretación audaz, rápida o salvaje como la llamamos el sujeto puede no volver más. Es delicado y hay que tomar elementos en juego para realizar una interpretación.

El síntoma analítico es el resultado de un proceso y lleva a una pregunta, ¿No entiendo a porque me pasa esto? El trabajo analítico lo conduce a un saber en suspenso...un saber que advendrá lo lleva a resultado de un proceso, pero para eso debió instituirse en su valor de mensaje.

La incompletud inicial del **síntoma** se **complementa** con un **saber en suspenso** y eso se sostiene como un enigma a descifrar complementado por el sujeto supuesto saber en la figura de analista. Para Freud el síntoma es un sustituto de un saber enigmático de un saber a descifrar.

El síntoma siempre es un sustituto porque No vale por si mismo, pero es el punto de partida y a su vez esta sobre determinado hay otra cosa que lo determina, reemplaza algo y reenvía a otra cosa.

A partir del ejercicio de la regla fundamental: "hable, dígame lo que se le ocurre, no debe rechazar nada que se le venga a la cabeza" a partir de eso la verdad esta en el lugar de la causa oculta.

Y por otro lado la **sustitución** en psicoanálisis el sustituto está vinculado a una **sustitución libidinal**. Entonces esto es fundamental pensar en Freud el síntoma como una formación del inconsciente como un nuevo producto sometido a la sintaxis de los procesos de elaboración del inconsciente, cuyo sentido es a descifrar. Reemplaza y oculta al mismo tiempo.

Es decir si el síntoma lo considero una metáfora congelada cuyo sentido esta ignorado por el sujeto y donde él no se representa, el síntoma como cifrado como sustituto.

El síntoma como solución de compromiso, como un arreglo que intenta evitar el displacer. Al principio para Freud era una pugna entre el yo y la libido.

La pregunta que se hace es **¿porque el síntoma persiste?** **¿Que resiste en el síntoma**, porque la gente pareciera que no se quiere curar?

¿La verdad encuentra en esa satisfacción la manera de resistir a querer saber porque sigue ese síntoma sigue produciéndose, acaso hay una satisfacción que implique el displacer mismo?

El psicoanálisis se dirige a cambiar esa manera de satisfacerse, ¿lo hacemos con palabras? ¡Desde Freud hasta hoy seguimos pensando que si!!!

Para concluir:

- El síntoma es un hecho de lenguaje
- se inscribe como tal en la palabra del paciente
- tiene un saber supuesto
- se despliega en una nueva dimensión de significación
- resultado de un mecanismo psíquico y de una etiología sexual
- tiene una combinatoria hecha de elementos dispares
- tiene estatutos: imaginario, real y simbólico
- El ***síntoma*** como ***patológico*** implica una ***lectura descriptiva*** a diferencia del ***síntoma*** como ***intervenido***.
-

Ustedes recibirán el síntoma y deberán hacer un recorte del síntoma con fines didácticos. Eso quiere decir que no verán la dirección de la cura en relación a lo que un analista hace. En las clínicas deberán tomar un recorte del síntoma y luego como ustedes operarán en él desde otro lado del síntoma.

Un recorte distinto a otro agente de la salud. Hacemos constituir al sujeto en la medida que habla y también hacemos constituir al síntoma buscando una pregunta que encierra todo síntoma. En tanto sustituto de una satisfacción.