

U.N.R  
Facultad de Psicología



Trabajo integrador final  
Título: “Freud: psicoanálisis y psiquiatría, de una clínica de la  
mirada a una clínica de la escucha”

Modalidad de presentación: investigación bibliográfica

Autora: Dassie Vanesa Lucía  
Legajo: D 5166/7  
Docente responsable: Sergio Ribaldo

Año 2021

Rosario

## **Agradecimientos**

A mí familia, por el cariño incondicional.

A la memoria de mis abuelos, Asunción e Ismael.

A Maximiliano, por su amor infinito.

A M. Del Rosario, por la confianza y la seguridad brindada durante todo el recorrido. A mis compañeras y amigas, Sofía, Evelin, Pamela, Ludmila, y Carla quienes han sido un apoyo cálido en mis fracasos y con quienes he sonreído en cada victoria.

A Mauro Eyras, cuya participación en este trabajo ha sido esencial para mí. Por último mi reconocimiento y gratitud a Sergio Ribaudó, por su imprescindible labor en este trabajo, por la confianza, el aliento constante y el tiempo dedicado.

2  
**Índice**

Resumen y palabras claves.....4

Presentación del problema y objetivos.....5

El origen de la medicina y la consecuente llegada de la psiquiatría moderna: mirada  
medica ¿Legado de la medicina?....  
.....8

Psiquiatría: una clínica de la mirada.....	11
El origen del psicoanálisis: de la clínica de la mirada a la clínica de la escucha.....	13
Psicoanálisis: ¿Qué se escucha?.....	17
Abordaje del síntoma en la primer tópica freudiana.....	20
Abordaje del síntoma en la segunda tópica freudiana.....	22
Conclusiones.....	2

#### 4 Referencias

bibliográficas.....	26
---------------------	----

3

### **Resumen**

Este trabajo se corresponde con el trabajo integrador final para la titulación de la carrera de psicología de la U.N.R. En él se propone reflexionar acerca del estatuto del tratamiento del síntoma en la doctrina freudiana y en la psiquiatría. En este sentido, como objetivo general, se apunta a realizar un recorrido donde se muestren dos perspectivas diferentes con respecto a la noción de síntoma y su forma de abordarlo. Se adopta la

modalidad de investigación bibliográfica considerando la discusión entre diferentes autores y como criterio de selección a textos de analistas contemporáneos que abordan dicha cuestión como así también textos de Sigmund Freud.

En primer lugar se reflexiona acerca de la psiquiatría, destacando como desde sus inicios se ha caracterizado por ser una clínica de la mirada. En segundo lugar, se reflexiona acerca del psicoanálisis, evidenciando como para Freud el síntoma posee un sentido, y por ello no se intenta eliminar, sino desentrañar ese sentido que sería el único camino para lograr reducirlo y modificarlo. Se describe también el abordaje del síntoma en la primera y segunda tópica freudiana.

Finalmente, adoptando una postura psicoanalítica freudiana, se puede concluir que el psicoanálisis alcanza una mayor comprensión de los mecanismos de formación del síntoma neurótico y del fenómeno psíquico en general que ha impactado sobre la cultura revolucionando la idea que el hombre moderno tiene de sí y ha logrado la elaboración de un método que permite influir duradera y positivamente sobre él sin paliativos de ningún tipo.

**Palabras claves:** Psicoanálisis – Psiquiatría – Tratamiento - Síntoma

4

## **Presentación del problema Objetivos**

El psicoanálisis y la psiquiatría son dos campos diversos y antagónicos que desde sus inicios han luchado y batallado para lograr mérito y prestigio.

Sin embargo, nos encontramos que tanto para el psicoanálisis como para el campo de la psiquiatría es fundamental una misma categoría: el síntoma. ¿Pero lo abordan de la misma manera?

Pues el síntoma es una categoría que ambos campos, por sus diferencias teóricas y prácticas, abordarán de forma diferente, dando lugar a dos clínicas diversas. En la

presente investigación bibliográfica se abordará la problemática acerca del estatuto del tratamiento del síntoma en la doctrina freudiana y en la psiquiatría; en este sentido, como objetivo general se apuntará a realizar un recorrido donde se muestren dos perspectivas diferentes con respecto a la noción de síntoma y su forma de abordarlo. ¿Por qué elegir a la psiquiatría y al psicoanálisis para diferenciar sus prácticas, si la noción de síntoma no es ajena tampoco a otras disciplinas? Ensayemos una respuesta: ambas perteneciendo al campo de la salud mental, ofrecen la lectura de dos caras opuestas de una misma moneda, es decir, mientras que la psiquiatría asocia el síntoma con la enfermedad y lo vislumbra como algo 'negativo' para la vida del sujeto, el psicoanálisis entiende al síntoma como algo 'positivo' y portador de un sentido.

Comencemos por situar que la psiquiatría toma como base a la evaluación diagnóstica para fundamentar el posterior tratamiento del sujeto. Para esto, se sirve de los síntomas, entendiéndolos como signos. Es decir, en psiquiatría, es tarea inicial y fundamental distinguir el cuadro de signos presentados por el paciente para identificarlos y diferenciarlos de otras entidades nosológicas, de manera que se facilite el posterior tratamiento.

Por estos motivos, el síntoma adquiere para la psiquiatría una gran importancia. Ahora bien, el síntoma, es decir, el signo, es signo de una conducta que se encuentra fuera de la norma o fuera de los estándares llamados normales y desde allí nombra diferentes patologías.

Sigmund Freud (1979a) en su *Conferencia 17* escribía: "La psiquiatría da nombres a las diversas obsesiones y fuera de eso no dice otra cosa" (p. 238). Habiendo previamente aclarado que

La psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero el psicoanálisis arranca justamente ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo. (p. 235).

En psiquiatría, por ende, tal como lo señala Freud, se busca eliminar el síntoma y asociarlo a una determinada enfermedad, mientras que en psicoanálisis se lo ve como un portador de sentido y se vuelve crucial porque es una vía de acceso al inconsciente del

5  
sujeto. A raíz de estas cuestiones es que el psicoanálisis no busca eliminar el síntoma sino trabajar con él; no se lo desecha para el bienestar, sino que se propone dejar de padecer por el mismo.

Este planteo sumerge al lector en dos ríos cuyas aguas profundas no coincidirán, y al final del camino se vislumbrarán dos clínicas diversas. Por su parte, el psicoanálisis encabezaré la clínica de la escucha y la psiquiatría llevará sobre sus hombros la clínica de la mirada.

El psiquiatra deja de lado el discurso del sujeto, no escucha su malestar y pasa así a ser un mecánico del cuerpo, donde se busca la solución inmediata y no la base del sufrimiento. Para ello utiliza el método científico para examinar aquellas conductas que se encuentran fuera de la norma.

Freud (1979a) en la *Conferencia 16* establecía:

Los médicos se comprometen muy poco con los neuróticos, oyen con tan poca atención lo que ellos tienen que decirles que se han enajenado la posibilidad de extraer algo valioso de sus comunicaciones y por tanto de hacer en ellos observaciones en profundidad. (p. 224).

El psicoanálisis presta oído a los sujetos, con esto se ve que el saber no está en el médico sino en el paciente: perfila así la clínica de la escucha. Para el psicoanálisis el síntoma revela no la enfermedad, sino la verdad del sujeto del inconsciente.

Ahora la pregunta es ¿cómo llega Freud a la verdad oculta del síntoma? Pues se dedica a escuchar a sus pacientes.

Freud en su encuentro con las histéricas y tras el descubrimiento del inconsciente, abandona la técnica de la sugestión, para dejarlas hablar, le otorga valor a su decir y a pesar de todo su conocimiento en el campo de las ciencias naturales, las escucha. Es preciso decir entonces, que no solo ubica el saber del lado de las histéricas, sino que permite que la verdad sobre el padecimiento se ponga en sus bocas, en otras palabras, hace posible que en análisis se haga presente y evidente lo que hay de verdad en el síntoma. (Amado, 2011, p4)

Del fragmento anterior se extrae entonces, que Freud considera desde sus inicios que es únicamente por medio de la escucha analítica que se puede llegar a la verdad del síntoma.

Ahora, ¿ De que verdad habla Freud? De una verdad inconsciente.

La verdad de la que hablamos es una que se desplaza, se enmascara, se intenta olvidar, se oculta, pero que en la medida en que se hace discurso es posible que encuentre la posibilidad de decirse al menos a medias, porque de la totalidad de la verdad del sujeto no se podrá saber. La verdad entonces, no aparece completa, ni esclarecida. (Amado, 2011, p8)

Dicho esto se debe destacar que el punto de partida de la tesis freudiana es que la verdad habla de manera cifrada en el síntoma.

El lugar o el valor así otorgado a la verdad se aleja desde entonces, cómo es sabido de sus dimensiones empírica – adecuación de los hechos a la realidad- y formal – acordé a

6

principios lógicos – para aportarle un sentido más o menos cercano al develamiento. Sin embargo, este develamiento, en la formulación freudiana, es cuestión de lógica, pero de la lógica inconsciente.

En ese sentido, el síntoma en tanto analítico requiere de la presencia del analista para tomar cuerpo, requiere que el psicoanalista ocupe un lugar en esa verdad, necesita de la transferencia para hacer presencia y empezar a hablar, en la medida en que solo así, en la escucha, toma corporeidad y se hace posible el recorrido, que permite reescribir la historia del sujeto, recorrer la cadena significativa que permite hacerlo emerger. ( Amado, 2011, pág 10)

Como se deja entrever, el presente escrito propone como desafío final poder pensar qué es lo que deja por fuera la psiquiatría en relación al tratamiento del síntoma a diferencia del Psicoanálisis.

Cuando el sujeto está en análisis su saber es singular, lo analizable ya está articulado en la historia particular del sujeto, es un discurso previamente formulado en un lenguaje, es lo reprimido, pero más allá de esto, es la represión de una verdad que no puede ser expresada más que en un lenguaje cifrado y clandestino en tanto se refiere a un saber del que no se quiere saber. La verdad está ofrecida, pero vuelta inconsciente. El sujeto y su razón ya no gobiernan más, lo que está en el centro de su discurso es el sujeto del inconsciente y la verdad de cada sujeto, una verdad que no sabe que se sabe no es una verdad que pretenda hacerse conocer a todos, ni mucho menos validar se para todos.

Es un saber que se actualiza y que opera a través de los mecanismos del inconsciente porque su parte hace presencia como acto para luego desaparecer, es pulsante, presentifica la verdad del sujeto que en cuanto tal, es efecto de ella, sin que esto quiera decir que sea posible reconocerla o decirla toda. ( Amado, 2011, p13)

En síntesis, el recorrido aquí expuesto no es meramente teórico con el fin de diferenciar dos posturas, sino que invita a la reflexión y a la crítica.

Cabe destacar que la presente investigación bibliográfica tendrá como criterio de selección a diversos textos de analistas contemporáneos que abordan dicha cuestión como así también textos de Sigmund Freud pertinentes a la temática. Algunos de los objetivos específicos que se tratarán de alcanzar en este trabajo son:

- Explicitar cómo Freud aborda al síntoma en su primer y segunda tópica.
- Pesquisar los puntos de desencuentro que existen entre el abordaje psicoanalítico freudiano del síntoma y el abordaje clínico psiquiátrico del mismo.

7

## **El origen de la medicina y la consecuente llegada de la psiquiatría moderna Mirada médica ¿ Legado de la medicina?**

En un principio, la medicina se caracterizaba por ser una práctica que una gran cantidad de seres humanos podía ejercer con el fin de aliviar a otro de un sufrimiento en

particular. En estos tiempos, quien practicaba medicina se consideraba que había recibido un conocimiento transmitido de generación en generación, o bien, por procedencia divina a raíz de algún don recibido por naturaleza.

De acuerdo a la procedencia de su conocimiento, aquel que practicaba el arte de curar era llamado brujo, sacerdote, o espiritualista privilegiado.

En su mayoría, el arte de curar era llevado a cabo por medio de rituales con el auxilio de ciertas hierbas naturales, diversos minerales y hasta a veces se incluían partes de animales. No faltaba tampoco aquel que decía invocar a un dios para el acto de curación.

En relación a los inicios de la medicina, Foucault (2001) en *El nacimiento de la clínica* destacaba:

En el alba de la humanidad, la medicina en su integridad residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación era de instinto y de sensibilidad, más aún que de experiencia, estaba establecido por el individuo, por el mismo y para sí mismo. Las experiencias que cada uno hacia eran comunicadas a otras personas y estos conocimientos pasaban del padre a los hijos. (p. 85).

Con lo expuesto aquí se observa como la medicina en sus inicios era una práctica que todo el mundo indistintamente podía realizar. Y al mismo tiempo se vislumbra su relación estrecha con la magia y la religión. Pero ¿qué ocurrió con el paso del tiempo?

Con el transcurrir de los años aquellos que se abocaban a la práctica médica se pusieron como objetivo huir de las limitaciones bárbaras de la edad media, afrontar la superstición con las armas de la razón. En otras palabras que la medicina se emancipe de la magia, de la religión, y sea considerada una ciencia por si misma.

Por esta razón, la práctica médica debía desprenderse de todo aquello que luego no podría ser argumentado por medio de las bases de la cientificidad. Ante tal objetivo, quienes ejercían la medicina sin fundamento alguno, eran considerados charlatanes que exponían al pueblo a un peligro en particular.

“El público es víctima de una multitud de individuos poco instruidos que, por su autoridad, se erigen en maestros del arte, los cuales distribuyen remedios al azar y comprometen la existencia de muchos millares de individuos” (Foucault, 2001, p. 101). Por ende, como lo expresaba Foucault (2001), “se trataba de luchar contra los charlatanes, los empíricos y las personas sin título y sin capacidad que ejercían la medicina” (p.72).

Por consiguiente, algo en la medicina debía cambiar para que la misma alcance la cientificidad que por fin la convertiría en ciencia.

“Poner fin a la peligrosa experiencia de una libertad total, una manera de darle no obstante un sentido positivo” (Foucault,2001 ,p. 105).

8

Se buscaba la forma de poder reducir la libertad con la que se ejercía el papel del médico, y en sus efectos fue a partir del siglo XIX con la llegada de las epidemias cuando esto se logró y la medicina pasó a ser una ciencia reconocida.

La pregunta es ¿qué generaron las epidemias para que la medicina sea al fin reconocida como ciencia? Con el fenómeno de las epidemias ya no había un sujeto enfermo, sino que era el cuerpo social entero el que requería ayuda, por ende es aquí en donde cambia el

enfoque de la mirada de la medicina, de una centrada en el paciente, a un enfoque social y prescriptivo.

Fue a partir de ese momento entonces en el que el estado empieza a prestar atención a los médicos, a la medicina en general. Y es a raíz de la escucha que le otorga a los médicos donde el estado empieza a manifestar que ya no cualquiera podía ejercer medicina, debía existir un cuerpo médico privilegiado que actúe sobre el conjunto de la población para poder combatir a las epidemias.

A raíz de esto, los médicos empezaron a contar con el control estatal, con la ayuda de los militares y de la policía, para controlar, vigilar y regular la actividad de la medicina y al mismo tiempo de la población en general, puesto que serían ellos los encargados de transmitir lo que se podía y lo que no se podía hacer en la sociedad, pues a esta altura el médico era el único que sabía lo que estaba bien y lo que estaba mal.

De esta forma el lugar de la medicina y el papel del médico cambio para siempre. Es acá donde la medicina es reconocida como una ciencia y en dónde al médico se le otorga un lugar de poder y autoridad.

Otro hecho histórico enlazado al fenómeno de las epidemias encargado de sentar más aún las bases de la cientificidad en la medicina fue la aparición del anatomista e histólogo francés Marie Francois Bichat con su medicina anatómica.

Es a partir de Bichat cuando la mirada médica quedó fijada al cuerpo humano, haciéndolo objeto de su estudio y conocimiento. Hecho este que marca un hito en el rumbo de la medicina y en otras ciencias en general.

“Una época nueva para la medicina acaba de comenzar en Francia”  
(Foucault, 2001, p. 177).

Bichat trata de ubicar lesiones que den cuenta de la enfermedad. Se busca por tanto el sustrato material de esta última.

“La determinación de la sede de las enfermedades o su localización es una de las más grandes conquistas de la medicina moderna” (Foucault, 2001, p. 199). Bichat establece de un modo definitivo la reorganización de la mirada médica.

La anatomía patológica es una ciencia que tiene por fin el conocimiento de las alteraciones visibles que el estadio de la enfermedad produce en los órganos del cuerpo humano. Abrir cadáveres es el medio de adquirir este conocimiento pero para que este sea de una utilidad correcta es menester unir a ello la observación de los síntomas, o de las alteraciones de funciones que coinciden con cada especie de alteraciones de órganos.

Es menester, por lo tanto, que la mirada medica recorra un camino que no le había sido abierto hasta entonces, vía vertical que va de la superficie sintomática a la superficie del tejido, vía en profundidad que se hunde de lo manifiesto hacia lo oculto, vía que es menester recorrer en los dos sentidos y continuamente si se quiere de un término a otro, definir la red de las necesidades esenciales. (Foucault, 2001, p. 194).

Dicho esto, se destaca como con el paso del tiempo los médicos tomaron al cuerpo como espacio de origen y de repartición de la enfermedad y como desde ese momento, el cuerpo le dio su objeto y su forma a la medicina científica del siglo XIX permitiéndole definirse como discurso médico de la objetividad.

Además como resultado del concomitante empuje a lo objetivo que traía consigo el

surgimiento de la medicina moderna, el campo médico se abocó a la construcción de un lenguaje pletórico en descripciones, síntomas, signos y localizaciones que se ramificaría hasta dar lugar a la distinción práctica entre síntomas somáticos y síntomas psíquicos. Llegado ese punto, el sufrimiento psíquico se abriría al campo de la investigación científica. Era solo cuestión de tiempo para que una práctica sistemática se apropiara de las virtudes de la ciencia para estudiar al padecimiento psíquico.

El nacimiento de la Psiquiatría es uno de esos sucesos históricos que testimonia la enorme transformación discursiva, su surgimiento es una manifestación efectiva de la novedosa posibilidad de construir un discurso objetivo y racional sobre el 'pathos subjetivo'.

Como rama de la medicina, la psiquiatría se acercó al sufrimiento psíquico emancipada de la magia y de la religión para colocar 'la locura' bajo escrutinio científico mediante un corpus teórico y con categorías capaces de agrupar a los casos concretos.

Así la práctica psiquiátrica con su discurso impregnado de objetividad, poder y autoridad y con el legado que la medicina le otorgó 'mirada médica' se erige hasta nuestros días como una ciencia capaz de lograr todo, incluso la curación radical de los sujetos que se le presentan en su camino.

Pero la pregunta es ¿la práctica psiquiátrica a tantos años de su surgimiento no necesitara replantearse ciertas cuestiones?

*síntoma a una causa objetiva radicada en su anatomía o en su funcionamiento cerebral” (Galende 2006)*

Por sus orígenes mismos, la psiquiatría adopta un modelo médico para afrontar el sufrimiento psíquico y, al igual que las demás ramas de la medicina, parte de la evaluación diagnóstica como una tarea primordial. “La evaluación diagnóstica es tarea inicial y fundamental de la psiquiatría” (Turrent, 2014, p.1).

Ahora bien, ¿por qué es fundamental la evaluación en psiquiatría? Porque el resultado de la evaluación involucra una serie de decisiones, diagnóstico y planes a futuro. Es decir, se planifica la intervención en base a dicha evaluación.

La evaluación en psiquiatría, por tanto, se entiende como el primer peldaño del tratamiento con el sujeto; es la que va a determinar las consecuentes intervenciones y el futuro del paciente. Es la base misma del tratamiento psiquiátrico.

El psiquiatra en la evaluación se sirve de la observación y descripción de los síntomas, entendiendo a los mismos como signos objetivos y comprobables de una norma alterada.

Finalizada la evaluación, el psiquiatra encuadra los síntomas en un sistema de clasificación y desde allí nombra diferentes patologías, es decir, diagnóstica. El objetivo del diagnóstico psiquiátrico reside, por tanto, en la estandarización y clasificación. Es un diagnóstico cerrado y viene a confirmar algo que el psiquiatra con sus conocimientos previos suponía de antemano.

Dicho esto, se le podría preguntar a la psiquiatría si se ha planteado posibles consecuencias venideras en la vida del sujeto producto de su masiva clasificación y estandarización.

En la psiquiatría pareciera que son interminables las categorías diagnósticas destinadas a describir al padecimiento humano, incluso se podría sospechar que muchas de ellas se pueden volver desconcertantes para el sujeto mismo que las recibe.

El psiquiatra, en tanto médico calificado perteneciente al campo de la salud mental, se debería cuestionar, si aún no lo ha hecho, si realmente es posible darle un nombre específico al sufrimiento psíquico que trae cada sujeto y si realmente existe un beneficio al utilizar etiquetas vacías y universales o si lejos de beneficiar acarrea consecuencias negativas para la vida del sujeto.

Otorgarle al malestar psíquico un nombre, a simple vista no parece beneficiar a los pacientes sobre todo si se utilizan categorías con carga negativa.

Sin embargo, la psiquiatría tras alcanzar el diagnóstico, otorga un correctivo, el cual el médico describe como el único eficaz .

En relación a esto, Castro Añazco (2019) escribe: "Si tomamos un manual de psiquiatría, luego de explayar los síntomas de manera natural, se continúa con la recomendación de tratamiento farmacológico" (p. 76).

Esta metodología que sigue la psiquiatría se corresponde con su idea de que la solución viene dada de la mano de la pastilla mágica, calmantes específicos para tratar cada síntoma.

de correctivos externos, dónde no se busca la etiología del sufrimiento. (Castro Añazco, 2019, p. 70).

Reflexionando acerca de esta cuestión y lejos de discutir la utilidad de los medicamentos, se hace difícil pensar que un profesional pueda cambiar la vida de un paciente en breve tiempo tan solo con una pastilla, cuando en realidad su padecimiento tal vez es cúmulo de varios años de sufrimiento psíquico.

Por tanto, pensar que se puede borrar el padecimiento del sujeto tan solo con fármacos sin ahondar en su vida y en su historia parece una idea que encubre una relación de poder sobre cierta parte del cuerpo social, más que una posible solución.

Al mismo tiempo se podría argumentar que la mente humana es demasiado compleja para develarla con procedimientos rápidos y que ciertas cuestiones que producen malestar no siempre tienen su raíz en lo biológico. ¿O acaso el ser humano es solo un conjunto de órganos y neuronas?

¿Estamos ante un cóctel peligroso para la salud? ¿Nuevos trastornos, sobrediagnóstico y medicalización?

Si la respuesta es un sí, pareciera que los sujetos no fuéramos capaces de hacer frente a los problemas que trae consigo la vida, ni de resolverlos sin los medicamentos en el bolsillo. ¿Pero realmente el fármaco es una solución?

Es hora de valorar a cada individuo con sus peculiaridades, su singularidad. Dedicarle tiempo, crear lazo, pensarlo. En definitiva, ir caso a caso, considerando al sujeto capaz de llevar adelante su padecimiento sin la necesidad de taponar con pastillas; ir más allá y pensar qué nos dice el síntoma acerca de ese sujeto singular con esa historia personal. ¿Por qué eliminar al síntoma cuando en realidad se lo puede hacer hablar? ¿Por qué mirarlo en lugar de escucharlo?

Sin ahondar en estos interrogantes, la psiquiatría deja por fuera un factor que en psicoanálisis se impone como novedoso: la transferencia. Factor que hace una verdadera diferencia en el tratamiento de los síntomas y en el trato con los pacientes.

La pregunta, entonces, es ¿cómo sucede esto? Es decir, ¿cómo es que la psiquiatría deja por fuera a la transferencia? A esta pregunta, Freud (1979b) ya le había encontrado una respuesta en su tiempo. Los fenómenos de resistencia transferencial salen a la luz no solo en psicoanálisis sino en tratamientos indiferentes, incluso en institutos de internación. También allí se muestran, solo que es preciso apreciarlos como tales. Y en más, el estallido de la transferencia negativa es incluso hartamente frecuente en ellos. El enfermo abandona el sanatorio sin experimentar cambios o aún desmejorado tan pronto cae bajo el imperio de la transferencia negativa. Y si en los institutos la transferencia erótica no es tan inhibitoria, se debe a que en ellos, como en la vida ordinaria, se la esconde en lugar de ponerla en descubierto, pero se exterioriza con toda nitidez como resistencia contra la curación, no por cierto expulsando del instituto a los enfermos, sino manteniéndolos alejados de la vida. En efecto, para la curación poco importa que el enfermo venza dentro del sanatorio está u otra angustia o inhibición, lo que interesa es que también en la realidad objetiva de su vida se libere de ellas.

Entre 1870 y 1890 mientras que la medicina y la psiquiatría se destacaban cada vez más por su científicidad y eficacia, ciertos cuadros clínicos empezaron a desafiarlas. Pues es “la histeria la que introduce un agujero en la ciencia médica del siglo XIX” (Herwin, 2012, p. 291)

¿Qué ocurría? Decenas de mujeres, tras ser diagnosticadas de neurosis histérica, albergaban las puertas de la clínica de la mirada en busca de una respuesta científica que explicara su condición.

En realidad, las histéricas buscaban una solución a su malestar desde hacía mucho tiempo, pero las mismas solo habían encontrado hasta entonces mala fama, siendo catalogadas como simuladoras de un padecimiento que no existía, e incluso en la edad media las relacionaban con la brujería y la magia negra.

Dicho esto se destaca como la histeria desde sus comienzos mismos había caído en descrédito para la medicina, no teniendo entonces valor como cuadro clínico para ser tratado. Sin embargo, en el siglo XIX la histérica con sus síntomas vino a exigir una respuesta para su padecimiento y a visibilizar la debilidad de la clínica de la mirada que se erigía como aquella que poseía el saber completo.

Retomando lo anterior se podría preguntar, entonces, ¿por qué la histeria introduce un agujero en la ciencia médica del siglo XIX? Y la respuesta es a razón de que dichos cuadros conducían a los médicos al fracaso constante, por no poder localizar ninguna lesión orgánica que marcara la pauta de un tratamiento efectivo para su curación.

“Si la medicina colonizó el cuerpo con la mirada anatómica del siglo XIX, la histérica por su parte, supo fabricarse otro a través del síntoma, renunciando a aquel ensamblado por la ciencia” (Herwin, 2012, p. 295).

No obstante, formado en la más pura concepción anatomoclínica del saber médico, “Jean Charcot, médico neurólogo reconocido en esa época, dio un paso que le aseguro para siempre la fama de ser el primero que explicó la histeria” (Freud, 1986d, p. 23).

Se hace necesario mencionar que no solo Charcot fue el primero en explicarla, sino que también fue el primero que alejó a tal cuadro de los viejos axiomas imperantes que la rodeaban. ¿Qué significa esto?

Los descubrimientos de Charcot marcan un hito, por cuánto hasta finales del siglo XIX nadie podía decir con exactitud que era la histeria. Y es él, el que le arranca el cuadro a la psiquiatría para introducirlo en el campo de la neurología y del análisis diferencial, logrando así, que la histeria sea reconocida. Charcot, por tanto, fue el primero en considerar que había que liberar a tal cuadro de la reputación infundada que se le había impuesto durante tanto tiempo. ( Herwin, 2012, p 301).

De lo anterior se extrae, entonces, que Charcot fue el primero en insistir en que no había simulación en la histeria y el primero que le devolvió las esperanzas y la dignidad al cuadro clínico. La histeria nada tenía que ver con la simulación ni mucho menos con la brujería o la magia negra.

anatomofisiológica, introduce un método diferente, pues el epicentro fisiológico de la enfermedad no salta a la vista, ni en la disección de los cadáveres ni en los signos. Se trata de develar una serie de respuestas que muestren disfuncionamientos para así encontrar sinergias o correlaciones entre las zonas del cerebro. Esta metodología permite el análisis de los comportamientos a la luz de la respuesta corporal y la actitud intencional del individuo. (Herwin, 2012, p 300)

Se vislumbra como Charcot, si bien no está ajeno a la anatomía y fisiología, toma un camino diferente para poder comprender a la histeria. Este es el inicio para que las histéricas después de tantos años de padecimiento encuentren una respuesta al fin.

Charcot proporcionó una descripción completa de esos fenómenos, demostró en estos una ley, una regla, enseñó a reconocer los síntomas que posibilitaban diagnosticar la histeria y propuso para ella una fórmula simple: la herencia cuenta como única causa, de acuerdo con ello la histeria es una forma de la degeneración.

Pues el trabajo de Charcot comenzó devolviéndole su dignidad al tema, la gente poco a poco se acostumbró a deponer la sonrisa irónica que las enfermas de entonces estaban seguras de encontrar, ya no serían unas simuladoras pues, Charcot, con todo el peso de su autoridad sostenía el carácter auténtico y objetivo de la histeria". (Freud, 1986d, p. 20.)

Ahora bien, no todo estaba solucionado; la histeria planteaba otro desafío pero esta vez en el campo de la neurología.

Charcot, para mantener el estatus de neurólogo y confirmar la etiología de la histeria, debía demostrar la regularidad de los síntomas histéricos, y es ante esta necesidad que se introduce la práctica de la hipnosis, a partir de órdenes precisas se podría obtener un síntoma perfectamente aislado; pero una vez más la histeria sometía al médico y agujereaba el saber de la ciencia.

Había que encontrar un hueso duro que sostenga la etiología de la histeria para validar el método hipnótico, y es allí en donde aparece el concepto de trauma. Sobre esta base se funda la teoría de Charcot.

El trauma se convierte en causa y la hipnosis en su efecto natural. Pero la concepción del trauma obliga por otro lado a una búsqueda para encontrar su etiología, por eso se conmina a la histérica a relatarlo a través de la regresión hipnótica.

Es ahí donde se introduce un agujero definitivo en la ciencia, al responder con su vida sexual que reactualiza constantemente en el hospital. ¿Qué hace entonces Charcot frente a las evidencias que todos sus alumnos relatan? Calla y conmina a callar a los demás médicos. Ha aparecido el cuerpo de la histérica, el cuerpo sexual.

Las histéricas han agujereado la ciencia del momento: por un lado a la anatomopatología, al burlar sus principios sobre la etiología orgánica de los síntomas. Por otro lado, a la neurología, al soportar con sus síntomas la existencia de este saber. ( Herwin, 2012, p 305).

Ahora bien, ¿todos los alumnos de Charcot callaron ante lo que veían en la clínica? Y la respuesta es no. Fue Sigmund Freud el que definitivamente decidió continuar con las investigaciones del cuadro clínico e ir más allá de lo que decía su maestro.

descubrimientos de Charcot, decidió ir por un camino diferente y alcanzar una respuesta más convincente para el cuadro de la histeria.

Cabe destacar que fue la labor misma que mantuvo con Charcot el punto de viraje en su camino, pues el interés de Freud pasó de la neurología a la psicología tras conocer las investigaciones de su maestro.

Cualesquiera que hayan sido los restantes factores más profundos que participaron en dicho camino, el elemento determinante inmediato fue sin duda la personalidad de Charcot y debido a la influencia que tuvo en su vida la escuela de su maestro, se podría inferir que Freud, en sus comienzos, pensaba igual que aquél.

La diferencia fundamental que es preciso destacar aquí, es que Freud le atribuyó a la histeria causas psicológicas en lugar de causas fisiológicas como lo hacía Charcot, contribuyendo así al nacimiento de una nueva clínica.

Entre los múltiples trabajos de Charcot, el que yo más estimo es aquel en que nos enseñó a comprender las parálisis traumáticas que aparecen en la histeria, y puesto que de este trabajo, justamente se presenta el nuestro como una continuación. Nuestro material se componía de casos de neurosis común, o sea no traumática. Existe una total analogía entre la parálisis traumática y la histeria común, no traumática.

La única diferencia es que allí intervino un gran trauma, mientras que aquí rara vez se comprueba un solo gran suceso, sino que se asiste a una serie de sucesos plenos de afecto: toda una historia de padecimiento.

Ahora bien, no tiene nada de forzado equipar esa historia de padecimiento que en ciertos histéricos se averigua cómo factor ocasionador, con aquel accidente de la histeria traumática, en efecto, hoy ya nadie duda de que tampoco en el gran trauma mecánico de la histeria traumática es el factor mecánico el eficaz, sino que lo es el afecto de terror, el trauma psíquico. (Freud, 1986e, p. 27).

En este pasaje se destaca como Freud se separa de su maestro, ya no habla de cuestiones meramente fisiológicas en la histeria sino que pone el acento en factores psicológicos. ¿Qué había ocurrido? Había llegado el tiempo de trasladar la clínica de la mirada hacia los oídos.

Desde luego, el lugar desde el cual se abordarían los casos clínicos no era el de la mirada del médico sabio, Freud funda un nuevo campo de experiencia, es que el afán por espacializar la enfermedad no había hecho sino fracasar. Para Freud no se trataba pues de buscar en el cuerpo la causa del padecimiento psíquico porque se había constatado que mirar en el cuerpo y alma no rendía los frutos procurados, pues era hora de escuchar.

Es así como en (1986b) en el texto *La etiología de la histeria* Freud ubica, después de muchos años de trabajo y de investigación, la causa de la histeria.

He aquí el resultado más importante con que se tropieza: no importa el caso o el síntoma del cual uno haya partido, infaliblemente se termina por llegar al ámbito del vivenciar sexual. Charcot y Breuer estaban lejos de una premisa así, más aún le tenían una aversión personal de la que yo participaba al comienzo. (p. 2).

Dicho esto, se debe destacar que aquí Freud considera que el factor ocasionador de la histeria son las escenas sexuales infantiles reales y acontecidas. Pero según el padre del

psicoanálisis, no era la experiencia misma la que obraba como suceso traumático, sino el hecho de revivirlo tardíamente en forma de recuerdo.

A esta teoría Freud la sostiene hasta 1900 cuando postula la caída del elemento traumático (factor accidental) y afirma que los síntomas histéricos ya no aparecen como retoños de recuerdos reprimidos de vivencias sexuales infantiles, sino que entre los síntomas y las impresiones infantiles se intercalan las fantasías (invenciones de recuerdos) casi siempre producidas en la pubertad.

De esta forma se vislumbra que ya no importan las excitaciones sexuales que un individuo hubiera experimentado en su infancia, sino su reacción frente a éstas vivencias, si responde con represión o no. Así, los síntomas histéricos se hallarían en fantasías sexuales reprimidas.

Y así es como el psicoanálisis escuchando e investigando al padecimiento de las histéricas, funda la clínica de la escucha. Una clínica totalmente diferente a la clínica psiquiátrica. Una clínica que va más allá de lo que se ve a simple vista. Una clínica que después de tantos años de sufrimiento logró darle a las histéricas una respuesta a su padecimiento, respuesta alejada de los meros factores fisiológicos.

Se podría preguntar entonces ¿era necesaria la llegada del psicoanálisis? Y la respuesta es sí. Su llegada no solo aportó una respuesta para lo que la psiquiatría no podía responder del todo sino que también aportó una nueva mirada sobre el padecimiento en los seres humanos, vino a explicar que el hombre es más que un cuerpo físico, que tiene emociones, sentimientos encontrados, una historia personal que lo hace diferente al otro, y que todo ese conjunto de órganos y sistemas que se llama ser humano ciertas veces necesita ser escuchado para sanar, que no todo con los medicamentos se puede tapar. Y sobre todo que al médico por más experiencia que tenga hay cuestiones que no conoce de su paciente.

En definitiva, el encuentro de Freud con sus histéricas marco un hito en la historia de las ciencias en general. Un nuevo paradigma vino a revolucionar el pensamiento dogmático y positivista, vino a enseñarles que uno más uno no siempre da como resultado dos. Pero sobre todo:

Lo que demuestra la histeria y con ella el psicoanálisis es que la ciencia médica desconoce el cuerpo en cuanto producto del discurso, un cuerpo que es ensamblado por el significante y que en esta relación se convierte en sede de goce. El síntoma histérico señala que el discurso afecta el cuerpo al mismo tiempo que promueve un afecto: lo civiliza, lo ordena, lo limita. Pero algo falla en el intento de normalización. La tendencia de la medicina, de extraer el síntoma al sujeto, excluye aquello más íntimo, su punto singular de identidad. Lo que la histeria y el psicoanálisis denuncian de la ciencia médica, es que no logra hacer entrar la singularidad en la universidad. (Herwin, 2012, p 290)

La mirada médica y objetiva del siglo XIX ha sido desplazada por nuevos axiomas. El padre del psicoanálisis funda una nueva clínica, en dónde la clave es la palabra del paciente y la escucha del analista, en un encuentro de dos.

**Psicoanálisis: ¿Qué se escucha?**

*"La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas".*

(Sigmund Freud)

El psicoanálisis como práctica terapéutica y técnica de investigación surge de la mano de Sigmund Freud y se instala de forma definitiva a partir del siglo XX. La misma está ligada a un relato, al relato de un paciente, de ahí que de entrada el material clínico aquí es oído. No se parte de la observación y descripción de los síntomas como en psiquiatría, sino que se parte de la escucha.

Ahora bien, ¿Qué escucha un psicoanalista a diferencia de un psiquiatra? ¿Acaso el psiquiatra no escucha también al sujeto?

La cuestión radica en que la escucha del analista, a diferencia de la del psiquiatra, está a la espera de encontrar algo que aún no se conoce.

Aquí no se trata de la mera recopilación de datos para confirmar algo ya sabido, sino que estamos en presencia de una clínica que intenta escuchar porque justamente considera que no sabe nada de lo que ocurre con el otro.

De esta forma, el psicoanalista se abandona a la escucha, despojándose de contenido previo para así poder entrar al mundo interno del sujeto que tiene en frente. Tarea que se vuelve verdaderamente compleja y minuciosa pero muy pertinente, puesto que se trabaja con un sujeto que como tal es único y singular. Un sujeto con una historia y trayectoria de vida particular.

Freud, desde sus comienzos, redactaba la historia clínica del paciente con el relato que este manifestaba, y no con los signos y síntomas.

Una de las reglas del psicoanálisis postulada por Freud en relación al tratamiento es no fijarse en nada en particular y prestar a todo cuanto uno escucha la misma atención parejamente flotante (Freud, 1979c).

Manifestaba, a la vez, que: "no se debe olvidar que las más de las veces uno tiene que escuchar cosas cuyo significado solo con posterioridad discernirá" (Freud, 1979c, p. 112).

Dejo que el enfermo mismo determine el tema del trabajo cotidiano y entonces parto de la superficie que el inconsciente ofrece a su atención en cada caso. Si bien así, obtengo todo de forma fragmentada, entramado en diversos contextos y distribuidos en épocas separadas lo que corresponde a la solución de un síntoma. A pesar de esta desventaja aparente, esta técnica es indiscutiblemente la única posible. (Freud, 1979c, p. 111).

Así, otra regla en psicoanálisis es la asociación libre de parte del paciente.

17

El analista y el analizado, de este modo, exploran abiertamente el historial de vida de este último y la palabra logra dar un nuevo sentido a lo que verdaderamente aqueja. La cura del sujeto aquí es una cura por la palabra pero también un trabajo de dos, psicoanalista y paciente, en donde la transferencia es un factor clave. “En el análisis la transferencia nos sale al paso como la más fuerte resistencia al tratamiento, siendo que fuera del análisis, debe ser reconocida como condición del éxito” (Freud, 1979b, p. 99).

El psicoanálisis va al núcleo del conflicto; aborda y resuelve el dolor psíquico dando al sujeto la posibilidad de tratar su malestar a través de la palabra.

¿Se podría argumentar, entonces, que el psicoanálisis alcanza o al menos intenta alcanzar un grado de profundidad en el tratamiento con el paciente que lejos está de alcanzar la psiquiatría?

El psicoanálisis, en este sentido, podría plantearse como una clínica que ayuda a entender al paciente que su sufrimiento psíquico viene de un conflicto interno, de tendencias e impulsos que no acepta, y no de afuera. Y por lo tanto es el sujeto mismo el que puede cambiar de posición y su cura solo puede provenir de él mismo y de su relación con el analista, no como lo plantea la psiquiatría con un determinado fármaco, calmante o sustancia que le es externa al sujeto.

Se trata por tanto de una clínica del caso por caso, en donde la generalidad no existe y lejos está de otorgar etiquetas.

Aquí la evaluación diagnóstica no es la base sobre la cual se fundamenta el tratamiento, sino más bien una suerte de hipótesis que puede o no ser comprobada a lo largo del tratamiento.

A diferencia de otras disciplinas, Freud (1979c) en relación al tratamiento de los síntomas establecía: “el psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados, son más largos de lo que se espera el enfermo” (p. 130), por ende aquí no hay promesa alguna y el tiempo es relativo a cada paciente. Sigmund Freud (1979c) destacaba que sin duda el analista es capaz de mucho, pero que no puede determinar con exactitud lo que ha de conseguir.

Esto nos lleva a pensar en cuál es la connotación que el psicoanálisis le otorga a los síntomas. En el trayecto del tratamiento de los síntomas, a diferencia de la psiquiatría, los síntomas no tienen una connotación negativa, no se busca eliminarlos y asociarlos a una determinada enfermedad.

Esta posición que el psicoanálisis toma en relación a los síntomas es pertinente con la idea de que aquí el diagnóstico no busque la estandarización ni la clasificación como se pretende en psiquiatría, sino que apunta a explicar de la manera más profunda posible el funcionamiento dinámico de la mente (Turrent, 2014).

Llegar a una comprensión profunda de las circunstancias inconscientes que han causado los síntomas en un sujeto se podría decir que es la clave del psicoanálisis, a diferencia de la psiquiatría que busca limitadamente eliminar al síntoma sin ir más allá de lo que se deja entrever.

El psicoanálisis intenta describir los aspectos inconscientes que subyacen al

sufrimiento psíquico de modo que podamos vivir con el mayor bienestar posible. Lejos, así, está de poner el acento en un diagnóstico cerrado o en un fármaco específico para resolver los conflictos psíquicos.

18

Para Elisabeth Roudinesco (2000) el psicoanálisis es una respuesta al salvajismo suave y mortífero de las sociedades modernas que solo ven en el hombre una máquina biológica y promueven soluciones químicas para los sufrimientos psíquicos.

Cuestiones como la muerte, las pasiones, la sexualidad, el inconsciente, la relación con el otro dan forma a la subjetividad que excede ampliamente la constitución biológica. Lo aquí expuesto deja ver porque psicoanálisis y psiquiatría se consideran dos clínicas diversas y antagónicas, en dónde una se caracteriza por ser una clínica de la escucha y la otra una clínica de la mirada. Dos clínicas que abordan el tratamiento de los síntomas de formas totalmente diferente.

A modo de reflexión podríamos preguntarnos si ¿el psicoanálisis con el paso del tiempo no fue buscando nuevas respuestas, nuevos modos de intervenir, a diferencia de la psiquiatría?

**Abordaje del síntoma en la primera tópica freudiana**

Freud (1986a), en *Neuropsicosis de defensa*, establecía que los pacientes por él analizados gozaron de salud psíquica hasta el momento que se presentó a su yo una vivencia, una representación, que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiando en poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía. Ese olvido, según el padre del psicoanálisis, no se producía; se elevaba a diversas reacciones patológicas que provocaban distintos cuadros y sostenía a la vez que la tarea que el yo defensor se imponía, tratar como no acontecida la representación inconciliable, era insoluble para él.

En *La etiología de la histeria* agrega que el estallido de la histeria se deja reconducir de manera casi regular a un conflicto psíquico, una representación inconciliable que pone en movimiento la defensa del yo e invita a la represión. La defensa del yo tiene por propósito esforzar fuera de la conciencia, la representación penosa (Freud, 1986b).

Ahora bien, esos contenidos que fueron reprimidos, es decir expulsados de la conciencia, tienden constantemente a reaparecer.

Freud (1979d) establecía: “el analizado no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción, lo repite sin saber, desde luego que lo hace” (p. 152).

Tenemos dicho que el analizado repite en vez de recordar y repite bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes viables, sus rasgos patológicos de carácter y además durante el tratamiento repite todo sus síntomas. (Freud, 1979d, p. 153).

“Ahora bien, el principal recurso para domeñar la repetición del paciente y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia” (Freud, 1979d, p. 156).

Así, en el transcurso del tratamiento analítico, se considera a la transferencia como un instrumento vital para la cura del paciente. El síntoma es trabajado en transferencia, adquiriendo un nuevo significado diferente al que poseía en sus orígenes.

La pieza decisiva del trabajo se ejecuta cuando en la relación con el médico, en la transferencia, se crean versiones nuevas de aquel viejo conflicto, versiones en las que el enfermo querría comportarse como lo hizo en su tiempo, mientras que uno reuniendo todas las fuerzas mnémicas disponibles del paciente lo obliga a tomar otra decisión. (Freud, 1979d, p. 413)

Se entiende así que en esta primera parte de su obra, Freud describe el posible desciframiento del síntoma vía la significación, por el sendero de la transferencia.

20

“Es posible traducir los síntomas porque al mismo modo que las operaciones fallidas y los sueños, están regidos por las leyes de desplazamiento y condensación” (Freud, 1979a, p. 127).

Hasta aquí entiende al síntoma como retorno de lo reprimido, formación del inconsciente. Y justamente la técnica psicoanalítica va a consistir en hacer consciente lo inconsciente.

Dicha técnica refleja como en la clínica psicoanalítica, desde sus orígenes mismos y primeras teorizaciones, se dio importancia a la realidad psíquica del sujeto. Si algo hay que destacar como novedoso en el psicoanálisis es justamente esto último, hablar de dos realidades, la psíquica y la externa, pues de esto la psiquiatría está lejos.

El psicoanálisis va más lejos todavía y, con el descubrimiento del inconsciente,

busca la conexión entre estas dos realidades permitiendo una mirada más amplia y reflejando como el síntoma se vincula de manera estrecha con el mundo interno del sujeto. Por tanto el síntoma no aparece ligado a una enfermedad, refleja más bien un conflicto interno, un conflicto psíquico, lo cual es totalmente diferente.

El psicoanálisis, de esta forma, logra diluir la dicotomía sano-enfermo, normal patológico, oposición muy a la vista de la psiquiatría. Por ende, no se trata de objetivar, cuantificar y evaluar para diagnosticar; lo propio del psicoanálisis desde sus orígenes mismos es operar sobre el síntoma mediante la palabra, ya sea la palabra del paciente en su relato, ya sea la palabra del analista en su interpretación. El síntoma analítico es un síntoma que habla y se vuelve hablante a partir del momento en que es desplegado en el análisis. Así, predomina la escucha por sobre la mirada.

21

### **Abordaje del síntoma en la segunda tópica freudiana**

En *Recordar, repetir y reelaborar* (1979d) Freud señalaba que el analizado repite en vez de recordar. Luego, en sus avances teóricos, este concepto aparece como compulsión a la repetición. Es así como Freud (1979e) en *Más allá del principio de placer* señala: “en la vida anímica existe realmente una compulsión de repetición que se instaura más allá del principio de placer. Compulsión de repetición y satisfacción pulsional placentera directa parecen entrelazarse en íntima comunidad” (p. 22)

Para hallar más inteligible esta compulsión de repetición que se exterioriza en el curso del tratamiento psicoanalítico, es preciso ante todo aclarar que:

Lo inconsciente, vale decir, lo «reprimido», no ofrece resistencia alguna a los esfuerzos de la cura; y aun no aspira a otra cosa que a irrumpir hasta la conciencia -a despecho de la presión que lo oprime- o hasta la descarga -por medio de la acción real-. (...) Es que sin duda también en el interior del yo es mucho lo inconsciente: justamente lo que puede llamarse el «núcleo del yo»; (...) La resistencia del analizado parte de su yo; hecho esto, enseguida advertimos que hemos de adscribir la compulsión de repetición a lo reprimido inconsciente. (Freud, 1979e,p. 19).

No hay duda de que la resistencia del yo consciente y preconsciente está al servicio del principio de placer. En efecto: quiere ahorrar el displacer que se excitaría por la liberación de lo reprimido, (...) ¿qué relación guarda con el principio de placer la compulsión de repetición, la exteriorización forzosa de lo reprimido? Es claro que, las más de las veces, lo que la compulsión de repetición hace re vivenciar no puede menos que provocar displacer al yo, puesto que saca a luz operaciones de mociones pulsionales reprimidas. Empero, ya hemos considerado esta clase de displacer: no contradice al principio de placer, es displacer para un sistema y, al mismo tiempo, satisfacción para el otro. Pero el hecho nuevo y asombroso que ahora debemos describir es que la compulsión de repetición devuelve también vivencias pasadas que no contienen posibilidad alguna de placer, que tampoco en aquel momento pudieron ser satisfacciones, ni siquiera de las mociones pulsionales reprimidas desde entonces. (Freud,1979e, p. 20).

Lo interesante de la propuesta freudiana es que el displacer que produce la compulsión a la repetición implica una satisfacción pulsional que es rechazada por el yo. La compulsión a la repetición reitera situaciones que no produjeron ni producen placer alguno. Si bien no trabaja para el principio del placer, le sirve de auxilio, lo sustituye consiguiendo que lo reprimido permanezca como tal y, al mismo tiempo, que la pulsión encuentre satisfacción en la repetición.

En este momento de la obra freudiana, por tanto, ya no se trata de hacer consciente lo inconsciente durante el tratamiento de los síntomas, sino de analizar las escenas que el paciente repite, escenifica en ese momento.

En *Inhibición, síntoma y angustia*, en relación al síntoma, Freud (1986c) establece: “toda formación de síntoma se emprende solo para escapar a la angustia, los síntomas ligan la energía psíquica que de otro modo se habría descargado como angustia” (p. 136).

22

Es decir, con el síntoma el sujeto intenta canalizar ese aumento de la tensión pulsional experimentado como un peligro por el yo.

Si se obstaculiza la formación de síntoma, el peligro se presenta efectivamente. Por ende, se produce aquella situación análoga al nacimiento en que el yo se encuentra desvalido a la exigencia pulsional en continuo crecimiento: la primera y la más originaria de las condiciones de angustia. (Freud,1986c, p. 136).

El yo se concilia con el síntoma y lo incorpora a su organización. Así, el yo obtiene

en el síntoma una satisfacción narcisista de la que estaba privado, lo que Freud designa como ganancia secundaria.

De esta forma se destaca como Freud en esta parte de su obra entiende al síntoma como sustituto de una insatisfacción pulsional. Se advierte cómo el síntoma en la terapia psicoanalítica está ligado íntimamente al sujeto no como una acción a eliminar, sino a trabajar para darle un giro y esté en pro del deseo del analizante y no como un obstáculo para el mismo.

La doctrina freudiana muestra que más allá de sus cambios y avances, siempre buscó, en relación al síntoma, escucharlo, comprenderlo, ver su sentido, es decir, ir más allá de lo que se ve a simple vista.

El psicoanálisis en este punto fue el único capaz de preguntarse que está tratando de manifestar el síntoma. Siempre busco ir al fondo de la cuestión, al modo de un arqueólogo.

Lejos de los fármacos y de los diagnósticos cerrados que lo único que hacen es clasificar al sujeto y domeñarlos, se puede pensar que el único elemento eficaz que describe el psicoanálisis para tratar los síntomas es el factor denominado por Sigmund Freud como 'la transferencia'. Lo novedoso en este punto a destacar es que esta permite que salga a la luz la problemática singular del sujeto.

Estamos así en presencia de un componente que viene a develar por qué el sujeto sufre, es decir, va a la raíz, a lo más profundo del sujeto y desde allí se abre la posibilidad de acceder a una curación o al menos a lidiar de la mejor forma posible con el padecimiento. El factor por tanto que el psicoanálisis ofrece es uno que viene a abrir una puerta, no a cerrar ni a clasificar como los fármacos que proponen los psiquiatras.

El psicoanálisis permitió romper con la idea de que el sufrimiento psíquico está ligado a una causa orgánica, y al pasar los años ha demostrado cuestionarse permanentemente por el abordaje del tratamiento de los síntomas. Ahora la pregunta es ¿la psiquiatría se ha cuestionado alguna vez sus prácticas? ¿O se quedó atrás con la idea de que el fármaco seguido de un diagnóstico es la única solución? En relación a esta pregunta, un estudio realizado en 2010 afirma que en nuestro país se consumieron 33 millones de unidades de antidepresivos y 52 millones de tranquilizantes. Todo indica que, desde entonces, las cifras habrán aumentado. El estudio demuestra también que el panorama es similar en Europa y mucho peor en Estados Unidos, donde la mitad de la población tiene ya alguna clase de diagnóstico psiquiátrico, en especial, los niños. Se calcula que unos veinte millones de niños en todo el mundo consumen psicofármacos. En muchos casos, estos tratamientos se administran de por vida.

## **Conclusiones**

Es evidente como el psicoanálisis y la psiquiatría, a pesar de ser dos disciplinas pertenecientes al campo de la salud mental, siempre se han relacionado más por sus divergencias que por sus convergencias; y más allá de tener en común una misma categoría - el síntoma -, ambas clínicas lo abordan y entienden de forma totalmente diferente. Mientras que la psiquiatría siempre se ha apoyado en un modelo netamente de corte biologicista, el psicoanálisis va más allá y abre las puertas de su clínica a lo nuevo,

se reinventa al pasar los años y fue buscando con el tiempo respuestas y modos de abordajes que sean acordes al sujeto, sujeto que entiende como singular y único. En cambio la psiquiatría con respecto a sus pensamientos y modos de abordaje, parece que jamás se ha tomado el tiempo de pensar si tal vez necesitan algún cambio, por el contrario se ha mantenido fiel a sus convicciones originarias.

El psicoanálisis ahonda en aguas más profundas y logra postular un modo de abordaje mucho más amplio que la psiquiatría. De entender al síntoma como retorno de lo reprimido, pasa a descubrir que el sujeto extrae del síntoma una satisfacción, un goce. Descubrimiento este que no ha logrado sino explorando de forma muy minuciosa en sus bases mismas.

El psicoanálisis deja ver que cuanto más importancia adquiere la mirada, más terreno pierde el lenguaje. Es decir, si la persona que escucha mira más de lo que oye, limitará lo que el otro dice o peor aún, lo deformará para que encaje con una teoría ya formulada anteriormente.

Cuando se está en frente de un sujeto podríamos argumentar que la mirada debe ser más lenta que el oído que escucha. Freud cuando escuchaba a sus pacientes pretendía escuchar al síntoma más que al sujeto. Analizaba el deseo puesto en juego y los significantes que lo componían.

Por tanto, lejos de ver el psicoanálisis al síntoma como expresión de una enfermedad, lo que ve en definitiva es, una estrategia del sujeto frente a su deseo y en este sentido a eso apunta el psicoanálisis, buscando una modificación de la posición del sujeto frente al deseo.

De esta forma, en psicoanálisis, mediante la palabra y la relación transferencial con el analista, el sujeto puede conectar el deseo con su propia verdad que se trabajará en el transcurso del proceso analítico, a la par de que el sujeto se responsabilizará sobre su padecer.

La psiquiatría, en cambio, puso y pone actualmente el acento en la mirada. ¿Qué beneficio tendría el sujeto si la psiquiatría observara menos y escuchara sin intentar encajar eso que escucha en alguna de sus teorías?

Desde la psiquiatría, el sujeto es tomado como un objeto y esta cosificación muestra que el sujeto es tomado solo en su dimensión de cuerpo biológico. Pero el psicoanálisis va más allá y lejos de cosificar al sujeto, lo entiende como efecto del lenguaje y desde aquí se abren nuevas dimensiones.

Solo se puede acceder al saber del sujeto únicamente porque habla. Así, el análisis tiene por cometido que el sujeto pueda verbalizar aquello que el síntoma encubre.

24

El psicoanálisis demuestra que su clínica es una clínica de la experiencia del caso por caso, donde el saber sobre el síntoma se desprende de la construcción de la historia del sujeto en análisis bajo transferencia.

Para el psicoanálisis, de lo que se trata, entonces, es de restituir la escucha a un llamado que el síntoma vehiculiza y que nos trae un saber sobre aquello que en el sujeto lastima.

A más de 100 años de la creación del psicoanálisis, se observa como sigue siendo tan útil y necesario como lo fue en la época de Freud.

En cambio las intervenciones de la psiquiatría, dirigidas sólo a lo manifiesto del síntoma parecen funcionar como un parche provisorio de un sufrimiento más profundo. No permite resultados duraderos como si lo ofrece el psicoanálisis.

Hoy día, el psicoanálisis, como en los tiempos de Freud, vuelve a ser revolucionario. El psicoanálisis no niega - nunca lo ha hecho - la importancia de lo biológico. Tampoco propone prescindir de los psicofármacos, lo cual sería una irresponsabilidad y una crueldad. Pero sí se opone, con todo el peso de los argumentos que hemos revisado, a considerar que la mente y el cerebro son la misma cosa; a que todo tipo de malestar haya de ser tratado con medicinas y sin diálogo; a que los vaivenes de la vida no sean tenidos en cuenta cuando se consideran los problemas que de la misma se derivan; a que se rotule como trastornados a aquellas personas que, por motivos diversos, estén sufriendo psicológicamente; a que se nos desresponsabilice de nuestros propios actos; a que no se cuestione a la sociedad en la que vivimos en cuanto a su papel en el sufrimiento mental de mucha gente; a que se medicalicen los ciclos de la vida, como la niñez o la menopausia; en definitiva, a que, si una persona necesita hablar de amor, se le responda con serotonina.

### **Referencias bibliográficas**

- Castro Añazco, J. (2019). El síntoma. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* (37)3, pp. 70- 76. Universidad de Cuenca: España.

- Dias, M. (2006). El síntoma: de Freud a Lacan. *Psicología en estudio* (11)2, pp. 399-405. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200019>
  - Freud, S. (1979a). Conferencias de introducción al psicoanálisis. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 16, pp.223- 249 ). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1986a). Las neuropsicosis de defensa. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 3, pp. 43- 69). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1986b). La etiología de la histeria. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 3, pp. 187-218) . Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- ( 1986c). Inhibición, síntoma y angustia. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 20, pp. 73-164). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1979b). Sobre la dinámica de la transferencia. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 12, pp. 95-105). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1978). Construcciones en el análisis. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 23, pp.257-270). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1979c).Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *En Sigmund Freud: Obras completas* ( Vol.3, pp. 109-119). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1979d). Recordar, repetir y reelaborar. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 12, pp. 147-157). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1979e). Más allá del principio de placer. *En Sigmund Freud: Obras completas* (Vol. 18, pp. 3-62). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
  - ----- (1986d). Charcot. *En Sigmund Freud: obras completas* (Vol. 3, pp. 924). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- 26
- -----(1986e). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. *En Sigmund Freud: obras completas* (Vol. 3, pp. 25-40). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu

- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires, Argentina: siglo XXI.
- Roudinesco, E. (2000). *¿Por qué el psicoanálisis?* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Turrent, G. (2014). El diagnóstico en psiquiatría y psicoanálisis. Recuperado de: <https://www.centroeleia.edu.mx/blog/el-diagnostico-en-psiquiatria-y-psicoanalisis/>
- Herwin, E. (2012). El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica. Recuperado de: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4635406.pdf&ved=2ahUKEwiz8eGXkY3uAhUdILkGHTTaChoQFjAAegQIAxAC&usg=AOvVaw0oajZ1SHmAKcd5\\_5NN8AeR](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4635406.pdf&ved=2ahUKEwiz8eGXkY3uAhUdILkGHTTaChoQFjAAegQIAxAC&usg=AOvVaw0oajZ1SHmAKcd5_5NN8AeR)
- Amado, Y. (2011). Aproximación teórica: saber y verdad en el síntoma. Recuperado de: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815127.pdf&ved=2ahUKEwisJrUkY3uAhWEIrkGHelpBgwQFjAAegQIAxAC&usg=AOvVaw3LP2BT85aCOMRUA11Q54XI>