

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE HUMANIDADES

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

Carrera: Licenciatura en Psicología

Tema del T.F.I.: El sintoma neurotico como metáfora

Autor: Julian Luis Gioria

Tutora: Lic. Cintia Matus

ÍNDICE

1 INTRODUCCION	3
1.1 Planteo del problema	4
1.2 Objetivos.....	5
1.3 Metodo de investigacion	6
2 DESDE FREUD	7
2.1 En los albores del psicoanálisis, el sintoma	8
2.2 Dos concepciones del sintoma: psicoanálisis y psiquiatría	9

2.2.1 La semiología psiquiátrica: una clínica de la mirada y el saber médico	10
2.2.2 La sub-versión del psicoanálisis	12
2.2.2.1 El síntoma neurótico y el determinismo inconsciente	16
2.3 Condensación y desplazamiento	23
3 LA LECTURA FREUDIANA DE JACQUES LACAN	28
3.1 El retorno a la fuente	29
3.2 Lenguaje, significante y estructura	30
3.3 Metáfora y metonimia	33
3.4 El síntoma neurótico como metáfora	37
4 EL CUERPO AFECTADO POR EL SIGNIFICANTE Y SUS LEYES: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA.....	42
4.1 El caso María.....	43
4.2 De la bulimia al vómito de la angustia: ¿que metáforiza el síntoma?	46
5 CONCLUSIONES	52
6 BIBLIOGRAFÍA	56

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteo del problema

La presente investigación establece el Trabajo Final de Integración para obtener la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo.

La misma se plantea investigar la conceptualización psicoanalítica del *síntoma neurótico como metáfora de un conflicto psíquico de íntima relación con la historia personal del paciente*, bajo las premisas teóricas freudianas – lacanianas.

El sintoma se presenta desde la perspectiva psicoanalítica como una temática esencial a ser pensada por su importancia en la dirección de la cura de un paciente que demanda análisis. De hecho, el intento por conceptualizar el sintoma con el que se topa el psicoanalista en la clínica se encuentra en los albores mismos del psicoanálisis como disciplina.

Desde ese momento a la actualidad, en el concepto se han producido diversos virajes que fueron de la mano con el desarrollo mismo de la teoría psicoanalítica, adquiriendo este término cada vez mayor especificidad, que hace que el sintoma pueda ser explicado por el psicoanálisis y este pueda ofrecer una respuesta como práctica terapéutica.

A lo largo del T.F.I. se intentará situar un corte sincrónico en la conceptualización del sintoma, que evoca al primer momento de la enseñanza de Jacques Lacan, donde piensa al sintoma como metáfora. Planteado de otra manera, se puede ubicar en este momento al sintoma como producto formado principalmente por la incidencia de una de las leyes que estructura el inconsciente: la metáfora. A partir de esa proposición buscaremos en el “padre del psicoanálisis” -Sigmund Freud- los antecedentes de los cuales se vale Lacan para llegar a esta formulación, remitiéndonos también a autores psicoanalíticos contemporáneos en la búsqueda de establecer la vigencia que tienen las conceptualizaciones implícitas al tema para el psicoanálisis en la actualidad.

Conceptualizar el sintoma en su vertiente metafórica toma para este trabajo una importancia tanto teórica como clínica, ya que permite pensar los movimientos preliminares que constituyen las entrevistas donde el sintoma es *puesto en forma* para trabajar con el psicoanalíticamente. Sin embargo, es válido recordar que a lo largo de la historia de esta disciplina el movimiento fue el inverso: Freud construyó todo el edificio teórico del psicoanálisis a partir de lo que su experiencia clínica le iba presentando a modo de dificultades para proseguir la cura.

La relevancia que estos temas adquieren para la clínica psicoanalítica intentará ser abarcada a partir del desarrollo de los objetivos específicos y generales que se plantean alcanzar mediante el presente trabajo.

1.2 Objetivos

Objetivo general

Investigar desde la perspectiva del psicoanálisis la presentación clínica del sintoma neurótico como una metáfora.

Objetivos específicos

Desarrollar el concepto de metáfora según Jacques Lacan y su implicancia en relación al síntoma neurótico;

Puntualizar las características bajo las cuales se presenta el síntoma neurótico en las entrevistas de un tratamiento psicoanalítico;

Explicitar la importancia del trabajo sobre el síntoma en un análisis;

Describir el método psicoanalítico que permite abordar al síntoma neurótico y especificar la herramienta técnica más propicia para la dirección de la cura.

1.3. Método de investigación

Para trabajar sobre la temática de esta investigación se utilizará un tipo de estudio descriptivo, realizando una revisión bibliográfica sobre el concepto del síntoma y su implicación como metáfora en los principales autores que han tratado el tema dentro del psicoanálisis.

En el intento de ofrecer un apoyo empírico para fundamentar esta idea rectora se trabajara con ciertas limitaciones, propias del marco teórico donde se sostiene esta investigación: los tratamientos psicoanalíticos se llevan a cabo de manera individual, y solo se puede obtener evidencia de lo que allí ocurre mediante la instancia de supervisión o en presentaciones de casos bajo el formato de ateneos. En ambas circunstancias se realiza un recorte del material textual que el paciente produce durante el tratamiento para permitir un entendimiento y transmisión bajo la lógica con la que en el psicoanálisis se dirige la cura.

El caso clínico utilizado en el presente trabajo fue suministrado por un analista de una institución privada de asistencia y supervisión. Este caso fue presentado en un Ateneo Clínico en dicha institución y por tal motivo se encuentran involucradas las limitaciones anteriormente explicadas. El nombre verdadero de la paciente, así como datos personales que puedan revelar la identidad de la misma, no figuran en el material clínico por restricción del secreto profesional en la práctica de la salud mental.

2. DESDE FREUD

7

2.1 En los albores del psicoanálisis, el síntoma

El término *psicoanálisis* aparece por primera vez en una obra publicada en Marzo de 1896, en el texto “La herencia y la etiología de las neurosis” de Freud (1896/1981c, p. 151). Este concepto con el que se nombra a partir de esa fecha a la disciplina que estudia los procesos inconscientes condensa un trabajo de investigación de muchos años, cuyo inicio se ubica formalmente tres años antes del surgimiento de ese término con la impresión del original en alemán de “Estudios sobre la histeria” (Breuer, J.; Freud, S. 1893/1978). Durante ese tiempo, el método de examen científico de la mente humana inventado por Freud fue variando y especificándose, pudiéndose hacer un breve recorrido cronológico respecto de las técnicas utilizadas yendo desde la *sugestión hipnótica* y la *técnica de la presión sobre la frente* (que eran herramientas específicas del *método catártico* de tratamiento de las enfermedades nerviosas, inventado por Josef Breuer), hasta llegar al punto en que comienza a tomar central relevancia terapéutica las *asociaciones libres* que los pacientes hacían respecto de su padecer. Si bien se encuentran diferencias sustanciales entre las primeras técnicas y la asociación libre, el punto de partida de todas ellas es el mismo: intentar curar el *síntoma histérico* mediante el método catártico, que consiste en el obrar terapéutico que permite traer a la conciencia una vivencia traumática, junto con su afecto, que se encontraba estrangulado por obra de la defensa. El postulado en aquel primer momento es que los síntomas histéricos exteriorizan ese afecto que no obtuvo su curso normal (descarga en variedad de actos reflejos conscientes o asociación con otro material psíquico consciente). Lombardi (1993) ubica el momento en que nace el psicoanálisis cuando Freud, llevando a cabo un estudio ordenado por Charcot, descubre que las histéricas padecen de representaciones y no de una afección del sistema nervioso. El autor comentado ilustra este momento diciendo que Freud,

[...] tomando una hipótesis que circulaba en la época, que no es estrictamente invento de él, sino que ya se le había ocurrido a Janet, descubre y muestra de que manera se puede explicar muy bien que la etiología de la histeria no depende de la conformación del sistema nervioso. Cuando una histérica padece, por ejemplo, una parálisis de un brazo, no está afectado el brazo desde el punto de vista neurológico, que tiene una configuración anatómica que no es la de la concepción vulgar del brazo. Padece más bien de una lesión de la representación vulgar del brazo, de lo que entendemos habitualmente por brazo. (Lombardi, 1993, p. 126)

El síntoma neurótico es, pues, el punto de partida que condujo a Freud a construir el edificio teórico del psicoanálisis y a establecer su máximo descubrimiento: el inconsciente.

2.2 Dos concepciones del síntoma: psicoanálisis y psiquiatría

La concepción del síntoma no atañe únicamente al psicoanálisis en cuanto a su importancia clínica. De hecho, la mera cuestión de que se hable de “síntomas” en psicoanálisis da cuenta del punto de partida que esta disciplina tuvo en la medicina, representando los vestigios que dejó en Sigmund Freud su desempeño profesional como neurólogo, antes de emprender sus estudios sobre la histeria.

Sin embargo, la concepción médica del síntoma involucra ciertas características que servirán para poder establecer un contrapunto con la particular versión psicoanalítica sobre el tema. Probablemente la psiquiatría puede ser considerada como la rama de las ciencias médicas más adecuada para marcar ese contrapunto, ya que -al igual que el psicoanálisis- su campo de acción se orienta a los trastornos psicopatológicos. Por tal motivo, se desarrollarán tres puntos claves sobre el fenómeno sintomático para la psiquiatría y el psicoanálisis, desde donde se podrán contrastar las diferencias:

- El tipo de clínica que se realiza para la comprensión del síntoma;
- Concepción del objeto de estudio: estatutos de paciente, verdad, saber y conocimiento mediante los cuales se aborda el fenómeno;
- La consideración etimológica del síntoma.

2.2.1 La semiología psiquiátrica: una clínica de la mirada y el saber médico

Según Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J. (1999b), la psiquiatría se sirve de la semiología psiquiátrica para detectar el estado mental de una persona. Dentro de la concepción de la semiología psiquiátrica actual, el *síntoma* se encuentra definido como el indicador subjetivo -y por tanto, proporcionado por el paciente- sobre un proceso orgánico, funcional, emocional y/o conductual, que puede variar gradualmente desde lo normal hacia lo patológico. A su vez, el médico, mediante la indagación observadora del paciente, halla *signos* que representan los indicadores objetivos de alguno de los procesos antes mencionados. Mediante el relevamiento clínico del grupo de signos y síntomas presentes en un caso, el médico establecerá un *síndrome* que configura un estado reconocible y puede ser menos específico que un trastorno o enfermedad concreta.

Una vez detectado el estado mental del paciente, el médico posee las herramientas suficientes para la elaboración de un diagnóstico acertado, lo cual, a su vez, le permitirá llevar a cabo tratamientos eficaces, ofrecer pronósticos fiables y permitir una comunicación clara y precisa con otros clínicos (Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J., op. cit.).

Hasta aquí se podría caracterizar el quehacer del médico como una clínica de la observación, una *clínica de la mirada*: los signos y síntomas adquieren una propiedad esencialmente descriptiva ya que enuncian la presencia o ausencia de cierto síndrome que permitirá llegar a un diagnóstico mediante el cual se erigirá la base del tratamiento. Se puede plantear una clínica de la mirada para la psiquiatría en tanto *se concibe al paciente como un observable a abordar mediante los conocimientos y tecnologías que la ciencia posee en este área de estudio*. El “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM – IV” (1995), es producto del consenso obtenido por esta perspectiva clínica en la comunidad científica que se ocupa de los trastornos mentales.

Es preciso destacar que esta clínica de la mirada o de la semiología psiquiátrica, encuentra en ciertos tratamientos un modelo idóneo en su concepción fenomenológica del síntoma. Si un trastorno mental adquiere su entidad por la presencia y/o ausencia de determinados signos y síntomas, la desaparición de estos últimos implicarían también la remisión de la enfermedad. De esta manera, se puede comprender que los tratamientos que la psiquiatría adopta para hacer frente a las enfermedades mentales son, fundamentalmente, aquellos tratamientos que permiten una rápida supresión de los síntomas y signos con los que se topa en su revisión clínica. En esta línea, toma relevancia terapéutica el uso de los psicofarmacos.

Hoy en día la industria farmacéutica acerca al médico psiquiatra a la posibilidad de recetar a sus pacientes psicofarmacos específicos para cada tipo de síndrome: ansiolíticos para los trastornos de ansiedad, antidepresivos y antirrecurrentes para los trastornos del estado de ánimo, y antipsicóticos para los trastornos psicóticos son solo algunos ejemplos a grandes rasgos. Los tratamientos psicofarmacológicos tienen la característica de actuar sobre el sistema nervioso de una manera rápida y eficaz de tal modo que los síntomas que aquejaban al paciente puedan adquirir un grado más tolerable y -en el mejor de los casos- vayan remitiendo. A su vez, actualmente se encuentran en boga terapias psicológicas breves que pueden ser complementadas con las neurociencias y que poseen una alta efectividad para la rápida remisión sintomática. Se puede pensar que la pauta que permite orientar la clínica hacia la rápida remisión sintomática está dada en la etiología supuesta al síntoma con el que se presenta el paciente. Gran cantidad de estudios neurobiológicos y farmacológicos (Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J., 1999a) permiten establecer un nexo entre ciertos comportamientos de los neurotransmisores implicados en los procesos neuronales que se ven afectados en el curso de un trastorno mental. De esta manera, para el psiquiatra es posible explicar algunos trastornos depresivos que se producen por un aumento de la sensibilidad de los receptores sinápticos de la serotonina. Por otra parte, los estudios del conductismo y de la teoría de los sistemas permiten establecer patrones de conductas y/o comunicación que, siendo modificados, conllevarían la desaparición del síntoma psiquiátrico. También entran en esta línea los aportes del cognitivismo que establecen la etiología del síntoma por vía de errores en el procesamiento de la información que el paciente capta de su realidad material. Las hipótesis etiológicas de estos modelos de pensamiento poseen la característica común de *presentar al médico terapeuta como el portador del saber sobre el padecimiento del paciente*: entonces el terapeuta sabe por que aconteció ese síntoma y da las indicaciones clínicas precisas para que ese síntoma cese.

En Equipo Prácticas Profesionales Clínicas Tutoriadas este punto resulta importante considerar que la noción sobre la etiología de los síntomas se asienta sobre una concepción del hombre particular. Pensar al paciente psiquiátrico como un objeto mensurable, cuantificable y susceptible de análisis estadístico marca la pauta de que el saber -en este caso- sobre el padecimiento sintomático queda del lado de la ciencia, o de la persona que encarna su representación ante el paciente, como lo es el médico.

2.2.2 La sub-versión del psicoanálisis

El psicoanálisis introduce un quiebre en relación a la medicina con respecto a la concepción del fenómeno sintomático. Esta distinción tiene lugar desde el origen mismo del psicoanálisis, cuando la medicina de la sociedad victoriana de fines de siglo XIX no encontraba un tratamiento para abordar eficazmente las afecciones histéricas, dado que los síntomas de este tipo de enfermedad perduraban aun cuando se sometía a los

pacientes a intensas *curas de aguas* o *curas de reposo*, tratamientos que eran considerados los mas adecuados en su momento.

Ciertamente son notables los avances que la psiquiatría ha logrado hoy en día respecto del tratamiento de la histeria -entidad nosologica que se encuentra sustituida por otras que abarcan sus diferentes rasgos- y otros tipos de enfermedades mentales, tal como se lo intento ilustrar en el apartado anterior. Sin embargo, desde el momento en que Freud (Breuer, J.; Freud, S. 1893/1978) se dispone a estudiar los síntomas histéricos y comienza a descubrir sus particularidades, la concepción del psicoanálisis se separara tajantemente de la concepción de la medicina -aun de la medicina actual- en los tres puntos fundamentales sobre los que se comenzó a reflexionar anteriormente: a) la clínica, b) la concepción del hombre, su posibilidad de conocerlo y la relación de esta cuestión con el saber y la verdad, y c) la consideración etiologica.

En el escrito publicado acerca de su conferencia sobre psicoanálisis dictada el 6 de Septiembre de 1909 en la Universidad de Clark (Worcester, Massachussets, EE.UU.), Freud (1910/1979c) recapitula para su auditorio los momentos claves sobre el origen del psicoanálisis y la incidencia que el síntoma histérico tuvo en el. Allí, comenta la situación que produjo en esa época las crecientes consultas de pacientes que se aquejaban de síndromes que podían incluir síntomas tales como parálisis de las extremidades, deficiencias en la visión, etc., anudados a una grave afección anímica, pero que no registraban lesión orgánica ante la indagación objetiva.

Ante este tipo de casos, los médicos comenzaban a desestimar su tratamiento por considerar a estos pacientes de menor gravedad que los que eran afectados por síntomas similares pero con lesión de los órganos comprometidos. Sin embargo -aclara- no era este el único motivo de esta desatención profesional: la frustrante experiencia con este tipo de pacientes indujo al medico en ese momento a considerar a los enfermos de histeria (tal como se caratulaba a esa afección desde la época de la medicina griega) “[...] como unas personas que infringen las leyes de su ciencia; [...] les atribuye toda la malignidad posible, los acusa de exageración y deliberado engaño, simulación, y los castiga quitandoles su interés [...]” (Freud, 1910/1979c, pp. 9).

Se puede ubicar en esta cuestión, el primer contrapunto que el psicoanálisis plantea respecto de la psiquiatría. El psicoanálisis comienza a trabajar con un objeto de estudio que queda por fuera de los conocimientos de la ciencia victoriana. Sin embargo, este objeto de estudio que es el hombre afectado por la histeria, que queda excluido de la ciencia en tanto no es posible ubicarlo dentro de los parámetros mensurables y estadísticos (las leyes de la ciencia a las cuales remite la cita freudiana), consulta a un especialista: el histérico reconoce un saber en la medicina, consulta a la ciencia sobre su malestar y no -como tal vez hubiese ocurrido en otro momento histórico- a un sacerdote (saber predominante en el medioevo). De esta manera se configura lo que Eidelsztein (2001a) propone llamar *sujetos de la ciencia: el hombre determinado por el discurso científico que caracteriza a la sociedad moderna occidental*. Esta caracterización de la sociedad atañe tanto a la contemporánea a Freud -influenciada fuertemente por el positivismo en ese momento- como a la actual, sociedad que por excelencia maniobra con el saber de una manera científica (Eidelsztein, op. cit.) y que deja de lado al sujeto como defecto en la objetividad empírica que es su ideal (Lombardi, 1993). El hombre que padece de histeria es en este punto, también un sujeto de la ciencia, un sujeto atravesado por el discurso científico, lo cual da lugar a que, desde la ciencia misma, advenga una disciplina que pueda dar una respuesta a su malestar. En este sentido es que Eidelsztein (op. cit.) plantea que “[...] El psicoanálisis es concebido como una practica terapéutica, que opera como respuesta racional y, por lo tanto, comunicable, al

malestar en la cultura específica del sujeto de la ciencia, que se manifiesta como un exceso de malestar [...]” (pp.11).

De esta manera, el autor ubica el surgimiento del psicoanálisis dentro del campo de la ciencia. No habría sido posible que la disciplina freudiana aparezca en otro contexto. Por esta cuestión intenta articular algunas -no todas- de las propiedades de la ciencia con el psicoanálisis, dentro de las cuales se encuentra una en particular que permite elucidar el fundamental contrapunto que genera el psicoanálisis respecto de la psiquiatría y de la ciencia en general: esta última opera con la exactitud, la adecuación de lo que se dice de algo con lo que ese algo es, erradicando la función de la verdad particular o subjetiva de sus argumentaciones o teorías (Eidelsztein, 2001a).

Pues bien, el psicoanálisis toma esta *verdad subjetiva como resto que excluye el discurso de la ciencia y plantea que en esta verdad subjetiva el sujeto de la ciencia podrá encontrar la causación de su enfermedad*. El psicoanálisis intentará hacerle frente a la enfermedad puesto que “[...] restituye la función de la verdad en el campo del saber científico [...]” (Eidelsztein, 2001a, pp. 19).

Ahora, si bien los “sujetos de la ciencia” se dirigirán tanto a un psiquiatra como a un psicoanalista para que puedan dar respuesta a su mal-estar en la cultura, el lugar que el psicoanalista le dará a la verdad subjetiva será distinto y constituirá el eje de la diferencia entre ambas disciplinas.

Para el psicoanálisis *el estatuto de la verdad es particular, no remite a una clasificación estadística o estándar, sino al caso por caso*. Es decir, refiere a la particular versión que el sujeto posee respecto de su padecer. Se entiende de esta manera que *es el sujeto quien sabe sobre su padecer, no así el médico de antemano*.

Esto remarca el estatuto que Freud le otorga al inconsciente en tanto es un *saber no sabido* (Breuer, J.; Freud, S. 1893/1978). Esta cuestión establece una versión diferente de la clínica: si la verdad sobre el padecimiento se encuentra del lado del paciente, el psicoanalista en su clínica buscará configurar un dispositivo para que esa verdad pueda producirse. La *verdad* que ocupa al psicoanálisis se trata de un *saber que el paciente construye -mediante su trabajo asociativo- sobre su padecer, dentro del encuadre analítico*. Ese dispositivo permitirá que el despliegue del discurso particular del paciente tenga su lugar, sosteniéndose desde la regla fundamental del psicoanálisis, la asociación libre (Freud, 1912/1980b). Para ubicar la verdad subjetiva es necesario que el paciente hable, lo cual establece que la clínica que el psicoanálisis lleva a cabo es, fundamentalmente, una *clínica de la escucha* de esa verdad. En palabras de Lombardi (1993), la clínica representa “[...] la apertura del discurso de la ciencia a lo singular del padecimiento de un sujeto [...]” (pp. 125).

Freud encontró en el sentido de los síntomas esa verdad subjetiva a la cual debía “prestar oído”. Si bien atribuye su descubrimiento a Josef Breuer, el sentido que los síntomas poseen se convirtió en un pilar fundamental sobre el cual se ha conceptualizado gran parte de la teoría y técnica freudiana. La tesis que Freud sostiene indica que “[...] los síntomas neuróticos tienen entonces su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexos con la vida de las personas que los exhiben [...]” (Freud, 1917/1978b, pp. 235-6). Así, la indicación clínica fundamental pasará a ser aquella que facilite que el paciente pueda comenzar a hablar sobre su síntoma, que pueda asociar las palabras -aunque nimias y carentes de valor, según su propio juicio- que estarán íntimamente imbricadas en su padecer, en su biografía. La tarea que Freud (1917/1978b) plantea al respecto es descubrir, para la idea sin sentido y la acción carente de fin que conllevan el padecimiento del paciente, aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un

fin; siendo que cuanto mas singular sea la característica del síntoma, tanto mas fácilmente resultara establecer esta asociación.

Respecto a la verdad que sostiene el sentido de los síntomas neuróticos, ya se ha mencionado que es de cunio subjetivo. Ahora bien, Freud (1917/1978c) advierte mediante el concepto de *realidad psíquica* que el vivenciar intimo del paciente desde el cual se nutre el síntoma neurótico puede resultar eficaz para un sujeto, mientras que para otro puede no ser suficiente para la formación sintomática. Mas aun, no es necesario para la concepción psicoanalítica que el síntoma remita a una situación del pasado realmente acontecida; el psicoanálisis no orienta su clínica a constatar que la situación traumática -donde arriban las asociaciones que el paciente hace partiendo de su síntoma- haya sucedido en la realidad factica -de la cual se sustenta, por ejemplo, el psiquiatra para su indagación de los signos y síntomas. El recuerdo de la vivencia traumática infantil sobre el cual recaía en un momento de la obra de Freud (1896/1981d) la etiología y desencadenamiento de los síntomas neuróticos, es posteriormente relativizado por el mismo autor ya que descubre durante sus análisis que muchas de esas vivencias traumáticas no habían sucedido en la realidad material, otras tantas eran una mezcla de verdad y falsedad (respecto de esa realidad material) y solo algunas realmente habían acontecido en la historia del paciente. Sin embargo, el mero hecho de que el paciente considere a la vivencia traumática como acontecida, aun como producto de su fantasear, posee toda la eficacia necesaria como para que el mecanismo de formación de síntoma entre en acción. De esta manera Freud (1917/1978c) concluye que “[...] en el mundo de las neurosis la realidad psíquica [por oposición a la realidad material] es la decisiva [...]” (p.336).

Así se discierne que la verdad del paciente que un psicoanalista facilitara desplegar en un psicoanálisis adquiere su *veracidad en tanto tiene un efecto determinante sobre el sujeto que lo consulta*.

Ahora bien, ¿que factores constituyen al síntoma neurótico que se asienta sobre esa verdad subjetiva, esa realidad psíquica del paciente? ¿Que mecanismos entraron en juego para que -al momento de la consulta a un psicoanalista- el síntoma sea padecido por el paciente por su sin sentido?

2.2.2.1 *El síntoma neurótico y el determinismo inconciente*

El descubrimiento freudiano instituyo una relación entre los fenómenos sintomáticos y una particular forma de estructuración del psiquismo: la neurosis.

Freud trabaja a lo largo de su obra con dos modelos paradigmáticos de las neurosis -histeria y neurosis obsesiva- cuyo carácter distintivo reside en el modo en que las representaciones reprimidas retornan, en el modo de la formación de síntoma y, principalmente, en como es llevada a cabo la represión (Freud, 1896/1982). Es en este momento de su edificio teórico cuando Freud (1894/1981b) llama a las neurosis como *neuropsicosis de defensa*, acentuando la importancia de los mecanismos defensivos en el ocasionamiento de las neurosis y los síntomas neuróticos.

Entonces, la modalidad represiva adoptada por el paciente determinara no solo la elección de neurosis sino también las vías de formación de síntomas y las características con las que este se presentara fenomenologicamente.

Se entiende por lo antes expuesto que, describiendo el camino de formación de síntoma, se puede entrever el origen mismo de la neurosis, siempre y cuando se tenga en cuenta que no necesariamente toda neurosis se expresa mediante los síntomas que aquí se tipifican.

Se plantea de esta manera la necesidad de conceptualizar la manera en que el síntoma neurótico surge, dado que en su origen se persiguen sus características más importantes.

Freud (1894/1981b) plantea que sus pacientes gozaban de plena salud psíquica, [...] hasta el momento en que sobrevino un caso de inconciabilidad en su vida de representaciones, es decir, hasta que se le presentó a su yo una vivencia, una representación, una sensación que despertó un afecto tan penoso que la persona decidió olvidarla, no confiada de poder solucionar con su yo, mediante un trabajo de pensamiento, la contradicción que esa representación inconciliable le oponía. (pp. 49)

Una representación puede adquirir la cualidad de inconciliable para una persona en tanto se asiente sobre el vivenciar y el sentir sexuales (Freud, 1894/1981b), dado que dentro de la vida sexual existiría una fuente independiente de desprendimiento de placer, y su reminiscencia mediante representaciones puede dar impulso a las percepciones de asco, vergüenza y prestar fuerza a la moral (Freud, 1896/1982). Esa fuente de desprendimiento de placer será luego llamada monto de afecto o suma de excitación, refiriendo a la energía psíquica ligada a las representaciones que atañen a la sexualidad.

El análisis de sus pacientes neuróticos llevó a Freud (1898/1981e) a considerar una etiología sexual para las neurosis, ya que toda ilación de pensamiento que partía de los síntomas de los enfermos conducía a un núcleo de representaciones de contenido sexual que resultaban inadmisibles al pensamiento consciente.

Pero a esta, habrá de sumarse otra condición para la causación de las neurosis: esos traumas en el vivenciar sexual de los neuróticos se retrotraían hasta periodos anteriores a la madurez sexual. Quedan de esta manera establecidas como condiciones etiológicas de las neurosis la *sexualidad* y el *infantilismo* (Freud, 1896/1982).

La rememoración de ese vivenciar sexual infantil luego de la maduración genésica concluida en la pubertad -así como también el ajuste a los ideales y las normas morales implementado por la consolidación en la misma época de una nueva instancia psíquica, el *superyó*- producirá esa reacción de inconciabilidad respecto de la representación recordada (Freud, 1898/1981e). Esto es posible en tanto los recuerdos de las vivencias infantiles son *resignificados* como sexuales por la maduración sexual alcanzada en ese momento del desarrollo, adquiriendo mayor sustantividad, por su *efecto retardado*, o sea, a posteriori. Por estos motivos se pone en funcionamiento un movimiento defensivo que pretende sustraer al yo del placer que esos recuerdos conllevan. Ese acto defensivo adquiere su singularidad al ser conceptualizado como el proceso psíquico de *represión secundaria*, diferenciándose de otras modalidades defensivas del neurótico (Freud, 1926/1979e).

En la trayectoria típica de una neurosis (Freud, 1896/1982), luego del obrar de la defensa sobre estos recuerdos, sobreviene un *estado de salud aparente*, en el cual solo se pueden distinguir síntomas defensivos primarios (como por ejemplo, el asco, una moralidad tenaz, vergüenza, desconfianza de sí mismo).

Pero en cuanto una vivencia -cualquiera sea ella, en tanto se entreme al vivenciar individual del paciente- reanima el recuerdo de esas representaciones inconciliables reprimidas, el yo pone en marcha nuevamente el esfuerzo de dar caza a ese retorno de las representaciones reprimidas, que marca el *fracaso de la defensa* anteriormente llevada a cabo. “[...] Nuestros enfermos [...] padecen de reminiscencias [...]”, acentúa Freud (1910/1979c, pp. 13).

Se produce aquí un conflicto entre las fuerzas represoras y las reprimidas que retornan y la formación del síntoma neurótico, toma lugar en este punto, *sustituyendo la resolución*

del conflicto por las vías normales como *formación de compromiso* al servicio de la defensa ante *el retorno de lo anteriormente reprimido* (Freud, 1896/1981d).

Pero, ¿que procesos intervienen para que el síntoma neurótico tome allí su lugar como producto de la represión?

Una representación que bajo las condiciones antes descriptas deviene en traumática, inconciliable para el yo del paciente, intentara ser tratada por quien la padece como no acontecida. Sin embargo, esta tarea será imposible: la representación deviene como tal ya que ha sido inscrita en el aparato psíquico como huella mnémica, lo cual sugiere su irreductibilidad. Igual destino tiene el afecto adherido a la representación (Freud, 1894/1981b).

La posibilidad que queda entonces, es intentar convertir aquella representación intensa, inconciliable, que retorna de lo reprimido, en una representación débil. Esto si acontecerá si se lograra divorciar a la representación de la suma de excitación -el afecto que sobre ella recae.

Para lograr este cometido, Freud (op. cit.) considera que el enfermo realiza un acto defensivo, en tanto quiere ahuyentar la representación conflictiva.

El proceso defensivo puesto en marcha es el de la represión, mediante el cual se esfuerza al desalojo de la consciencia a la representación inconciliable, originando la separación del contenido de representación del monto de excitación con el que este se encuentra cargado. Queda entonces, por un lado, la representación -ahora reprimida- y, por el otro, el monto de afecto separado, que deberá ser aplicado a otro empleo según el *principio de constancia*. Este principio del funcionamiento del aparato psíquico se encuentra presente desde las primeras publicaciones psicoanalíticas (Freud, 1893/1981a) y consiste en mantener constante la suma de excitación del aparato, siendo que tanto el acrecentamiento como la disminución de esa suma de excitación -por obra de una impresión psíquica- pueden producir el desprendimiento de displacer (Freud, 1924/1979d) y la puesta en marcha de los mecanismos defensivos por parte del yo.

Sin embargo, lo que el enfermo no se percató es que a partir de la defensa emprendida contra la representación inconciliable lo que se produce es una *escisión de consciencia*. La escisión de consciencia implicó para Freud (1894/1981b) el establecimiento de un grupo psíquico segundo, que denominó *inconsciente*, por contraposición al estado consciente normal del psiquismo.

Para poder dar cuenta del determinismo inconsciente de una representación es necesario que se pueda establecer un nexo asociativo y lógico entre la representación a la cual se le ha desligado la suma de excitación (devenida por ello inconsciente) y la que aparece en el pensamiento consciente (sobreinvertida con dicha energía liberada). Pero por otro lado, es condición de lo anteriormente dicho que haya sobrevenido un proceso de *desplazabilidad* de la energía psíquica en el interior del aparato anímico. Freud (1900/1979a) ha denominado *proceso primario* al proceso que ocasiona el desplazamiento de la energía psíquica libre. Mas adelante se puntualizó con mayor precisión lo referido a este proceso primario que caracteriza a la actividad psíquica inconsciente.

Dicha conexión, de una representación a otra, sostenida en el deslizamiento de la suma de excitación que acontece más allá del yo, constituye así la instancia psíquica del inconsciente, dejando como resto de esta operatoria a un sujeto, que es sujeto del inconsciente, sujetado y manejado por las representaciones (Cosentino, 1994a).

Dicho de otro modo, el yo, como instancia psíquica del pensar consciente, desconoce lo acontecido más allá de él, marcando la diferenciación entre el yo y el sujeto del inconsciente.

Hasta aquí se plantean las similitudes en el origen de los dos tipos de neurosis paradigmáticas y -consecuentemente- de los síntomas neuróticos. Pero también, a partir de este punto, los caminos de la histeria y la neurosis obsesiva se bifurcan. Se dijo anteriormente que la diferenciación fundamental de los síntomas neuróticos la determinaba el mecanismo represivo que cada una adopta.

Siguiendo entonces esta brújula teórica que marca Freud, se encuentra que en la histeria, el modo de volver inocua la representación inconciliable es *trasponer a lo corporal la suma de excitación*, produciendo esa sustitución que el síntoma encarna en tanto formación de compromiso. A esta forma que adopta la represión -particularmente en el trato que da al monto de afecto escindido de la representación- Freud la nombra *conversión* (Freud, 1894/1981b). Mediante este mecanismo se ilustran los casos paradigmáticos de los primeros historiales psicoanalíticos, tales como el caso de la famosa paciente Anna O., en donde el síntoma de la parálisis de una de sus extremidades se debía a que, ese miembro, había sido la inervación motriz donde fue traspuesto el afecto escindido de la representación inconciliable.

La conversión puede ser total o parcial. De todos modos, para que esta trasposición de la suma de excitación a lo somático sea factible, la parte del cuerpo comprometida deberá mantener un nexo íntimo con la vivencia traumática a la que remite la representación inconciliable.

Así, se ha ilustrado en el caso del síntoma histérico una solución posible ante el conflicto psíquico que la representación intensa le produjo al yo. Ahora bien, es preciso remarcar que en el mismo proceso el yo ha quedado exento de contradicción, se ha producido la formación sintomática que adquiere la particularidad de ser símbolo mnemico de la vivencia traumática, lo cual implica que esta no ha sido sepultada sino que ha inaugurando el núcleo del grupo psíquico segundo del que se habló anteriormente, lo inconsciente. Queda establecida de esta manera otra caracterización del síntoma neurótico como *formación del inconsciente y como respuesta e intento de solución ante el conflicto psíquico suscitado por las fuerzas reprimidas -inconscientes y las represoras -que parten del yo*.

Este mismo modelo de resolución del conflicto psíquico, el síntoma como respuesta, toma la neurosis obsesiva como punto germinal.

La diferencia radical entre la histeria y la neurosis obsesiva se plantea en el uso que se hará de la suma de excitación arrancada de la representación inconciliable. Para la histeria se observó una capacidad de *conversión*; en el caso de la neurosis obsesiva se encontrará la elaboración de un *falso enlace*.

Con falso enlace, Freud (1894/1981b) refiere al mecanismo que consiste en adherir a representaciones, en sí no inconciliables para el yo, el monto de excitación liberado de la representación que motivó el movimiento represivo. La suma de excitación adosada a estas otras representaciones -que son admisibles de devenir conscientes- conforma lo que se le presentan al enfermo como representaciones obsesivas: ideas que se le vienen a la cabeza, que angustian al paciente y que no puede controlar a voluntad su cesamiento; o la aparición del intento de hacer efectivos determinados impulsos que se encuentran en clara oposición con la estricta moralidad del paciente (rasgo distintivo también del neurótico obsesivo).

Para que el falso enlace en cuestión pueda ser realizado, el afecto divorciado de la representación inconciliable puede utilizar cualquier otra representación que mantenga ciertos vínculos con la original, de manera tal que permita subrogarla. Freud ubica una doble desfiguración en el contenido de la representación obsesiva: algo actual reemplaza a una vivencia pasada y lo sexual está sustituido por un análogo no sexual. En esta última vertiente es donde Freud (1894/1981b) hace mayor hincapié, planteando en su

tesis sobre este fenómeno neurótico que “[...] la representación obsesiva figura un sustituto o un subrogado de la representación sexual inconciliable y la ha relevado dentro de la consciencia [...]” (pp. 54).

Hasta aquí se ha desplegado la caracterización del síntoma neurótico en sus vertientes de:

- formación del inconsciente;
- retorno de lo reprimido;
- producto de un proceso represivo, que a su vez lo cristaliza como:
- formación de compromiso o formación sustitutiva del conflicto instaurado por el encuentro de las fuerzas represoras y las reprimidas.

En el último tramo de su obra Freud (1926/1979e) define al síntoma neurótico como el “[...] indicio y sustituto de una *satisfacción pulsional* interceptada, es un resultado del proceso *represivo* [...]” (p. 87). Esta concepción del síntoma se apoya en que una pulsión se satisface parcial y paradójicamente en el síntoma neurótico (Cosentino, 1994d). Dice Freud (1905/1978a, p. 148) que “[...] los síntomas son la práctica sexual de los enfermos [...]” en tanto que una pulsión, establecida como única fuente energética constante de las neurosis, logra ligarse y satisfacerse parcialmente en la representación que ahora fue investida en sustitución de la representación inconciliable que puso en marcha el movimiento defensivo. Las pulsiones tienen su fuente y su meta (el lugar de donde parten y donde arriban para su satisfacción) en las zonas erógenas del cuerpo, lo cual implica que no se satisfacen únicamente en un órgano, sino que solo pueden hacerlo parcialmente en esas zonas privilegiadas del cuerpo. Tal privilegio de las zonas erógenas es establecido por apuntalamiento, esto quiere decir, por ser los lugares donde se pudo vivenciar mayor excitabilidad en las primeras vivencias de la niñez. Esto aleja la posibilidad de concebir a la satisfacción de la pulsión como total, en tanto no está al servicio de la reproducción humana, no es concordante con la cancelación de una necesidad biológica. Por tanto, la pulsión adquiere su carácter parcial: las pulsiones son parciales por su modo de satisfacción.

Esta satisfacción es lograda cuando la pulsión cancela el estado de estimulación de su fuente, coincidiendo entonces la fuente y la meta de la pulsión. Esto hace que el objeto que se elija para la satisfacción pulsional sea accesorio, en tanto no solo permitirá marcar el recorrido desde la fuente a la meta, esa ida y vuelta que no se agota, sino que también permite la satisfacción en el trayecto (fuente-meta). Por esta razón tienen preponderancia las zonas orales (en relación al alimento) y anales (en relación a la excreción); zonas erógenas privilegiadas para la satisfacción pulsional que comporta el síntoma.

El síntoma está en relación a la represión. Es decir, en el punto donde la represión fracasa, aparece el síntoma. Es desde esta vertiente que Freud (1896/1981d) define al síntoma como formación sustitutiva; sustituye aquella representación sexual inconciliable por otra acorde al yo.

Por lo antes expuesto, se recorta que el síntoma comporta no solo una *formación sustitutiva*, sino que también conlleva el valor de una *satisfacción sustitutiva*. Esta satisfacción sustitutiva en el síntoma es definida como paradójica y parcial. Si el síntoma se instituye en su devenir, frente al fracaso de la represión como satisfacción sustitutiva, es porque repite la modalidad de la satisfacción de la temprana infancia -moción pulsional fijada en el vivenciar infantil. Freud (1917/1978c) descubre y remarca el aspecto paradójico de dicha satisfacción en el síntoma: “[...] La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño [...]” (pp. 333). Se comporta como irreconocible para el paciente puesto que la misma satisfacción sintomática conlleva o produce un padecimiento.

En el marco de esta dirección descripta para el síntoma se ven ambas caras de esta formación sustitutiva: la de satisfacción -parcial de una moción pulsional- y la de sufrimiento que implica para el sujeto.

El punto paradójico del síntoma, como sede de padecimiento y portador de una satisfacción que atenta contra el paciente, permite diferenciar al síntoma de las otras formaciones del inconsciente. Este, como se puntuó, contiene el agregado de una permanencia y ganancia de satisfacción que le son propias. Modalidad que alude a la inercia del síntoma y que lo convierte a su vez, en una salida económicamente mas conveniente frente a un conflicto psíquico (Kruger, 1998).

El exceso de excitación suscitado por lo traumático de la sexualidad imprime al ser humano una sobrecarga insostenible que busca una tramitación. Esta salida, simbolización que da lugar a la tramitación de excitación, la aporta el síntoma.

Cabe señalar entonces, que la pulsión sexual que presta fuerza a la formación sintomática, interceptada por la represión, quedara bajo el imperio de las leyes del funcionamiento del inconsciente: condensación y desplazamiento.

2.3 Condensación y desplazamiento

El síntoma -en tanto retorno de lo reprimido- implica el fracaso del funcionamiento del aparato psíquico. Como se ha mencionado anteriormente, el aparato anímico es regido por el principio de constancia, que intenta evitar la acumulación o disminución de excitación a fin de mantener constante la suma de excitación en el contenido. Entonces, la presencia de una representación inconciliable que produce un aumento de tensión pone en funcionamiento al aparato anímico, es decir, a sus mecanismos defensivos.

Freud (1900/1979a, pp. 578-97), en su obra del año 1900 “La interpretación de los sueños”, introduce el proceso primario de funcionamiento del sistema inconsciente como aquel que tiende al “[...] libre desahogo de las cantidades de excitación [...]”, a fin de evitar el desprendimiento de placer por el aumento de la tensión. Este proceso se encuentra regido por los mecanismos de condensación y desplazamiento (Freud, 1900/1979a), estableciéndose como las leyes según las cuales la excitación se moviliza en el interior del aparato libremente.

Esta energía móvil es susceptible de ser ligada a otras representaciones alejadas de la original-inconciliable. De esta manera, el monto de afecto proveniente de la representación inconciliable puede acceder a su descarga motriz o verbal, al ser transferido a un contenido de representación *desfigurado* que es admitido por el yo.

Freud (op. cit.) se percata que la condensación y el desplazamiento, como mecanismos que cooperan para la *figurabilidad*, se encuentran al servicio de la defensa.

Por otra parte, Freud (op. cit.) ubica que estos mismos procesos psíquicos presiden la producción de los síntomas neuróticos. Así, encuentra elementos suficientes para que luego pueda elevarse a la condensación y el desplazamiento al estatuto de leyes que regula el funcionamiento del inconsciente. Se encuentran en el fundamento de los empeños defensivos que tienen como resultado a todas las formaciones del inconsciente (Freud, 1910/1979c, pp. 30-1). Entre ellas, el síntoma neurótico. De hecho, esta legalidad del trabajo del inconsciente imprime sus características a la modalidad del falso enlace o de la conversión en los caminos de formación sintomática que toman la neurosis obsesiva y la histeria respectivamente.

Entonces, se estudiara la implicancia de estos mecanismos para el síntoma neurótico.

Por *condensación* se entiende el mecanismo psíquico que reúne en una sola representación o palabra una serie de pensamientos que han de ser inconciliables y que, como tal, han sucumbido ante la defensa. Freud (1905/1979b) considera que la condensación puede llevarse a cabo a partir de que el material de los pensamientos inconscientes sufre la ruptura de sus relaciones internas (semejanza, nexo causal, etc.),

para crear nuevas relaciones de asociación que ahora serán externas (simultaneidad, contigüidad en el espacio, homofonia). Bajo estas condiciones, la condensación tiene a su disposición el material en bruto de esas representaciones y toma con preferencia las palabras en cuya fonética coinciden varios significados.

De esta manera, la palabra que sirve a este uso toma lugar en el relato del paciente como representante de los pensamientos inconscientes. Este mismo punto nodal de múltiples representaciones es el que toma el síntoma en una neurosis, denotando su *sobredeterminación*. Entonces, la condensación caracteriza al síntoma como formación de compromiso, permitiéndole tomar el lugar que ocupaba el conflicto entre las múltiples representaciones inconscientes que lo determinan, sustituyéndolo y estableciendo -como una de sus vertientes- una suerte de solución al mismo (Brodsky, 1999).

El *desplazamiento* es el mecanismo inconsciente que mas cercano se encuentra al servicio de la defensa. El propósito fundamental del accionar del desplazamiento es subvertir el valor psíquico de una representación primera que pertenece al ámbito del pensamiento inconsciente, inconciliable para el devenir consciente (Freud, 1900/1979a). Este cambio del valor psíquico de una representación inconsciente se produce en tanto es posible que esa representación pueda desprenderse de su intensidad *transfiriéndola* a otra representación que originalmente resultaba nimia o poco importante, pero que mantenía con la primera un lazo en la cadena asociativa (Freud, op. cit.). Mediante esa transferencia de intensidad de una representación a otra, el desplazamiento cumple su papel defensivo, ya que posibilita la desfiguración necesaria para que el pensamiento inconsciente pueda expresarse en el pensar normal consciente (como formación del inconsciente).

La desplazabilidad de las representaciones, además de constituir por si sola una ley del trabajo del inconsciente, establece la condición para que la condensación pueda llevarse a cabo. Esto sucede cuando el desplazamiento actúa a lo largo de distintas ilaciones de pensamientos que convergen en un punto de entrecruzamiento, pudiendo ser este una representación o expresión verbal que las condensa.

Por otra parte, la condensación también puede estar al servicio del trabajo defensivo del desplazamiento. Esto toma notoriedad cuando el producto de la condensación desfigura el material psíquico del cual se nutre de tal manera que pueda ser figurado en el pensar consciente.

Se encuentra así una mutua solidaridad entre la condensación y el desplazamiento sirviendo al trabajo del inconsciente (Cosentino, 1994c) y estableciéndose como las leyes de su funcionamiento.

El trabajo del sueño es el marco global donde Freud descubre el accionar de la condensación y el desplazamiento. Este trabajo implica el momento de formación del sueño, acontecido con anterioridad al relato que hace el paciente del mismo. En el otro extremo, se encuentra el trabajo de interpretación, que actúa en la dirección contraria (Cosentino, 1994c). Respecto de este último punto, Freud va dilucidando que la estructura particular del sueño es la que le permite tomarlo como acto psíquico plausible ser interpretado, mediante la técnica psicoanalítica que todavía se encontraba tratando de establecer.

La primera referencia importante en aras de la interpretación de los sueños que Freud encuentra mediante su estudio, es que los signos que componen el relato de los sueños no valen por su relación directa a un significado preestablecido, sino por la relación con los demás signos que se concatenan en el relato (Cosentino, 1994b). Esto implica que el valor de un signo es adquirido en relación a otro signo asociado, produciendo una significación particular. Esa significación se determina por el lugar que cada signo

ocupa en el relato, dando la pauta de que el cambio de lugar del signo acarreará una nueva significación.

El trabajo que Freud propone para la interpretación es el señalamiento de aquello que se presenta sin sentido en el relato del paciente. Es decir, el indicio de que el trabajo de la desfiguración operó sobre ese elemento de esa ilación de pensamiento. El analista cumple su rol interpretativo pidiéndole asociaciones, a fin de ir desentramando los puntos afectados por el trabajo del inconsciente. A partir de allí, la interpretación en psicoanálisis toma su carácter distintivo al quedar esta a cargo del paciente. Solo de esta manera es posible que una significación nueva pueda ser introducida por la interpretación, y que la misma resulte inesperada.

Freud (1900/1979a) encuentra una particular forma en que los sueños figuran los pensamientos inconscientes. Esto sucede, cuando dos o más pensamientos inconciliables son sustituidos por la expresión de una *palabra multívoca* que toma su lugar, anudándolos. Aquí ubica los puentes verbales de los que se sirve el inconsciente para figurar un pensamiento que, en su estado normal, no podría ser admisible para la consciencia.

La tarea del analista consiste en señalar el carácter significante, significativo de esa palabra multívoca; palabra soporte de diversas significaciones. Una vez que el analista indica este punto en el que se trama la red de representaciones inconscientes, el paciente comienza su trabajo, interpretando el significado que para él conlleva esa palabra. Esa significación que el paciente otorga al signo extraído de su relato será nueva, inesperada para él. El factor sorpresivo de la significación nueva es otorgado por el carácter inconsciente que tenían las ilaciones de pensamiento que convergían en la palabra multívoca. Pensamientos que por obra de la defensa habían sido desalojados del pensar consciente.

La palabra multívoca, tan solidaria al mecanismo de condensación, se presenta entonces bajo una doble vertiente: a) por un lado, al servicio de la defensa, velando los pensamientos inconscientes que convergen en ella como punto nodal; b) por otro lado, posibilita la producción de una nueva significación, posicionándose como una de las vías regias de acceso al inconsciente.

Estas nociones freudianas serán luego retomadas por Lacan para introducir el concepto de significante y para indicar que es posible la producción de una nueva significación según el lugar que cada significante tome en la cadena asociativa.

3. LA LECTURA FREUDIANA DE JACQUES LACAN

3.1 El retorno a la fuente

A partir de la muerte de Freud, ocurrida en 1939, los desarrollos teóricos de los psicoanalistas han tomado como eje central diferentes conceptos de la obra freudiana, intentando desarrollarlos, para constituir así una evolución de aquellos primeros descubrimientos del *padre del psicoanálisis*.

Jacques Lacan (1956/1984f) propone -a diferencia de ese intento evolucionista de los post-freudianos- un *retorno a Freud*. Convoca de este modo a que los analistas de su época realicen una relectura de los textos freudianos. Relectura guiada en base al argumento de que las nociones freudianas han sido sacadas de contexto: el carácter positivista con el que surgió el psicoanálisis transmutado en un intuicionismo; y la

particularidad del descubrimiento freudiano (el inconsciente) tergiversado. La propuesta lacaniana es, entonces, intentar restituir la perspectiva freudiana, que en su relectura permite esclarecer la diferencia con los desarrollos de los post-freudianos (Lacan, op. cit.).

Es necesario aclarar en este punto que el retorno a Freud que Lacan lleva a cabo, no se caracteriza por la mera reproducción de sus textos. Lacan realiza una lectura de Freud a la luz de los aportes de otras disciplinas que permiten -según su criterio- formalizar los conceptos psicoanalíticos. Esta formalización de los conceptos del psicoanálisis está al servicio de la matematización: tal es la característica principal que Lacan reconoce en las ciencias positivas, en las ciencias modernas (Lacan, op. cit.). La lógica, la matemática, la antropología estructural y -principalmente- la lingüística serán las disciplinas de las cuales Lacan se sirve para intentar resituar al psicoanálisis en el orden conceptual riguroso que Freud buscó imprimirle.

Ahora bien, ¿cómo produce Lacan ese retorno a Freud? Lo hace, fundamentalmente en un principio, desde la contribución que la lingüística moderna puede ofrecerle a la teoría y clínica psicoanalítica.

Diana Rabinovich (1986a) ubica que el retorno a Freud se produce a partir de la introducción de un axioma que es exterior al discurso freudiano, pero que lo fecunda de manera inédita, a saber: “*el inconsciente está estructurado como un lenguaje*” (Lacan, 1964/1987, p. 28). Esta afirmación que Lacan realiza a partir de la jerarquización de tres obras freudianas -*La interpretación de los sueños*, *La psicopatología de la vida cotidiana* y *El chiste y su relación con lo inconsciente*- le permite, a su vez, establecer el punto de referencia desde donde realizara su lectura de las obras completas de Freud (Rabinovich, 1986a).

Lo que Lacan (1956/1984f) encuentra en esos tres textos freudianos sobre las formaciones del inconsciente es que “[...] la dimensión en juego es la del significante [...]” (pp. 341), en tanto es este el elemento radical mediante el cual se estructura el lenguaje y -por tanto- el inconsciente en la vertiente que el axioma lacaniano lo presenta.

3.2 Lenguaje, significante y estructura

A partir de su axioma *el inconsciente está estructurado como un lenguaje* comienza a abrirse para Lacan una vía que le permite hacer lectura de la obra freudiana bajo los elementos que la lingüística y la antropología estructuralista le proporcionan (Rabinovich, 1986b).

Pero antes de introducir algunos de estos elementos fundamentales, es conveniente releer el axioma en cuestión, ya que este enuncia tanto una nueva perspectiva a ser estudiada, como también sus límites. Se lee nuevamente: *el inconsciente está estructurado como un lenguaje*. El adverbio *como* no ha sido introducido por Lacan en vano. Indica, principalmente, que *el inconsciente no es un lenguaje*. Indica por otro lado, que el lenguaje posee una estructuración, y que de manera análoga el inconsciente también está estructurado. Finalmente, en los desarrollos teóricos de Lacan se encuentra que lo común en la estructuración del lenguaje y del inconsciente son sus elementos diferenciales y las leyes que rigen su funcionamiento. Así, llegan al primer plano del interés del psicoanálisis los conceptos de *significante* -por un lado- y *metáfora* y *metonimia* -por el otro.

La noción de *estructura* que aquí entra en juego, donde los elementos diferenciales últimos y sus leyes de funcionamiento toman partida, es la de “[...] un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante [...]” (Lacan, 1956/1984c, p. 261).

Según Eidelsztein (2001b), la referencia al *conjunto* implica una colección de elementos que operan como un todo. Lo distintivo para el psicoanálisis, es que el todo que

conforma el conjunto de elementos significantes, en modo alguno remite a un todo completo. Es decir, el ser-hablante dispone de todos los elementos discretos que le permitirían nombrar todo lo existente en una lengua. Lacan (1960/1985, p. 786) propone para ello la denominación de “*batería significante*”. La distingue a su vez de la expresión “*tesoro del significante*” (Lacan, 1960/1985, p. 785), justamente para dar cuenta que toda lengua a su vez incluye una falta. “Tesoro” designa en sí mismo, la imposibilidad de la completud, la presencia de una falta.

Es por ello que al hablar del conjunto de significantes como estructura que responde a las leyes del lenguaje, queda incluida la noción de falta: “[...] siempre que se opera con el sujeto hablante la noción de no-todo es requerida [...]” (Eidelsztein, 2001b, pp. 50).

El otro término que la noción de estructura comporta, el carácter *co-variante del elemento*, hace mención a la posibilidad que tiene dicho elemento de adquirir su valor, no en sí mismo, sino por la combinación con otro. De allí se desprende que lo esencial es la combinatoria, la articulación de los elementos.

Por último, el elemento diferencial implicado en la estructura del inconsciente -en tanto estructurado como un lenguaje- es el *significante*. Mas aun: “[...] la noción de estructura y la de significante se presentan como inseparables [...]” (Lacan, 1956/1984c, pp. 262).

Lacan toma la noción de significante a partir del algoritmo que Ferdinand de Saussure introduce para el signo: significado Significante

Sin embargo, Lacan dará uso inverso a ese algoritmo, quedando S, lo cual se lee: Significante sobre significado (Lacan, 1957/1971b). s

Por que Lacan rompe con el algoritmo saussureano? Para demostrar que en la determinación del significado, el significante tiene una función activa. La barra que separa ambos términos también es subvertida en el esquema lacaniano del signo: deviene en una barrera que imposibilita, resiste la significación. La barra ahora remite a la represión freudiana por un lado, y por otro, a la inexistencia del sentido unívoco entre significante y significado. De esta manera se deniega al significante la función de representar el significado (Lacan, 1957/1971b, p. 478). Esto también puede apreciarse en tanto que las dos flechas que marcaban la relación unívoca entre el significado y el significante en el signo saussureano (es decir: el concepto en relación a su imagen acústica) desaparecen en la consideración lacaniana del mismo.

Norberto Rabinovich (2005a, p. 38) acentuó al respecto que “[...] El pasaje del signo al estadio del significante implica que el primero rompa su apego a ese ‘algo’ que significa; esa operación transmuta su naturaleza de signo en la de significante [...]”.

El significante pierde así su referente, la univocidad entre la cosa y la nominación.

Se puede pensar al significante como una especie de “*bolsa vacía*” (Rabinovich, 2005a, pp. 40) en la cual puede introducirse o de la cual se puede extraer una

significación. Esto dependerá, según el carácter co-variante, del elemento que lo suceda.

Lacan (1956/1984c, pp. 270-1) es radical al plantear que la definición del *significante*, “[...] es la de no significar nada, gracias a lo cual es capaz de dar en cualquier momento significaciones diversas [...]”.

El significante en tanto no significa nada, característica semántica del mismo, en tanto forma parte de la estructura del lenguaje, es un signo (elemento) que remite a otro. Adquiere su valor por oposición a otro significante (Lacan, 1956/1984b).

Sin embargo, una definición que abarque todos los aspectos del significante es incapaz de ser aprehendida por la propia lógica que le es implícita. No hay un significado que remita al significante como concepto. Por este motivo Lacan (1957/1971b, p. 481) introduce un nivel en el cual el significante sostiene su identidad.

Esto lo logra estableciendo que la materialidad del significante se recorta a partir de los

fonemas que componen su vocalizacion (Rabinovich, 2005a). Estos fonemas son los elementos diferenciales ultimos de la estructura del significante, se definen de un modo negativo, como “[...] pura diferencia fundada en la oposicion [...]” (Rabinovich, 1986b, p.25), lo cual evoca nuevamente su condicion relacional respecto de otro fonema (covarianza).

Se entiende entonces que el significante “[...] es la manifestacion material de una serie finita de fonemas, o sea, de los elementos diferenciales ultimos del lenguaje [...]” (Eidelsztein, 2001b, p. 53).

Concebidos como series de fonemas, los significantes toman la caracteristica de ser elementos discretos, de numero finito dentro de la bateria del significante. Esto da cuenta de lo que, para Lacan (1957/1971b), constituye una de las propiedades del

significante, que es la de “[...] componerse segun las leyes de un orden cerrado [...]” (p. 481): cada elemento (fonema) del conjunto adquiere su valor de acuerdo a la posicion que tome en el mismo, dando cuenta de una articulacion de esos elementos. Dicha articulacion esta regida por una combinatoria legal que se da en un orden sincronico y otro diacronico (Rabinovich, 1986b).

Entonces, es necesario establecer cual es esa legalidad segun la cual el significante es articulado; o mejor, cuales son las leyes del inconsciente en tanto estructurado como un lenguaje.

3.3 Metáfora y metonimia

Como se afirmo anteriormente, desde su texto sobre *La interpretación de los sueños*, Freud (1900/1979a) da cuenta de las leyes del inconsciente en su extension mas general: condensacion y desplazamiento.

De alli mismo, Lacan (1957/1971b) extrae las dos vertientes que fundamentan la incidencia que tiene el significante sobre el significado: *metáfora* y *metonimia*, respectivamente.

La condensacion, aparece siendo la estructura de sobreimposicion de los significantes, donde toma su campo la metáfora. En tanto que la otra vertiente, el desplazamiento -facilitando la figuracion de lo inconsciente en el sueno- da cuenta del uso del significante en los lazos de contiguidad que la metonimia demuestra (Lacan, 1957/1971b).

Estas dos leyes que posibilitan al significante su articulacion, con su correspondiente aspecto temporal -anticipacion y retroaccion-, son introducidas por Lacan (1956/1984) en el Libro 3 de su Seminario tras analizar un articulo del linguista Roman Jakobson sobre las afasias.

El mecanismo de la metáfora se funda en la *sustitución de posición*. *Sustitución de un significante por otro significante* (Lacan, 1957/1971b). La nocion de posicion es fundamental aqui, dado que el lenguaje mismo “[...] es un sistema de coherencia posicional [...]” (Lacan, 1956/1984e, p. 326). Por esta misma razon posicional es que la

metáfora supone una *similitud*, una identificacion entre los terminos que se sustituyen en virtud del mismo lugar que pueden ocupar en la sintaxis de un relato; identificacion que luego queda oculta por el propio efecto sustitutivo (Rabinovich, 1986b).

“[...] La metáfora opera sobre la reserva homonimica y homofonica del lenguaje [...]” (Rabinovich, 1986b, p. 31), lo cual delimita su legalidad al orden sincronico de la combinatoria significante. En el orden sincronico se inscriben esos elementos discretos dispuestos al ser-hablante para nombrar todo lo existente en una lengua: los fonemas. Estos elementos diferenciales ultimos de la estructura significante pueden presentar una similitud para nombrar cosas distintas (homonimia) o una similitud de sonido

(homofonia). De estas características se sirve la metáfora, en tanto que los fonemas permiten al significante que toma lugar en la cadena figurar el sentido del otro que ha sido sustituido. Para que esto suceda es necesario que pueda quebrarse radicalmente la ligadura del sonido con el sentido, permitiendo “[...] el ejercicio de la ley del equívoco del lenguaje [...]” (Rabinovich, 2005b, p. 125). El ejemplo más esclarecedor al respecto lo introdujo Freud (1901/1980a) en relación al olvido de los nombres propios (Signorelli).

En esta sustitución acontecida entre dos significantes es donde Lacan (1957/1971b) ve germinar

[...] la chispa creadora de la metáfora [...] Brota entre dos significantes de los cuales uno se ha sustituido al otro tomando su lugar en la cadena significante, mientras el significante oculto sigue presente por su conexión (metonímica) con el resto de la cadena [...]. (p. 487)

No obstante, para que la creación metafórica tenga lugar, es condición que haya la mayor disparidad entre los significados -cristalizados socialmente- de los significantes que se sustituyen (Lacan, op. cit.). De esta manera “[...] se ve que la metáfora se coloca en el punto preciso donde el sentido se produce en el sinsentido [...]” (Lacan, 1957/1971b, p. 488).

Esta frase da cuenta de la propiedad que tiene la metáfora de arrancarle al significante su pregnancia semántica establecida, para generar -con la sustitución- una nueva significación arbitraria o extraña a la anterior. Lacan (1956/1984e, p. 325) ejemplifica esta cuestión tomando la siguiente cita: “El amor es un guijarro que ríe al sol”, en donde la definición de diccionario de la palabra guijarro no podría ser jamás

asimilada a la de amor. Sin embargo, la frase entraña algún sentido: tal vez, que el amor *es alegría, es movimiento, es intrascendente*, etc.; y así se producirían tantas significaciones como personas que signifiquen la frase. Entonces, la posibilidad que introduce la metáfora es la del advenimiento de una nueva significación (Lacan, 1957/1971b).

A la luz de estas consideraciones, es posible leer la formalización que hace Lacan (op. cit.) sobre la estructura metafórica:

$$S'$$
$$f S \cong S (+) s,$$
$$S$$

indicando que se trata de la función significante en la cual la sustitución de un significante por otro significante produce un efecto de significación, lo cual es congruente con la transposición de la barra.

Esta fórmula será retomada en su acepción particular respecto del síntoma neurótico.

Si para la metáfora se ha distinguido su mecanismo de sustitución de posición de un significante por otro significante, para Lacan (op. cit.), en cambio, la metonimia regira al nivel de la *conexión de un significante a otro significante*:

$$f (S \dots S') S \cong S (-) s,$$

Tal es la formulación de la metonimia según Lacan (op. cit.). Implica la función que se inscribe en el orden de las relaciones de contigüidad, la concatenación de un significante con otro en la diacronía de la cadena, en el eje sintagmático horizontal. El signo (-) entre parentesis da cuenta de que en este caso no hay transposición de la barra, se trata aquí del incesante discurrir de un significante a otro significante para producir una significación, que se mantendrá siempre latente.

La articulación significante en la que se instaura la metonimia toma las

características propias de ese elemento: al faltar la referencia unívoca de un significante

a un significado, siempre hará falta remitirse a otro significante para inferir su significación. Esto es lo que Lacan (1956/1984e) intenta situar al plantear la promoción del detalle como equivalente del todo en el movimiento metonímico, “[...] produciendo la insistencia de la significación como alusiva [...]” (Rabinovich, 1986b, p. 30).

La alusión como característica de la metonimia da cuenta, en el simple despliegue de la concatenación significativa, de una nivelación del sentido, en contraposición a la chispa creadora de la metáfora (Rabinovich, op. cit.). Esto es lo que permite la equiparación de la metonimia con el desplazamiento freudiano. La *transferencia de valor* -transferencia del afecto en Freud (1900/1979a)- podrá realizarse hacia cualquier significante (representación para Freud), en tanto que un elemento necesita de otro -y así sucesivamente- para alcanzar la significación que siempre será esquivada. El enlace asociativo necesario entre las representaciones que han de producir el desplazamiento para la figuración del pensamiento inconsciente, se encuentra en el fundamento propio de la noción de significante y de metonimia.

Ahora puede advertirse lo que Lacan (1956/1984e) indica en lo tocante a la relación entre las dos leyes que estructuran el inconsciente: “[...] la metonimia es inicial y hace posible la metáfora [...]” (p. 327). Es que es solo al nivel de la diacronía, de la concatenación significativa y la unidad sintagmática que ella implica, en donde se podrá hacer *lectura* de la nueva significación que produce la introducción de un significante que sustituye a otro.

Esta noción de lectura se encuentra íntimamente ligada al proceder del psicoanalista en su trabajo terapéutico. Es decir, en su método de abordaje del síntoma neurótico en su práctica clínica.

3.4 El síntoma neurótico como metáfora

A partir de una cita tomada en el apartado anterior se puede realizar una articulación que permite resignificar lo dicho en otro momento del desarrollo de este trabajo. En cierto modo, tal será la función que introduce este apartado.

Se lee entonces, por un lado, que “[...] la metáfora se coloca en el punto preciso donde el sentido se produce en el sinsentido [...]” (Lacan, 1957/1971b, p. 488).

Por el otro lado, Freud (1917/1978b) decía que el síntoma se le presenta al neurótico como una idea sin sentido o una acción carente de fin, pero que por medio del trabajo analítico podría reconstruirse aquella situación del pasado en que la idea estaba justificada y la acción respondía a un fin. Esto quiere decir, ni más ni menos, que un sentido se produce allí donde aparecía un sinsentido.

Se entiende en esta primera aproximación que el concepto de metáfora puede extenderse más allá del dominio de la lingüística o de la retórica, dando cuenta también de una característica bajo la cual se presenta el fenómeno clínico del síntoma, en el cual se involucra algo que en apariencia es muy distante de las palabras: el cuerpo (delimitado por sus zonas erógenas), como lugar donde la pulsión se satisface.

Así es que Lacan (1957/1971b) establece que “[...] El mecanismo de doble gatillo de la metáfora es el mismo donde se determina el síntoma en el sentido analítico [...]” (p. 498).

Doble gatillo que implica, en el nivel de la cadena significativa, a) la *sustitución* de un significante por otro significante, y b) el *plus de significación* que ese movimiento posibilita, la creación de una significación nueva. El síntoma, entonces, se determina en este doble mecanismo que introduce la metáfora.

El primero de ellos, la sustitución de un significante por otro significante,

representa el mecanismo paradigmático bajo el cual Freud (1896/1981d y 1926/1979e) presentó en su obra al síntoma neurótico: el síntoma es, esencialmente, una formación sustitutiva de un compromiso y de satisfacción pulsional.

En tanto formación de compromiso, el síntoma se presenta como una solución en sí mismo (Brodsky, 1999), una respuesta mediante la cual soluciona el conflicto que se le presenta al enfermo entre las fuerzas represoras y las fuerzas reprimidas que pugnan por encontrar un medio de expresión en la conciencia.

En palabras de Lacan (1956/1984a), “[...] el material vinculado al antiguo conflicto es conservado en el inconciente a título de significante en potencia, de significante virtual, para poder quedar capturado en el sentido del conflicto actual y servirle de lenguaje [...]” (p. 173).

El síntoma en esta versión da lugar a la expresión de esas fuerzas reprimidas en tanto aparezcan desfiguradas al pensar consciente, ya que de otra manera serían inadmisibles. Esa desfiguración, se recuerda, está a manos del proceso primario que permite -una vez escindidos el monto de excitación de la representación a la que estaba adherido- desplazar y condensar a través de diversas representaciones la energía que había sido liberada a partir del mecanismo defensivo de la represión. Entonces, la sustitución de las representaciones a las cuales se va adherir el monto de excitación extirpado de la original es lo que Lacan (1957/1971b) ubica en el “primer gatillo” de la metáfora en tanto un significante se sustituye por otro significante al nivel de la cadena. Entran en juego aquí ambos niveles de transposición de la energía psíquica, el desplazamiento (diacronía, nivel horizontal de la cadena significativa) y la condensación (sincronía, nivel vertical de las series de significantes que tiene el ser-hablante a su disposición en la batería significativa para sustituir por homofonía y homonimia).

El síntoma en su característica sustitutiva de una satisfacción pulsional interceptada concierne también al síntoma entendido como metáfora: allí donde una pulsión es frustrada en la satisfacción original que exige, aparece el síntoma sustituyéndola. Lacan (op. cit.) considera que el elemento sustituido en la cadena es un significante que se encuentra en relación al enigma del trauma sexual. Según se ha desarrollado anteriormente en este trabajo, lo traumático sexual es aportado por una pulsión a la cual el yo le resulta inadmisibles darle vía libre para su satisfacción. El síntoma, haciendo uso significativo de la carne y las funciones yoicas, se procura la satisfacción sustitutiva -metafórica- de la pulsión sexual. Entonces, distintas partes del cuerpo o bien ciertas funciones yoicas (como por ejemplo, la función sexual, la alimentación, la locomoción y el trabajo profesional) pueden estar comprometidas como elementos significantes, en tanto tengan un nexo íntimo con ese enigma que representa la sexualidad en tanto traumática, tal como Freud (1894/1981b) lo había aprehendido. El “segundo gatillo” de la metáfora, se dijo, refiere a la significación que la metáfora produce por su efecto sustitutivo.

Esto puede ser entendido en la vertiente de que, en tanto un elemento aparece en la cadena significativa en sustitución de otro, *eso, quiere decir algo*. Se trata de la propiedad más elemental del significante, que es la intención de significantizar, la de convocar siempre a una significación (Lacan, 1956/1984c).

Brodsky (1999) encuentra aquí otra particularidad que presenta el síntoma en tanto metáfora: es un mensaje que se encuentra cifrado (mediante la estructura significativa), pero en tanto mensaje implica la direccionalidad hacia un receptor, que en este caso se tomara el trabajo de descifrarlo: el analista. En reglas generales, bajo estos preceptos se puede hacer inteligible que un paciente se dirija a un psicoanalista para

interrogarle sobre el enigma de su padecimiento.

Esta misma reflexion es la que hizo Sigmund Freud (1917/1978c) mucho tiempo antes, aun sin contar con los elementos que la linguistica le hubiese ofrecido para formalizar sus enunciados, cuando establece su tesis de que los sintomas comportan un sentido -el cual se encuentra en relacion con el vivenciar mas intimo del neurotico- y que el analista trabaja para develar ese sentido.

Ahora bien, .como se presenta el efecto metaforico de la significacion en el caso del sintoma? Lacan (1957/1971b) aclara que esa significacion que surge por la sustitucion del significante del enigma del trauma sexual a manos de otro significante se fija en el sintoma como “[...] significacion inaccesible para el sujeto consciente [...]” (p. 498). Aqui no operan la agudeza del chiste ni la creacion poetica, casos en los que la significacion se revela en el propio orden significante de la cadena. Lo que opera en el sintoma, dejando inaccesible la significacion de la metafora, es la represion (Rabinovich, 1986b). Sin embargo, .como se ha de anoticiar que una sustitucion significante tuvo lugar en la produccion del sintoma?, .como puede pensarse aqui al sintoma como un significante que sustituye al significante del enigma sexual, si la significacion permanece inaccesible para el paciente? La referencia que se tiene para poder dar respuesta a estos interrogantes es, nuevamente, que un significante es localizable a lo largo de una cadena significante -el relato del paciente- en tanto convoca siempre a una significacion, que a su vez requiere a otra significacion, etc. Pero esto no es un dato de entrada para el sintoma en los inicios de un analisis, sino que el mismo adquirira su condicion significante en tanto produzca una significacion no constituida hasta el momento, inesperada para el paciente. No una significacion cualquiera, sino una que lo involucra intimamente en ese padecer sintomatico que le era extrano. Recien aqui, trabajo analitico mediante, puede pensarse que el sintoma adviene en significante

y que su efecto sustitutivo produce la significacion que da cuenta de la operatoria de la metafora. La nueva significacion conduce al paciente al sentido de su sintoma, en donde “[...] Su historia, toda su anamnesis esta implicada [...]” (Lacan, 1958/1999, p. 474).

La significacion a la cual remite el sintoma data, en este punto, de las escenas en las que se sostiene el mismo, la realidad psiquica que lo determina, la verdad subjetiva a la cual el psicoanalisis da lugar para su despliegue. Verdad que solo puede ser producida por el paciente en el dispositivo analitico, en tanto habita en el como un saber no sabido.

En este punto se puede introducir una diferenciacion fundamental, en tanto marca el estatuto del sintoma con el que se trabaja en psicoanalisis. El sintoma en su funcion significante, capaz de introducir una significacion, es decir, el sintoma como metafora, es aquel que fue puesto en forma para trabajar con el mediante el dispositivo analitico. El sintoma en esta vertiente es el *síntoma analítico*, el sintoma como formacion del inconsciente estructurado como un lenguaje, descifrable en la medida que se tome como fundamental la estructura significante y las leyes que la determinan. Lo que constituye al sintoma como analitico, en definitiva, es la conviccion del paciente de que el sintoma es capaz de decir algo (Nocera, 2005).

En contraposicion, el sintoma que conlleva una interpretacion por parte del paciente, previa al momento de realizar la consulta psicoanalitica, es considerado como *síntoma ordinario* (Nocera, op. cit.). El sintoma en esta vertiente es un significado, que implica un abrochamiento del significante sustituto que aparece en la cadena significante y su significacion inconsciente. Esto es producido por obra de la sintesis yoica. El yo, al verse amenazado por la presencia de ese “cuerpo extrano” que representa el sintoma intenta asimilarlo a su estructura, utilizarlo de algun modo a su favor, de manera tal que pueda convertirse en egosintonico (Freud, 1926/1979e). Esto lo

logra en la medida de que pueda darle un sentido, lo mas alejado posible de su implicacion personal continuando con el movimiento defensivo. En definitiva, “[...] es tambien una invencion del sujeto como respuesta a lo imposible [...]” (Nocera, 2005, p.175) de tramitar de la sexualidad como traumatica.

Resumiendo: el sintoma neurotico, tal como Freud lo ha definido, puede ser releido desde Lacan como metáfora en tanto el mecanismo de sustitucion ha operado, produciendo una significacion de la que el paciente solo puede anoticiarse a partir de dirigirsela a un analista en forma de enigma y que ese analista dirija sus intervenciones fundamentalmente desde el marco de una clinica de la escucha, en la cual el nexo intimo

con el vivenciar del paciente pueda ser develado. En definitiva, que la verdad que entrana al sintoma pueda ser restituida.

4.EL CUERPO AFECTADO POR EL SIGNIFICANTE Y SUS LEYES: UNA PRESENTACIÓN CLÍNICA

4.1 El caso María

María se presenta como habiendo sido bulimica. Dice que siempre tuvo problemas con la comida; que desde chica empezó a hacer dietas. Ella era la diferente porque siempre se preparaba una comida distinta a la que comían sus padres y sus hermanos.

Pero comenzó a vomitar en una provincia argentina, donde cursaba la carrera de nutrición. Ella vivía hasta terminar el secundario con su familia en un país limítrofe. En ese entonces decide estudiar nutrición y quiere hacerlo en Bs. As., ya que sus amigas iban a estudiar allí. Pero sus padres se oponen y la mandan a una provincia. El motivo por el cual no querían que vaya a Bs. As. era que no les gustaba una de las amigas de María con la cual ella pensaba compartir el departamento. La paciente dice que sus padres son muy católicos, que su hermano es cura y que su madre es muy prejuiciosa y piensa que esta amiga es poco santa. En realidad el prejuicio es contra la madre de esta chica, debido a que se separó y se volvió a casar.

De esta manera termina yendo a estudiar a esa provincia sin quererlo pero sin poder oponerse a la decisión de sus padres.

Después de un tiempo comienza a vomitar, y llega a estar muy mal según sus palabras. Con respecto a provocarse el vómito, dice que llegó a deformarse los dientes por introducirse los dedos en la boca. Luego decide volver a su país de origen y allí realiza un tratamiento psicológico durante un año. Dice que le costó mucho dejar de vomitar y que incluso en algunos momentos vuelve a hacerlo.

Luego se viene a Bs. As. a estudiar y se va a vivir con la amiga antes mencionada.

Durante los primeros siete u ocho meses de tratamiento la paciente va relatando esta historia y hablando de sus peleas con su padre y con su novio.

También comenta que ella es extremadamente organizada como su padre que necesita organizar todo su día de antemano, saber que va a comer y a qué hora. Por ejemplo que ella “toma la leche” en su casa y a las cinco de la tarde. Si por alguna razón no puede hacerlo, se desespera y muchas veces termina descontrolándose con la comida y vomitando.

Durante ese tiempo de tratamiento los lapsus que eran señalados por el analista no iban más allá de un “me equivoque” de la paciente. En una entrevista después de siete u ocho meses dice: -“vacaciones de primer año del secund..., de la facultad”. Se le pregunta por las vacaciones de primer año del secundario y dice que no se

acuerda de esas vacaciones. Luego recuerda una escena: ella iba a la panadería a comprar pan y cuando volvía comiendo una galleta, se levanta la remera, se mira la panza y se ve gorda por primera vez.

Después del relato de este recuerdo, la paciente falta a algunas entrevistas avisando previamente. Luego, se va por las vacaciones de invierno y cuando vuelve, falta nuevamente a dos entrevistas, pero esta vez sin avisar.

A la siguiente entrevista viene diciendo: “tenía vergüenza, quería llamar pero me daba vergüenza, porque las otras sesiones no te avise que iba a faltar”. Se le dice que ella puede faltar, pero que tiene que pagar las sesiones que falta. A partir de esto, se alivia muchísimo.

Dice que se siente atada a su novio y que tiene miedo a estar sola y a tener ganas de comer. Asocia estas ganas de comer con la provicia. Dice: -“me iba a la panadería y me comía todo”.

Se le piden asociaciones con ir a la panadería y dice: “Cuando iba a comprar pan para mi mamá”. Hasta ese momento no había asociado la panadería y el comprar pan con su mamá.

Cuenta que cuando estaba en la primaria, mientras los padres dormían la siesta, ella se iba a la cocina a comer la miga del pan. Luego de esto dice que tomó la mamadera hasta primer grado. Recuerda una escena de cuando tenía seis años: estaba escondida atrás de una cortina tomando la mamadera y le daba vergüenza porque en su casa había una amiga de la escuela.

Agrega que coincidentemente para esa época, su mamá, que era la que le preparaba la mamadera, empezó a trabajar; por lo que fue su padre quien comenzó a preparársela. Como no le gustaba como su padre preparaba la mamadera, dejó de tomarla. Le empezó a dar asco la leche. Hasta que en el secundario volvió a tomar la leche, por supuesto en una taza, a las cinco de la tarde y preparada por ella.

En otra sesión, María recuerda que cuando era chiquita, antes de los seis años, tomaba la mamadera encima de la panza de la mamá y que para dormirse se chupaba el dedo, pero de tal manera que terminó deformándose; su mamá estaba muy preocupada porque tenía miedo que se le deformaran los dientes.

En la sesión siguiente dice: “estoy muy mal porque se me perdió la virgen niña”.

Luego aclara que se le perdió una medallita de la virgen niña que le había regalado el novio. Agrega que en su adolescencia ella siempre le hablaba y le pedía a esa virgen. Comenta también que de chica hablaba con su mamá, pero que después no pudo hablar más con ella porque era muy prejuiciosa. Se le pregunta cuando dejó de hablar con su mamá. Lo sitúa para las vacaciones de primer año de la secundaria. Cuenta que en esas vacaciones su madre sufrió mucho. El 5 de enero de ese año murió su abuela y el 10 su abuelo, es decir, los padres de su madre.

Además, recuerda que en esas mismas vacaciones, ella se fue a un campamento que organizaban unas monjas y allí se indispuso por primera vez. Dice que cuando volvió a la casa y le contó a su madre, esta última dijo: “Ay, pobrecita”.

El analista dice: “Ay, pobrecita, ya es una mujer”. A partir de eso, María cuenta que su mamá se casó embarazada a los 20 años. Que esto fue un secreto hasta julio del primer año de facultad, vacaciones de invierno de primer año de facultad (cuando estudiaba en la provincia).

Ella se entera porque era el aniversario de casados de sus padres y la esposa de un hermano hace notar que la edad del hijo mayor revela que el embarazo fue anterior al casamiento, un secreto que nadie sabía, pero que estaba al alcance de la mano para saber.

Cuando Maria le pide explicaciones a su padre diciendole que por que la habian jodido tanto con la religion y con que no tuviera relaciones sexuales antes de casarse, el le responde que cuando la madre quedo embarazada esa vez, no hubo penetracion. Se le pregunta cuando empezo a vomitar y dice bastante asombrada: "El 2 de agosto de ese ano". Unos dias despues de enterarse de este secreto.

El analista interviene: ".Se te perdio la virgen nina?". Corte de la sesion.

En la continuidad de su analisis, Maria comenzara a decir sobre sus relaciones sexuales con su novio en las cuales hasta el momento no se cuidaba (refiriendose a la posibilidad de quedar embarazada o no), lo que implicara que empiece a tomar pastillas anticonceptivas.

Con respecto a la bulimia, queda limitada a ciertos momentos muy especificos que son cuando ella regresa de visitar a sus padres . Dira: "Vuelvo a Bs. As. me como todo y vomito la angustia. Despues ya estoy bien".

4.2 De la bulimia al vómito de la angustia: ¿qué metaforiza el síntoma?

La lectura que este caso permite se abordara a partir de los conceptos teoricos que se han desarrollado a lo largo de este trabajo.

Se intentara desmenuzar el recorte clinico de manera tal que los aspectos fundamentales del sintoma entendido como metafora puedan ser pesquisados. Sin embargo, debera tenerse en cuenta que, al tratarse de un recorte clinico, solo podra realizarse una lectura tambien recortada, supeditada a los fragmentos del material que el analista tomo para presentar ese caso en forma de Ateneo.

Maria, como nombra el analista a la paciente en su recorte clinico, se presenta dando cuenta de un padecimiento que se enmarcara dentro del llamado motivo de consulta manifiesto, esto es, por lo que ella dice querer iniciar un tratamiento. La paciente se hace lugar en la consulta a traves de su sintoma: la bulimia.

La bulimia implica -para esta paciente en particular- tener problemas con la comida, hacer dietas desde chica, elaborarse comidas diferentes a la del resto de la familia. Podria pensarse que a partir de su sintoma Maria intenta diferenciarse de su familia, delimitando un padecimiento que la individualiza.

De esta manera, se define a la bulimia como el sintoma ordinario, en tanto padecimiento aun no descifrado por el analisis. Asi, la bulimia comporta una explicacion producida por la sintesis yoica ante la presencia de un cuerpo extrano, punto del sintoma en el que aparece sin sentido. Dicha explicacion es entendida como el significado que la paciente cristaliza intentando tramitar el displacer de ese sin sentido -enigmatico- que el sintoma conlleva. El material vinculado al conflicto inconsciente queda de esta manera "[...] capturado en el sentido del conflicto actual [...]" sirviendole de lenguaje, segun palabras de Lacan (1956/1984a, p. 173).

Freud (1926/1979e) enuncio que el sintoma es sustituto de una satisfaccion pulsional interceptada, que presta su fuerza a la formacion del sintoma neurotico.

A partir de la ilacion de pensamientos que Maria comienza a desplegar refiriendose a su sintoma, se lee como en la metonimia significante -el relato de la paciente- irrumpe un fallo del discurso, senalado por el analista. Tal falla discursiva, entendida como lapsus, deja entrever la oportunidad que tiene el saber inconsciente de

producirse, ahi donde el trabajo analitico comienza a formalizarse. El lapsus de la paciente puede ser tomado por ella mediante el despliegue de un recuerdo, y no ser desestimado -como en otras oportunidades sucedio- mediante un "*me equivoqué*".

"*Vacaciones de primer año del secun..., de la facultad*", se erige como lapsus

-formacion del inconciente- que permite el advenimiento de un recuerdo asociado: “*ella iba a la panadería a comprar pan y cuando volvía comiendo una galleta, se levanta la remera, se mira la panza y se ve gorda por primera vez*”. En las diversas escenas que el recuerdo suscita podría ubicarse la satisfaccion de una pulsion -la oral- como diferente de la cancelacion de la necesidad biologica de la alimentacion. Pulsion, como fuente energetica, que parcialmente se satisface en el apuntalamiento de una zona privilegiada del cuerpo, constituyendo aqui a la boca como zona erogena.

.Como es posible recortar esta satisfaccion pulsional en el caso de Maria? Una respuesta hipotetica que se puede ensayar es que la paciente senala un comer *más allá* de la necesidad de alimentarse cuando dice “*me iba a la panadería y me comía todo*”. Aqui se puede pensar el apuntalamiento de la pulsion oral sobre la necesidad biologica de la alimentacion que circunscribe un mas alla de la cancelacion del estimulo del hambre, al mismo tiempo que se independiza de este exigiendo su satisfaccion. Al quedar al descubierto el modo de satisfaccion de esta pulsion, la paciente falta a las sesiones siguientes y toma lugar la verguenza. Aqui se puede entender a la verguenza como indicio de la defensa ante el develamiento de esa modalidad de satisfaccion. Verguenza que, por otra parte, puede ubicarse en otra escena recordada de la paciente: “[...] *cuando tenía seis años [...] estaba escondida atrás de una cortina tomando la mamadera y le daba vergüenza porque en su casa había una amiga de la escuela*”. La verguenza puede pensarse aqui como el primer dique que la defensa opuso a la satisfaccion, configurando un sintoma primario de la enfermedad, en donde el sentimiento vergonzoso puede facilmente ser tomado dentro de un primer tiempo de bienestar psiquico aparente. De hecho, este sintoma primario se origina cuando aun no se encuentra desencadenada la neurosis propiamente dicha.

Las diferentes escenas del relato en donde se puede ubicar a la pulsion oral satisfaciendose confluyen en una escena primaria, “*antes de los seis años*”: “[...] *tomaba la mamadera encima de la panza de la mamá y para dormirse se chupaba el dedo [...]*”. A una escena primaria asi, Lacan (1951/1971a) la denomina *matriz imaginaria*. Aqui es posible inferir que se trata de un momento en la vida de Maria en el que se ha puesto en juego una particular satisfaccion, sostenida por un lado en el

chupeteo de su dedo y de la mamadera (cuestion que la tranquilizaba al punto de hacerla dormir), y por el otro lado por estar a merced del cuidado del objeto primordial de amor: la madre. Satisfaccion doblemente apuntalada, que permitiria recortar a la boca como zona erogena privilegiada desde donde parte y hacia donde vuelve la pulsion para obtener su satisfaccion.

Ahora bien, es sabido que una satisfaccion asi es denegada por el yo a partir de su arreglo a la moral y a la realidad del mundo exterior -que marcan sus vasallajes. Se infiere que en este caso la moral toma preponderancia, dado que el recuerdo de un vivenciar infantil donde tuvo lugar una satisfaccion asi se resignifica -una vez alcanzada la madurez genesica- como sexual, adoptando el caracter inconciliable para el yo, que en el caso de Maria se encuentra subordinado a una serie de preceptos religiosos tomados de los dichos maternos.

De esta manera, el yo encuentra motivos suficientes para poner en marcha el mecanismo defensivo intentando sustraerse del displacer que la representacion inconciliable conlleva por lo que el recuerdo despierta.

Aqui, siendo un sintoma la formacion del inconciente que toma lugar representando la satisfaccion pulsional interceptada, el mecanismo defensivo que se emprende es el del *esfuerzo de desalojo* de la representacion ligada con la satisfaccion pulsional (la escena primera, rememorada mediante el trabajo analitico). Entonces, la

represion es la modalidad defensiva emprendida por el sujeto.

.Como opera la represion en el caso de Maria? Se infirio como matriz imaginaria a la escena que data del chupeteo de Maria sobre la panza de su madre, en tanto alli se juega un monto hipertrofico de satisfaccion pulsional. Sobre esa escena primaria, entonces, recaera la represion, produciendo la escision del monto de excitacion -la pulsion oral- de la representacion -la escena- a la que se encontraba adherida.

.Cual sera el camino que toma ahora esa energia liberada por el proceso represivo? Freud (1894/1981b), desde los inicios de su ensenanza, advierte que debera buscar otro empleo. La pulsion no se acalla, su caracteristica constante que fuerza al trabajo del aparato psiquico asi lo enuncia.

La pulsion oral interceptada por obra de la represion cae bajo el imperio de los procesos inconscientes y sus leyes -proceso primario / condensacion y desplazamiento-, que tienen como finalidad producir la descarga de la energia libre de acuerdo al

principio de constancia. Esto se gestionara en tanto la pulsion pueda ser ligada a otra representacion, a otro significante, por el cual se pueda sustituir en el orden diacronico de la contiguidad o en el sincronico de la homofonia y homonimia mediante la superposicion de significantes. De esta manera el aparato animico se vale de un significante como bolsa vacia al cual se le adhiere la suma de excitacion anteriormente liberada, aportandole asi el nexa con el significante reprimido y evocando a mas de una significacion. Se encuentra de este modo una via para figurar la satisfaccion pulsional, pero por medio de la sustitucion significativa.

En el caso de Maria encontramos una vasta concatenacion de recuerdos que contienen elementos que se sustituyen unos a otros por operatoria del desplazamiento y la condensacion, metonimicamente y metaforicamente. Se puntuaran solo algunos de estos elementos.

Con ese fin, se vuelve al lapsus tomado anteriormente donde se encuentra que "*vacaciones de primer año del secundario*" esta multiplemente determinado: por un lado, aparece asociado a la primera vez en que ella se ve gorda, ocasion en la que volvia de la panaderia comiendo una galleta. Por otro lado, con el correr de las entrevistas en las que Maria continua realizando asociaciones sobre ese primer recuerdo, la paciente lleva a su analisis una preocupacion: "*estoy muy mal porque se me perdió la virgen niña*", enunciado que remite a la relacion con su madre, a quien considera prejuiciosa, lo cual -a su vez- lleva a Maria a dejar de hablarle. A partir de la intervencion del analista aparece nuevamente "*vacaciones de primer año de la secundaria*", esta vez como significante anudado a su menarca y el consabido dicho materno ("*Ay, pobrecita*"), lo cual da lugar -nueva intervencion del analista mediante- a que Maria lo enlace al develamiento del secreto familiar ocurrido en sus "*vacaciones de primer año*", esta vez de sus estudios facultativos. Para su sorpresa, la paciente puede ahora establecer la contiguidad entre el enterarse del secreto y el comienzo de sus vomitos. Sorpresa que testimonia la restitucion del nexa entre estos dos acontecimientos tan cercanos en el tiempo. Nexa restablecido que ahora le permite acceder a un saber subjetivo sobre su padecimiento que hasta entonces habia permanecido como no sabido, coartado por la represion.

Otro ejemplo del tramado significativo mediante el cual se erigio el sintoma lo presenta un elemento que aparece ya en el primer recuerdo que Maria produce en su analisis: "*panadería*". En ese recuerdo se puede inferir que ha tomado partida la figuracion de lo traumatico por medio del desplazamiento. Alli "*panadería*" aparece en

el relato casi como un dato accesorio al recuerdo de la primera vez en que la paciente se vio gorda. Se infiere que ha operado el desplazamiento porque se ha producido un corrimiento del acento psíquico, poniendo en el centro de la escena al “*verse gorda*” y dejando a “*panadería*” como un elemento circunstancial en la oración, elemento que, sin embargo, comporta también una sobredeterminación.

Cuando en el relato de María aparece nuevamente el término “*panadería*”, el analista pide asociaciones respecto de él, y lo que viene luego da cuenta -en una lectura retroactiva- de su carácter significativo: la paciente rompe con el significado de la palabra y lo asocia a “*comprar pan para mi mamá*”. “*Panadería*” se coloca sigilosamente en la cadena asociativa en lugar de una serie de recuerdos aun mayor y que remonta a escenas de la niñez de la paciente. Toma lugar ahora en el recuerdo consciente, una vez descifrada esa sustitución, nuevamente la vergüenza asociada a tomar la “*mamadera*” en presencia de su amiga de la escuela.

Se continuara solo un poco más en la línea asociativa del relato: ¿qué estatuto tiene el elemento “*mamadera*” respecto del síntoma en el caso de María? Sin dudas tiene, este también, estatuto de significativo. “*Mamadera*” puede concernir tanto a una madre, a la alimentación, al chupeteo, como así también tomar lugar en el relato del recuerdo de los seis años *condensando* en un solo elemento la escena que se hipotetizo como primaria, en donde la satisfacción de la pulsión se ha fijado a la zona oral. Esa matriz imaginaria donde se apuntala la satisfacción de la pulsión oral a una parte del cuerpo privilegiada -la boca- se constituirá como el modelo en el que confluirán las diversas escenas que repiten esa modalidad de satisfacción. Por otro lado, al fijarse en esa zona del cuerpo un alto monto de excitación, producirá una modificación de la función nutritiva, alterándola. Se entiende aquí que el “trastorno de la alimentación” -como entidad nosológica en la que se enmarca la bulimia- se produce en tanto la parte del cuerpo comprometida en el síntoma mantiene un nexo íntimo a través de la asociación significativa con la representación inconciliable, tal como Freud (1894/1981b) lo transmitió hace ya 113 años.

Para finalizar, se puede pensar en el significativo “*Mamadera*”, en los elementos diferenciales últimos que lo componen, a saber, los fonemas ma-ma-de-era (era-de-mama)

para ubicar “[...] la estructura esencialmente localizada del significativo [...]” (Lacan, 1957/1971b, p. 481). Se configura de este modo “*mamadera*” como significativo privilegiado, significativo sobre el que recae lo enigmático del trauma sexual. “*Vómito*”,

“*me como todo*”, “*iba a la panadería*”, “*comprar pan para mi mamá*”, aparecen asociados entonces al significativo “*mamadera*” en su descomposición “era-de-ma-ma”. De esta manera, es posible hipotetizar que el significativo “*Mamadera*” aparece sustituido -figurado- por el significativo “*vómito*”.

Esta sustitución significativa posibilita al final del recorte clínico que el síntoma tome un nuevo estatuto en tanto síntoma analítico, es decir, el síntoma puesto en forma a través del trabajo analítico. Este síntoma conlleva ahora una nueva significación: el vómito está en relación a la angustia. Cuando regresa de visitar a sus padres dirá: “*vuelvo a Buenos Aires, me como todo y vomito la angustia. Después ya estoy bien*”. Partiendo desde el síntoma ordinario de la bulimia hasta llegar al punto en que ya no se vomita comida, sino angustia, el trabajo sobre el síntoma devela la verdad subjetiva respecto de ese padecimiento que en el comienzo del tratamiento era indeterminado. En el punto en que el recorte clínico finaliza, se vislumbra un cambio de posición subjetiva de María respecto de lo que en un principio la aquejaba. Ahora María se encuentra implicada subjetivamente en el síntoma que padece, como sujeto del

inconsciente entre los significantes que la determinan.

5. CONCLUSIONES

En este apartado se intentara dilucidar si a lo largo del desarrollo de la presente investigacion se han arribado a los objetivos planteados en el inicio del mismo. Respecto de esos objetivos, en reglas generales se han alcanzado a desarrollar en amplitud. El concepto de metáfora que toma Lacan primero para dar cuenta de la legalidad de la estructura signifiante y luego para conferir la característica del sintoma psicoanalítico, ha sido desarrollado en su mayor amplitud, así como también las diversas características bajo las cuales el sintoma puede ser descrito desde la referencia siempre vigente del padre del psicoanálisis, Sigmund Freud. Este punto fue ilustrado con la apoyatura de un recorte clínico al que se accedió durante la residencia en una institución de asistencia y docencia en psicoanálisis”, en el marco de un Ateneo Clínico allí brindado.

Por otra parte se introdujo al lector en la importancia que el trabajo sobre el sintoma conlleva a lo largo de un análisis, en tanto el sintoma ordinario con el cual se presenta el paciente en los inicios de un tratamiento ha sido puesto en forma de manera tal de que se pueda trabajar con el psicoanalíticamente. Esto es, que el sintoma transmute su naturaleza de signo (como significado que remite a una cosa o causa) en la de signifiante, mediante la cual pueda abrirse a su sobredeterminación.

Así mismo, se encuadro al psicoanálisis dentro de una clínica de la escucha que da lugar a la producción de un saber que es particular de cada sujeto, a contraposición de la clínica de la mirada llevada a cabo por la psiquiatría. Respecto de este mismo tema, se puntuo a la interpretación como la herramienta técnica más propicia para abordar al sintoma neurótico como metáfora en la dirección de una cura. Esta herramienta posee su especificidad en psicoanálisis y apunta a la restitución del saber inconsciente como verdad subjetiva.

Sin embargo, es preciso señalar que el uso de la interpretación en psicoanálisis se encuentra subordinada a un concepto que no fue desarrollado en este trabajo: la transferencia.

Llegado el momento de cierre de este trabajo es necesario establecer sus alcances y sus límites respecto de un tema central como lo es el sintoma para la clínica psicoanalítica.

Lo que aquí se ha desarrollado es el recorte de la cara descifrable del sintoma, la composición signifiante del mismo, en tanto retono de un inconsciente estructurado como un lenguaje.

Sin embargo, la conceptualización del sintoma según el marco teórico psicoanalítico freudiano-laciano lejos está de agotarse en esta concepción del sintoma como metáfora.

De hecho, en años posteriores a que Lacan (1957/1971b) establezca que “[...] El mecanismo de doble gatillo de la metáfora es el mismo donde se determina el sintoma en el sentido analítico [...]” (p. 498) este mismo autor desarrolla un concepto que va a tener incidencia directa sobre la temática del sintoma. El concepto en cuestión es el de metáfora paterna, implicando el modelo sobre el cual -una vez establecida esta- va a poder producirse toda metáfora posterior. O sea, que la producción de un sintoma, lapsus o cualquier otra formación del inconsciente cifrada metafóricamente presupone que la metáfora paterna opero previamente. Por otro lado, la metáfora paterna se encuentra en íntima relación respecto de los desarrollos freudianos sobre el complejo de Edipo y el complejo de castración. Resulta evidente que ante la luz de estas

consideraciones el análisis del caso de Maria habría tomado connotaciones mucho más amplias.

Por otro lado, encontramos que tanto Freud como Lacan han iniciado sus estudios desde lo que podría llamarse “la envoltura formal del síntoma”: la vertiente significativa y descifrable del mismo. Pero lo que les ha ocurrido también a ambos es que en un punto de su teorización se han encontrado con la imposibilidad de franquear un obstáculo que presenta el síntoma desde esta vertiente y que lo diferencia del resto de las formaciones del inconsciente: su inercia, su insistencia, la resistencia que el mismo presenta a los fines de la cura (Kruger, 1998). Esta cuestión ha sido introducida sintéticamente en la caracterización que Freud hace del síntoma en tanto satisfacción sustitutiva; satisfacción que conlleva un padecer, que resulta paradójica.

Lacan se ocupará de este tema fundamentalmente al introducir la cara real del síntoma, lo incurable que el comporta y que se encuentra envuelto por la formalidad del significativo que se ha desarrollado en su versión metafórica.

Entra en juego aquí el concepto de goce en la teoría lacaniana para dar cuenta del núcleo irreductible del síntoma. Goce es la forma en que Lacan rebautizó a la satisfacción pulsional que Freud había descubierto en los síntomas neurotóticos (Kruger, 1998). Y esta es una noción que para la aprehensión del síntoma en el sentido psicoanalítico del término resulta indispensable.

A partir de estos argumentos se propone lo siguiente: entender la temática del síntoma en psicoanálisis como una estructura, un conjunto de elementos (significante, metáfora, sustitución, cuerpo, significación, pulsión, etc.) caracterizados por la covarianza.

Así entendido, la introducción de un nuevo término como es el “gocce” en el conjunto que podría denominarse “síntoma en psicoanálisis” determinará, por el carácter co-variante de los elementos, una nueva combinatoria que producirá una nueva significación respecto del conjunto mencionado.

Esto no invalida la concepción del síntoma como metáfora, en tanto tiene su preponderancia fundamentalmente en los movimientos iniciales de un análisis. Pero si su valor se torna relativo respecto de la noción general del fenómeno, por la inclusión del nuevo elemento.

.Cual será el valor que adquiere ahora el síntoma en su vertiente de goce?,

.modifica esta concepción algo en lo tocante a la dirección de la cura en psicoanálisis?

Preguntas que quedarán abiertas para ser respondidas en una próxima investigación.

De todos modos este trabajo ha dejado un gran saldo a favor para su autor en tanto implicó la necesidad de una lectura exhaustiva y un manejo más riguroso de los conceptos psicoanalíticos abordados, marcándole un camino para el proseguir de su formación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV*. Barcelona: Masson Editores.

Breuer, J.; Freud, S. (1978). Estudios sobre la histeria. *Obras completas*, Tomo II (pp.1-194 ; 261-309). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1893).

Brodsky, G. (1999). *La solución del síntoma*. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Cosentino, J.C. (1994a). La neurosis de defensa: el retorno de lo reprimido.

Construcción de los conceptos freudianos (pp. 40-53). Buenos Aires: Manantial.

- Cosentino, J.C. (1994b). El trabajo del sueño. *Construcción de los conceptos freudianos* (pp. 55-66). Buenos Aires: Manantial.
- Cosentino, J.C. (1994c). El trabajo de interpretación. *Construcción de los conceptos freudianos* (pp. 67-80). Buenos Aires: Manantial.
- Cosentino, J.C. (1994d). Ganancia de la enfermedad: síntoma. *Construcción de los conceptos freudianos* (pp. 169-81). Buenos Aires: Manantial.
- Eidelsztein, A. (2001a). Un abordaje lógico de las estructuras clínicas. *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Volumen 1* (pp. 11-43). Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2001b). El objeto *a* y el intervalo: una clínica “mas allá del padre”. *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Volumen 1* (pp. 44-58). Buenos Aires: Letra Viva.
- Freud, S. (1978a). Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas*, Tomo VII (pp. 148-54). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1905).
- Freud, S. (1978b). 17o conferencia. El sentido de los síntomas. *Obras completas*, Tomo XVI (pp. 235-249). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán 1917).
- Freud, S. (1978c). 23o conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. *Obras completas*, Tomo XVI (pp. 334-43). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán 1917).
- Freud, S. (1979a). La interpretación de los sueños. *Obras completas*, Tomo V (pp. 345-55 ; 485-503 ; 578-97). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1900).
- Freud, S. (1979b). El chiste y su relación con lo inconsciente. *Obras completas*, Tomo VIII (pp. 153-72). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1905).
- Freud, S. (1979c). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. *Obras completas*, Tomo XI (pp. 7-17 ; 25-35). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1910).
- Freud, S. (1979d). El problema económico del masoquismo. *Obras completas*, Tomo XIX (pp. 165-76). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1924).
- Freud, S. (1979e). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas*, Tomo XX (pp. 87-96 ; 147-61). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1926).
- Freud, S. (1980a). Psicopatología de la vida cotidiana. *Obras completas*, Tomo VI (pp. 9-15). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1901).
- Freud, S. (1980b). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. *Obras completas*, Tomo XII (pp. 107-19). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1912).
- Freud, S. (1981a). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. *Obras completas*, Tomo III (pp. 25-40). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1893).
- Freud, S. (1981b). Las neuropsicosis de defensa. *Obras completas*, Tomo III (pp. 41-68). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en alemán en 1894).
- Freud, S. (1981c). La herencia y la etiología de las neurosis. *Obras completas*, Tomo III

- (pp. 139-56). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en frances en 1896).
- Freud, S. (1981d). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. *Obras completas*, Tomo III (pp. 157-74). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en aleman en 1896).
- Freud, S. (1981e). La sexualidad en la etiologia de las neurosis. *Obras completas*, Tomo III (pp. 251-76). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en aleman en 1898).
- Freud, S. (1982). Manuscrito K. Las neurosis de defensa (Un cuento de Navidad). *Obras completas*, Tomo I (pp. 260-9). Buenos Aires: Amorrortu editores. (Original establecido en aleman en 1896).
- Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J. (1999a). El cerebro y la conducta. *Sinopsis de Psiquiatría* (pp. 119-32). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- 58
- Kaplan, H.; Sadock, B. y Grebb, J. (1999b). Definicion de los signos y sintomas psiquiatricos tipicos (semiologia psiquiatrica). *Sinopsis de Psiquiatría* (pp. 315-28). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Kruger, F. (1998). El sintoma como goce. En J-A. Miller (Ed.), *El síntoma charlatán* (pp. 135-43). Buenos Aires: Paidos.
- Lacan, J. (1971a) Intervencion sobre la transferencia. *Escritos 1* (pp. 204-15). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. (Original establecido en frances en 1951).
- Lacan, J. (1971b). La instancia de la letra en el inconciente o la razon desde Freud. *Escritos 1* (pp. 473-509). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. (Original establecido en frances en 1957).
- Lacan, J. (1985). Subversion del sujeto y dialectica del deseo en el inconciente freudiano. *Escritos 2* (pp. 773-807). Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina. (Original establecido en frances en 1960).
- Lacan, J. (1984a). Del sin-sentido y de la estructura de Dios. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp.169-86). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 1 de Febrero de 1956).
- Lacan, J. (1984b). La pregunta historica. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp. 232-9). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 14 de Marzo de 1956).
- Lacan, J. (1984c). El significante, en cuanto tal, no significa nada. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp.261-71). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 11 de Abril de 1956).
- Lacan, J. (1984d). Metafora y metonimia (I): “su gavilla no era ni avara ni odiosa”. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp.307-17). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 2 de Mayo de 1956).
- Lacan, J. (1984e). Metafora y metonimia (II): articulacion significativa y transferencia de significado. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp. 319-31). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 9 de Mayo de 1956).
- Lacan, J. (1984f). Conferencia: Freud en el siglo. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 3, Las psicosis 1955-1956* (pp. 333-52). Buenos Aires: Paidos. (Clase dictada en frances el 16 de Mayo de 1956).
- Lacan, J. (1987). El inconciente freudiano y el nuestro. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del*

- psicoanálisis 1964* (pp.25-36). Buenos Aires: Paidós. (Clase dictada en francés el 22 de enero de 1964).
- Lacan, J. (1999). Los circuitos del deseo. En J-A. Miller (Ed.), *El seminario de Jacques Lacan, libro 5, Las formaciones del inconsciente 1957-1958* (pp.465-481). Buenos Aires: Paidós. (Clase dictada en francés el 18 de junio de 1958).
- Lombardi, G. (1993). La clínica psicoanalítica. *La clínica del psicoanálisis 2. El síntoma y el acto* (pp. 121-51). Buenos Aires: Atuel.
- Nocera, C. (2005). La función del síntoma. En G. Lombardi (Ed.), *Hojas clínicas 6* (pp. 171-5). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Rabinovich, D. (1986a). Introducción. *Sexualidad y significativa* (pp. 7-8). Buenos Aires: Manantial.
- Rabinovich, D. (1986b). La estructura de lenguaje del inconsciente y el complejo de castración. *Sexualidad y significativa* (pp. 24-32). Buenos Aires: Manantial.
- Rabinovich, N. (2005a). El Nombre del Padre en el origen del lenguaje. *El Nombre del Padre. Articulación entre la letra, la ley y el goce* (pp. 33-42). Buenos Aires; Homo Sapiens.
- Rabinovich, N. (2005b). La metáfora. *El Nombre del Padre. Articulación entre la letra, la ley y el goce* (pp. 120-9). Buenos Aires; Homo Sapiens.