



Virtualia

Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana

Junio - Julio 2005 • Año IV • Número 13

#13

Junio / Julio
2005

SUMARIO

El niño entre la mujer y la madre

Por Jacques-Alain Miller

La deducción del psicoanálisis aplicado desde los principios mismos del psicoanálisis

Por Vicente Palomera

Fantasías y el fantasma fundamental: una introducción

Por Bruce Fink

Normo-Praxis y burocracia

Por Manuel Fernández Blanco

La pregunta por la eficacia terapéutica en psicoanálisis

Por Juan Fernando Pérez

El deseo del analista

Por Gabriel George

La tendencia actual a eliminar los síntomas

Por Marisa Morao

Servirse del padre y sus versiones

Por Blanca Sanchez

Subjetividad y paradigma

Por Silvia Szwarc

LA OPINIÓN ILUSTRADA

Pasiones dantescas

Por Francois Regnault

Para acabar con la utopía evaluadora

Por Luc Miller

Por qué los nombre propios no tienen sentido

Por Glenda Satne

SEGUNDO ENCUENTRO AMERICANO DEL CAMPO FREUDIANO

A realizarse en Buenos Aires, Argentina, los días 5, 6 y 7 de agosto de 2005.

Entrevista a Silvia Baudini

La tendencia actual a eliminar los síntomas *

Marisa Morao

Marisa Morao nos introduce en la noción de síntoma desde la perspectiva de lo nuevo. A lo largo de su trabajo dibuja las coordenadas del sujeto y el síntoma para el psicoanálisis inseparable del concepto de causa. Su constitución, nos recuerda, se debe a un hecho primordial: el efecto falta. En esta falta se aloja el deseo. ¿Cuál es el estatuto de este agujero para las TCC? La autora intenta responder de qué modo las probabilidades han ido, cada vez más desplazando a la causa.

Introducción

Decir “nuevos síntomas” es poner de relieve que el síntoma persiste, lo *neo* no lo forcluye, en todo caso intenta extenderlo, localizarlo, interpretarlo. Poner al trabajo “nuevas angustias” es una nominación que rescata a la angustia de su fragmentación en la clínica del DSM. Entiendo así la elección del título de estas Jornadas.

“Las contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico” (intervención de J.-A. Miller en el Segundo Congreso Internacional de Psiquiatría en París 1997) indica el nuevo camino para abordar en la clínica lo que llamamos, nuevos síntomas. Se trata menos de anticipar si la naturaleza del problema es accesible al psicoanálisis que de saber si el encuentro con un analista será útil o no, colocando en el centro de la cuestión la versatilidad del objeto psicoanalista. Podemos considerar que es una vía para hacer entrar el malestar en el Psicoanálisis aplicado.

El “progreso de la ciencia”

En la Noche preparatoria de las Jornadas Anuales que nos convocó bajo el título “El privilegio de la angustia y la prueba de alteridad”, abordé la relación entre el “progreso de la ciencia”, y una de las tendencias de la época a eliminar los síntomas.

En “El Seminario de la angustia” J. Lacan, indica que la causa se constituye por el hecho primordial de que el efecto falta. El deseo, tomado en esta perspectiva, se sitúa como una falta de efecto. Para nombrar el agujero entre causa y efecto hace uso del idioma inglés, afirma “El “gap” entre la causa y el efecto, a medida que es llenado- a esto se le llama “progreso de la ciencia” allí donde es llenado hace desvanecer la función de la causa” (1), (no desconocemos que el desvanecimiento de la función de la causa es razón del empobrecimiento del deseo subyacente en ciertos afectos depresivos actuales)

En una entrevista –imperdible- publicada en el *Diario La Nación*, el 20 de junio de 2004, George Steiner- especialista en literatura comparada, filosofía, física y matemática- reflexionando sobre los desafíos que hoy enfrenta la cultura occidental, menciona lo que en la actualidad, bajo el nombre de *Graal*, define en Cambridge el triple horizonte de las ciencias. Destaco el tercer punto, dice: “Y en tercer lugar, y esto es lo que da más miedo, la neuroquímica del yo, de la conciencia. Un gigante como Francis Crick, uno de mis antiguos colegas, descubridor con Watson de la estructura del ADN, afirma que el yo surge de una combinación de azúcar y carbono (...) Sabemos hoy que la neuroquímica afecta a los mas profundo del yo, de aquello que somos (...)” Y señala que en el laboratorio de estudios de la memoria, en Edimburgo, “se habla ya de implantar una memoria completa a los enfermos dañados por el Alzheimer o la senilidad. Uno duda entre alegrarse y horrorizarse”. Más adelante extrema el problema y exclama: “¡Piensen en una conciencia preprogramada!”.

Hay que decir que el escándalo no es la posición más conveniente para el psicoanalista. El escándalo –tomo la referencia prestada de G. Steiner- en griego, *scandalon* quiere decir estrépito, estupefacción, desorientación.

El síntoma, ¿se reduce al trastorno?

En *Secretos de la psiquiatría*, de James L. Jacobson y Alan M. Jacobson, la angustia se encuentra fragmentada en una serie de trastornos y episodios: trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, episodio depresivo mayor, etc. En la página 90 se afirma que la serotonina, por exceso o por déficit, participa en la patogenia del pánico (en el DSM-IV el pánico, es denominado también crisis de angustia y forma parte de los trastornos de ansiedad), y

las benzodiacepinas son el elemento fundamental del tratamiento del trastorno de pánico. La causa se reduce a un desequilibrio bioquímico y el tratamiento obedece al universal, “para todos eso funciona”.

En los casos en los cuales se recomienda un tratamiento psicoterapéutico que acompañe al enfoque biológico -es decir a la farmacoterapia- se observa que el privilegio lo tiene la terapia cognitiva conductual.

En otro libro (vale aclarar que estas fuentes me fueron proporcionadas por colegas psiquiatras de Buenos Aires) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* de J. Vallejo Ruiloba y C. Gastó Ferrer, ambos profesores de psiquiatría en la Universidad de Barcelona, se considera -es la posición de Eysenck en 1960 y de Yates en 1973- que el término psicoterapia se aplica a las modalidades derivadas de la terapia psicoanalítica y el término terapia del comportamiento a las que parten de la teoría del aprendizaje. Me interesó destacar la lectura que allí se hace respecto del origen y del procedimiento en ambos “enfoques”. En el primer caso el trastorno psicológico tiene su origen en el conflicto intrapsíquico. Los síntomas son, desde esta perspectiva, los mecanismos de defensa del individuo frente a ese conflicto. La psicoterapia tiende entonces, a resolver el conflicto psíquico subyacente, mientras que para el terapeuta conductual *los síntomas son el trastorno en sí mismo*. De este modo, la terapia se dirige a modificar la conducta del individuo, ya sea la observable como la no observable (como es el caso de los procesos mediadores cognitivos de Beck)

Queda claro que para este enfoque las manifestaciones sintomáticas no tienen lugar. Se intenta pulverizarlas en “trastornos” a eliminar. El síntoma se reduce al trastorno y el sujeto al individuo.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), recomendada por el enfoque biológico, plantea la cuestión en términos de individuo y de organismo. La eficacia de los procedimientos de la terapia de conducta favorece la generalización de las conductas “sanas” aprendidas en un contexto terapéutico. La tarea del terapeuta es la de un diagnosticador (educador) que evalúa los procesos desadaptativos y consecuentemente organiza experiencias de aprendizaje que modifican las cogniciones y, a su vez, los patrones de conducta que se correlacionan con aquellas.

Para probar la eficacia de las terapias psicológicas entre las cuales se encuentra la TCC, se realizaron estudios comparativos. Uno de ellos es el programa de investigación sobre tratamiento de la depresión del NIMH en Estados Unidos, llevado a cabo en la década del '80. Me interesa destacar que las terapias elegidas para estos estudios, son terapias “estandarizadas”. Esto significa que pueden ser aplicadas mediante un manual de instrucciones. Entonces, lo que orienta el tratamiento, por ejemplo de la depresión, es este manual mediante el cual se procede a la “identificación pensamientos distorsionados y verificación de su irracionalidad”. Se procede luego a un cambio cognitivo.

Ahora, respecto de los pensamientos irracionales o de lo “desadaptativo” (los excesos, los desvíos de la norma del sujeto lacaniano) no se ubica el problema de la causa. En todo caso la causa es tema de investigación del enfoque biológico que la TCC acompaña.

J.-A. Miller, en su Conferencia en Comandantubá definió a la TCC como una práctica de la palabra protocolar y arbitraria que procede a la regulación del síntoma con el consiguiente nivelamiento de sentido. En ese marco señaló que para la Orientación lacaniana la no relación es el principio de una práctica “donde los síntomas no son trastornos, desordenes, porque no hay orden”.

El remedio lacaniano

En El Seminario de la angustia, Lacan ubica el lugar de la angustia en el grafo y señala que los momentos de su aparición constituyen una orientación, de allí que la indicación es extraer respecto de la angustia “en qué punto privilegiado ella emerge” (2). En cuanto al término privilegiado se define como notable, extraordinario o también se aplica a quien disfruta de prerrogativas y beneficios nada comunes. La angustia es un afecto de lo imposible, de allí que su aparición permite orientar la experiencia. Bajo este aspecto, la angustia comporta un beneficio o una concesión, por fuera de lo común – de la norma- en el malestar actual.

En el *Seminario La transferencia* para Lacan la fórmula es contundente: el deseo es un remedio a la angustia. Bajo esta perspectiva Éric Laurent propone que desangustiar consiste en hacer surgir la pregunta por el deseo “(...) pero ¿cómo? Podríamos decir que la vía regia para interpretar el deseo es hacer consistir el síntoma” (3)

El síntoma persiste

El síntoma persiste a expensas de los tratamientos que intentan eliminarlo. Podemos decir que persiste del mismo modo que la pulsión es una fuerza constante.

El síntoma es la respuesta a la ausencia de programación sexual. Es el tratamiento que se da cada uno para responder al *impasse* del inconsciente. En “El saber del psicoanalista”, la tesis no hay relación sexual se sostiene en la definición misma del goce, el goce es la relación misma del ser parlante con su cuerpo. Para gozar hace falta un cuerpo. Lacan señala que “(...) lo que el psicoanálisis nos muestra, es (...) que es imposible y que hasta un cierto grado, nada indica especialmente que sea hacia el compañero del otro sexo que deba dirigirse el goce (...)” (4) Es por esto, que los lazos son siempre sintomáticos. El síntoma es entonces, síntoma de la no relación sexual.

Cada vez que alguien viene a consultarnos, de alguna u otra manera, pone de relieve de qué modo padece la ausencia de relación sexual siendo nuestra apuesta la localización del síntoma, ¿no es acaso el remedio que ofrece el Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana?

Notas:

- 1- Lacan, J., El Seminario X “La angustia”, inédito, clase 12-6-63
- 2- Lacan, J., Idem, clase 14-11-62
- 3- Laurent, E., *Ciudades analíticas*, Ed. Tres Haches, Bs. As., 2004, pag. 10
- 4- Lacan, J., “El saber del psicoanalista”, Inédito, clase 4-11-71

Referencias bibliográficas:

- Lacan, J., *El Seminario. Libro 8*, Ed. Paidós, Bs. As., 2003, Cap. XXV
- Miller, J.-A “Contraindicaciones al tratamiento psicoanalítico”, *El Caldero N° 69*
- Miller, J.-A., Conferencia en Comandatura, 2004, inédito.
- Laurent, E., *Psicoanálisis y salud mental*, Ed. Tres Haches, Bs. As., 2000
- Steiner, George, Entrevista realizada por Isabelle Albaret y Olivier Mongin, publicada en *Diario La Nación - Cultura*, Bs. As., 20 de junio de 2004
- *DSM- Breviario, Criterios diagnósticos*, Masson, S.A., 1995
- Jacobson, J y Jacobson, A., *Secretos de la psiquiatría*, Mc. Graw Hill, México, 2002
- Vallejo Ruiloba, y Gastó Ferrer, C. *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*, Masson, Barcelona, 1999

* Presentado en las XIII Jornadas Anuales de la EOL “Nuevos síntomas, nuevas angustias?”