**PRESENTACION DEL ESPACIO CLÍNICO**
**CURSO 2016-2017**
**SEDE DE LA ELP EN GRANADA**

## *SIGNO, EXPERIENCIA Y FUNCIÓN DEL SÍNTOMA EN LA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA*

La tradición psicopatológica, iniciada por los maestros franceses de la descripción, cae en saco roto en las nuevas clasificaciones psiquiátricas. La vivencia fenomenológica del síntoma queda relegada a unos ítems que el paciente pueda rellenar en un cuestionario autoaplicado. No se procede ya por la vía de la descripción minuciosa del síntoma, alentada por los primeros alienistas que intentaban hacer del síntoma un signo de la alienación moral del sujeto. Tampoco se procede por la comprensión de la experiencia sintomática fenomenológica..

Aún así, como nos recuerda Jose María Álvarez, "sea por el camino de la especulación etiológica (Bleuler) o por el laberinto de la comprensión (Jasper) estas apreciaciones tienen en común el hecho de atribuir al clínico la potestad de determinar la existencia y variedad de los síntomas. Bien distinta es la concepción del síntoma sostenida por el psicoanálisis: "Si el síntoma analítico está constituido en la experiencia analítica -enfatizó J.A.Miller en Elucidación de Lacan (1998)- en la que el paciente dirige su discurso hacia el analista, éste es parte del síntoma, está implicado en su función".

Como nos recuerda este autor:"un enfoque de la psicopatología que conjuga tres perspectivas distintas, simultáneas y complementarias, como si se tratara de tres lámparas que iluminan un mismo objeto. Según este modelo tripartito, la primera perspectiva deriva de la semiología clínica y se limita a analizar los signos y los fenómenos observables en todos sus detalles y particularidades; la segunda transciende la fría objetividad del mundo de los signos y se adentra en la subjetividad de los síntomas y de las experiencias singulares de cada quien; la tercera, también de índole subjetiva, se ocupa de esclarecer la función del síntoma con vistas a poner en evidencia la función que desempeña" (...) "Signo, experiencia y función del síntoma son, por lo tanto, los tres enfoques de un modelo de análisis psicopatológico aplicable al conjunto de las manifestaciones morbosas, las tres lámparas que iluminan a la vez la trayectoria que va de lo objetivo a lo subjetivo, de lo universal a lo particular".

Sin embargo la postmodernidad produce una modificación en la forma de los síntomas. El declive del orden simbólico implica una confrontación mucho más directa con lo real y produce nuevas formaciones.

Cada vez menos locos deliran mientras los pasos al acto suicidas u homicidas nos sorprenden estupefactos o precedidos de escasos fenómenos elementales aislados. El cuerpo de la histérica deja de ser una topografía a descifrar para revestirse de dolores sordos a los efectos de la palabra. Lo traumático, a pesar de las advertencias de Freud hace más de un siglo (¡ya no creo más en mi neurótica!) es tomado al pie de la letra bajo las etiquetas de los cuadros de estrés postraumático. Las toxicomanías toman el relevo a la satisfacción sintomática

mientras que los obsesivos se desviven por los caminos de la hipocondría y el control del cuerpo.

Nos daba la impresión a los que seguimos las propuestas de la psiquiatría o la psicología que habíamos llegado al final de la historia, que se había completado la clasificación de las enfermedades mentales en la DSM-IV-TR y la CIE-10. Sin embargo la clínica va por delante de las clasificaciones.

Hay una sensación de estancamiento de las "disciplinas de lo psi", desorientadas y detenidas en un callejón para el que la única salida es aferrarse a los escasos avances neurobiológicos que no alcanzan a dar cuenta de la subjetividad, o la invención de sucesivas generaciones de terapias que proponen sobre todo el retorno a la sugestión, aliñando el refuerzo de un yo autónomo con especias orientales.

Las ciencias de lo psi están desorientadas. Ancladas aún a la nosografía de principios del siglo XX y sin un modelo que dé cuenta de una nosología fundamental, enfrentan la mutación de los síntomas con propuestas de escasa utilidad.

En la práctica aumentan progresivamente los diagnósticos en torno al complejo concepto de personalidad: Trastorno límite de personalidad, trastorno mixto de personalidad. En torno a especies clínicas suficientemente amplias en las que cualquier signo de locura podría quedar incluido: T. Bipolar o T. esquizoafectivo. Se abren al horizonte de lo traumático con los cuadros adaptativos, postraumáticos, reactivos, o precisan abusar de síntomas como "intolerancia a la frustración" o "alteración en el control de los impulsos" para dar cuenta del malestar presente en la cultura en el siglo XXI.

Se descarría con la emergencia del cuerpo como lugar más propio de presentación del síntoma desterritorializándose, bajo síndromes como la fibromialgia, la fatiga crónica o la SQM hacia unidades del dolor o consultas de reumatólogos, neurocirujanos, traumatólogos o fisioterapeutas que ofrecen muchas más garantías de un saber acerca del cuerpo. A su vez se prefiere hablar de déficits (de atención, de control de impulsos, de serotonina) antes que de rechazo. De excesos (hiperactividad, exceso de dopamina) antes que de producciones sintomáticas. Se pretende así hacer entrar a la subjetividad en la contabilidad de lo normal y lo anormal, de lo que falta y lo que sobra. Se apunta a la biología antes que a la biografía, se apuntala con siglas (TB, TLP, TCA, TEA) un edificio nosográfico que tiende a desmoronarse.

Sin embargo allí donde las disciplinas de lo psi se han detenido, el psicoanálisis ofrece una alternativa para enfrentar con menos dificultad la clínica del siglo XXI. La alternativa se debe al cambio de posición respecto al saber.

Como nos recuerda Miller: "He aquí una diferencia muy importante para distinguir la posición del analista antes y después del umbral del análisis, antes y después de la frontera del discurso analítico. La función operativa de la ignorancia es la misma que la de la transferencia, la misma que la de la constitución del Sujeto

supuesto Saber. El Sujeto supuesto Saber no se constituye a partir del saber sino que se constituye a partir de la ignorancia. A partir de esa posición el analista puede decir, o hacer entender, que no sabemos con anterioridad lo que el paciente quiere decir, pero suponemos que quiere decir otra cosa. En esto, la suposición de saber no está vinculada al saber constituido -porque si hay saber constituido, no hay ninguna necesidad de suposición, hay, sin embargo, una suposición de ignorancia. (…) En nuestro medio, cuando se habla de diagnóstico se piensa en el diagnóstico psiquiátrico, caracterizado casi siempre por una supuesta objetividad. El diagnóstico psiquiátrico está constituido a nivel de la objetividad, y puede parecer "mecanicista". Nosotros, en el campo analítico, estamos, contrariamente, del lado del sujeto. La cuestión que se plantea es si hay o no un diagnóstico del sujeto, un diagnóstico constituido no sólo en la pura objetividad sino a nivel del sujeto."

Propongo que en el espacio clínico atendamos al síntoma con las tres lámparas que nos indica J.M. Álvarez: La descripción de las nuevas formas del síntoma como signo de las nuevas modalidades de goce en la época contemporánea y sus transformaciones desde la psicopatología clásica. Al síntoma como experiencia subjetiva en relación a un saber, el de la ciencia, a quien numerosos neuróticos (y algunos psicóticos) se dirigen para conocer su sentido, y que en bastantes ocasiones dificulta la posibilidad de tratamiento. Y al síntoma como función que puede ser puesta de manifiesto a partir de la escucha y la posición privilegiada del analista: desde la ignorancia, pero del lado del sujeto. "Usted no me dice lo que tengo. Pero por lo menos me escucha...".

NOTAS:

Jose María Álvarez. Fundamentos de psicopatología psicoanalítica. El síntoma en psicoanálisis. Pag 372.

Jose María Álvarez. Estudios sobre la psicosis.

Carta 69 (21 de setiembre de 1897). [ ... ] Y enseguida quiero confiarte el gran secreto que poco a poco se me fue trasluciendo en las últimas semanas. Ya no creo más en mi «neurótica»

Miller, introducción al método psicoanalítico, pag. 30.1.

---