

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS SOCIALES

MAESTRÍA EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Directoras

Graciela Brodsky

Inés Sotelo

Director de tesis: Fabián Naparstek

Título:

**Síntoma y Diagnóstico en Psicoanálisis: Una
Psicopatología de lo singular.**

Maestranda: María Yanina Mazzoni

ÍNDICE

Agradecimientos.....	4
Formulación del problema.....	5
Estado del arte.....	6
Marco teórico.....	12
Metodología.....	14
Introducción general.....	16
Capítulo I: Las categorías Universal, Particular, Singular en relación a la locura en la Edad Media	
I.1- Introducción.....	21
I.2-El lugar del loco en la Edad Media.....	22
I.3-La locura: Entre el ser y el no ser.....	23
I.4-Algunas conclusiones.....	26
Capítulo II: Las categorías Universal, Particular, Singular en relación a la locura en la Edad Moderna	
II.1-Introducción.....	28
II.2-La locura: entre la razón y el sueño.....	29
II.3-Kant: La cuestión espacial.....	30
II.4-Hegel: La cuestión temporal.....	31
II.5-Algunas conclusiones.....	32
Capítulo III: La locura: Del ámbito jurídico-social al ámbito médico-psiquiátrico	
III.1-Introducción.....	35
III.2-De la locura a las locuras: Tres paradigmas de la enfermedad mental.....	36

III.2.A-Primer paradigma: La alienación mental (1793-1864)	37
III.2.B-Segundo paradigma: Las enfermedades mentales (1864-1926)	39
III.2.C-Tercer paradigma: Las grandes estructuras psicopatológicas (1926-1977)	40
III.3-Psicoanálisis y psicopatología: una respuesta a la crisis del diagnóstico en la Psiquiatría	41
III.4-Algunas conclusiones	46

Capítulo IV: Síntoma y diagnóstico en Freud: De lo Universal a lo singular

IV.1-Introducción.....	49
IV.2-La eliminación del síntoma como sustitución: De la hipnosis a la asociación libre....	51
IV.3-La interpretación del síntoma como compuesto.....	56
IV.4-El límite a la interpretación: Lo ineliminable del síntoma.....	61
IV.5-Algunas conclusiones.....	66

Capítulo V: Síntoma y diagnóstico en Lacan: Una universalización de lo Singular.

V.1-Introducción.....	70
V.2-Lacan previo a los comienzos de su enseñanza.....	71
V.3-La clínica del Nombre del Padre.....	72
V.4-La clínica del objeto a.....	78
V.5-La clínica del sinthome.....	86
V.6-Algunas conclusiones.....	91

Capítulo VI: Despatologización: Del discurso médico-psiquiátrico al discurso jurídico social.

VI.1- Introducción.....	97
VI.2-La Despatologización como fenómeno de la época actual.....	98
VI.3-Algunos antecedentes: El movimiento antipsiquiátrico.....	100
VI.4-Algunas posibles causas: La epidemia clasificatoria.....	104
VI.4-A: La influencia del psicoanálisis.....	106
VI.5-Despatologización contemporánea y despatologización lacaniana.....	107
VI.6-Algunas conclusiones.....	109

Capítulo VII: Psicopatología y Psicoanálisis en la época actual: lo Singular en juego.

VII.1-Introducción.....	112
VII.2-El psicoanálisis líquido.....	114
VII.3-Hacia una psicopatología de lo singular.....	116
VII.4- La clínica del pase a partir de un testimonio: La voz opaca, la claridad difusa.....	120
VII.5-Algunas conclusiones.....	127

Conclusión general.....	130
--------------------------------	------------

Bibliografía.....	135
--------------------------	------------

Agradecimientos

Gracias a Fabián Naparstek por alentarme a escribir y por orientar el proceso de desarrollo de la tesis. Por hacerme parte y compartir la transmisión de una psicopatología de lo singular, en el ámbito académico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, hace ya muchos años.

A mi analista.

A Mate, por bancarme en este tiempo de escritura.

Y a mi mamá, por insistir, hasta que se fue...

Gracias.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A partir de un diagnóstico, algo particular es introducido en un universal con determinadas características. Sin embargo, es imposible que cada quien se ajuste totalmente a los caracteres que constituyen ese universal. Esto es debido a que en cada sujeto siempre hay algo de lo incomparable.

El acto de diagnosticar responde no sólo a una perspectiva teórica, sino también a las coordenadas político-sociales de un tiempo histórico determinado. Es por eso que el diagnóstico no significará lo mismo para la medicina que para el psicoanálisis, ya que difieren radicalmente en la concepción y abordaje del síntoma. Se trata de dos orientaciones clínicas diferentes, que marcarán un recorrido diferente en relación al síntoma, tal como se verá a lo largo de la presente tesis.

Diagnosticar constituye, además de un hecho clínico, un hecho ético y político, tratándose de una elección, una toma de posición, que tendrá sus consecuencias (Naparstek, 2014). Esta toma de posición se enmarcará en una clínica que dará cuenta de una determinada orientación de la cura.

Ahora bien, la ética es inherente a la clínica, de tal modo que *“no hay clínica sin ética”* (Miller, 1987, p. 122). Esto es porque *“hay ética donde hay elección”* (Miller, 1987, p. 129). Esa elección marca una posición a partir de la cual se orientará la cura.

Ahora bien, teniendo en cuenta que la psicopatología no es igual si se aborda desde la psiquiatría que desde el psicoanálisis: ¿se puede hablar de una psicopatología o de diversas psicopatologías?

Si se parte de la base de que *“el análisis, más que ninguna otra praxis, está orientado hacia lo que, en la experiencia, es el hueso de lo real”* (Lacan, 2010a, p. 61), el diagnóstico en psicoanálisis se orientará a partir del goce presente en el síntoma, considerado como lo más singular de cada quien. Aquello que escapa a cualquier clasificación. Tal como lo expresa Lacan: *“El análisis es una experiencia de lo particular. La experiencia verdaderamente original de este particular adquiere pues un valor más singular”* (Lacan, 1981, p. 40). Por consecuencia, una psicopatología atravesada por el psicoanálisis, seguirá esta orientación.

Se trata entonces de un singular que surge de la experiencia de lo particular, encarnada en el dispositivo analítico. Así mismo, lo singular y lo particular se sustentan en lo universal. ¿Qué es lo incomparable de cada sujeto? ¿Cómo es que el psicoanálisis se orienta por ello? ¿Apropiarse de lo singular tiene algo de curativo?

En lo que compete a la presente tesis, el eje girará en torno a los interrogantes que, desde una orientación lacaniana, interpelan a la psicopatología en la actualidad en relación al diagnóstico, a partir de una lectura clínica de la época.

Si la psicopatología es un campo en constante evolución y debate, será crucial abordar los desafíos que actualmente la atraviesan.

Teniendo en cuenta aquello único de cada sujeto que escapa a ser capturado por lo universal: ¿Qué psicopatología hoy para abordar lo singular? ¿Cómo hacer prevalecer lo singular en la época de las clasificaciones generalizadas?

Con la exigencia de transmitir una psicopatología clara y precisa, se pondrá especial atención a la cuestión del diagnóstico, con el fin de poder ubicar sus contradicciones, sus aciertos y sus oscuridades, los cuales persisten en la actualidad.

Para ello se tomarán tres ordenadores: universal, particular y singular. Dichas categorías han brindado un sustento lógico para la construcción de diagnósticos y sistemas clasificatorios.

Así mismo, se abordarán los debates actuales, dentro del psicoanálisis de orientación lacaniana, en torno a la despatologización en tanto contrapunto de la proliferación clasificatoria, ambos fenómenos enmarcados dentro de la época actual. Para eso se pondrán a dialogar los planteos de diversos autores lacanianos. Dentro de ellos se destacarán los aportes de Jacques Alain Miller, quien elaboró sus desarrollos teóricos a partir de una exhaustiva lectura de Lacan.

Los interrogantes serán: ¿Qué posición toma el psicoanálisis respecto a dicho fenómeno? ¿Qué psicopatología atravesada por el psicoanálisis en una época en la cual se excluye al Otro?

Estas y otras cuestiones serán abordadas a lo largo de la presente tesis.

ESTADO DEL ARTE

Esta tesis comienza por el abordaje del diagnóstico en relación a la locura en la Edad Media. Dicho diagnóstico se esgrimía en torno al pensamiento religioso y jurídico, constituyendo un diagnóstico más bien social que médico.

Será a partir de los aportes de Michel Foucault que se indagará acerca de qué es lo que definía a la locura en aquél entonces y cuáles eran las prácticas asociadas a esa definición. Dicho autor realizó un minucioso trabajo, plasmado en su libro *Historia de la locura en la época clásica* (1964). Allí propone un recorrido acerca del tratamiento de la locura desde la Edad Media hasta su introducción en el ámbito de la medicina. Este

recorrido da cuenta de las prácticas de segregación y exclusión asociadas al diagnóstico de la locura a través del tiempo.

La introducción de la locura en el ámbito médico dio lugar al nacimiento de la psiquiatría. Desde allí también se suscitaron prácticas que sostenían la exclusión bajo la forma del encierro. Foucault trabaja estas cuestiones en su libro *El poder psiquiátrico*, el cual concentra en sus páginas los cursos que el autor brindó entre 1973 y 1974 en el College de France. Allí expone su mirada acerca de la dinámica de la institución asilar y el poder ejercido por parte del médico.

Serán los aportes del psiquiatra francés Lantéri-Laura (1930-2004) en su libro *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna* (2000), los que brindarán un ordenamiento de los diversos momentos de la psiquiatría en relación a la enfermedad mental. Para realizar este ordenamiento, Lantéri-Laura propone tomar la noción de paradigma presentada por el físico y filósofo estadounidense Thomas Khun (1922-1996).

Khun (1962) plantea que un paradigma constituye un conjunto de saber establecido sobre el cual se sustenta la ciencia. Un paradigma sirve como referencia a la resolución de problemas en un determinado campo. Un paradigma es el sustrato sobre el cual se construyen las teorías. Tal como plantea Lantéri-Laura (2000), el cambio de un paradigma por otro estará dado por la ineficacia en la resolución de los problemas emergentes.

Teniendo en cuenta esto, Lantéri-Laura (2000) ubica tres paradigmas presentes en la psiquiatría. Un primer paradigma llamado “La alienación mental” (1793-1864); un segundo paradigma llamado “Las enfermedades mentales” (1864-1926); y un tercer paradigma denominado “Las estructuras psicopatológicas” (1926-1977). Cada uno de estos paradigmas surge por la necesidad de resolver diversas problemáticas. Es por eso que el nacimiento de un paradigma da cuenta de la inexistencia o ineficacia de soluciones previas. Así mismo, Lantéri-Laura (2000) aclara que el reemplazo de un paradigma por otro no supone la anulación del anterior, sino que éste subyace en el nuevo paradigma.

El establecimiento de definiciones y la ubicación de éstas en categorías se sustenta en ciertas bases que es preciso indagar. Es por eso que se tomarán como ejes las categorías Universal, Particular y Singular, en tanto sustrato sobre la cual se erigen definiciones que luego darán lugar a la confección de diagnósticos.

La pregunta acerca de lo Universal, Particular, Singular fue abordada por la filosofía a lo largo del tiempo. Durante la Edad Media se produce una vuelta al pensamiento de la filosofía griega, por parte de la filosofía occidental. Allí se encuentran diferentes concepciones, delimitándose dos principales orientaciones lideradas una por Aristóteles y otra por Platón.

Fue el filósofo Boecio (480-524) quien, en su obra *Segundo comentario a la Isagoge*, divide las respuestas en torno a los universales. Es así que ubica dos posiciones: por un

lado el realismo extremo, afín a Platón, y por otro, el realismo moderado, afín a Aristóteles. En antagonismo al realismo, Boecio ubicará al nominalismo.

El recorrido por los filósofos continúa por Tomás de Aquino, William de Champeaux, Kant y Hegel, llegando hasta el materialismo histórico planteado por Marx. Tomando las diferentes concepciones acerca de las categorías Universal, Particular, Singular, es que se esbozan puntos de vista desde donde pensar las definiciones. Esto será crucial a la hora de desentramar la noción del diagnóstico ya que dará cuenta de qué se considera universal, particular o singular. Si lo universal incluye a todos, lo particular resulta una parte desprendida de ese todo. Lo singular, en tanto único, es aquello que se desprende del tipo particular.

Jacques Alain Miller (1998a), desglosa estas cuestiones en su escrito *El ruiseñor de Lacan*. Allí, tomando un texto del escritor Jorge Luis Borges: *El ruiseñor de Keats*, Miller ubica aquello que pertenece a una clase y aquello que escapa a ser clasificado, y lo hace en relación al diagnóstico:

Porque cada diagnóstico se refiere a una clase y nuestras clases diagnósticas tienen un pasado impresionante que se puede seguir a través de los siglos. Pero las clases no tienen un fundamento en la naturaleza y en la observación. Nuestras categorías no son especies naturales (la psicosis no lo es, tampoco la neurosis), y lo que distingue a nuestra época es que sabemos eso. Sabemos del artificio de nuestras categorías, que tienen como fundamento la práctica lingüística de los que tienen que ver con lo que se trata: las clases tienen como fundamento la conversación de los practicantes. (Miller, 2011, p. 253).

Miller (1998a) da cuenta de que las categorías y las clases se construyen. Y sobre esas construcciones también se erigen los diagnósticos.

El diagnóstico de la psiquiatría clásica difiere en demasía al tipo de diagnóstico que prevalece en la época actual. De esto también habla Miller (1998a), ya que contrapone la clínica del detalle a la clínica de los manuales diagnósticos que empujan a un diagnóstico cuasi automático, sin escucha y sin mirada. Se trata de diagnósticos que no tienen en cuenta al sujeto. Tal como lo plantea Miller:

Hay sujeto cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, lo universal. Es algo que hay que recordar en la clínica cuando utilizamos nuestras categorías y clases -no para descartarlas, sino para poder manejarlas sabiendo de su carácter pragmático, artificial. Se trata de no aplastar al sujeto con las clases que utilizamos. (Miller, 2011, p.255).

Así como las categorías son construcciones, las concepciones acerca de qué es normal y qué patológico, también lo son. Esta cuestión la pusieron en evidencia tanto Karl Jaspers como Georges Canguilhem.

Karl Jaspers (1883-1969), psiquiatra y filósofo suizo-alemán, con su obra *Tratado de Psicopatología general* (1913), hace nacer a la psicopatología, bajo la influencia del psicoanálisis. Su inquietud inicial era hacer de la práctica psiquiátrica un saber transmisible. Es así que toma los aportes de la psiquiatría clásica y los reelabora en su verdadera dimensión con las contribuciones del psicoanálisis. Es el psicoanálisis quien realiza esa exigencia central de tomar el cúmulo de saber psiquiátrico en términos de descripciones semiológicas y clasificaciones nosográficas para transformarlo en un saber conceptual, estructurado y transmisible en una lógica subjetiva.

Por su parte, el filósofo y médico francés Georges Canguilhem (1904-1995), con su obra *Lo normal y lo patológico* (1943), también puso en cuestión todo aquello que rodeaba a las definiciones de normalidad. Es así que planteó a la enfermedad como otra forma de transitar la vida (Canguilhem, 1943).

El hecho de considerar que las definiciones son relativas y que no todo del sujeto puede ser captado por el diagnóstico, daría cuenta que se trataría de un paso más hacia lo singular.

El rescate de lo singular se produce finalmente a partir del psicoanálisis.

Será Sigmund Freud (1856-1939), quien propondrá un tratamiento novedoso del síntoma ya que descubrirá que allí reside la satisfacción pulsional singular de cada quien, con un punto de ineliminable (Freud, 1920). Es por eso que abandonará la idea de que el síntoma debe ser desechado cuanto antes. Más bien lo tomará para ser puesto a trabajar en el dispositivo analítico. Es a partir de Freud que el diagnóstico no será la búsqueda inicial del tratamiento, sino que éste vendrá a posteriori.

Más tarde, Jacques Lacan (1901-1981), tomará la obra de Freud y realizará una lectura clínica que introducirá nuevas concepciones que tendrán sus consecuencias en la praxis. Tomando la propuesta de Jacques Alain Miller (2013), se ubicarán tres momentos en la elaboración teórica de Lacan. Cada momento se caracteriza por un modo diferente de

pensar el diagnóstico. En un primer momento, Lacan arma el diagnóstico en relación a la presencia o ausencia del significativo Nombre del Padre. En un segundo momento, el diagnóstico tendrá que ver con el Otro en relación al deseo y al fantasma a partir de la introducción del objeto a. En un tercer momento, se trata del sinthome en tanto modos de anudamiento.

A lo largo de la enseñanza de Lacan, la noción de sujeto dejará el lugar a la noción de parletre. Será a partir de considerar al hablante-ser con un cuerpo gozante que se podrá esbozar un diagnóstico. Cabe destacar que no puede haber diagnóstico en psicoanálisis si no hay transferencia. Tal como postula Miller (1984), la clínica del psicoanálisis es una clínica bajo transferencia.

Ahora bien, una de las problemáticas que atraviesa el psicoanálisis en la actualidad es justamente en relación a la transferencia, ya que se trata de una época en la cual prevalecen los Unos sueltos, los Unos sin Otro. La cuestión será cómo hacer existir al Otro para poder armar algún tipo de lazo transferencial en el Uno por Uno.

Otro tema que está en la conversación actual del psicoanálisis de orientación lacaniana es la lectura del aforismo de Lacan “Todo el mundo es loco”. Pudiendo decirse que, a partir de este aforismo, Lacan extendió la condición de locura a todo ser hablante. Esta cuestión fue trabajada por diversos analistas quienes plasmaron su escritura en la revista publicada por la EOL, “Lacaniana 32” (2022a).

Es un hecho que la clínica nos lleva la delantera y cuestiona permanentemente nuestras herramientas teóricas. En este sentido, el desafío será articular los conocimientos básicos de nuestro campo construidos a lo largo del tiempo con una actualidad cambiante y novedosa. Es por eso que será fundamental hacer un análisis de la época actual para escuchar fenómenos tales como el de la llamada “despatologización”.

En relación a esto se tomarán diversos autores referentes del psicoanálisis de orientación lacaniana tales como Jacques Alain Miller y Eric Laurent.

La despatologización se enmarca en la reivindicación de la patología, considerando a ésta como modos de vida libremente elegidos (Miller, 2022b). La cuestión de la libertad es un tema presente en estos tiempos. Pero ¿de qué libertad se trata? ¿La despatologización, pondera lo singular o lo anula? Este fue un tema central en la 31 Jornada realizada por la EOL, en la cual se dedicó un escrito llamado: *¿Despatologización lacaniana?* (2022). Allí la propuesta fue desentramar el término “despatologización” y ubicar una despatologización lacaniana en contraposición a la despatologización pensada desde el discurso jurídico.

Ante la fuerza del fenómeno despatologizante en la actualidad, se vuelve necesario indagar posibles antecedentes. Se propone considerar que uno de ellos fue la influencia del surgimiento del movimiento antipsiquiátrico en la década del '60. Es

por eso que, tal como se verá en uno de los capítulos de la presente tesis, ciertos planteos por parte de sus exponentes pueden encontrarse también en la reivindicación actual de los grupos fundados jurídicamente en torno a lo considerado patológico. El psiquiatra sudafricano David Cooper creó el término “antipsiquiatría”, el cual aparece en su libro *Psiquiatría y antipsiquiatría* (1967). Su preocupación inicial fue el maltrato que recibían los diagnosticados con una enfermedad mental, especialmente quienes estaban internados en hospitales psiquiátricos. Partiendo de esa inquietud, es que propone repensar la noción de enfermedad mental y de locura.

Por otro lado, en la época actual, las consecuencias en la clínica del uso masivo de los manuales clasificatorios DSM serán un tema de estudio especial. Así mismo, las nuevas propuestas en relación al Análisis en redes en psicopatología (Blanco et al., 2019), también serán mencionadas a fin de poder realizar una lectura y analizar posibles consecuencias en la clínica. De esto se encarga de hacer hincapié Eric Laurent (2014a), quien desarrolla las consecuencias de prácticas clínicas que dejan afuera al sujeto con su singularidad.

Tal como postula Miquel Bassols: “*Si hay algo que hace estallar lo universal y plantea problemas al imperio de la cifra y de la exactitud es la cuestión del goce.*” (Bassols, 2017, p.69). Podría decirse que el goce le patea el tablero a la tendencia actual de cuantificar todo.

Miller (2015) define al psicoanálisis de la época actual recurriendo a los planteos del sociólogo polaco Zygmunt Bauman (1925-2017). En su libro *Modernidad líquida* (2000), Bauman equipara a la sociedad contemporánea con las características que posee un estado líquido. Miller (2015) toma esta postulación y propone llamar “psicoanálisis líquido” al psicoanálisis de la época actual. Se trata de un psicoanálisis que no responde a la rigidez de las grandes estructuras clínicas, sino más bien a nuevos modos de anudamientos, lo cual se relacionaría a la clínica nodal, propia de la última enseñanza de Lacan.

Esta condición se encuentra en sintonía con una época en la cual ya no se trata del Otro que no existe, sino más bien de la época de los Unos sueltos. Esto abre nuevos interrogantes en relación al lugar de la transferencia allí.

Es ante estas coordenadas que será necesario pensar de qué se trata una psicopatología de lo singular en la actualidad y qué cuestiones habrá que tener en cuenta para que ésta sea posible.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico que orienta la presente tesis es el psicoanálisis de orientación lacaniana. Desde esa posición teórico-práctica es que se abordará la cuestión de lo singular en tanto no puede ser capturado por las categorías universales.

El psicoanálisis, en su encuentro con la psicopatología, se propone tomar aquello que del sujeto no se ajusta al diagnóstico. Esto que no se ajusta es lo que constituye lo singular.

La propuesta consistirá en pensar los diagnósticos estructurales a la luz de una psicopatología de lo singular, es decir una psicopatología del sujeto.

Ahora bien, cabe señalar que, si se plantea una psicopatología de lo singular, es porque se trata de una psicopatología atravesada por el psicoanálisis.

Será partiendo de la noción de síntoma en Freud desde donde se orientará la escritura. Él tempranamente ubica en el centro del síntoma algo singular que va a llamar pulsión. Está el sentido, pero también está la pulsión como factor singular que marca la diferencia frente a lo universal.

La pulsión como un antecedente de lo real, real que le va a llevar un tiempo a Lacan terminar de definirlo. Sin embargo, en los Seminarios 2 y 3 se pueden encontrar algunas pistas de lo real como aquello que no se deja atrapar por la trama de lo imaginario simbólico. Algo que está fuera de sentido.

Tomando como un orientador posible el texto de Miller "El ruiseñor de Lacan", presentado en 1998, propongo hacer un recorrido por la singular respuesta que propone el psicoanálisis como salida de la forma actual de diagnósticos universales.

Miller (1998a) escribe el artículo El Ruiseñor de Lacan y allí afirma que la enseñanza es repetición y sostiene que no hay que descartar ni despreciarla, pero también está la investigación, otra vertiente de la enseñanza que significa la búsqueda. Para dar cuenta de ella se toma de lo singular.

Dicho autor toma el ensayo de Borges el "El Ruiseñor de Keats" (Borges, 1952). Allí este último, cuenta que el autor, Keats escribió Oda al Ruiseñor cuando estaba enamorado, a la edad de veintitrés años, y era consciente de que su vida iba a terminar. En ese poema compara su propia mortalidad con la inmortalidad del ruiseñor, pero no como un pájaro en particular si no como especie: "*La voz que oigo esta noche fugaz ya la escucharon antaño el soberano igual que el campesino*" (Keats, 1995, p.173). Según comenta Borges en su ensayo, los ingleses criticaron estos versos porque caían en un error comparando su propia mortalidad individual con la inmortalidad que no es la de un pájaro concreto sino con la de una especie. Borges (1952) no comparte esta crítica de los ingleses y ubica que el ruiseñor de una noche es el ruiseñor arquetípico de lo universal.

Miller (1998a) retoma a Borges en este punto y afirma que el ruiseñor es el mismo porque pertenece a una clase a un universal porque es una especie natural que se maneja por su instinto, aunque sean distintos ruiseñores, son una clase y tienen las mismas características.

Podemos pensar por un lado la vertiente de la repetición y por el otro lo nuevo y contingente, ambos armando una trama.

Miller (1998a) refiere que cada diagnóstico se refiere a una clase. Lo que en la psiquiatría se define como paranoia, parafrenia, demencia precoz, histeria, etc., para el psicoanálisis estas clases se nombran como neurosis, psicosis y perversión. Dichas clases no tienen un fundamento en la naturaleza, es decir que no son especies naturales.

Sabemos que nuestras categorías son artificios del lenguaje y que tienen como fundamento el lenguaje. Si nuestras clases fueran algo natural y no efecto del lenguaje no necesitaríamos tantas explicaciones o discusiones sobre las mismas.

Lo universal de la clase nunca está completamente en el individuo. Como individuo puede que seamos un ejemplo de una clase universal, pero es siempre un ejemplo con una laguna. Hay algo del sujeto que es incomparable.

Por esta razón y a partir de estas marcas se tratará de pensar una forma de diagnóstico propio de la orientación lacaniana. Dicha orientación se guiará no por lo universal sino por lo singular del síntoma por la vía del sujeto en su condición de parletre. Es decir que, si bien pueden aislarse tipos clínicos, para el psicoanálisis no habrá dos casos iguales. Si bien habrá síntomas típicos, cada uno de ellos responderá a coordenadas singulares y cumplirá una función diferente en la economía libidinal de cada quien. Cada caso entonces se configurará a partir de lo singular.

Tal como postula Lacan: *“También adelanté esto, que se enuncia lo universal, pero para negarlo- dije que no hay todos”*. (Lacan, 1976-77, Clase XI, III).

Si bien cada individuo puede ser un ejemplo del traumatismo universal de los seres hablantes en tanto atravesado por el lenguaje, cada uno tiene algo único que lo ha traumatizado de modo singular. Esta dimensión es lo que rescata el psicoanálisis. Así cada sujeto articula su inconsciente al Otro.

Para finalizar, cabe señalar que las estructuras, las clases, se refieren a lo típico, a lo clasificable aquello invariante que caracteriza al sujeto, pero nada de ello nos habla de su singularidad. Mientras que lo típico hace mención a lo igual, lo singular apunta a un diagnóstico diferente.

Un diagnóstico en singular trata de ubicar al sujeto en sus coordenadas únicas, aquellas que hacen que no haya otro igual.

El camino que marcará la presente tesis es la vía del síntoma para, desde allí, pensar la modalidad de diagnóstico en singular, propia del psicoanálisis de Freud y de Lacan.

Realizando el recorrido que va de la lógica del síntoma en tanto resultado del conflicto, hacia lo ininterpretable del mismo.

METODOLOGÍA

El diseño del presente trabajo será de carácter exploratorio, en base a un relevamiento teórico – bibliográfico. Se realizará una investigación de carácter cualitativa, entendida como un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno (Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P., 2004).

La misma se llevará a cabo a partir de un estudio teórico que busca mediante la exploración de material bibliográfico ubicar cómo, a partir del aporte del psicoanálisis, se puede constituir una psicopatología de lo singular.

Para ello, se considerarán diferentes autores que tomen esta corriente para analizar sus desarrollos sobre el tema y, a partir de allí, se intentará arribar a una conclusión acorde a los objetivos planteados para este trabajo.

Hipótesis: La psicopatología atravesada por el psicoanálisis introduce la dimensión de lo singular.

Objetivo General

Ubicar cómo, a partir del aporte del psicoanálisis, se puede constituir una psicopatología de lo singular.

Objetivos específicos

- Desarrollar el significado de los términos: Universal, particular y singular en tanto ordenadores lógicos.
- Indagar acerca del acto diagnóstico en la psiquiatría, la psicopatología y el psicoanálisis.
- Situar la noción de síntoma para el psicoanálisis.
- Ubicar la influencia del psicoanálisis en el surgimiento de la psicopatología.
- Dilucidar el concepto de diagnóstico en singular.
- Problematizar los debates actuales que, desde una orientación lacaniana, interpelan a la psicopatología.

Fuente de datos: Fuentes primarias y secundarias.

Tipo de diseño: exploratorio

INTRODUCCIÓN GENERAL

“Nos toca poner nuestra práctica al compás de esta nueva era sin nostalgia, ni amargura, ni espíritu de revancha.”
(J.A. Miller).

El psicoanálisis, en su orientación por lo real, *“consiste en tomar como horizonte final el destino del goce”* (Laurent, 2014b). Por lo tanto, el diagnóstico en psicoanálisis se orientará a partir del goce presente en el síntoma, considerado como lo más singular de cada quien. Allí reside el núcleo pulsional, el modo singular de satisfacción de cada quien. Se trata de una posición clínica novedosa que supone como resultado un diagnóstico no clasificable, es decir que no puede ni pretende entrar en la serie de las clasificaciones existentes. Las clasificaciones constituyen un marco de referencia universal, pero ellas no absorben lo real en juego, es decir, lo singular.

Si lo universal se define por aquello que incluye a todos, que es común y extensible a todos, sin excepción de ninguno, lo particular constituye aquello que se separa de lo común, es decir, lo extraordinario. Se trataría de algo diferente que se desprende del “para todos lo mismo”. Lo singular, en cambio, se distingue de lo particular, por su condición de ser único. Tanto lo particular como lo singular se separan de lo universal, y es por ello que le deben a éste su razón de ser.

Ahora bien, si lo particular es una excepción a la regla, podría pensarse a lo singular como la excepción de la excepción. Es decir, aquello imposible de ser puesto en una serie ejemplar. Es aquello singular, que escapa a toda clasificación, lo que el psicoanálisis rescata, privilegiando el detalle singular por sobre la regularidad de la estructura.

Freud le otorgó al síntoma un estatuto diferente que el que le daba la medicina, encontrando en él un material valioso, la materia prima del trabajo analítico. Es por eso que se fue alejando del objetivo de buscar su eliminación per se.

El psicoanálisis produjo un cambio de posición respecto al saber, por el hecho mismo de tratarse de un saber diferente, ubicado del lado del paciente. Un saber no sabido, que da cuenta de lo inconsciente.

El síntoma del psicoanálisis no es el mismo que el síntoma de la medicina, porque la noción de cuerpo es otra. Se trata de un cuerpo que no responde a lo biológico, sino que está hecho de palabras. Es por eso que el síntoma remite a una satisfacción paradójica, del lado de lo pulsional.

Por esta razón, el psicoanálisis se propuso trabajar con aquello que la ciencia desechaba: lo singular. Fue a partir de la clínica que Freud construyó su teoría.

Posteriormente Lacan realizará una relectura de los textos de Freud y dará lugar a nuevas elucidaciones.

En su obra pueden ubicarse tres momentos en relación a la clínica. Un primer momento, caracterizado por la preponderancia del significante y de la estructura. Un segundo momento, en el cual instaura la clínica del fantasma y del objeto a para intentar delimitar algo de lo singular, a partir de la relación al Otro. Y un tercer momento en el que vuelve a encontrarse, como Freud, con aquello ineliminable del síntoma, lo cual dará lugar a la clínica del *sinthome*. Es entonces cuando Lacan (1975) ubicará a lo singular como algo que vale la pena que surja, y agregando que es a través del psicoanálisis que lo singular puede surgir.

Ahora bien, un diagnóstico no es una mera actividad clasificatoria de índole teórica, sino que tiene consecuencias precisas que, en ocasiones, pueden ser segregatorias. He ahí que un diagnóstico constituye un acto ético y político. (Naparstek, 2014).

Cabe destacar que las definiciones acerca de lo normal y lo patológico son construcciones que responden a coordenadas sociopolíticas dentro de una época y de una cultura determinadas. Esas definiciones no son entidades abstractas y aisladas, sino que llevan aparejadas prácticas concretas dentro de un entramado social.

A través de las épocas, el tratamiento de lo que fue considerado “enfermedad mental” ha sido y es abordado desde diversas perspectivas y posiciones dentro de la clínica. Las categorías universal, particular y singular, también construcciones, constituyen el sustento desde donde se establecen definiciones, por ejemplo, la de la locura.

En el Occidente medieval, la locura suponía una amenaza y peligrosidad inusitadas. Los discursos jurídico y religioso desarrollaron prácticas a fin de segregar y excluir a quienes eran considerados locos. Mediante el encierro o el exilio, el loco era arrojado a un espacio del otro lado de los márgenes sociales. Un espacio imaginario, al cual Foucault (1964) denominó lugar *liminar*.

Posteriormente, la locura pasó a formar parte del ámbito médico, donde prevalecía un sistema clasificatorio estandarizado y estigmatizante. Los muros asilares delimitaban prácticas de control y encierro, sin un fin necesariamente terapéutico.

En este contexto nace la psiquiatría, la cual se encargó de agrupar a las enfermedades mentales en base a signos y síntomas. Sin embargo, como toda ciencia, encontró sus límites y las clasificaciones resultaron ineficaces (Lantéri-Laura, 2000). Es que dejar afuera el goce tiene sus consecuencias, tal como lo expresará Lacan (1966) posteriormente.

La psicopatología, a partir de los aportes del psicoanálisis, se constituirá en una disciplina orientada a leer la práctica psiquiátrica, a fin de producir un saber teórico transmisible. A partir de allí, autores como Karl Jaspers y Georges Canguilhem pondrán en cuestión ciertos aspectos referentes al acto diagnóstico. También darán cuenta del componente ideológico-político presente en las nociones de salud-enfermedad. Canguilhem (1943) se encargará de hacer un recorrido teórico para llegar a afirmar que no hay una noción unívoca acerca de lo que son la salud y la enfermedad.

Teniendo en cuenta esto, será crucial saber leer las coordenadas contemporáneas y ubicar allí los debates que atraviesan a la psicopatología atravesada por el psicoanálisis en la época actual.

Es por eso que se problematizará el término “despatologización”, el cual ocupa el centro de los debates actuales dentro del psicoanálisis, intentando rastrear algunos posibles antecedentes. Dicho término daría cuenta de la existencia de cierta patologización de la cual habría que librarse. A su vez da cuenta de un diagnóstico sin Otro.

El aforismo formulado por Lacan, en 1978: “Todo el mundo es loco, es decir, delirante”, incluso parecería estar en consonancia con el término despatologización. Ahora bien, ¿de qué patologización se trataría, si la esencia del psicoanálisis se sustrae de una tendencia patologizante?

En la época actual, pueden advertirse dos fenómenos que coexisten: por un lado, un individualismo cada vez más creciente, marcado por un no lazo al Otro, y a la vez la tendencia a armar grupo (Naparstek, 2010). Tal como se verá en los últimos capítulos, ambas tendencias dejarían afuera a lo singular, pudiendo explicar de alguna manera la existencia del fenómeno de despatologización.

Ante estas coordenadas, los interrogantes serán: ¿Cómo hacer prevalecer lo singular en una época que lo excluye? ¿Cómo reconducir a la clínica? O más bien, ¿Cómo sustentar una psicopatología que aloje lo singular?

Estas y otras cuestiones serán desarrolladas a lo largo de la presente tesis.

Capítulo I

Las categorías Universal, Particular, Singular en relación a la locura en la Edad Media

“- ¿Qué clase de personas viven por aquí?
-Hacia *allá* – respondió el Gato, señalando con su pata derecha- vive un Sombrero y hacia *allá* vive una Liebre de Marzo. Visita a cualquiera de ellos: ambos están locos.
-Pero yo no quiero estar entre locos – protestó Alicia.
- ¡Oh, eso no puedes evitarlo! Todos estamos locos por aquí. Yo estoy loco y tú estás loca – respondió el Gato.
- ¿Cómo se si estoy loca? - preguntó Alicia.
-Debes estarlo – contestó el Gato – o no hubieras venido aquí.
Alicia no creyó que eso probara nada. Sin embargo, insistió:
- ¿Y cómo sabes que estás loco?
-Para empezar – respondió el Gato –los perros no están locos. ¿Lo admites?
-Supongo que sí –dijo Alicia.
-Ahora bien –el Gato continuó -: los perros gruñen cuando se enojan y mueven la cola cuando están contentos. En cambio *yo* gruño cuando estoy contento y muevo la cola cuando me enojo. Por lo tanto, yo estoy loco.”

Carroll, L. (1866) Alicia en el País de las Maravillas. Buenos Aires: Editorial Losada, 2005, p.80.

I.1- Introducción

Abordar la cuestión de la locura significa abordar una historia asociada a prácticas de exclusión y segregación. A lo largo del tiempo, la locura suscitó angustia y terror, representando las debilidades humanas en su máxima expresión. Lacan mismo ubica que un loco es *“lo más inquietante que hay en el mundo”* (Lacan, 2006, p.38).

El cuestionamiento desde la filosofía en torno a las definiciones de las categorías Universal, Particular, Singular, brindará las bases para establecer definiciones respecto a la locura a partir de pensar qué incluye a todos, qué constituye una excepción a la regla y qué emerge como modo singular. Es así que, a partir de las diferentes teorías en torno a dichas categorías ordenadoras, se construyeron a lo largo del tiempo definiciones que, encarnadas en prácticas concretas, tuvieron y tienen sus consecuencias.

Desde la psiquiatría, con el afán de establecer diagnósticos que no den lugar a ningún tipo de lagunas, se generó un sistema clasificatorio exhaustivo, tomando ciertos parámetros en relación a lo normal y a lo patológico. Si bien estas clasificaciones se basaron en los detalles, estos servían al objetivo clasificatorio, representaron un rechazo explícito de lo singular de cada caso.

Foucault señalará, en relación a la normalidad, *que “la psicopatología del siglo XIX (y quizás la nuestra) cree situarse y tomar sus medidas por relación (...) a un hombre normal dado anteriormente a toda experiencia de la enfermedad. De hecho, ese hombre normal es una creación”* (Foucault, 2014, p.207).

Cabría preguntarse qué definiciones co-habitan hoy en torno a la locura y qué prácticas dan sustento a esas definiciones.

A partir del surgimiento del psicoanálisis y la psicopatología, las fronteras entre lo normal y lo patológico adquirieron nuevas configuraciones. Tanto Canguilhem como Freud, acuerdan en que la definición de lo normal y lo anormal es una construcción social. Canguilhem (1943) definirá a la anormalidad no como una ausencia de normalidad, es decir, no en términos negativos, y establecerá que el estado mórbido se trata de una forma de vivir.

Freud equiparará el sueño y los lapsus a cierto estado delirante y Lacan nombrará una locura de carácter universal: la que atraviesa a todo ser hablante en tanto atravesado por el traumatismo del lenguaje. Es sobre la base de ese trauma universal, que se erigirá lo más singular de cada quien, la “locura” de cada uno.

Pero antes de ubicarse del lado de lo universal, de la mano del psicoanálisis, la locura representó un particular que, en tanto excepción a la regla, inquietaba las aguas

tranquilas de lo que era considerado normal. Como toda posición, este punto de vista respecto a la locura tuvo sus consecuencias en la práctica, tal como se verá a continuación.

I-2- El lugar del loco en la Edad Media

“Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas (...) Es el Pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuando desembarca, de qué tierra viene. Sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle.”

(M. Foucault)

Durante la Edad Media, los locos eran expulsados de las grandes urbes, en ocasiones llevados por marineros y mercaderes, por ser considerados un peligro y una amenaza para el orden teocéntrico establecido. El loco representaba las debilidades humanas en su máxima expresión. En ocasiones también eran azotados públicamente o llevados a lugares específicos. Diversos ámbitos se disputaron la figura del loco a lo largo de las épocas: desde territorios sin nombre hasta cárceles, manicomios y hospitales posteriormente.

A comienzos de la Edad Media el loco habitaba un lugar *liminar*, en condición de prisionero de un tránsito perpetuo, tal como lo describe Michel Foucault:

Hacia el otro mundo es a donde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca (...) En cierto sentido no hace más que desplegar a lo largo de una geografía mitad real y mitad imaginaria la situación *liminar* del loco en el horizonte del cuidado del hombre medieval (...). Expuesto en el interior del exterior, e inversamente. (Foucault, 2014p. 25)

El autor agrega que dicha posición simbólica persiste en la actualidad, con la diferencia que ya no existen las murallas medievales, sino los límites de la conciencia (Foucault, 2014). Cabría preguntarse, qué tipo de muros sería necesario derribar en la actualidad respecto a las formas de pensar y abordar las prácticas en torno a la locura.

El territorio hacia el cual el loco era desterrado representaba un no lugar. En relación a esto último, resulta significativo que la palabra *Loco* (Real Academia Española, s.f. definición 2), así como *Locura* (Real Academia Española, s.f.) si bien tienen una definición en los diccionarios en relación directa con la razón, en carácter de privación, o al ánimo en términos de exceso, no poseen un origen etimológico preciso, existiendo sólo suposiciones sobre su raíz semántica. Sin embargo, podría resultar interesante traer el término *Locus*, cuya definición es “lugar” (Real Academia Española, s.f. definición 1).

Acaso haya sido cierta necesidad de definir y localizar lo que habría llevado a que la tradición popular de aquellas épocas asocie a la locura con una piedra alojada en el cerebro. Cabría preguntarse si en la actualidad, la posición de ciertas terapias orientadas hacia la actividad cerebral, no estarían al servicio de brindar consistencia y continuidad a dicha concepción, cuestión que será tratada más adelante.

Poder localizar a la locura, tranquilizaba y habilitaba ciertas prácticas. Esta mirada sobre la locura se encuentra maravillosamente ilustrada en la obra del pintor de Países Bajos Jheronimus van Aken, más conocido como El Bosco, cuyo título es “*Extracción de la piedra de la locura*”, pintura realizada entre los años 1501 y 1505, en la cual se muestra cómo un estafador disfrazado de sabio le extirpa la supuesta piedra de la locura a un campesino (Silva, 2016). Resulta curioso que la supuesta piedra, en la obra del pintor, es una flor. Un tulipán que se adiciona al tulipán extraído anteriormente a otro loco, lo que daría la pauta de que se trataría de una misma locura para todos.

La locura condensaba en sí lo amenazante del absurdo existencial, conformando una preocupación que desplazó a la preocupación por la muerte hacia fines del S. XV. (Foucault, 2014). Puede encontrarse así cierto nexo entre la locura y la nada, la locura y el absurdo, la locura y la muerte. Pareciera que en ese movimiento de trasladar hacia la locura el temor ante la amenaza acechante de la muerte y el encuentro con el vacío de la existencia, algo se apaciguaba.

Poco a poco, en el ocaso de la Edad Media, la locura dejaba de estar asociada al pecado, en relación a Dios, para pasar a ubicarse en relación al campo de la razón y su vínculo con la verdad. Es así que el personaje del loco ocupó un lugar central en las farsas y sátiras de la época, representando el engaño del engaño, recordando a cada quien su verdad y siendo portavoz de las palabras más razonables. (Foucault, 2014).

I.3-La locura: Entre el ser y el no ser

Durante la Edad Media, dentro de la filosofía occidental, surge como inquietud la pregunta acerca lo Universal, Particular y Singular. El interrogante en torno a la definición de

dichas categorías produjo una vuelta hacia el pensamiento de los filósofos griegos. Es por ello que diversos pensadores, tales como Boecio, realizan una una lectura de las *Categorías* de Aristóteles.

En el pensamiento aristotélico las categorías parecen ser las formas que tenemos de hablar con respecto a cierta substancia individual, mientras que los predicables responden a la esencia del ente en términos universales. Con respecto a las categorías podemos decir que son las formas en que se expresa el ente, por ende, “*Sócrates es un hombre (ousía o ser), que mide x metros (cantidad), que es sabio (cualidad), que es mayor que su amigo Platón (relación) (...)*” (Aristóteles; *Categorías* 1b 25-2a 10). Los predicables, en cambio, no remiten exclusivamente a tal o cual ente, sino a todos aquellos que compartan ciertas características, pudiendo decir por ejemplo que “*Sócrates es un hombre (especie), esto es un animal (género), racional (diferencia) que, en su condición de hombre puede reír (propio) y puede estar sentado o de pie (accidente)*” (Aristóteles *Categorías* 1b 25-2a 10).

Por otro lado, Platón establece en *La República*, que únicamente es cognoscible aquello que permanece idéntico a sí mismo -lo universal, las Ideas- mientras que el mundo sensible de lo individual, al estar en un perpetuo fluir, queda a mitad de camino entre el ser y el no-ser.

En una marcada oposición al idealismo platónico que sostiene la supremacía y sustancialidad de las Ideas universales por sobre las entidades individuales sensibles siempre incompletas, Aristóteles llamó a las nociones predicables *sustancias segundas* ya que dependen ontológica y lógicamente de las *sustancias primeras o particulares*, es decir individuales. (Di Camillo, 2012).

No obstante esta aclaración, el problema de los universales en la Edad Media implicó una generosa discusión sobre si la naturaleza de las categorías aristotélicas era únicamente conceptual o si además tenía pretensiones ontológicas. Es decir, si gozaban o no de existencia efectiva (Espinal Restrepo, 2011)

En la obra: *Segundo Comentario a la Isagoge* de Porfirio, Boecio, dividió la discusión sobre los universales entre las respuestas: *realistas extremas* -afines a Platón- y *realistas moderadas* -afines a Aristóteles-, ubicando en el polo opuesto del debate a los teóricos *nominalistas*. Las tradiciones realistas, tanto extrema como moderada, confieren un estatuto ontológico a las categorías universales, pero difieren en el modo de concebir su existencia.

Es así como Tomás de Aquino, exponente del realismo moderado y representante de la Alta Escolástica del s.XIII, establece que el universal aquí aparece como real tanto en la cosa como en el entendimiento, no encontrándose separado de lo singular, sino existiendo realmente en lo individual, donde se fundamenta (Pardo Fariña, 2013).

En oposición a lo antedicho, el realismo extremo concibe al universal como una entidad que existe en otro mundo antes de la cosa singular e incluso antes que el sujeto la conozca. Un referente de esta vertiente es William de Champeaux, cuyo realismo platónico puede resumirse en la siguiente frase: una misma existencia existe a la vez en cosas diversas. Lo universal es tal cuando aceptamos que esencialmente concuerda con otra cosa. Así, este pensamiento deriva en que los individuos de una misma especie difieren por sus formas inferiores, pero son esencialmente iguales (Espinal Restrepo, 2011).

El nominalismo se separa de las tradiciones realistas justamente porque niega que las categorías universales gocen de una existencia ontológica. Con el nominalismo, lo que empieza a valer es lo que el sujeto pone en la construcción de la realidad, y no tanto lo que recibe como real desde fuera de su propia existencia (Pardo Fariña, 2013). Así, el desarrollo teórico de Guillermo de Ockham (1280/1288-1349) hace hincapié en esta idea de la invención del universal:

La palabra hablada (...) es universal, a saber porque es un signo instituido voluntariamente para significar varios. De aquí que así como a la palabra se le dice común, así se puede decir universal; pero esto no se tiene por la naturaleza de la cosa sino sólo porque se ha instituido a voluntad. (Ockham, 1994, pp. 65-66).

El universal entendido como signo fabricado por los hombres, desplaza toda pretensión de realidad hacia lo individual abriendo de este modo la pregunta y el debate filosófico hacia el problema de la individuación, el cual vio su auge en el siglo XIII. Podemos decir en principio que, epistemológicamente, la discusión sobre la individuación deriva del debate de los universales. En este sentido, *individuación* refiere al proceso según el cual algo universal deviene individual. Por otro lado, desde una perspectiva ontológica lo que la escolástica medieval se pregunta es cómo individuos reales y concretos se distinguen sustancialmente de otros individuos. Es así que la denominada individuación por substancia ubica el principio de la individualidad en los componentes esenciales: la materia y/o la forma. Teniendo en cuenta que a los componentes esenciales se los considera universales, la cuestión girará en torno a saber cuál de estos, además de universal, puede darse de manera singular.

Ahora bien: ¿Qué es lo que definía al loco en la Edad Media? ¿Cómo es que alguien entraba dentro de esa categoría? Cabe señalar que, tal como plantea Foucault, *“el loco no puede ser loco para sí mismo, sino a los ojos de un tercero.”* (Foucault, 2014, p.290). Es decir que, como todo diagnóstico, requiere de otros que lo sancionen.

I.4-Algunas conclusiones

El recorrido histórico medieval planteado hasta el momento parte del supuesto de un mundo entregado por Dios al cuidado de los hombres, a los cuales este se les presenta como realidad ya estructurada. Tanto lo *universal* como lo *singular o individual* son aspectos de ese mundo ya organizado, al cual los hombres van descubriendo paulatinamente mediante el pensamiento especulativo.

Ya sea en las tradiciones realistas o nominalistas, el entendimiento se adapta a la cosa dada produciendo en última instancia una adecuación del sujeto al objeto. Ninguna de estas corrientes cuestiona la consistencia que tiene la realidad en tanto formada por objetos organizados antes de ser conocidos. La discusión está más bien centrada en la valía que tiene el universal en dichos objetos: si es que posee un valor en sí mismo independiente de la mente -ya sea en los singulares o en otro plano/mundo- o si simplemente se trata de un nombre bajo cuyo rótulo la mente designa al objeto.

Este breve itinerario inicial en torno a la construcción de las categorías universal, particular y singular, se ofrece entonces como soporte sobre los cuales pensar la concepción de la locura y del loco en la Edad Media, habilitando entonces preguntas tales como: ¿se es loco? o ¿se está loco? Así mismo, puede ubicarse cómo en esa época la locura fue llevada a la categoría de universal en su relación con la muerte. (Foucault, 2014). Descubierta entonces el absurdo de la vida, la nada de la existencia, podría leerse: Todos muertos, todos locos. Varios siglos después, Lacan (1978) formularía su tan conocido aforismo: *Todo el mundo es loco, es decir delirante*, dando cuenta de la falla estructural universal que nos atraviesa en tanto seres hablantes. Partiendo de ese universal, las soluciones ante esa falta, serán singulares. Así mismo, cabría preguntarse qué es aquello que de la locura angustiaba (¿o angustia?). ¿Qué implicaba el loco en la Edad Media, como para haberse erigido en torno a él prácticas de segregación y exclusión? ¿Qué implica hoy?

Como se verá en los siguientes apartados, las categorías mencionadas constituirán un eje transversal a partir del cual se construirán las clasificaciones diagnósticas propias de la psiquiatría y de la psicopatología, para lo cual será crucial analizar la construcción político-social de los conceptos acerca de lo normal y lo patológico y sus incidencias en la práctica diagnóstica.

Capítulo II

Las categorías Universal, Particular, Singular en relación a la locura en la Edad Moderna

II.1-Introducción

En la Edad Moderna, y lejos de ocupar un territorio ambiguo, la locura comienza a ser ubicada dentro de ámbitos bien precisos y definidos. Aquél no lugar al que era arrojado el loco en el medioevo, comienza a delimitarse dentro del discurso jurídico-social al comienzo y dentro del discurso médico-psiquiátrico, con posterioridad. Como se verá más adelante, puede decirse que la confluencia de ambos discursos sigue presente en la época actual en lo concerniente a la psicopatología.

Tal como había sido mencionado en el apartado anterior, hacia finales de la Edad Media, la locura empieza a definirse en relación a la razón. El Dios todopoderoso que ordenaba el mundo, es entonces desplazado por la razón, un nuevo dios, un discurso amo, que orientará al mundo para librarlo de la oscuridad. Como plantea Foucault: *“bajo la mirada de la razón: la locura es individualidad singular cuyos caracteres propios, cuya conducta, cuyo lenguaje, cuyos gestos se distinguen uno a uno de los que pueden encontrarse en el no loco.”* (Foucault, 2014. p. 284)

Por otro lado, Voltaire, en su Diccionario Filosófico (1764) define a la locura como una enfermedad que impide a alguien obrar y pensar como los otros, agregando que *“un loco es un enfermo que padece del cerebro”* (Voltaire, 1825, p. 260). Pareciera perpetuarse en este pensador la concepción de la locura como algo localizable en el cerebro. Creencia propia del medioevo y también de las neurociencias en la época actual.

Mientras que en la Edad Media el sujeto aparecía como el receptor de un mundo ya fabricado, en la Modernidad éste se manifiesta como aquel que arma ese mismo mundo. Lo dado ya no se presenta como organizado por el mero hecho de estar más allá del sujeto. Las preocupaciones empiezan a girar en torno a la forma en que el sujeto conoce y se apropia de ese objeto mediante su entendimiento. De esta forma los clásicos objetos reales de la metafísica -ser, alma, mundo, Dios- fueron sometidos a un proceso de purificación conceptual. Es en ese marco que en su obra *Crítica a la Razón Pura* (1781), Kant postula que es a través de la *intuición empírica*, dada a partir de los sentidos, que comienza la edificación del objeto por parte del sujeto cognoscente.

A partir de estas coordenadas lógicas, se ubicarán entonces algunas cuestiones respecto a la construcción de la definición de locura en dicha época y las prácticas en torno a ella que se construirán posteriormente.

II.2-La locura: Entre la razón y el sueño

“Toda locura oculta una opción, como toda razón una opción libremente efectuada”

(M. Foucault)

La razón se convertirá en el amo de la Edad Moderna. Será a partir de ella que se construirán definiciones y categorías.

En relación a la razón, el filósofo René Descartes había instaurado el estatuto de la duda, ubicando a esta como parámetro para definir si alguien está loco o no lo está. Quien piensa, no puede estar loco. De este modo quizás se podría reformular su tan conocido razonamiento lógico *Pienso, luego existo* (Descartes, 1637) por el siguiente: *Pienso, dudo, luego existo, luego no estoy loco*. Localizada entonces a la duda del lado de la razón, se podría decir que, si hay duda, no hay locura. Interesante relacionar esto con algo esencial en la nosografía estructural diagnóstica, que hace que una psicosis no sea una neurosis: la pregunta. Tal como plantea Lacan (1956), la neurosis tiene estructura de pregunta, ubicándose la psicosis del lado de la certeza.

La sinrazón se presentaba como un espacio oscuro, desconocido y peligroso.

Descartes (1641) también ubica a la locura en sintonía con el sueño, al loco con el soñante, interrogando: *“¿hay algo, por absurdo y contrario a la razón que sea, que no pueda ocurrírsele a un loco o a uno que está durmiendo? ¿Hay algo que uno que duerme no sea capaz de aprobar, envaneciéndose de ello como si fuera gran invención suya?”* (Descartes, 1977. p.345). Posteriormente Immanuel Kant expresará que *“el alucinado es, pues, un hombre que sueña despierto”*. (Kant, 2001, pág. 75). Años más tarde en su Interpretación de los sueños, Freud (1900) citará a Kant en su formulación de la relación entre la locura y el sueño, ubicando el carácter alucinatorio de la actividad onírica.

Para Kant aquello que se le presenta al sujeto no se caracteriza por ser una totalidad impuesta, sino que más bien este se encuentra ante una dispersión de datos a ordenar. A través de este esquema, el *entendimiento* también está provisto de *categorías a priori* que reúnen las condiciones de universalidad y necesidad, tal como se verá a continuación.

II.3- Kant: La cuestión espacial

En 1764, Kant escribirá un ensayo titulado: "Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza". Allí define al loco, señalando que la sociedad da lugar "a *hombres ingeniosos y razonadores, si bien en ocasiones también a locos y tramposos*" (Kant, 2001, p. 61). Ubica así al loco en contraposición al hombre razonable. A partir de esa premisa, se propone desarrollar una "*pequeña onomástica de las dolencias de la cabeza*" (Kant, 2001, p.63). Es así que diferencia a la *Idiocia* (parálisis de la cabeza) y a la *Locura furiosa* (convulsiones de la cabeza). Sin embargo, agrega que ambas tienen su germen en dos dolencias menores a las cuales considera "*cualidades corrientes en la vida social*" (Kant, 200, p.64): la *Imbecilidad* y la *Locura*. Kant definirá a lo patológico en términos de déficit de la razón y el ingenio.

Resulta interesante que Kant caracteriza a quien padece *Melancolía* como un delirante apesadumbrado, haciendo una comparación con la pasión amorosa, la cual "*se regocija o atormenta con algunas interpretaciones extravagantes que se asemejan al delirio*" (Kant, 2001, p.81). Algo similar a lo que expresaría Freud mucho tiempo después.

Kant considera que el universal no puede manifestarse fuera del sujeto en singulares que no están ordenados, y que por lo mismo son incapaces de remitir a una esencia común presente en ellos. Si la cosa en sí misma nunca puede ser captada -porque siempre hay mediación ya sea de la intuición o del entendimiento- entonces es imposible acceder al universal en la cosa. Lo que consta aquí es el singular pero no a modo de entidad concreta distinta del sujeto, sino como edificación de este. El sujeto construye el singular, y por lo mismo organiza la realidad desde el punto de vista de la subjetividad, esto es, en él y desde él (Pardo Fariña, 2013). El sujeto en tanto constructor de la realidad, construirá también las categorías universal y singular.

Resulta interesante poner en diálogo con Kant a Foucault, quien plantea que en el s.XVIII, "*la razón, si tiene un dominio sobre el loco, es desde el exterior como un objeto*" (Foucault, 2014, p. 291). La razón se ubicaría entonces como exterioridad del loco. El autor agrega que:

El loco es demasiado directamente sensible para que pueda reconocerse en él el discurso general de la locura; sólo aparece en una existencia puntual especie de locura a la vez individual y anónima en la que él se designa sin ningún margen de error pero que desaparece en cuanto es percibida. (Foucault, 2014, p. 283)

Lo singular inaprensible de la locura, que pareciera ser condescendiente con la fugacidad evanescente propia del inconsciente, con aquello que se escapa cuando se lo intenta atrapar.

Ahora bien, si, tal como se dijo a comienzos del apartado, en Kant se puede encontrar una regresión hacia lo *a priori* como aquella dimensión que funda la posibilidad del conocimiento de los objetos, en Hegel, a partir de su obra Ciencia de la lógica (1812), se puede vislumbrar una progresión hacia la totalidad de las dimensiones de la forma absoluta a través de su lógica dialéctica.

II.4-Hegel: La cuestión temporal

“Lo singular sigue siendo el ser que subyace como fundamento y permanece firme frente a lo universal, al que está a la vez referido”.

(G. Hegel)

Hegel revisa el estatuto lógico de las categorías universal, particular y singular partiendo de su relación con otras dos: lo abstracto y lo concreto. De todo lo que es podemos predicar sus momentos universales, particulares y singulares. Estos momentos van a reconocer una temporalidad lógica: universal-abstracto, particular, singular o universal-concreto. Lo abstracto sólo puede ser predicado de lo universal, lo singular es siempre concreto -que es lo mismo que decir universal-concreto- y lo particular no es ni abstracto ni concreto como tal. El momento universal-abstracto es la concepción de algo, sea lo que sea, en tanto que aislado de toda relación y contexto. El momento particular viene a situar lo que antes era universal-abstracto en relación con otro término de su misma especie, en tanto que el momento singular -o universal concreto- se define como la concepción de estos dos últimos términos ya que forman parte de un mismo universo, pero ahora no como una abstracción sino como una concreción. La unidad de lo lógico en este esquema reside en ciertas actividades de auto-negación que van diferenciando al todo en forma interna. Es así que lo universal contiene dentro de sí tanto la particularidad como la singularidad, en tanto que negaciones diferentes de lo universal. La particularidad da forma al proceso de auto-diferenciación de lo universal: aparece como acto mediante el cual lo universal se libera a sí mismo en sus propias diferencias. Las particularidades diferenciadas son aquí las definiciones del concepto, de manera tal que su identidad no es sino un efecto de su propia actividad de auto-diferenciación, formulando así que *“lo particular es entonces*

aquella forma determinada mediante la cual el concepto se refiere a sí mismo. Esta pura autorreferencia del concepto produce el momento de lo singular.” (Sepúlveda Zambrano; 2020:10). Pudiendo afirmar entonces que:

Lo universal y lo singular o particular no se oponen como contrarios, sino que lo singular y lo universal-concreto son uno y lo mismo. La única oposición que resulta de estas categorías es entre lo universal-abstracto y lo particular, al dejarse de lado la dimensión de lo concreto o singular. (Murillo; 2010:356).

Será en la fantasía donde Hegel ubicará la unión de lo universal y lo individual: *“La fantasía es el punto medio en el cual lo universal y el ser, lo propio y lo ser hallado, lo interior y lo exterior están perfectamente unidos en una sola cosa.”* (Hegel, 2005, p.498).

Hegel ubicará lo singular en el alma: *“El alma está singularizada como sujeto individual.”* (Hegel, 2005, p. 445).

Para Hegel, la locura no es pérdida de la razón, sino *“contradicción en la razón todavía presente, del mismo modo que la enfermedad física tampoco es una pérdida abstracta, es decir, total de la salud (eso sería la muerte), sino una contradicción en ella.”* (Hegel, 2005, p.463). Este punto de vista resulta interesante ya que no ubica a la locura en tanto déficit, respecto a lo que hay o no hay, sino como contradicción.

Hegel también define a la demencia como un *“estar-fuera-de sí”*, agregando que allí se trata de *“la contradicción de un sentimiento corporal que ha llegado a estarsiendo frente a la totalidad de las mediaciones que la conciencia es. El espíritu determinado como meramente siendo, en tanto ese ser no está disuelto en la conciencia, está enfermo”*. (Hegel, 2005, p.462).

La expresión *estarsiendo* que plantea Hegel, da cuenta de una condensación entre el ser y el estar. Reavivando así la pregunta inicial: ¿Se es loco o se está loco?

II.5-Algunas conclusiones

Como pudo verse en el desarrollo del presente capítulo, la definición de la locura en la Edad Moderna emerge en relación a una comparación, bajo una conciencia de otredad oculta que implica una relación exterior a partir de los otros y hacia un otro singular, el loco. El loco es definido como tal desde la mirada de un tercero (Foucault, 2014). En este punto es importante señalar que, además de ser definida en relación a los otros, la locura como tal

es a su vez, sancionada por otros como exponentes de un discurso. En otros capítulos se desarrollarán las consecuencias del acto diagnóstico, así como su estatuto ético.

Teniendo en cuenta, las categorías universal, particular y singular, se puede decir que *“el loco es el otro con relación a los demás: el otro - en el sentido de la excepción - entre los otros, en el sentido de lo universal”* (Foucault, 2014, p. 285). Aquí se introduce un concepto clave como es la excepción. La excepción a la regla. Aquello que escapa a ser puesto en la serie de los universales pero que, sin embargo, se sostiene sobre ello, porque es de allí de donde surge. Podría incluso pensarse a lo particular y a lo singular como dos instancias co-habitanes de lo universal. Si lo universal es “todos lo mismo”, de allí lo que escapa a la regla se desprende para dar lugar a lo particular. Del cúmulo de lo particular, surgirá lo singular ya fuera de todo conjunto. La excepción de la excepción, aquello que escapa a ser ubicado en un conjunto.

Ahora bien, tal como se planteó en el apartado anterior, la definición de las categorías universal, particular y singular no son meros conceptos teóricos, sino que dichas categorías proporcionan el andamiaje para la construcción de prácticas concretas, tales como el acto diagnóstico, con las consecuencias que éste conlleva.

Capítulo III

La locura: Del ámbito jurídico-social al ámbito médico-psiquiátrico

III.1- Introducción

A fines del s.XVIII, el tratamiento de la locura atravesó un pasaje desde el ámbito jurídico-social hacia el ámbito de la medicina, y esto fue de la mano del médico francés Phillipe Pinel.

La locura, al ser considerada como algo peligroso, había sido motivo de encierros y castigos. El loco fue traído de la no patria a la que había sido exiliado hacia prácticas de reclusión. La libertad imaginaria que pesaba sobre sus espaldas en el medioevo, empieza a caer para dar lugar a otros yugos.

En 1656, destinado a evitar la mendicidad y ociosidad, nace en París el Hôpital Général. Allí son depositados los locos para ser vigilados brutalmente, tal como lo describe Esquirol (1838), quien posteriormente propondrá que las instituciones específicas para alienados tengan un nombre propio y se llamen “asilos” (Lantéri-Laura,2000).

Como puede verse, el mencionado hospital distaba mucho de ser un espacio médico, para constituir más bien una estructura jurídica. Esto responde a que la locura se ubicaba en ese entonces del lado de la penitencia, la cual busca condenar la ociosidad en base a una coerción física y moral (Foucault, 2014). Desde el discurso jurídico, el loco es definido como alguien incapaz y peligroso. Dicha condición llegará a su fin con la mítica intervención de Pinel, quien libera al loco del ámbito jurídico-carcelario para llevarlo al terreno del discurso médico.

Pinel se encargará de realizar una distinción entre lo que es la *Locura*, concepto que ubicará del lado de lo socio-cultural y *Alienación mental*, término propio del ámbito de la medicina (Lantéri-Laura,2000). Tal como expresa Lantéri-Laura: “*esta diferenciación va a servir de punto de referencia a quienes en la primera parte del siglo XIX van a ocuparse de lo que más adelante se denominará psiquiatría.*” (Lantéri-Laura, 2000, p. 73).

Partiendo de la noción de paradigma, establecida por Thomas Khun, el autor propone ubicar tres momentos dentro de la historia de la psiquiatría en relación a la locura, tal como se verá a continuación. Cada paradigma surge a partir de una crisis del paradigma anterior.

Es así que será la crisis en las clasificaciones psiquiátricas lo que dará lugar al surgimiento de las estructuras psicopatológicas. La psicopatología se encargará de leer la práctica psiquiátrica para convertirla en un saber transmisible.

Profundamente influenciada por el surgimiento del psicoanálisis, la psicopatología propondrá otro modo de diagnosticar, a partir del cuestionamiento acerca de lo normal y lo patológico.

III.2- De la locura a las locuras: Tres paradigmas de la enfermedad mental

Lantéri-Laura (2000) propone tomar la noción de paradigma establecida por Thomas Khun (1962) para, desde allí, ubicar tres momentos en relación a la enfermedad mental. Cada uno de esos momentos se caracterizará por una concepción de la enfermedad mental propio, lo cual tendrá como consecuencia diferentes construcciones diagnósticas con sus consecuentes prácticas.

Khun (1962) sostiene que un paradigma constituye el conjunto de saber establecido que sostiene a la ciencia, operando como referencia para la resolución de los problemas planteados dentro de un determinado campo científico. El paradigma posibilita el surgimiento de teorías. El autor considera a los paradigmas como *“realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.”* (Khun, 2004, p.13). Cabe agregar que, tal como señala el autor:

Una de las cosas que adquiere una comunidad científica con un paradigma, es un criterio para seleccionar problemas que, mientras se dé por sentado el paradigma, puede suponerse que tienen soluciones. Hasta un punto muy elevado, éstos son los únicos problemas que la comunidad admitirá como científicos o que animará a sus miembros a tratar de resolver. (Khun, 2004, p.71).

Como puede verse, un paradigma brinda el marco para establecer cuáles son los problemas válidos a resolver. Teniendo en cuenta esta cuestión, puede decirse que dicha validez no puede dissociarse del contexto socio-político en que surge determinado paradigma. El hecho de poner en debate ciertas problemáticas y no otras no puede pensarse de modo inocente, sino que se encontrará en relación dialéctica con las coordenadas de cada época.

Ahora bien, es importante aclarar que, tal como plantea Lantéri-Laura (2000), el proceso de cambio de paradigma conlleva tiempo e incluso el paradigma anterior no desaparece por completo, permaneciendo en un segundo plano.

Dicho esto, se abordará la propuesta de Lantéri-Laura (2000) para pensar los diferentes momentos en relación al abordaje del padecimiento mental desde la psiquiatría.

III.2.A-Primer paradigma: La alienación mental (1793-1864)

Este primer paradigma tiene como representante a Philip Pinel. Tal como plantea Lantéri-Laura (2000), Pinel se encargó de delimitar la noción de locura, en tanto término estrictamente socio-cultural, y la noción de alienación mental, término propio del ámbito médico. Tal como plantea el autor, esta definición brindó un marco sobre el cual se erigiría más adelante la psiquiatría. Incluso, puede decirse que el párrafo inicial de la historia de la psiquiatría se escribe en el momento en que el loco es llevado de la cárcel al hospital, a partir del pedido de Pinel de liberar a los locos encadenados, quienes lo recompensarían con la curación (Foucault, 2003).

Pinel consideraba a la alienación mental como una única enfermedad que se manifestaba de cuatro diferentes formas: manía, melancolía, demencia e idiotismo. La diferencia entre la manía y la melancolía está dada por las características del delirio: mientras que en la manía se trata de un delirio generalizado, en la melancolía el delirio se halla acotado a un objeto en particular. Estas especies se constituyeron a partir de las observaciones que Pinel realizaba de los locos. Así explicó Pinel su método:

¿No debían estudiarse con cuidado unos síntomas tan diversos, comprendidos todos bajo el título de enajenación? (...) Tomé, pues, por guía el método seguro en todos los ramos de historia natural, que es el de empezar a ver sucesivamente, y con atención cada objeto en particular, sin otro designio que el de reunir materiales para lo sucesivo (...) Al principio formé una lista general de todos los locos que había en el hospicio, exminando sucesivamente el estado de cada uno para conocer a fondo la naturaleza de sus extravíos (...) me adherí escrupulosamente al método descriptivo, sin sujetarme a ningún modo de observar exclusivo, ni a ningún orden sistemático. (Pinel, 1804, pp.50-51).

La alienación mental se ubica entonces como una enfermedad caracterizada por Pinel por una perturbación de las funciones intelectuales. Al ser ubicada como enfermedad,

todo indicaría que sería esperable un tratamiento diferente al que se empleaba en relación a la locura, sobre la cual se habían desarrollado prácticas de castigo y exclusión.

Ahora bien, el hecho de considerar a la alienación mental como una sola enfermedad, tuvo sus consecuencias a la hora de elaborar un tratamiento posible (Sotelo, 2010). Es así que Pinel propuso un único tratamiento para la alienación mental: el tratamiento moral. Dicho tratamiento se caracterizaba por el aislamiento del sujeto de su contexto para ser introducido en un contexto sano, ya que Pinel consideraba que el contexto tenía una incidencia fundamental en el desarrollo de la enfermedad. Es por eso que el enfermo era aislado y estaba bajo el control de un hombre capaz de ejercer poder sobre él; poder basado en la imposición al alienado un sentimiento de terror (Pinel, 1801).

A partir de la introducción de la locura en el ámbito médico, se inaugura el nacimiento de la clínica, en el sentido del ir “cama por cama”, enfermo por enfermo. Se trata de una clínica de la mirada. Podría pensarse en una mirada desde dos aspectos: por un lado, a partir de la experiencia de lo observable y por otro, en relación a los mecanismos de control para vigilar al loco. Tal como plantea Foucault (2003), dentro del asilo psiquiátrico se conformará una unidad de poder por parte de médicos, vigilantes, enfermeros y sirvientes, basada en la relación asimétrica entre médico y paciente.

Es a partir de la mirada que comenzará una exhaustiva clasificación de las enfermedades mentales, a partir de la observación de signos y síntomas, definiéndose cada uno de la siguiente forma, según Foucault:

El síntoma (...) es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible él es el más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. El signo anuncia: pronostica lo que va a ocurrir; amnesia lo que ha ocurrido; diagnostica lo que se desarrolla actualmente. (Foucault, 2004, pp.131-132)

En el s. XVIII se intentó una clasificación de las enfermedades con una exactitud similar a la de la clasificación botánica, ubicando con precisión las variedades existentes. A comienzos del s. XIX, por el contrario, se impone otro modelo: el de la operación química: aislar los componentes para definir la composición, estableciendo puntos comunes y diferencias con los demás conjuntos (Foucault, 2004).

Amén de eso, este primer paradigma entra en crisis a partir de la publicación de la obra de J. Falret: “La no existencia de la monomanía”, quien sostiene que no se trata de una sola enfermedad, sino de diversas enfermedades mentales (Sotelo, 2010).

Como se verá a continuación, comenzará una etapa en la cual el uso del plural constituirá un paso en el camino hacia lo singular.

III.2-B- Segundo paradigma: Las enfermedades mentales (1864-1926)

El psiquiatra francés Jean Pierre Falret inaugura una nueva concepción de la locura al inscribirla en una pluralización de enfermedades mentales. Falret se propuso demostrar que *“la patología mental se compone de cierto número de especies morbosas autónomas, específicas e irreductibles unas a otras o a simples variedades de una enfermedad canónicamente establecida”* (Lantéri-Laura, 2000, p.120). Se produce así una desjerarquización, en la cual los síntomas secundarios serán tan importantes como los principales. Se comienza a dar lugar a los detalles, para así realizar una exhaustiva clasificación de las enfermedades, tal como puede verse en la minuciosa elaboración de Kraepelin.

Así mismo, comienza la llamada clínica diacrónica, en la cual se da importancia a la evolución de la enfermedad en el tiempo.

La pluralidad de enfermedades mentales dará lugar a una diversificación de tratamientos (Sotelo, 2010).

Lantéri-Laura (2000) ubica, respecto al Delirio, que para clasificar el foco fue puesto en el mecanismo. Allí se puede ubicar a Sérieux y Capgras, quienes plantean que el sujeto elige lo que pueda adaptarse a la idea dominante de su delirio. Por otro lado, De Clerembault señalará el interés por el mecanismo de automatismo y las pasiones. Mientras que Kraepelin distinguirá entre cuatro tipos de Parafrenia: expansiva, confabulatoria, sistemática y fantástica. Todas coinciden en el poder mantener una vida social, profesional y afectiva más o menos normal (Lantéri-Laura, 2000).

Tal como plantea Foucault, *“las clasificaciones del S. XIX presuponen la existencia de grandes especies - manía o paranoia o demencia precoz - no la existencia de un dominio lógicamente estructurado en que las enfermedades estén definidas por la totalidad de lo patológico”* (Foucault, 1967, p. 304). Cabe agregar que, para realizar una clasificación, se hace necesaria la existencia de un criterio previo a partir del cual se realicen las distinciones. Por lo tanto, según sea ese criterio, dará como resultado diferentes tipos de clasificaciones.

Las clasificaciones realizadas de esa época formaron parte de un paradigma de clasificaciones exhaustivas que no dejaba lugar a ningún tipo de lagunas. Si bien se atendía

a los detalles, esto era en función del afán clasificatorio, sin habilitar la dimensión de lo singular.

Esta condición dio como resultado la ineficacia clínica dichas clasificaciones constituyéndose así una crisis en el paradigma clasificatorio de las enfermedades mentales, el cual será reemplazado por las estructuras psicopatológicas.

III.2-C- Tercer paradigma: Las estructuras psicopatológicas (1926-1977)

Este paradigma está atravesado por la cuestión de la estructura, especialmente a partir de la influencia de la Escuela Gestalt, la cual prevalecía en dicha época. Esta incidencia tuvo sus consecuencias en el modo de concebir a las enfermedades mentales ya que ponía en cuestión la metodología de aislar los síntomas de forma separada.

Esto llevará a los psiquiatras H. Ey y a E. Minkowsky a alzarse contra dicha metodología dentro de la psiquiatría. Tal como explica Sotelo (2010), Ey propone un modelo órgano-dinámico, el cual supone una jerarquía a partir de la cual la conciencia debería guiar a las demás funciones. De este modo se postula una estratificación de las enfermedades mentales según el deterioro de la actividad psíquica (Sotelo, 2010).

Minkowsky se convirtió en el principal cuestionador de la concepción de las enfermedades a partir de síntomas aislados. Es por eso que define a la enfermedad mental a partir de una modificación en la personalidad (Sotelo, 2010).

Será a partir del predominio del concepto de estructura que la psicopatología pasará a ocupar un lugar preponderante, por sobre la psiquiatría: *“La psiquiatría clínica pasará a un segundo plano, como una disciplina médica inevitable, pero de modo empírico y carente de amplitud, (...) abocada a plantear un diagnóstico y llevar adelante un tratamiento”* (Lantéri-Laura, 2000, p.219).

La crisis de este paradigma se constituyó a partir de dos cuestiones: por un lado, la tendencia de los clínicos de buscar sólo síntomas para así establecer un diagnóstico, sin darle relevancia a la cuestión estructural, a la cual consideraban imprecisa. Y por otro, aunque del mismo lado, por la proliferación de psicofármacos y de terapias alternativas.

La búsqueda de un lenguaje común para nombrar a las enfermedades mentales y lograr una precisión para diagnosticar, dio lugar al surgimiento del primer manual diagnóstico (DSM), en 1952 (Sotelo, 2010).

La psiquiatría buscaba una lengua común, ignorando que somos hablados por el lenguaje.

III.3- Psicoanálisis y psicopatología: una respuesta a la crisis del diagnóstico en la psiquiatría.

“La patología ha tomado tan poco en cuenta hasta el presente ese carácter propio de la enfermedad que consiste en ser verdaderamente para el enfermo otro modo de andar de la vida”.

(Georges Canguilhem)

En la primera parte del s.XX, el paradigma de las enfermedades mentales atravesó una profunda crisis dentro de la psiquiatría. Es así que éste será reemplazado por el paradigma de las estructuras psicopatológicas (Lantéri-Laura, 2000). A partir de los aportes del psicoanálisis a la psiquiatría, es que nacerá la psicopatología, como desarrollo de un saber teórico transmisible sobre la lectura de la práctica psiquiátrica. El mismo Freud, así lo planteaba:

Otra de las funciones del psicoanálisis consiste en ofrecer una preparación para el estudio de la psiquiatría. En su forma actual, esta tiene un carácter meramente descriptivo, pues sólo muestra al estudiante una serie de cuadros clínicos y lo faculta para distinguir, entre ellos, los que son incurables o los que revisten peligrosidad social. (Freud, 1919 [1918], p.170).

En 1885 Freud viaja a París para estudiar en la Salpêtrière, el antiguo Hôpital Général. Allí Charcot venía desarrollando su práctica de la hipnosis para tratar la histeria. Tal como lo describe Freud: *“Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le tocaba el turno a las neurosis.”* (Freud, 1886-99, p.10). La anatomía había encontrado un límite infranqueable, y era momento de buscar en el ámbito de lo no observable. Respecto a esto, resulta interesante lo que plantea Foucault cuando expresa que las histéricas constituyeron el primer movimiento de despsiquiatrización; en palabras del autor:

La primera despsiquiatrización, el primer momento de vacilación del poder psiquiátrico en cuanto a la cuestión de la verdad, lo debemos a toda esa compañía de simuladores y simuladoras. Fueron ellos quienes, a través de sus mentiras, tendieron una trampa a un poder psiquiátrico que, para poder ser agente de la realidad, se pretendía dueño de la verdad y se negaba a plantear, dentro de la práctica y la cura psiquiátricas, la cuestión de lo verdadero de la locura. (Foucault, 2007, p.164).

El poder psiquiátrico se sustentaba en un discurso portador de la verdad que promovía la institución asilar y el despliegue del poder médico dentro de ella. Las histéricas se convertían en portadoras de otro poder, en tanto eran quienes le daban razón de ser al médico al suministrarle a éste sus síntomas (Foucault, 2007).

En sintonía con este movimiento, a principios del S. XX, el filósofo y médico francés Georges Canguilhem, propone interrogar los conceptos acerca de lo normal y lo patológico. Canguilhem se encarga de mostrar que no existe una definición unívoca acerca de la salud y la enfermedad, ya que dichos conceptos responden a construcciones político-sociales propias de cada época. Para esto toma diferentes vertientes ideológicas desde la antigüedad hasta la época que habitó. Es así que plantea la teoría dinámica, derivada de la medicina griega, y la teoría ontológica, derivada de la medicina egipcia. La teoría dinámica considera que la naturaleza, tanto interior como exterior, es armonía y la enfermedad sería una perturbación de dicha armonía, un desequilibrio. Por otro lado, la teoría ontológica concibe a la enfermedad como un cuerpo extraño a extirpar. (Canguilhem,1943). El autor presenta cuestionamientos a ambas teorías, partiendo de la base de que para él la enfermedad no es sólo desequilibrio, sino que en ocasiones puede constituir un intento de curación. Por otro lado, se pregunta si en ese cuerpo extraño a extraer no habrá un funcionamiento necesario ya que, al ser extirpado, el organismo vuelve a formar ese cuerpo extraño. (Canguilhem,1943). Cualquier parecido con el psicoanálisis, es pura coincidencia.

Canguilhem continúa su recorrido por el s.XIX planteando que, en Francia, las ideas del filósofo positivista Auguste Comte y del médico Claude Bernard instauraron un dogma acerca de lo normal y lo patológico. Mientras Comte propone orientarse desde lo patológico a lo normal, Bernard lo hace en el sentido inverso. Éste último introdujo, a su vez, protocolos experimentales y métodos de cuantificación para realizar sus observaciones. (Canguilhem,1943). Podría decirse que, en la época actual, como se verá más adelante,

aún persiste cierta tendencia cuantificante reflejada ya no sólo desde la medicina, sino en dispositivos al alcance de la mano.

En relación a la orientación cuantificante, de pensar lo normal y lo patológico en términos de excesos o déficits, Canguilhem dirá:

Exceso y defecto existen con respecto a una medida que se considera válida y deseable — por lo tanto, con respecto a una norma. Definir lo anormal por lo demasiado o por lo demasiado poco, significa reconocer el carácter normativo del denominado "estado normal". Este estado normal o fisiológico ya no es sólo una disposición develable y explicable como un hecho, sino la manifestación del apego a algún valor. (Canguilhem, 1971, p.33)

Es decir que lo normal entonces, no se define científicamente, sino socialmente.

En 1966, veinte años después de su escrito, Canguilhem agrega nuevas reflexiones, las cuales dejan ver cierta adhesión, al menos en esta cuestión, al materialismo dialéctico de Karl Marx. Allí esboza que *"lo normal no es un concepto estático o pacífico, sino un concepto dinámico y polémico"*. (Canguilhem, 1971, p.187). El autor agrega que, dentro de un sistema, las normas mantienen una relación entre sí (Canguilhem, 1971).

Según la tradición marxista, ningún fenómeno, proceso u objeto existe de forma aislada y sólo podemos aprehenderlos en tanto elementos integrados a un sistema; es decir, a través de las relaciones que mantienen con otros objetos. En este marco se puede ubicar entonces el planteo de Canguilhem respecto a los conceptos de normal-patológico, en tanto construcciones socio-políticas.

La categoría de lo particular, para esta ideología, viene a situar a las formaciones socio-económicas entre, por ejemplo, la categoría universal de producción y la individualidad de la forma de producción en un lugar y momento específico. Como exponente de la corriente marxista, se tomará a F. V. Konstantinov quien expone, en su obra *Fundamentos de la filosofía marxista-leninista* (1965) la relación entre lo universal, lo individual y lo particular desde esta tradición intelectual, afirmando que *"lo universal toma la forma de las similitudes de las propiedades y las relaciones entre los objetos, constituyendo así clases y grupos susceptibles de ser registrados en conceptos"* (Konstantinov, 1982, p.125).

El aporte de la tradición marxista es justamente el considerar estas categorías de forma dialéctica al priorizar su interrelación, considerando que *"lo individual existe*

únicamente en conexión con lo universal (...) todo individuo entra de forma incompleta dentro del universal (...) todo individuo está conectado a través de miles de transiciones con otros tipos de individuos” (Lenin,1978, p.329).

En esta misma línea, Karl Jaspers, plantea que la definición de enfermedad se ubica más bien del lado de la apreciación de los pacientes y de las ideas dominantes del medio ambiente social, que del juicio de los médicos. (Jaspers, 1913). A esto agrega que *“lo «anormal» - dicho en general- no es una comprobación efectiva, sino una valoración”* (Jaspers, 1977, p.507).

Con la publicación del “Tratado de Psicopatología General”, en 1913, Jaspers hace nacer simbólicamente a la psicopatología. Su intención era comenzar a formalizar teóricamente la práctica psiquiátrica, con el fin de convertirla en un saber transmisible. Hacía ya unos años que Freud había publicado su Psicopatología de la vida cotidiana. Jaspers planteará un ordenamiento de los fenómenos psíquicos en torno al eje de lo comprensible y no comprensible, considerando que los síntomas pueden tener un sentido comprensible. Freud, en cambio, ubica el sentido del síntoma en el plano de lo descifrable. Podría decirse que pensar la patología en términos de “comprensible- no comprensible”, marca un cambio de posición respecto a pensarla en términos de “normal-anormal”. Lo no comprensible daría cuenta de una falta en quien lee la patología, en lugar de medirla respecto a un Otro completo como sería la norma.

Freud plantea que *“la frontera entre los estados anímicos llamados normales y los patológicos es en parte convencional”* (Freud,1906-1908, p.37), ubicando allí modelos normales de afecciones patológicas, tales como el enamoramiento, el duelo y el estado onírico (Freud, 1914-1916).

Si bien en sus comienzos, Freud buscó eliminar los síntomas, tiempo después la clínica le mostró que había un resto ineliminable. Es así que el síntoma tendrá un valor fundamental para el psicoanálisis, en tanto portador de lo más singular de cada quien. En este punto, el psicoanálisis se ubica en contraposición a la psiquiatría, para quien la eliminación del síntoma es la meta primera. Tal como lo postula Freud: *“la eliminación de los síntomas patológicos no se persigue como meta especial, sino que se obtiene, digamos, como una ganancia colateral si el análisis se ejerce de acuerdo con las reglas.”* (Freud, 1923 [1922], p.247). Y agrega, en relación a la psiquiatría, que:

La psiquiatría es en la actualidad una ciencia esencialmente descriptiva y clasificatoria cuya orientación sigue siendo más somática que psicológica, y que carece de posibilidades de explicar los fenómenos observados. Empero, el psicoanálisis no se encuentra en oposición a ella, como se creería por la conducta

casi unánime de los psiquiatras. Antes bien, en su calidad de psicología de lo profundo —psicología de los procesos de la vida anímica sustraídos de la conciencia—, está llamado a ofrecerle la base indispensable y a remediar sus limitaciones presentes. El futuro creará, previsiblemente, una psiquiatría científica a la que el psicoanálisis habrá servido de introducción. (Freud, 1923 [1922], p.247).

La clínica que ponía el foco en un cuerpo fragmentado, propia de la medicina del s.XVIII, y quizás la de nuestros días, comienza a dar paso a otra clínica. Cabe señalar que, en esa transición, Jaspers plantea cierta unicidad del cuerpo, en su “Tratado de Psicopatología General”, publicado en 1913.

Cabe destacar que, si bien Freud provenía de la medicina, muy pronto vislumbró que había algo que escapaba a ser traducido por la ciencia. De todos modos, intentó hasta sus últimos momentos ubicar al psicoanálisis dentro del ámbito científico, tras un reconocimiento que, desde la ciencia, nunca llegó. Tal como esbozaba Freud:

He ahí la laguna que el psicoanálisis se empeña en llenar. Quiere dar a la psiquiatría esa base psicológica que se echa de menos, y espera descubrir el terreno común desde el cual se vuelva inteligible el encuentro de la perturbación corporal con la perturbación anímica. (Freud, tomo XV, p. 18).

Tal como plantea Lantéri-Laura (2000), Freud consideraba un proceso unitario por encima de la mirada clínica cuya tendencia era fragmentar las entidades. El autor agrega que, por ejemplo, Bleuler sitúa a la esquizofrenia en una perspectiva psicopatológica, reorganizando el campo de los delirios, más allá de la simple descripción clínica. (Lantéri-Laura, 2000). En relación a los delirios, Jaspers pondrá de relieve la posición del enfermo, señalando que: *“el enfermo elabora de algún modo sus síntomas patológicos”* (Jaspers, 1977, p.481). Así mismo, destacará allí el trabajo que supone la construcción del delirio en la psicosis, ubicando que: *“de las vivencias delirantes se desarrolla un sistema delirante en trabajo laborioso”* (Jaspers, 1977, p.481).

Jaspers postula que *“la psicopatología persigue lo psíquico hasta los límites de la conciencia”* (Jaspers, 1977, p.19). Podría agregarse que, para lo inconsciente, existe el psicoanálisis. Jaspers admite que en los fenómenos psíquicos no todo puede comprenderse y presenta una crítica hacia ciertas corrientes psicológicas, expresando que *“se busca comprender todo y se pierde el sentido crítico de las fronteras de lo psicológicamente*

comprensible" (Jaspers, 1977, p. 35). Esto supone toda una novedad que agujerea la pretensión totalitaria de la ciencia. Así mismo, pondera lo particular de cada caso, poniendo en segundo plano el diagnóstico y agregando que *"diagnosticar es en psiquiatría a menudo un estéril girar en círculo"* (Jaspers, 1977, p.37). Esta crítica recae también sobre Freud, a quien adjudica cierto reduccionismo en sus teorías, al intentar explicar comprensiblemente todo lo psíquico desde la sexualidad (Jaspers, 1913). De todos modos, Jaspers se ubica en la misma línea que Freud al sostener que la vida psíquica no puede ser comprendida desde la conciencia, sino que hay una subestructura extraconsciente que la explicaría (Jaspers, 1913). El autor agrega que *"la conciencia, la cresta de la ola eventual de nuestra vida psíquica, está normalmente en amplia relación mutua con lo inconsciente"* (Jaspers, 1977, p.443). En este punto, se refiere también a las formas de definir los mecanismos extraconscientes, de la siguiente manera:

Si echamos una mirada a las direcciones según las cuales hemos caracterizado las anormalidades de los mecanismos extraconscientes, está claro que no conocemos ni comprendemos en detalle ninguno de estos mecanismos, sino que las *formulaciones* sólo son una *variación de las maneras de chocar con el enigma*. (Jaspers, 1977, pp.444-445).

Podría decirse que ese *de algún modo* que señalaba Jaspers en relación a las elaboraciones que los enfermos hacen respecto a sus síntomas, para el psicoanálisis tendrá un estatuto singular en el caso por caso.

III.4- Algunas conclusiones

Como pudo verse a lo largo del capítulo, se produjo un movimiento a partir del cual la locura pasó del ámbito religioso al ámbito jurídico para, posteriormente, ser ubicada dentro del campo médico.

Una historia marcada por exilios, castigos, encierros y diagnósticos estigmatizantes. En los intentos por expulsarla, condenarla, apresarla, clasificarla, la locura siempre dejaba un resto. Siempre había algo que escapaba.

Las categorías Universal, Particular, Singular, en tanto construcciones definidas según un momento socio-histórico determinado, también darán lugar a diferentes definiciones en relación a la locura. Por lo tanto, cada definición debe ser leída en relación a las coordenadas históricas en que surgen. En tanto construcción social, se trata de algo vivo y, por ende, de algo que se mueve y cambia. Puede decirse entonces que los lugares que ocupó la locura a lo largo del tiempo, estaban intrínsecamente relacionados a dichas construcciones.

El pasaje de la locura hacia el ámbito médico-psiquiátrico permitió otros tratamientos posibles.

A partir de la formulación de ciertos interrogantes acerca de las fronteras que dividen lo normal y lo patológico, de la mano del psicoanálisis y con el nacimiento de la psicopatología, puede decirse que algo de esas fronteras comenzó a desdibujarse.

El nacimiento de la psicopatología, como pudo verse, surgió a partir de una pregunta acerca de lo normal y lo patológico. De allí se desprende que Canguilhem (1943) invite a pensar a la patología como *otra* normalidad. También planteará que la clínica no será jamás una ciencia ya que no se puede hablar de objetividad frente a lo singular.

Comenzando a incluir a lo singular dentro de la escena, las prácticas se orientarían de otro modo.

El psicoanálisis alojará a la locura de un modo totalmente inédito, considerando por ejemplo al delirio como una verdad y un modo de estabilización.

Pudo verse cómo, a partir del materialismo histórico, lo universal, particular y singular dan cuenta de una relación dialéctica, no pudiendo ser lo uno sin lo otro. Sobre lo universal se sustenta lo particular, desde lo cual emergerá lo singular. Siempre único y siempre inaprensible, escapando a todo intento clasificatorio.

Alojando a ese singular que se escabulle, el psicoanálisis propondrá una clínica otra, tal como se verá en el próximo capítulo.

Capítulo IV

Síntoma y diagnóstico en Freud: De lo Universal a lo singular.

IV.1-Introducción

“Lo más propiamente psicoanalítico es el punto de vista antidiagnóstico. Además el diagnóstico vendrá por añadidura”
(Jacques-Alain Miller)

En la elaboración teórica de Freud pueden ubicarse diferentes momentos, marcados ya sea por la introducción de nuevos conceptos o de un cambio en la técnica.

A los fines de la presente tesis, se ubicarán tres momentos lógicos en relación al concepto de síntoma, como ordenadores de su elaboración teórica. (Naparstek, 2014).

Es así que se puede situar un primer momento en el cual el objetivo inicial de Freud era la eliminación de los síntomas, a través del método hipnótico. Esta etapa se extiende desde los comienzos de su práctica hasta el año 1900, cuando su experiencia lo lleva a un cambio de objetivo y de técnica ya que, si bien los síntomas desaparecían, volvían a formarse otros nuevos (Naparstek, 2014).

En un segundo momento, a partir del 1900, se localiza un cambio respecto a la finalidad de la cura: ya no se trataría de la eliminación del síntoma, sino de descifrar el sentido oculto en él. Abandona entonces la hipnosis e introduce el arte de la interpretación en relación dialéctica con la asociación libre. De este modo, será a partir de la interpretación desde donde se constituirán los conceptos de transferencia y resistencia en relación al trabajo analítico (Naparstek, 2014). Freud descubrirá que en la génesis de los síntomas histéricos hay una etiología sexual y agregará la existencia de la sexualidad en la infancia. Esto debe leerse teniendo en cuenta que el psicoanálisis confirió al concepto de sexualidad un significado que iba más allá de la genitalidad y la reproducción:

Hemos ampliado el concepto de la sexualidad sólo hasta el punto en que pueda abarcar también la vida sexual de los perversos y la de los niños. Es decir, le hemos devuelto su extensión correcta. Lo que fuera del psicoanálisis se llama sexualidad se refiere sólo a una vida sexual restringida, puesta al servicio de la reproducción y llamada normal. (Freud, 1916-17, p.291).

Lo sexual estará ligado a lo libidinal y se encontrará presente en el síntoma. Es por eso que Freud postulará que *“los síntomas son la práctica sexual de los enfermos”* (Freud, 1905 [1901]), p.100).

Por último, en un tercer momento que puede ubicarse en 1920, con su obra *“Más allá del principio de placer”*, Freud descubrirá que, si bien el síntoma guardaba un sentido a ser descifrado, también existía cierto límite a la interpretación. Lo pulsional enmarcado en la repetición es lo que constituirá dicho límite. Se trata del modo de satisfacción más propio de cada quien, y es eso lo que marcará la orientación del psicoanálisis.

El psicoanálisis propone un abordaje del síntoma totalmente novedoso, a partir de considerar un cuerpo diferente al de la medicina: un cuerpo hecho de representaciones, de palabras. Esto tuvo como consecuencia que también se establezca una relación novedosa entre el síntoma y el diagnóstico. El saber, que históricamente se ubicaba del lado del médico, comenzaría a ubicarse del lado del paciente. Un saber no sabido, a partir de lo inconsciente.

En la psiquiatría la búsqueda inicial de un diagnóstico hace que se considere al síntoma a partir de categorías clínicas preestablecidas. En el psicoanálisis, por otro lado, si bien se busca establecer un diagnóstico a fin de orientar el tratamiento, y las estructuras clínicas son muy importantes, el síntoma no es leído desde dichas estructuras. Es decir que el diagnóstico en psicoanálisis no se intentará ajustar a las categorías universales, sino que éste se construirá partir de una lectura del síntoma en tanto lo más singular de cada quien.

Puede decirse entonces que la separación entre síntoma y diagnóstico es una operación propia del psicoanálisis.

Tal como se vio en un capítulo anterior, Lantéri-Laura (2000) plantea que, en el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, la psiquiatría queda en segundo plano en relación a la psicopatología, limitando su praxis a confeccionar diagnósticos e impartir tratamientos. Pareciera que dicha orientación se afianzó aún más a partir del desarrollo del psicoanálisis.

A lo largo de toda su elaboración teórica, Freud intentó establecer lazos con la psiquiatría, dejando en claro que el rechazo era de ésta hacia el psicoanálisis. Quizás uno de los motivos pueda encontrarse en lo que Freud expresó en relación a la génesis del sueño, aludiendo a que la psiquiatría *“insiste con la mayor fuerza en el dominio del cerebro sobre el organismo, todo lo que pueda revelar una independencia de la vida anímica respecto de alteraciones orgánicas demostrables (...) asusta hoy a los psiquiatras”*. (Freud, 1900, pp.66-67).

Freud también se encargó de señalar la diferencia radical que existe en cuanto a la concepción del síntoma por parte de la psiquiatría y por parte del psicoanálisis:

Desarrollé la idea de que la psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero que el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo. (Freud, 1916-17, p.235).

Esta diferencia fundamental tendrá por consecuencia entonces una relación diferente entre síntoma y diagnóstico. Si en la psiquiatría, el síntoma está al servicio del diagnóstico, en psicoanálisis el síntoma está al servicio del trabajo analítico.

El psicoanálisis se interesó por lo insignificante, como es el caso de los sueños, o los síntomas, lo cual la ciencia buscaba eliminar cuanto antes sin indagar acerca de su origen. Es que allí se encontraba el núcleo pulsional que insistía en ser escuchado, generando sufrimiento bajo el disfraz de una satisfacción paradójica.

Partiendo de esta premisa, Freud desarrollará una clínica de lo singular, considerando el caso por caso. Y desde esa práctica, construirá la teoría.

IV.2-La eliminación del síntoma como sustitución: De la hipnosis a la asociación libre.

*Lo reprimido es para el yo tierra extranjera interior,
así como la realidad- permítanme la expresión
insólita- es tierra extranjera exterior.
(S. Freud).*

*Mientras que los guardianes de la realidad son los
encargados de establecer una línea infranqueable
entre lo normal y lo patológico.
(J.A.Miller)*

En 1896, Freud utiliza por primera vez la palabra *psicoanálisis*, en su texto: “La herencia y la etiología de las neurosis”, donde expresa:

Debo mis resultados al empleo de un nuevo método de psicoanálisis, al procedimiento de exploración de Josef Breuer, un poco sutil pero insustituible, tan fértil se ha mostrado para esclarecer las vías oscuras de la ideación inconciente. Por

medio de este procedimiento (...) uno persigue los síntomas histéricos hasta su origen, que todas las veces halla en cierto acontecimiento de la vida sexual del sujeto (...) Remontándome hacia atrás en el pasado del enfermo, paso a paso y dirigido siempre por el encadenamiento de los síntomas, de los recuerdos y de los pensamientos despertados, he llegado por fin al punto de partida del proceso (...) Experiencia sexual pasiva antes de la pubertad: tal es, pues, la etiología específica de la histeria. (Freud,1896, p.151).

La experiencia en la Salpêtrière produjo en Freud un cambio de rumbo. Si, al llegar a París, su objeto de estudio giraba en torno a la anatomía del sistema nervioso, al abandonar esa ciudad su interés se había desplazado hacia la hipnosis y la histeria. El mismo Charcot le había encargado a Freud la realización de un estudio comparativo de las parálisis orgánicas e histéricas, basándose en las observaciones realizadas en la Salpêtrière. Allí Freud afirmará que *“la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella”* (Freud, 1893 [1888-93], p.206). Así mismo, agrega que lo que está en juego en las parálisis histéricas tiene que ver con las representaciones de las partes del cuerpo: *“La lesión de la parálisis histérica será, entonces, una alteración de la concepción [representación]; de la idea de brazo, por ejemplo”*. (Freud,1893 [1888-93], pp.207-208). Se alejaba entonces cada vez más del campo de la medicina hacia un nuevo territorio, pidiendo diplomáticamente cierto permiso en términos simbólicos: *“Procuraré mostrar que puede existir una alteración funcional sin lesión orgánica concomitante (...) para ello no pido más que se me permita pasar al terreno de la psicología, ineludible cuando uno se ocupa de la histeria.”* (Freud, 1893 [1888-93], p.207). Es que se trataba de otro cuerpo, diferente al de la medicina. Un cuerpo de representaciones, habitado por síntomas no orgánicos y sobre el cual se operará vía la palabra.

De este modo, Freud seguía así los pasos de Charcot, quien había abandonado su cátedra de anatomía patológica para dar un viraje a su práctica: *“Fue Charcot el primero que nos enseñó que es preciso dirigirse a la psicología para dar con la explicación de la neurosis histérica.”* (Freud, 1893 [1888-93], p.209). Sin dudas, este pasaje estuvo acompañado por la admiración que Freud sentía hacia Charcot. Admiración que se dedicó a transmitir, sobre todo luego de la repentina muerte del neurólogo francés:

Se le oía decir que la máxima satisfacción que un hombre puede tener es ver algo

nuevo, o sea, discernirlo como nuevo, y volvía siempre, en puntualizaciones una y otra vez repetidas, sobre lo difícil y meritorio de ese «ver». Se preguntaba por qué en la medicina los hombres sólo veían aquello que ya habían aprendido a ver; se decía que era asombroso que uno pudiera ver de pronto cosas nuevas —nuevos estados patológicos—. (Freud, 1893, p.14).

La posición de Charcot de habilitar el espacio para poder ver de otros modos las diferentes presentaciones clínicas, evidentemente dejó su huella en Freud.

En ese momento, según relata Freud (1893), la histeria representaba un enigma dentro de las enfermedades nerviosas. Es así que tanto las enfermas como los médicos que se ocupaban del tema eran objeto de un descrédito importante. Acaso esta condición de la histeria sea la huella de cierta continuidad del lugar en que había sido ubicada la locura en la Edad Media. Es así que Freud destaca la labor de Charcot respecto a ese lugar marginal al que había sido desterrada la histeria:

En la histeria, se decía, todo es posible, y ya no se quería creer nada a las histéricas. El trabajo de Charcot comenzó devolviendo su dignidad al tema; la gente poco a poco se acostumbró a deponer la sonrisa irónica que las enfermas de entonces estaban seguras de encontrar; ya no serían necesariamente unas simuladoras, pues Charcot, con todo el peso de su autoridad, sostenía el carácter auténtico y objetivo de los fenómenos histéricos. Así él repetía en pequeño la hazaña liberadora en virtud de la cual el retrato de Pinel adornaba la sala de conferencias de la Salpêtrière. Una vez que se disipó el ciego temor de que las pobres enfermas lo volvieran a uno loco, temor que hasta entonces había obstaculizado todo estudio serio de la neurosis, fue posible ponerse a buscar el modo de elaboración que llevara a solucionar el problema por el camino más corto. (Freud, 1893, p.20).

Es el tiempo del primer Freud. El tiempo del uso de la sugestión para el tratamiento de la histeria, teniendo como objetivo la eliminación del síntoma. En este momento, Freud consideraba al síntoma como una sustitución de una representación por otra.

Se trata de un momento en el cual Freud buscará establecer los nexos entre la neurología y la psicología. Esto se plasmará en el “Proyecto de psicología para neurólogos”, donde postulará que *“el propósito de este proyecto es brindar una psicología de ciencia natural, a saber, presentar procesos psíquicos como estados cuantitativamente comandados de unas partes materiales comprobables, y hacerlo de modo que esos procesos se vuelvan intuibles y exentos de contradicción.”* (Freud, 1950 [1895], p.339). Es el intento de Freud, desde el comienzo, de ubicar a la psicología dentro del campo científico. Primará entonces la teoría energética y neuronal. Lo cuantitativo brindará el sustento para explicar el trauma. Sin embargo, comenzará a introducir sigilosamente la dimensión de lo inconsciente, afirmando que: *“la conciencia no nos proporciona una noticia completa ni confiable de los procesos neuronales; y estos, en todo su radio, tienen que ser considerados en primer término como inconscientes y, lo mismo que otras cosas naturales, deben ser inferidos.”* (Freud, 1950 [1895], p.352). Así mismo, expresará su adhesión al método catártico utilizado por Breuer, ubicándolo como el más eficaz para tratar a la histeria. Freud se encarga de aclarar que no sólo se perseguirá la desaparición del síntoma, sino también el conocer los procesos que le dieron origen: *“es injustificado el reproche de que la hipnosis sólo cura síntomas, y aun a estos, por poco tiempo. Si la terapia hipnótica sólo apuntara contra síntomas, y no contra procesos patológicos, seguiría el mismo camino que se ven precisadas a recorrer todas las otras terapias.”* (Freud, 1891, p.145).

Respecto a las resistencias que generaba el psicoanálisis en los círculos científicos Freud expresará:

Las dificultades esenciales que todavía hoy se oponen al método terapéutico psicoanalítico no residen en él mismo, sino en la incomprensión de médicos y legos sobre la esencia de las psiconeurosis. Y no es más que el necesario correlato de esta total ignorancia que los médicos se consideren autorizados a consolar a sus enfermos, o a recomendarles unas medidas terapéuticas, con las más infundadas seguridades: «Intérnese por seis semanas en mi instituto y se librá de sus síntomas» (angustia a los viajes, representaciones obsesivas, etc.). De hecho, el sanatorio es indispensable para sosegar estados agudos en la trayectoria de una psiconeurosis, por medio de la distracción, cuidado y preservación del enfermo; pero en cuanto a eliminar estados crónicos, no logra nada, y aun los mejores sanatorios,

bajo supuesta guía científica, no consiguen más que los vulgares institutos de cura de aguas. (Freud, 1898, p.275).

Podría decirse que aún en la época actual persiste, por parte de ciertas corrientes de la psicología y las neurociencias, cierta tendencia a la búsqueda de resultados rápidos que eliminen los síntomas, sin ahondar en los mecanismos de formación de los mismos. Incluso, como se desarrollará posteriormente, se trata de la presencia de un discurso que trasciende el ámbito científico, empujando a soluciones donde no medie la palabra.

Contrariamente a esto, el psicoanálisis ubicó desde sus comienzos en la palabra una herramienta para la cura. Si, en un principio, era el médico el portador de la palabra, vía la sugestión, pasó luego a ubicarse del lado del paciente. En el pasaje de la hipnosis hacia el método catártico y luego hacia la asociación libre, Freud abandonaba la posición de poder tan profundamente arraigada en el discurso médico (EOL, 1996). El saber dejaría de ubicarse del lado del médico para pasar a ubicarse del lado del paciente. Sólo que se trata de un saber no sabido.

De la primera etapa de Freud se desprende la primera tópica: consciente, preconsciente e inconsciente. Es en ese momento cuando postulará una clasificación de las neurosis de defensa:

Existen cuatro tipos y muchas formas. Sólo puedo establecer una comparación entre histeria, neurosis obsesiva y una forma de la paranoia. Tienen diversas cosas en común. Son aberraciones patológicas de estados afectivos psíquicos normales: del conflicto (histeria), del reproche (neurosis obsesiva), de la mortificación (paranoia), del duelo (amentia alucinatoria aguda). Se distinguen de estos afectos por no llevar a tramitación alguna, sino al daño permanente del yo. Sobrevienen con las mismas ocasiones que sus afectos-modelo, toda vez que la ocasión cumpla además dos condiciones: que sea de índole sexual y suceda en el período anterior a la madurez sexual. (Freud, 1950 [1892-99] p.260)

Así mismo, establecerá que la diferencia entre las distintas formas de neurosis estará fundada por el modo en que retornan las representaciones reprimidas (Freud, 1950 [1892-99]).

Lo cualitativo y lo cuantitativo serán dos factores que atravesarán toda la teoría freudiana.

IV.3-El desciframiento del síntoma como compuesto.

A partir del 1900, Freud formalizará la noción de inconsciente y concebirá al síntoma como un compuesto: por un lado, como portador de sentido y por otro, como portador del núcleo pulsional. A partir de allí, su objetivo no sólo será descifrar el sentido oculto presente en el síntoma, sino también dar un tratamiento a lo pulsional inmerso en él, lo cual puede observarse en su repetición.

Respecto al sentido del síntoma dirá que allí se conjugarán dos cosas: su “desde donde” y su “hacia dónde” o “para qué” (Freud, 1916-17). Así mismo, aclarará que al hablar de “sentido” se refiere a “*significado, propósito, tendencia y ubicación dentro de una serie de nexos psíquicos*”. (Freud, 1916-17, p.54). Es decir que, si el fenómeno remite a un sentido, habrá que indagar qué función cumple el síntoma en cada caso.

Respecto a la repetición, Freud señalará que será vía la transferencia cómo se podrá operar sobre la compulsión de repetición del paciente: “*le abrimos la transferencia como palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado*” (Freud, 1912, p.156). Es así como de la enfermedad inicial surgirá una nueva y artificial, moldeada por la transferencia y asequible a ser tratada en el dispositivo analítico. Lo novedoso también es el lugar que ocupa el analista en dicha nueva enfermedad creada artificialmente: “*uno se encuentra en su interior en posición particularmente ventajosa, porque es uno mismo el que, en calidad de objeto, está situado en su centro*”. (Freud, 1916-17, p.404). El analista encarna una función al servicio de la dirección de la cura.

Esta nueva concepción de síntoma partió del encuentro de Freud con la clínica. Y fue ese encuentro lo que llevó a Freud a modificar su técnica. Es por eso que abandonó la hipnosis y comenzó a utilizar la asociación libre, principalmente por dos motivos fundamentales. En primer lugar, puede señalarse que, si bien los síntomas desaparecían, no desaparecía la capacidad de volver a formarlos. Además dicho método no brindaba información acerca del mecanismo de formación del síntoma. En segundo lugar, pero no menos importante, la hipnosis ocultaba las resistencias a la cura que ocultaban los pacientes, de lo cual Freud se percataría y desarrollaría posteriormente (Freud, 1905[1904]). Y si se habla de resistencia, no se puede dejar de nombrar a la transferencia.

Resistencia y transferencia se constituyen entonces como dos conceptos inherentes al dispositivo analítico.

Con el abandono de la hipnosis y la introducción de la asociación libre, Freud se distancia no sólo del discurso médico, sino también de la psicología experimental, tal como expresará años después: *“El hacer recordar dentro de la hipnosis no podía menos que provocar la impresión de un experimento de laboratorio. El hacer repetir en el curso del tratamiento analítico, según esta técnica más nueva, equivale a convocar un fragmento de vida real.”* (Freud, 1914, p.153). Freud está refiriéndose aquí a la transferencia, de la cual dirá lo siguiente: *“es preciso atribuir a todos los hombres normales la capacidad de dirigir investiduras libidinosas de objeto sobre personas. La inclinación a la transferencia en el llamado neurótico no es sino un extraordinario acrecentamiento de esta propiedad universal.”* (Freud, 1916-1917). Propiedad universal, pero de los hombres normales, según esta elucidación. La transferencia será una cuestión a problematizar en relación a la psicosis, algo que posteriormente se encargará de desarrollar Lacan en su enseñanza.

En relación al trabajo analítico, Freud ubicará a la transferencia como motor, pero también como obstáculo, en su vertiente resistencial. (Freud, 1912). Y expresará lo siguiente respecto a la resistencia: *“El psicoanálisis es desconfiado y con razón. Una de sus reglas reza: Todo lo que perturba la prosecución del trabajo (analítico) es una resistencia.”* (Freud, 1900-01, p. 511). Freud (1916-17) se encontrará que muchas veces hay una resistencia a la cura por parte del paciente, quien se rehúsa a ser librado de esa satisfacción que empero le produce padecimiento.

Ahora bien, el trabajo analítico tendrá del lado del paciente a la asociación libre y del lado del analista a la interpretación como intervención. Respecto a esto, Freud planteará que, para poder interpretar primero debe estar instalada la transferencia (Freud, 1913). Del mismo modo, dejará en claro que, al finalizar el tratamiento, la transferencia debe ser desmontada (Freud, 1916-17).

Así mismo, hará una comparación entre el método hipnótico y el analítico recurriendo al campo artístico, del cual tomará las palabras para poder describir:

En verdad, entre la técnica sugestiva y la analítica hay la máxima oposición posible: aquella que el gran Leonardo da Vinci resumió, con relación a las artes, en las fórmulas *per via di pone* y *per vía di levare*. La pintura, dice Leonardo, trabaja *per via di porre*; en efecto, sobre la tela en blanco deposita acumulaciones de colores donde antes no estaban; en cambio, la escultura procede *per via di levare*, pues quita de la piedra todo lo que recubre las formas de la estatua contenida en ella. (...) La terapia

analítica, en cambio, no quiere agregar ni introducir nada nuevo, sino restar, retirar, y con ese fin se preocupa por la génesis de los síntomas patológicos y la trama psíquica de la idea patógena, cuya eliminación se propone como meta.

(Freud, 1905 [1904], p.250).

A partir del 1900, Freud extrapolará el método analítico de los síntomas hacia los sueños:

Mis pacientes, a quienes yo había comprometido a comunicarme todas las ocurrencias y pensamientos que acudiesen a ellos (...) me contaron sus sueños y así me enseñaron que un sueño puede insertarse en el encadenamiento psíquico que ha de perseguirse retrocediendo en el recuerdo a partir de una idea patológica. Ello me sugirió tratar al sueño mismo como un síntoma y aplicarle el método de interpretación elaborado para los síntomas. (Freud, 1900, p.122).

Esto muestra la posición de Freud de dejarse enseñar por sus pacientes, así como la ética de construir su teoría y no tener rodeos en reformularla, según lo que la clínica le iba mostrando. Así lo expresaba: *“alcancé nuevas elucidaciones sobre el sueño aplicándole un nuevo método de indagación psicológica que me había prestado destacadísimos servicios en la solución de las fobias, ideas obsesivas, ideas delirantes, etc., y que (...) ha sido acogido bajo el nombre de «psicoanálisis»”*. (Freud, 1900-01, pp.619-620).

Equiparando al sueño con el síntoma, Freud reformularía las fronteras trazadas entre lo normal y lo patológico, aludiendo a que el trabajo del sueño *“es sólo el primero que hemos individualizado entre toda una serie de procesos psíquicos a los cuales ha de reconducirse la génesis de los síntomas histéricos, de las ideas angustiosas, de las obsesivas y de las delirantes.”* (Freud, 1900-01, p.625). Pero da un paso más y agrega en la serie a aquellos fenómenos de la vida cotidiana de las personas sanas que darían cuenta de lo inconsciente: *“los olvidos, los deslices en el habla, el trastocar las cosas confundido, y una cierta clase de errores, deben su génesis a un mecanismo psíquico análogo al del sueño.”* (Freud, 1900-01 p.653). En 1901 Freud dará a conocer públicamente estas elucidaciones en su obra *“Psicopatología de la vida cotidiana”*.

Paralelamente, hay algo que Freud ubica en relación a la comprensión del simbolismo onírico que resulta interesante para pensar algunas cuestiones:

La experiencia cada vez más rica del psicoanálisis nos ha permitido descubrir pacientes que exhiben en grado asombroso esa comprensión directa del simbolismo onírico. Con frecuencia padecían de *dementia praecox*, por lo cual durante un tiempo se tendió a sospechar esa afección en todos los soñantes que poseían tal comprensión de los símbolos. Pero esto es incorrecto; se trata de una dote o característica personal sin significado patológico discernible. Freud, 1900-01, pp.356-357).

Como puede apreciarse, él distingue a quienes tienen una comprensión directa del simbolismo presente en los sueños, primero ubicando esta condición en un grupo patológico determinado, para luego brindarle un estatuto que trasciende lo patológico y se puede considerar una característica "personal". Esto da un indicio de ese franqueamiento que comienza a instalar en relación a lo normal y a lo patológico.

Llegado a este punto es interesante ubicar la relación entre la locura y el sueño, un tema trabajado desde distintas disciplinas a lo largo de las épocas. Freud (1925) ubicará al sueño como un fenómeno universal en tanto producto psíquico interpretable. Cabría preguntarse si la locura portaría también un carácter universal.

Ahora bien, para abordar el vínculo entre la locura y el sueño, resulta fundamental introducir lo que Freud llamará el principio de placer y el principio de realidad. En 1911, Freud le dedica un escrito al desarrollo de estos conceptos. Allí plantea que la neurosis produce una enajenación respecto a la realidad tal como sucede en la psicosis alucinatoria. (Freud, 1911). A lo dicho agrega que *"el neurótico se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra -en su totalidad o en algunas de sus partes- insoportable"* (Freud, 1911, p. 223). Casi veinte años después en "El malestar en la cultura", Freud hablará del malestar que provoca la renuncia pulsional que implica la vida en sociedad, y las soluciones, las más de las veces paradójicas, que se buscan para sobrellevarlo.

Considerando la existencia de un principio que tiende a la búsqueda del placer y otro que recuerda la realidad con todas sus exigencias, Freud aclarará que *"la sustitución del principio de placer por el principio de realidad no implica el destronamiento del primero, sino su aseguramiento."* (Freud, 1911, p.228). Agrega además que, de esta manera, se abandona un placer momentáneo e inseguro en pos de uno más seguro, a posteriori.

(Freud, 1911). Es interesante la relación que hace respecto al discurso religioso, el cual ofrece una concepción de la vida en un tiempo y espacio como promesa en un futuro: *“Las religiones, ateniéndose de manera consecuente a este modelo, pudieron imponer la renuncia absoluta al placer en la vida a cambio del resarcimiento en una existencia futura; pero por esta vía no lograron derrotar al principio de placer.”* (Freud, 1911, p.228). Tan lejos y tan cerca, Freud (1916) dirá también que, en el dispositivo analítico, el analista debe instar al paciente a abandonar una ganancia de placer inmediata en pos de un beneficio mayor a largo plazo. Es que no es fácil renunciar a una ganancia de placer y sobre esto girará toda la teoría freudiana:

Pero siempre es difícil para el hombre la renuncia al placer; no la lleva a cabo sin algún tipo de resarcimiento. Por eso se ha reservado una actividad del alma en que se concede a todas estas fuentes de placer resignadas (...) Por tanto, en la actividad de la fantasía el hombre sigue gozando de la libertad respecto de la compulsión exterior, esa libertad a la que hace mucho renunció en la realidad. (Freud, 1916-17, p. 339).

No hay renuncia pulsional si no hay algo que opere como sustitutivo, e incluso, tal como le expresaba Freud: *“ni aun cuando su sustituto ya asoma”* (Freud, 1917 [1915], p.242). Freud otorga a esta condición una característica universal del ser hablante. A partir de esa premisa, la búsqueda de las soluciones será singular. Para ilustrar esto, Freud toma una frase del escritor y poeta alemán Theodor Fontane: *“Es que no le basta la magra satisfacción que puede arrancar a la realidad. «Esto no anda sin construcciones auxiliares», dijo una vez Theodor Fontane.”* (Freud, 1916-17, p.339). Freud también ubicaba, en relación a las resistencias, cómo el paciente muchas veces se niega a abandonar aquellas satisfacciones paradójicas que, en tanto tales, le generan padecimiento

El descubrimiento de la existencia de una exigencia pulsional que no cesa, lo había llevado a Freud a considerar al síntoma como un compuesto: por un lado, una parte anudada al sentido y por el otro una parte pulsional, enmarcada en la fantasía. Las fantasías inconscientes serían el germen que daría lugar a los síntomas: *“Los síntomas y las exteriorizaciones patológicas del paciente son, como todas sus actividades anímicas, de naturaleza en extremo compuesta; en su fundamento último, los elementos de esa composición están constituidos por motivos, mociones pulsionales.”* (Freud, 1919 [1918], pp.155-156). Respecto al lugar de la fantasía dentro del trabajo analítico, Freud referirá lo siguiente: *“El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse*

a las fantasías de las cuales proceden. La técnica psicoanalítica permite, primero, colegir desde los síntomas estas fantasías inconscientes y, luego, hacer que devengan conscientes al enfermo." (Freud, 1908).

Freud establece una relación entre sueño y locura, así como entre fantasía y realidad:

Durante largo tiempo, no comprenderá nuestro designio -de equiparar fantasía y realidad y de no preocuparnos al comienzo por saber si esas vivencias infantiles que han de explicarse son lo uno o lo otro (...) También ellas poseen una suerte de realidad: queda en pie el hecho de que el enfermo se ha ocupado de esas fantasías, y difícilmente ese hecho tenga menor importancia para su neurosis que si hubiera vivenciado en la realidad el contenido de sus fantasías. Ellas poseen realidad psíquica, por oposición a una realidad material, y poco a poco aprendemos a comprender que en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva. (Freud, 1916-17, p. 336).

Este postulado da cuenta del lugar que le dio Freud a la singularidad, encarnada en la realidad de cada quien, sin buscar confrontarla en términos de veracidad.

Freud equiparará tanto a la neurosis como a la psicosis respecto a la realidad y la renuncia pulsional. El autor deja en claro que ambas se diferenciarán respecto a la restitución de la realidad, a la construcción de una realidad psíquica nueva. La neurosis recurrirá a la fantasía y la psicosis al delirio. En el primer caso, hay un apuntalamiento en un fragmento de la realidad. En el segundo, hay un intento de reemplazar a la realidad en su totalidad. En ambos casos se trata de una solución a lo que de la realidad puede resultar insoportable. En este marco, el principio de realidad y el principio de placer coexisten sin anularse el uno al otro.

IV.4-El límite a la interpretación: Lo ineliminable del síntoma.

La práctica clínica le mostrará a Freud la existencia de un *más allá del principio del placer*, de una satisfacción paradójica que dista de causar el bien y que, sin embargo,

puede ser difícil de abandonar (Freud, 1920). Dicha satisfacción da cuenta de aquello pulsional que hace que algo del síntoma sea ineliminable.

Este descubrimiento dará lugar a una concepción novedosa del síntoma, la cual se verá plasmada en “Inhibición, síntoma y angustia” (1926 [1925]). Allí Freud definirá al síntoma como un cuerpo extraño, en su carácter de extraterritorialidad: *“Una comparación que nos es familiar desde hace mucho tiempo considera al síntoma como un cuerpo extraño que alimenta sin cesar fenómenos de estímulo y de reacción dentro del tejido en que está inserto.”* (Freud, 1926 [1925], p.94).

En este momento introducirá la segunda tópica conformada por las instancias del Ello-Yo y Superyó, de la cual se servirá para ubicar al síntoma. Es así que planteará la relación del yo con el síntoma, el cual, en su afán unificador, buscará incorporar aquello ineliminable del síntoma a su organización:

El síntoma ya está ahí y no puede ser eliminado; ahora se impone avenirse a esta situación y sacarle la máxima ventaja posible (...) Así el síntoma es encargado poco a poco de subrogar importantes intereses (...) se fusiona cada vez más con el yo, se vuelve cada vez más indispensable para este. Sólo en casos muy raros el proceso [físico] de enquistamiento de un cuerpo extraño puede repetir algo semejante.

Podría exagerarse también el valor de esta adaptación secundaria al síntoma mediante el enunciado de que el yo se lo ha procurado únicamente para gozar de sus ventajas. Ello es tan correcto o tan falso como lo sería la opinión de que el mutilado de guerra se ha hecho cortar la pierna sólo para quedar exento de trabajar y para vivir de su pensión de invalidez. (Freud, 1926 [1925], p.95).

Freud advertirá acerca de la resistencia que aparece cuando se intenta tocar algo del síntoma una vez que éste se fusionó con el yo: *“cuando después intentamos prestar asistencia analítica al yo en su lucha contra el síntoma, nos encontramos con que estas ligazones de reconciliación entre el yo y el síntoma actúan en el bando de las resistencias. No nos resulta fácil soltarlas.”* (Freud, 1926 [1925], p. 95).

Estas resistencias dan cuenta de que el síntoma cumple una función en la economía libidinal del sujeto. Más allá del sentido, el síntoma posee un valor.

Puede ubicarse aquí la cuestión del uso del síntoma, o quizás sería más pertinente decir, los usos del síntoma. Estos usos del síntoma muestran la existencia de una ganancia

secundaria de la enfermedad. Freud ubica que el síntoma tiene una utilidad o, mejor dicho, que encuentra una utilidad en un segundo momento:

El síntoma es primero, en la vida psíquica, un huésped mal recibido; lo tiene todo en contra y por eso se desvanece tan fácilmente (...) Al comienzo no cumple ningún cometido útil dentro de la economía psíquica, pero muy a menudo lo obtiene secundariamente; una corriente psíquica halla cómodo servirse del síntoma, y entonces este alcanza una función secundaria y queda como anclado en la vida anímica. El que pretenda sanar al enfermo tropieza entonces, para su asombro, con una gran resistencia, que le enseña que el propósito del enfermo de abandonar la enfermedad no es tan cabal ni tan serio. (Freud, 1905 [1901], p.40).

El síntoma no sólo cumple una función, sino que, su uso, implica una posición. Una posición que, tal como se puede leer en lo que expresa Freud, puede resultar difícil de abandonar. Hacia un cambio de posición se apuntará, desde el dispositivo analítico, vía la transferencia.

Freud planteará que la transferencia “*es un fenómeno humano universal*” (Freud, 1925 [1924], p.40), en tanto atraviesa los vínculos interpersonales que cada quien sostiene y es determinante en el tratamiento. Sin embargo, aclara que “*donde esta inclinación a la transferencia de sentimientos falta o se ha vuelto enteramente negativa, como en la demencia praecox y la paranoia, tampoco hay posibilidad alguna de ejercer una influencia psíquica sobre el enfermo.*” (1925 [1924], p.40). Pareciera entonces que la transferencia no sería para todos, quedando excluida la psicosis. Posteriormente, Lacan se encargará de abordar esta cuestión, intentando delinear la estructura de la psicosis así como el manejo de la transferencia allí.

Freud (1923 [1922]) se sirvió de la teoría libidinal para, desde allí, ubicar una distinción entre neurosis y psicosis en relación a la noción de objeto. A partir de allí realizó una distinción entre las neurosis de transferencia y las neurosis narcisistas:

En las primeras (histeria y neurosis obsesiva) se dispone de una cuota de libido que aspira a transferirse a objetos ajenos y es requerida para la ejecución del tratamiento analítico; las perturbaciones narcisistas (dementia praecox, paranoia, melancolía) se caracterizan, al contrario, por el quite de la libido de los objetos y por eso son

difícilmente accesibles para la terapia analítica. Empero, esta insuficiencia terapéutica no ha impedido que el análisis diera los primeros pasos, fecundísimos, hacia una comprensión más honda de estas enfermedades, que se cuentan entre las psicosis. (Freud, 1923 [1922], pp.244-245).

Así mismo, se encargó de trazar los puntos en común entre neurosis y psicosis: *“Tanto neurosis como psicosis expresan la rebelión del ello contra el mundo exterior; expresan su displacer o, si se quiere, su incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad.* (Freud, 1924, P.195). Y agrega que *“el tajante distingo entre neurosis y psicosis debe amenguarse, pues tampoco en la neurosis faltan intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo.”* (Freud, 1924, p.196).

En palabras de Freud: *“la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; la psicosis la desmiente y procura sustituirla.”* (Freud, 1924, p.195). Entonces ambas presentan el problema no sólo de la pérdida de la realidad, sino del cómo en su restitución. Resulta interesante la síntesis que realiza Freud entre ambas modalidades, para definir la normalidad: *“Llamamos normal o «sana» a una conducta que aún determinados rasgos de ambas reacciones: que, como la neurosis, no desmiente la realidad, pero, como la psicosis, se empeña en modificarla.”* (Freud, 1924, p.195).

En sus interrogantes en torno a la neurosis, Freud ubicará que el punto de partida de ésta se sustenta en el encuentro con la castración, con aquello que no puede ser abarcado por la trama simbólica. Ante esto, Freud considera a la neurosis como un tipo de solución, que será singular en cada caso. Algo de esto deja ver cuando se refiere al pequeño Hans: *“Su fobia tiene que ser un intento de solucionar ese conflicto”* (Freud, 1926 [1925], p.98). Y también de allí desliza una definición del síntoma neurótico: *“Lo que la convierte en neurosis es, única y exclusivamente, otro rasgo: la sustitución del padre por el caballo. Es pues, este desplazamiento (descentramiento) lo que se hace acreedor al nombre de síntoma.”* (Freud, 1926 [1925], p.99)

Freud pondrá como ejemplo a la neurosis obsesiva para dar cuenta de la lucha constante contra el síntoma, ubicando el intento de apaciguar la constante exigencia pulsional:

De este rápido panorama de los síntomas obsesivos se obtienen enseguida dos impresiones. La primera es que se asiste aquí a una lucha continuada contra lo reprimido, que se va inclinando más y más en perjuicio de las fuerzas represoras;

y la segunda, que el yo y el superyó participan muy considerablemente en la formación de síntoma. (Freud, 1926 [1925], p. 108).

Ahora bien, en el síntoma no todo puede ser interpretado, no todo tiene un sentido. Aquello ineliminable supone un límite a la interpretación. Se trata del núcleo pulsional. Es por esto que hacia el final de su recorrido, Freud (1937) se preguntará si es posible mediante el análisis tramitar con efectos duraderos la exigencia pulsional, a lo que responderá:

No es, por cierto, que se la haga desaparecer de suerte que nunca más dé noticias de ella. Esto es en general imposible, y tampoco sería deseable. No, queremos significar otra cosa, que en términos aproximados se puede designar como el «domeñamiento» de la pulsión: esto quiere decir que la pulsión es admitida en su totalidad dentro de la armonía del yo. (Freud, 1937, p.227)

Así mismo, abrirá el interrogante acerca de si es posible terminar un análisis. Se preguntará *“si mediante el análisis se podría alcanzar un nivel de normalidad psíquica absoluta, al cual pudiera atribuirse además la capacidad para mantenerse estable”* (Freud, 1937, p.223). A lo cual responderá que *“no tenemos medio alguno de prever el destino ulterior de una curación.”* (Freud, 1937, p.226). Una cosa se encarga de aclarar: no se trata de acortar el tiempo de duración de un tratamiento: *“no poner como meta del análisis su abreviación, sino su profundización.”* (Freud, 1937, p.248). Finalmente afirmará que:

No tengo el propósito de aseverar que el análisis como tal sea un trabajo sin conclusión (...) la terminación de un análisis es, opino yo, un asunto práctico (...) El análisis debe crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo; con ello quedaría tramitada su tarea. (Freud, 1937, p.251).

Freud propone que el efecto de un análisis puede crear condiciones psicológicas más favorables: *“¿Acaso nuestra teoría no reclama para sí el título de producir un estado que nunca preexistió de manera espontánea en el interior del yo, y cuya neo-creación*

constituye la diferencia esencial entre el hombre analizado y el no analizado?" (Freud, 1937, pp. 229-230)

Para concluir este apartado resta señalar que Freud ubica en su elaboración clínica la cuestión de lo universal en tanto soporte de lo particular y singular:

La observación nos muestra que cada persona realiza la imagen universal del ser humano en una diversidad casi inabarcable. Si uno cede al legítimo afán de distinguir tipos separados dentro de esa multitud, deberá elegir de antemano los criterios y puntos de vista según los cuales emprenderá tal separación. Para este propósito, las cualidades corporales no serán menos utilizables que las psíquicas; las diferenciaciones más valiosas serán aquellas que prometan obtener una conjunción regular entre los rasgos corporales y los anímicos (...) Si uno se limita al empeño de postular tipos meramente psicológicos, las constelaciones de la libido son las que poseen más títulos para servir de base a la clasificación. Es lícito pretender que esta última no se deduzca sólo de nuestro saber (...) sino que se la pueda reencontrar con facilidad también en la experiencia (...) Cabe admitir sin más que esos tipos libidinosos no necesitan ser (...) los únicos posibles, y que, partiendo de otras propiedades, acaso pueda postularse toda una serie de otros tipos psicológicos (...) deben abarcar todas las variaciones que, de acuerdo con nuestra apreciación orientada en sentido práctico, caen dentro del ámbito de lo normal. Empero, en sus plasmaciones extremas pueden aproximarse a los cuadros patológicos y, de esa suerte, contribuir a salvar el supuesto hiato entre lo normal y lo patológico. (Freud, 1939, p.219)

IV.5-Algunas conclusiones

A lo largo de este capítulo pudo analizarse cómo, a partir de la introducción de la creencia en el síntoma, el psicoanálisis instauró una nueva forma de abordarlo en la clínica, considerándolo como portador de lo más singular de cada quien.

Freud, al igual que Jaspers y Canguilhem, puso en cuestión el límite entre lo normal y lo patológico, siendo lo universal el sustento sobre el cual cada singularidad se legitima. En palabras de Freud:

Ya no creemos que salud y enfermedad, normal y neurótico, se separen entre sí tajantemente (...) Hoy sabemos que los síntomas neuróticos son formaciones sustitutivas de ciertas operaciones de represión (...) que todos producimos formaciones sustitutivas, y que sólo su número, su intensidad y su distribución justifican el concepto práctico de la condición de enfermo. (Freud, 1910, p.122).

Como se puede apreciar, sus referencias aquí respecto a lo normal y a lo patológico son exclusivamente en relación a la neurosis. La enfermedad estaría dada allí por una cuestión cuantitativa, por un exceso.

En cuanto a la psicosis, pudo verse cómo ubicaba ciertos estados delirantes en sintonía con el estado del sueño y con las fantasías, en tanto artilugios para soportar lo que de la realidad puede resultar abrumador.

Es importante destacar que, en relación al diagnóstico, el psicoanálisis se ubicará en el polo opuesto a la medicina. Si desde la medicina se requiere que haya un diagnóstico antes del tratamiento, en el psicoanálisis los diagnósticos, tal como dijo Freud, “*se obtienen a menudo con posterioridad*” (Freud, 1933 [1932], p.143). Es que el diagnóstico en psicoanálisis implica lo singular del síntoma, a lo cual no se llega desde un primer momento sino a partir del trabajo en análisis.

Freud llegó a plantear que “*todos estamos enfermos (...) todos somos neuróticos, puesto que las condiciones para la formación de síntomas pueden pesquisarse también en las personas normales.*” (Freud, 1916-17, pp. 326-327). Con esta elucidación podría decirse que ubica a la neurosis del lado de lo “normal”. Ese “*todos*” entonces no sería un universal ya que sólo se refiere al conjunto de la neurosis.

Sin embargo, y aunque Freud no lo haya formulado explícitamente, se puede pesquisar en su desarrollo teórico cierta tendencia a llevar a un estatuto universal ciertas cuestiones en tanto constitutivas de la condición humana.

Así mismo, Freud se esfuerza por diferenciar al psicoanálisis de otras vertientes, ubicando su esencia abierta y ética, siempre en relación a la praxis:

El psicoanálisis no es un sistema como los filosóficos, que parten de algunos conceptos básicos bien definidos con precisión y procuran apresar con ellos al

universo todo, tras lo cual ya no resta espacio para nuevos descubrimientos (...) más bien (...) sigue tanteando en la experiencia, siempre inacabado y siempre dispuesto a corregir o variar sus doctrinas (...) soporta que sus conceptos máximos no sean claros, que sus premisas sean provisionales, y espera del trabajo futuro su mejor precisión.” (Freud, 1923 [1922], p.249).

Esto da cuenta de la posición ante lo imposible que sustenta en psicoanálisis. Quizás como antecedente de la expresión de Lacan: “*no hay relación sexual*” (Lacan (2012, p.20) puede ubicarse a la expresión temprana de Freud: “*las cosas no concuerdan y quizás nunca lo hagan*” (Freud, 1895, p. 329).

Capítulo V

Síntoma y diagnóstico en Lacan: Una universalización de lo Singular

V.1-Introducción

“En todo lo nuevo que se descubre hay un feliz azar”

(Jacques Lacan)

El diagnóstico para el psicoanálisis de orientación lacaniana se sustenta en el modo singular de goce del parletre. Se trata de un diagnóstico que aloja un cuerpo atravesado por el goce.

Elaborar un proceso diagnóstico en psicoanálisis tendrá la función de plantear ciertas coordenadas que orientarán las intervenciones. No se trata de una búsqueda inicial, sino de poder delimitar algunos bordes en lo que concierne al padecimiento del sujeto. Será en función de la dirección de la cura que un diagnóstico tendrá razón de ser.

Resulta crucial poder situar a qué se llama diagnóstico en psicoanálisis. Tal como postula Miller: *“el diagnóstico no puede ser separado de la localización subjetiva que introduce, en la propia práctica analítica, la necesidad de considerar como un operador práctico la categoría lingüística de la enunciación.”* (Miller, 2006, p.27).

El diagnóstico se confeccionará entonces a nivel del parletre.

A lo largo de la enseñanza de Lacan, la cuestión diagnóstica debe leerse en íntima relación con la clínica propia de cada momento. Es así que pueden ubicarse diferentes momentos respecto a su elaboración teórica de la clínica. Cabe destacar que toda partición temporal que se establece, responde a un aspecto particular a abordar.

Teniendo en cuenta las cuestiones que se proponen problematizar en la presente tesis, se tomará la partición realizada por Miller (2013) quien, en su lectura de Lacan, ubica tres momentos.

Un primer momento caracterizado por el predominio del significante del Nombre del Padre, en tanto ordenador de las estructuras clínicas. Un segundo momento en el cual Lacan introducirá el fantasma y dará forma a la invención del objeto a. Y un tercer momento, en el cual se producirá un cambio respecto a la noción de síntoma, a partir del cual será introducido el concepto de sinthome. Miller (2013) sugiere a su vez realizar una partición suplementaria dentro del último Lacan, pudiendo encontrar allí a un ultimísimo Lacan.

Sin embargo, más allá de toda segmentación, puede señalarse que *“en la enseñanza de Lacan hay un deslizamiento continuo que lleva al reverso del punto de partida. El reverso del punto de partida es plantear que el plus-de-gozar es el resultado de*

la existencia y del empleo del lenguaje.” (Miller, 2008a, pp. 246-247). Esto da cuenta de que no se trata de tiempos cronológicos, sino más bien lógicos.

Teniendo en cuenta que lo singular se sustenta sobre los cimientos de lo universal, puede ubicarse a ese universal en el trauma que atraviesa a todo ser hablante: el lenguaje. Sobre este traumatismo universal, lo particular se erigirá para dar lugar a lo singular. Y es sobre la clínica de lo singular sobre lo que se sostiene la ética del psicoanálisis.

A partir de allí entonces se realizará un recorrido a lo largo de la enseñanza de Lacan tomando como referencia lo real del síntoma.

Lacan lo ilustra muy bien, recurriendo a la caligrafía japonesa:

La cosa se sostiene en lo que la pintura japonesa manifiesta por su matrimonio con la letra, y precisamente bajo la forma de la caligrafía (...) las cosas que cuelgan allá del muro de todo museo, que llevan inscritos caracteres de formato chino (...) me permiten estimar lo que se elide en la cursiva, donde lo singular de la mano aplasta lo universal, o sea (...) que solo vale por el significante. Un trazo es siempre vertical. Sigue siendo cierto si no hay trazo (...) eso que llamo singular puede dar apoyo a una forma más firme. Lo importante es lo que agrega. Es una dimensión.

(Lacan, 2009, pp. 111-112).

En el psicoanálisis lo singular entonces no es una categoría, sino una dimensión. Pero también puede pensarse un paso más, teniendo en cuenta el aforismo de Lacan (1975), que expresa que “todo el mundo es loco, es decir delirante”, para establecerse otro movimiento. Se trata de un pasaje que va de lo singular de la locura, a la universalización de la misma. Sin embargo, se trata de un universal constituido a partir de lo singular. Tal como se verá a continuación, Lacan se encargó de brindar a la locura un estatuto universal.

V.2- Lacan previo al comienzo de su enseñanza

En 1932, antes del inicio de su enseñanza, Lacan presenta su tesis de doctorado en medicina, bajo el título: “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad”. Allí se pregunta acerca de qué puede hacer el psicoanálisis respecto a la psicosis y plantea su preocupación sobre si el psicoanálisis dejaría de ser eficaz al intentar abordarla. Se trata del interés de Lacan, aún psiquiatra, en su intento de brindar una clínica que aborde a la

psicosis de un modo diferente de la psiquiatría. Allí le dedica un escrito especial a Clérambault, destacando la importancia de sus aportes originales en la clínica y más específicamente en el campo de la psicosis:

Es considerable el número de síndromes clínicos delimitados por Clérambault de manera completamente original, y que están integrados desde entonces al patrimonio de la experiencia psiquiátrica. Aportó cosas preciosas nunca vistas antes y nunca retomadas después; habló de sus estudios de las psicosis determinadas por tóxicos. En una palabra, en el orden de las psicosis, Clérambault sigue siendo absolutamente indispensable. (Lacan, 2009, p.14).

Será en las conclusiones de su tesis, donde Lacan ubicará al psicoanálisis en tanto disciplina que tendría algo para ofrecer al abordaje de la psicosis. Así lo expresaba respecto a las tendencias latentes previas al desencadenamiento de la psicosis de autocastigo: *“Una medida válida de todas estas tendencias no podrá ser dada sino por un estudio experimental del sujeto; y, hasta ahora, el único que nos ofrece la técnica aproximada para ello es el psicoanálisis”* (Lacan, 1976, p.316). Agregando que es del psicoanálisis de quien se espera *“una psicoterapia dirigida para la psicosis.”* (Lacan, 1976, p.316).

Así mismo, Lacan pudo aislar algo en relación al modo de operar desde la transferencia en relación a la psicosis: *“El problema terapéutico de las psicosis hace más necesario un psicoanálisis del yo que un psicoanálisis del inconsciente”* (Lacan, 1976, p. 254).

Lacan, a lo largo de su enseñanza, ubicará al yo del lado del registro de lo imaginario. Por lo cual, la transferencia en la psicosis también respondería más bien al orden de lo imaginario para poder tener cierta eficacia. Tal como lo expresaría años después: *“El Otro está excluido en la palabra delirante (...) lo que concierne al sujeto es dicho por el otro”* (Lacan, 2009.p.81).

V.3-La clínica del Nombre del Padre

El comienzo de la enseñanza de Lacan se inaugura con el llamado Discurso de Roma, en 1953. Allí, la palabra constituirá el eje central y el síntoma será ubicado como una verdad. En esta época, Lacan (1953b) define al inconsciente en tanto estructurado como un

lenguaje. Por consiguiente, dirá lo siguiente respecto del síntoma: *“El síntoma se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada.”* (Lacan, 2003, p.258). Es decir que de lo que se trataría en la cura es de liberar la palabra, lo cual daría como resultado la eliminación del síntoma:

Para liberar la palabra del sujeto, lo introducimos en el lenguaje de su deseo, es decir en el lenguaje primero en el cual más allá de lo que nos dice de él, ya nos habla sin saberlo, y en los símbolos del síntoma en primer lugar. Es ciertamente de un lenguaje de lo que se trata, en efecto, en el simbolismo sacado a luz por el análisis (...) Este lenguaje (...) tiene el carácter universal de una lengua que se hiciese entender en todas las otras lenguas, pero al mismo tiempo, por ser el lenguaje que capta el deseo en el punto mismo en que se humaniza haciéndose reconocer, es absolutamente particular al sujeto. (Lacan,1953, p.282)

De lo universal del lenguaje surge el lenguaje particular del sujeto: el deseo. Tal como advierte Lacan: *“Si del deseo parte lo que constituye el síntoma, a saber, el fenómeno metafórico (...) es un craso error no intentar situar, organizar, estructurar, el lugar de ese deseo.”* (Lacan,2015, p.130).

El síntoma presentó para Lacan, desde el comienzo de su enseñanza, un interrogante, acerca de dónde ubicarlo, en la medida en que *“el síntoma testimonia precisamente una inercia, un estancamiento”* (Miller, 2008a, p.97). Tal como lo esboza Lacan: *“el hombre está marcado, está turbado por todo lo que se llama síntoma - en la medida en que el síntoma es lo que lo ata a sus deseos.”* (Lacan, 2008, p.303).

En el comienzo de su enseñanza, Lacan se dedicará a dar cuenta de cómo el sujeto está determinado por el Otro del lenguaje. Se trata del Otro en tanto discurso universal (Miller, 2024). Y es a través del significante desde donde dará consistencia a los conceptos, incluido el de síntoma. El síntoma aparecerá entonces situado en la dimensión de lo simbólico, *“y lo que se presenta como imaginario -el conjunto de toda la fantasmática del sujeto (...) en el fondo no entra en la dinámica simbólica sino como significantizado.”* (Miller, 2008a, p.99).

Partiendo de estas coordenadas, puede aislarse la cuestión del significante en tanto definitorio de la estructura. Tal como plantea Miller: *“La distinción neurosis psicosis tal como*

la reformuló Lacan a partir de Freud descansa en efecto en una distinción significativa: la presencia o no del Nombre del Padre.” (Miller, 2014a, p.76). Una presencia o una ausencia serían determinantes para una clasificación clínica estructural. El nombre del Padre opera dando al goce sentido (Miller, 2010a). Se trata de un diagnóstico basado en la noción de déficit: si el significante Nombre del Padre no opera, entonces se trata de psicosis.

La distinción que hace Lacan entre psicosis y neurosis, ubicará al fenómeno en relación a la estructura: “*La estructura aparece en lo que se puede llamar, en sentido propio, el fenómeno. Sería sorprendente que algo de la estructura no apareciese en el modo en que, por ejemplo, el delirio se presenta*” (Lacan, 2009, p.207).

Lacan (1955-56) define a la estructura como un conjunto de elementos, significantes, co-variantes. Agrega que, el hecho de ser un conjunto, da cuenta de que se trata de un sistema abierto, en contraposición a una totalidad.

Para Lacan las estructuras clínicas se definirán en relación al inconsciente, al deseo, al Otro. Para él, las estructuras clínicas no son sólo un conjunto de signos, ya que es agregada a la clase, la cuestión de la causa (Miller, 2010a).

Lacan (1955-56) sitúa al psicótico como un testigo del inconsciente a cielo abierto, es decir, sin que sea necesario un desciframiento como en la neurosis: “*el inconsciente en la psicosis está ahí, presente (...) El inconsciente está ahí, pero la cosa no funciona*” (Lacan, 2009, p. 208). Quizás y, conociendo el recorrido que realizaría Lacan a lo largo de su elaboración teórica, se podría reformular la frase y decir que la cosa no funciona como en la neurosis, pero que funciona de otra manera. De todos modos y, como se verá en el siguiente apartado, Lacan (2006) ubicará posteriormente que “la cosa no funciona” por el simple hecho de que hay inconsciente. Es decir que universalizará dicha condición, dicha falla estructural, extendiéndola a todos los seres hablantes en tanto atravesados por el lenguaje.

Su búsqueda por definir a la psicosis en términos estructurales, lo llevó a tomar el caso Schreber, trabajado por Freud. A partir de este caso particular se propondrá el intento de delinear algo del orden de la estructura en lo referente a la psicosis:

Gracias a este caso ejemplar, y a la intervención de una mente tan penetrante como la de Freud, podemos captar por vez primera nociones estructurales cuya extrapolación es posible a todos los casos. Fulgurante novedad, a la vez esclarecedora, que permite rehacer una clasificación de la paranoia sobre bases completamente inéditas. Encontramos también en el texto mismo del delirio una verdad. (Lacan, 2009, p.45).

Lacan dará al delirio un lugar de verdad y dará cuenta de la posición clínica del psicoanálisis a la hora de tratar al delirio: *“El psicoanálisis aporta, en cambio, una sanción singular al delirio del psicótico, porque lo legitima en el mismo plano en que la experiencia analítica opera habitualmente, y reconoce en sus discursos lo que descubre habitualmente como discurso del inconsciente.”* (Lacan, 2009. p. 190). Se trata de una sanción novedosa del delirio, lo cual tendrá sus consecuencias en la clínica:

El análisis partió precisamente de una renuncia a toda toma de partido en el plano del discurso común (...) en lo tocante a la esencia de las costumbres y al estatuto del individuo en nuestra sociedad, partió precisamente de la evitación de este plano. Se atiende a un discurso diferente, inscrito en el sufrimiento mismo del ser que tenemos frente a nosotros, ya articulado en algo que le escapa, sus síntomas y su estructura. (Lacan, 2009, p.194)

El analista en la psicosis encarna una posición de *“secretario del alienado (...) tomaremos su relato al pie de la letra. Precisamente lo que siempre se consideró que debía evitarse”* (Lacan, 2009, p.295).

En este primer momento, tanto el síntoma como el delirio tendrán para Lacan el estatuto de una verdad.

Tal como se dijo anteriormente, el carácter delirante se extenderá al campo del lenguaje en sí, lo que llevará a Lacan (1975) años más tarde a expresar que la locura incluye dentro de su categoría a todo ser hablante.

Lacan encontrará en el discurso del sujeto, los fenómenos elementales para dar cuenta que se trata de una psicosis:

Avanzamos en el análisis de este territorio, las psicosis, a partir del conocimiento que tenemos de la importancia de la palabra en la estructuración de los síntomas psiconeuróticos. No decimos que la psicosis tiene la misma etiología que la neurosis, tampoco decimos, ni mucho menos, que al igual que la neurosis es un puro y simple hecho de lenguaje. Señalamos simplemente que es muy fecunda en cuanto a lo que

puede expresar en el discurso (...) Así procederemos, a partir del discurso del sujeto, y ello nos permitirá acercarnos a los mecanismos constitutivos de la psicosis.

(Lacan, 2009, pp.91-92)

En el campo de la neurosis, Lacan definirá al síntoma en relación a la estructura, ubicando a los síntomas como elementos vivos de dicha estructura:

Si la neurosis es pues una especie de pregunta cerrada para el propio sujeto, pero organizada, estructurada como pregunta, los síntomas se pueden entender como los elementos vivos de esta pregunta articulada sin que el sujeto sepa lo que articula.

(Lacan, 2008, p.394).

Del mismo modo, pensará a la situación analítica en términos de estructura:

“Fenomenológicamente, la situación analítica es una estructura, es decir que sólo gracias a ella son aislables, separables, ciertos fenómenos.” (Lacan, 1981, p.13).

En relación a la interpretación, Lacan planteará que se trata de dar sentido: *“Nuestra tarea, aquí, es re-introducir el registro del sentido, registro éste que debe ser reintegrado a su nivel propio.”* (Lacan, 1981, p.12).

Lacan piensa al psicoanálisis en relación a la singularidad en la clínica, indicando que, para Freud, *“siempre se trata de la aprehensión de un caso singular (...) El progreso de Freud, su descubrimiento, está en su manera de estudiar un caso en su singularidad”.*

(Lacan, 1981, p.26). Y explica de qué se trata estudiar un caso en su singularidad: *“Quiere decir que (...) la dimensión propia del análisis es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales.”* (Lacan, 1981, p.26).

Aquella dimensión es lo singular, que va más allá de lo individual. Y hacia allí se orientará el psicoanálisis:

El análisis como ciencia es siempre una ciencia de lo particular. La realización de un análisis es siempre un caso particular, aun cuando estos casos particulares, desde el momento en que hay más de un analista, se presten, de todos modos, a cierta generalidad. Pero con Freud la experiencia analítica representa la singularidad

llevada a su límite (...) La experiencia verdaderamente original de este particular adquiere pues un valor aún más singular. (Lacan, 1981, p.40).

Lacan leerá al síntoma también en relación al deseo, por lo tanto, señalará la importancia de cernir el lugar de ese deseo: *“Lo que la experiencia analítica nos enseña ante todo es que el hombre está marcado, está turbado por todo lo que se llama síntoma - en la medida en que el síntoma es lo que lo ata a sus deseos.”* (Lacan, 2008, p.303).

A partir de ubicar el deseo en el síntoma, alertará acerca de su función en la clínica: *“Si del deseo parte lo que constituye el síntoma, a saber, el fenómeno metafórico, es decir, la interferencia del significante reprimido en un significante patente, es un craso error no intentar situar, organizar, estructurar, el lugar de ese deseo.”* (Lacan, 2015, p.130).

La cuestión del deseo en relación al Otro en la neurosis, dará lugar a la clínica de la pregunta a partir de las diferentes posiciones neuróticas: el deseo insatisfecho en la histeria; el deseo imposible en la neurosis obsesiva y el deseo prevenido en la fobia.

Si bien, en la primera enseñanza de Lacan, el síntoma no fue el eje central, se pueden ver las concepciones en torno al mismo, a partir del lenguaje como estructura.

Siendo el cuerpo el espacio donde se localiza el síntoma, resulta crucial indagar acerca del estatuto que este primer Lacan confiere al cuerpo. En este momento Lacan sitúa al cuerpo en el plano imaginario y exterior al campo simbólico; un cuerpo especular, reservorio de la libido:

Lacan dejaba la libido y el cuerpo para lo imaginario, pero su construcción no podía sostenerse sin que hubiera en lo simbólico mismo una satisfacción a la que apunte el sujeto. Le hacía falta (...) una satisfacción puramente significativa (...) que no fuera un goce del cuerpo (...) se trata de lo que llamaba el *reconocimiento* (...) Apuntaba allí a una satisfacción puramente simbólica (Miller, 2008a, pp.380-381).

Lacan plantea que *“el síntoma va, pues, en el sentido del reconocimiento del deseo”*. (Lacan, 2008, p.334), el deseo de reconocimiento se presenta como una satisfacción dentro del orden simbólico, es decir, sostenida en el lenguaje (Miller, 2008a).

El primer Lacan postulaba que el síntoma era susceptible de ser levantado cuando el Otro reconocía el deseo presente allí (Miller, 2008a). Se trata de un cuerpo subjetivado, significantizado. Allí el goce permanece localizado, determinado por el principio de placer, a

partir del desplazamiento de lo simbólico hacia lo libidinal. (Miller, 2008a). El goce supone un campo al que se puede acceder sólo mediante una transgresión (Lacan, 1960-61).

Puede decirse que, en este primer momento de su enseñanza, Lacan se encargará de demostrar la disyunción entre significante y goce (Miller, 2000).

Tal como postula Miller (2024), en la primera enseñanza de Lacan, el sujeto no es considerado una respuesta de lo real, considerando a lo real como el punto en el que no hay determinación simbólica. Así lo planteaba Lacan en *El seminario sobre La carta robada* (1956): “*La subjetividad en su origen no es de ningún modo incumbencia de lo real, sino de una sintaxis que engendra en ella la marca significante*” (Lacan, 2003, p.44).

Sin embargo, no todo puede ser simbolizado. Es por eso que Lacan inventará el objeto *a*, para dar cuenta del resto que escapa a pasar por lo simbólico. Al mismo tiempo introducirá la noción de fantasma, en tanto respuesta singular a la pregunta neurótica y como velo de lo real. Como se verá a continuación, esto dará cuenta de un cambio en la noción de sujeto, en relación a lo real.

V.4-La clínica del objeto a

Lacan sitúa que hay un resto que escapa al decir, que no todo puede ser explicado a partir de lo simbólico. Esto lo llevó a reformular su teoría y marcó la declinación de la clínica del Nombre del Padre, en tanto ordenador simbólico. Diagnosticar a partir de la presencia o ausencia de un significante, el Nombre del Padre, presentaba una limitación en tanto dejaba afuera el goce en juego.

Este pasaje hizo que redefina la noción de estructura, la cual pasará de lo simbólico a lo real (Miller, 2022a). En palabras de Lacan: “*La estructura es lo real que sale a relucir en el lenguaje*” (Lacan, 2012b, p.500). Lacan (1970) ubica que lo real sólo puede emerger de la estructura. Si, tal como postula Lacan (1970), lo real es lo imposible, la estructura da cuenta y es soporte de eso imposible. Lacan dirá de la estructura que: “*ella, con razón, traza la huella de la falta de un cálculo por venir.*” (Lacan, 2012b, p.431).

Para representar lo real que escapa a ser significantizado, Lacan recurrió a la invención del objeto *a*, con sus dos vertientes: en tanto resto y en tanto causa de deseo. El objeto *a* en tanto resto, tal como plantea Miller (2008a), encuentra su principio en la instancia de lo real y, para poder nombrar algo de ese real, Lacan creó el objeto *a*. Respecto a la segunda vertiente, el objeto *a* como causa de deseo, ésta se articula con la falta, ya que tiene que haber una falta para que haya deseo, en tanto que “*el sujeto se sitúa, se caracteriza como siendo esencialmente del orden de la falta*” (Lacan, 1964-65, p.108).

Ahora bien, la noción de resto supondrá una posición particular del analista a fin de poder operar con eso, tal como lo expresa Lacan: “*es un efecto de resto el que podemos operar, pero donde resta saber en qué posición es necesario que nos mantengamos, para poder operar allí correctamente.*” (Lacan, 1964-65, p.108).

A partir de la introducción del objeto *a*, la psicopatología desde el psicoanálisis, se ordenará en relación al goce. Si la clínica del Nombre del Padre, se sustentaba en la ausencia de un significante primordial, en términos de déficit, la clínica del objeto *a*, ubicará que el problema es el goce. Será a partir del goce desde donde se leerán la estructura y el síntoma. El goce se condensa en aquello ineliminable, y es lo que llevará a Lacan comenzar a definir a lo real. Se trata de algo con lo que Freud ya se había encontrado: lo pulsional que no desaparece. Lo que en Freud se definía como la pulsión de muerte, en Lacan será lo real. La repetición, supone un retorno de goce, siempre al mismo lugar, produciéndose un encuentro siempre fallido, fundado en una pérdida:

Está dicho en Freud, por poco que se preste atención a lo que dice. La repetición se liga de manera determinante a una consecuencia que él designa como el objeto perdido. Para resumir, se trata esencialmente de que el goce se busca en un esfuerzo de reencuentro, y que solo se lo podría reencontrar cuando se lo reconoce por el efecto de la marca. La marca misma introduce en el goce la huella con hierro candente de la que resulta la pérdida. (Lacan, 2008a, p.111)

Lacan ubicará el lugar que ocupa en la clínica el objeto *a*, el cual funciona como lugar de captura de goce (Lacan, 2008a). Y agregará:

A esto se consagra nuestra práctica allí donde tratamos con el síntoma, a develar, a desenmascarar la relación con el goce, que es nuestro real en la medida en que está excluido. Por esta razón presentamos los tres términos siguientes como soportes - el goce en la medida en que está excluido, el Otro como lugar donde esto se sabe, el objeto *a*, que es la apuesta del asunto. (Lacan, 2008a, pp.297-298).

En este momento de su enseñanza, Lacan ubicará dos características del goce. Por un lado, en relación al cuerpo se constituye un goce fragmentado en objetos *a*; a la vez, la repetición da cuenta de un retorno de goce (Miller, 2000).

Podría incluso pensarse que, de este modo, Lacan intentó adjudicar al goce cierta localización témporo-espacial. Y si hay algo que puede ubicarse témporo-espacialmente, eso es el síntoma.

Lacan define al síntoma en este momento como *“que el grifo pierde”* (Lacan, 2007, p.347). En el Seminario 10, Lacan comparará al síntoma con el acting out y agregará que el síntoma no supone un llamado al Otro, sino que, en tanto que es goce, se basta a sí mismo (Lacan, 1962-63). Es entonces como la concepción del síntoma comienza a deslizarse desde el campo de lo simbólico hacia lo real. Y agrega que: *“el síntoma no puede ser interpretado directamente, se necesita la transferencia, o sea, la introducción del Otro”* (Lacan, 2007, p.139). Más adelante se analizará con más detalle esta cuestión.

El síntoma también será definido por Lacan a la luz del concepto de plusvalía, introducido por Marx. Desde allí ubicará la función del objeto a, en tanto plus-de-gozar. A partir de este planteo, el síntoma se definirá como *“la manera en que cada uno sufre en su relación con el goce, en la medida en que este solo interviene por la función del plus-de-gozar”* (Lacan, 2008a, p.38).

Esto permitirá leer desde otro lugar, la pérdida presente en la repetición, lo cual ya estaba presente en Freud. Tal como plantea Lacan, el plus-de-gozar representa lo que está perdido: *“Algo está perdido y se llama el plus-de-gozar”* (Lacan, 2008a, p.20). Y agrega:

El plus-de-gozar es función de la renuncia al goce por el efecto del discurso. Eso es lo que da su lugar al objeto a. En la medida en que el mercado define como mercancía cualquier objeto del trabajo humano, este objeto lleva en sí mismo algo de la plusvalía. Así, el plus-de-gozar permite asir la función del objeto a. (Lacan, 2008a, pp.18-19)

Cabe agregar que se trata de un objeto que *“no tiene ningún valor de uso y tampoco tiene valor de cambio”* (Lacan, 2008a, p.165).

Lacan se encargará de destacar la función de la pérdida para el psicoanálisis, función leída dentro de la práctica clínica:

Nuestra experiencia, como se dice, en el análisis nos confronta en todo momento con un efecto de pérdida. Ella testimonia que este efecto se encuentra a cada paso... Se dibuja, pues, una relación entre el efecto de la pérdida, a saber, el objeto perdido en la medida en que lo designamos por a, y ese lugar llamado el Otro, lugar

aún desconocido y no medido, sin el cual no podría producirse. (Lacan, 2008a, p.111).

El movimiento que realiza Lacan, desde el significante al goce, supuso una nueva concepción de cuerpo. Es por eso que Lacan, tal como expresa Miller:

(...) estuvo obligado a buscar su famoso complemento, a minúscula, para que ese sujeto sienta alguna cosa, para que haya vida y no apenas funcionamiento significante (...) para que haya ese a minúscula, es necesario que haya vida, que haya viviente, es preciso que haya cuerpo” (Miller, 1998b, p.60).

Se trata de un cuerpo atravesado por el goce, ya que *“el goce no es posible sin referirlo al cuerpo. Este es un principio de Lacan, es preciso que haya un cuerpo para gozar, solamente un cuerpo puede gozar.”* (Miller, 1998b, p.63). Es por eso que Lacan se dirigirá a la medicina para objetarle la excusión que ésta hace en tanto ciencia, del goce del cuerpo: A esta condición la llamará falla epistemo-somática:

Un cuerpo es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo. La dimensión del goce está excluida completamente de lo que llamé la relación epistemo-somática. Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere. (Lacan, 1966, p.92)

Puede decirse que, en la primera enseñanza de Lacan, el goce tampoco estaba presente, porque es lo que escapa a ser simbolizado. En este sentido, resulta interesante lo que plantea Miller, al poner en tensión lo universal y lo particular en relación con el deseo y el goce:

Durante todo este tiempo en que la enseñanza de Lacan se desarrolla a partir del lenguaje como una elaboración de lo universal, constatamos que puede acomodar el concepto de deseo pero (...) el concepto de goce está ausente. Y es que, por particular que se lo sitúe, este deseo de cada uno es en el fondo universalizable por

el solo hecho de que se lo restituye por la palabra y el lenguaje, por el solo hecho de que se dice. (Miller, 2017, pp.65-66).

Se puede ubicar al deseo del lado de los ejes universal-particular y al goce del lado de lo singular.

Ubicando al Otro como Otro del deseo, en lugar del Otro del lenguaje, Lacan formalizará la respuesta neurótica ante la pregunta acerca de ¿qué me quiere el Otro? A partir de la fórmula del fantasma. Tal como afirma Fabián Naparstek en su libro “El fantasma, aún”: “*El fantasma le permite a Lacan empezar a abordar algo del lazo del sujeto con el goce*” (Naparstek, 2018, p.33).

El fantasma constituirá el velo que impedirá que el objeto *a* aparezca directamente, ya que eso produciría angustia. Lacan ubicará a la angustia, en tanto no significante, como vía de acceso a lo real (Miller, 2006). Al no ser significante, no engaña. Así mismo, Lacan (2010) señalará que la angustia tiene un objeto. Ubicando entonces el fantasma en tanto velo que oculta el *a*, puede verse la relación del fantasma con lo real en tanto que “*lo real es soporte del fantasma, el fantasma protege a lo real*”. (Lacan, 2010, p.49). Aunque quizás podría agregarse que el fantasma no sólo protege a lo real, sino que constituye el velo que protege al sujeto del encuentro directo con lo real.

El fantasma dará cuenta de una respuesta singular, una posición singular presente en la particularidad estructural de la neurosis:

Ya no se trata solamente del Otro que tiene el significante del reconocimiento, hace falta que el Otro sea el lugar a donde el sujeto va a buscar este objeto *a* que le es necesario (...) Lacan modifica al Otro como Otro del deseo (...) No hay una relación directa del sujeto con el Otro sino por la vía del *a*. Es ahí cuando *a* toma el valor de objeto del deseo y aparece en relación con un sujeto que está en falta y con un Otro que también lo está (...) Es por el lado del Otro por donde el sujeto va a buscar la contrapartida de lo que le falta no bajo la forma del significante sino bajo la forma del objeto *a*. Tiene que ir a buscar esto al lugar del Otro. (Miller, 2008a, pp.265-266).

Naparstek (2018), tomando los planteos de Miller en su curso “Del síntoma al fantasma. Y retorno” (2018), postula la pregunta acerca de si el fantasma sólo puede

circunscribirse a la neurosis o estaría presente también en la psicosis y en la perversión. Propone, en todo caso, indagar de qué estaría hecho el fantasma en cada una de las estructuras clínicas.

Si el fantasma es una respuesta ante lo real, el analista deberá sus respetos y su prudencia ante esa respuesta singular, y decidir si es conveniente o no tocarla (Naparstek, 2018).

Si el fantasma supone un saber hacer que es siempre el mismo, *“el análisis debería poner cierta distancia de esa satisfacción que obtiene en ese modo de goce y encontrar una manera de saber hacer allí, que sería en cada oportunidad, desligado del saber hacer de toda la vida”* (Naparstek, 2018, p. 95). Se trataría de conmover la fijeza de un saber hacer que, en su satisfacción, provoca padecimiento. Así como, anteriormente, se señaló que Lacan (1962-63) ubicó al síntoma como goce que prescinde del Otro, podría decirse que el análisis vía transferencia deberá hacer pasar aquello que del fantasma es iteración, al campo del Otro. Es decir, hacer de esa respuesta singular que es el fantasma, una pregunta.

El lugar del Otro sea será determinante en cuanto a la transferencia. Según Miller es a partir de la transferencia que Lacan inventa el objeto *a*, ya que *“implica la inclusión del objeto a en el Otro”* (Miller, 2017, p.79). Es por eso que, en la psicosis, donde no hay lazo al Otro, la transferencia presentará una particular dificultad, tal como se verá más adelante.

Lacan define a la función del analista en relación al orden del deseo: *“Ser psicoanalista es estar en una posición responsable, la más responsable de todas, en tanto él es aquel a quien es confiada la operación de una conversión ética radical, aquella que introduce al sujeto en el orden del deseo”* (Lacan, 1964-65, p.107).

Introducir a quien se acerca a hacer análisis en la dimensión del deseo para producir allí una división, restituyendo la relación de éste con su inconsciente a partir de poner a trabajar lo pulsional en juego. Lacan (1964) dirá que el objeto *a* en tanto causa del deseo, es el objeto pulsional, sobre el que gira la pulsión. Dicho objeto será una parte fundamental del proceso de separación en la constitución del sujeto, ya que es la separación la que introduce la función de la falta y por ende del *a* (Lacan, 1964). Lacan (2008b) ubica al analista como causa del deseo. Hasta finalmente decir que *“el analista es el objeto a”* (Lacan, 2012, p.70). Sin embargo, Miller (2024) ubica al analista no en términos de ser el objeto *a*, sino en una posición de semblante del objeto *a*, definiendo al objeto *a*, del orden de lo particular. Esta posición, dice Miller (2024) difiere de la posición en la que era ubicado el analista en la primera enseñanza de Lacan, ya que allí ocupaba el lugar del Otro, en términos de lo universal.

Lacan convocará a los analistas a estar no sólo a la altura de la época, sino también que estén *“a la altura del sujeto”* (Lacan, 2006, p.62).

Lacan (2006) se pregunta acerca del inconsciente, y lo ubica como un concepto que no es negativo, es decir que no se define por lo que no es consciente. Así mismo, expresará que *“es loco lo que se elucubra en este inconsciente”* (Lacan, 2006, p.18).

El inconsciente que Lacan (1964) presentará en este momento de su enseñanza es un inconsciente a advenir en análisis, un inconsciente evanescente que se abre y se cierra en una doble pulsación temporal, en íntima relación con la transferencia.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que la transferencia, tal como plantea Miller (1993) es hacer existir al Otro, ¿qué ocurre en la psicosis, donde se prescinde del Otro? ¿Se tratará de construir algo de ese Otro, aunque más no sea en el plano de lo imaginario? De todos modos, ¿por qué desechar lo imaginario? ¿Acaso no podría ser una forma diferente de abordar la transferencia? El propio Lacan, hacia el final de su enseñanza pondrá en un mismo nivel a los tres registros, sin que haya una primacía de uno sobre otro, tal como se verá en el próximo apartado.

Como se desarrolló en el capítulo anterior, Freud ya había advertido que la transferencia no era para todos ya que, en las neurosis narcisistas, no existía la posibilidad de investir libidinalmente los objetos del mundo exterior.

Si la clínica del Nombre del Padre dejó de ser eficaz es porque dejaba lo real afuera. Lacan se dio cuenta de eso y por ello planteó las cosas de forma diferente. Se trata de una perspectiva que Lacan se encarga de transmitir: *“cuando uno no tiene con qué, cuando, a causa de la falta, no puede dar lo que hay que dar, siempre existe el recurso de dar otra cosa”* (Lacan, 2010, p.111). Dar otra cosa y habilitar así el espacio para soluciones singulares que, en tanto tales, serán únicas.

Así mismo se dirigirá a los psiquiatras para ubicar que cuando se está frente al loco *“hay algo que no anda del lado de la comprensión”* (Lacan, 1967, p.4). Ubica de ese modo “lo que no anda” del lado del médico cuando, anteriormente, lo ubicaba en la psicosis. Amén de eso, la cuestión de la comprensión es algo que Lacan problematizó en relación al quehacer analítico, extendiendo dicha cuestión hacia el lugar del analista. Puede encontrarse su advertencia materializada en una expresión exclamada ya en el primer momento de su enseñanza: *“¡Cuidense de comprender!”* (Lacan, 2003, p.453).

Ahora bien, Lacan (1967) ubica al loco como el hombre libre, libre del gran Otro. Claro que esta pseudolibertad tiene sus consecuencias ya que, si bien prescinde del Otro, no es sin padecimiento. Se trata de un padecimiento diferente al de la neurosis. Si en la neurosis el objeto *a*, ubicado en el campo del Otro, suscita la angustia de no saber qué se es para el Otro, en la psicosis, la libertad respecto del Otro tiene su contracara en el padecimiento que genera la tiranía del objeto *a* en su no extracción. En este punto, el objeto *a* puede brindar nuevos e interesantes aportes para pensar la clínica de la psicosis.

Respecto a la extracción o no del objeto *a*, puede ser interesante recordar lo que ha sido planteado en el primer capítulo, respecto al cuadro de El Bosco, “La extracción de la piedra de la locura”. Allí la locura es representada por un objeto: una piedra, alojada en el cerebro. Un objeto localizable y que se puede agarrar, extraer, cambiar de lugar. ¿Acaso no podría pensarse como una variación de dicha creencia lo que plantea Lacan respecto al objeto *a* en el bolsillo? Por supuesto que difiere y mucho en cuanto a la posición ética. En la obra de El Bosco la piedra era extraída por otro y desechada. Lacan, en cambio, propone pensar cómo hacer pasar algo del objeto *a* hacia el campo del Otro. Lacan insta un sentido nuevo para la psicosis en tanto estructura, ubicando que allí el objeto no está perdido porque el sujeto lo tiene a su disposición (Miller, 1993).

Resulta interesante también citar a Foucault en sus elaboraciones en torno a la historia de la locura, cuando dice que “*la razón, si tiene un dominio sobre el loco, es desde el exterior como un objeto*” (Foucault, 2014, p.291)

¿Qué lugar queda para el analista allí donde no hay un lugar para el Otro? ¿Cómo establecer algo del orden de la transferencia? Quizás aquí también pueda retomarse el planteo de Lacan anteriormente citado: “*siempre existe el recurso de dar otra cosa*” (Lacan, 2010, p.111). El psicoanálisis supone nuevas formas de hacer con lo mismo.

En este punto es necesario distinguir que, dentro de la estructura psicótica, no es lo mismo el desenganche del Otro que muestra la esquizofrenia que el delirio con su función restitutiva, que puede encontrarse en la paranoia. (Miller, 1993). Tal como propone pensarlo Miller (1993), la esquizofrenia muestra el lazo con la lengua por el que pasa todo parloteo. Con este planteo, lo particular de la esquizofrenia se puede extrapolar a un nivel universal, en tanto característica que atraviesa a todos los seres hablantes.

Lacan en “Mi enseñanza”, ubica que la extensión que hizo Freud de la psicopatología al campo de la vida cotidiana, muestra que todos estamos atravesados por la locura del lenguaje. Porque “*eso sueña (...), eso falla, eso ríe*” (Lacan, 2006, pp.101-102), todos fallamos. Todos nos vemos de pronto asaltados por las manifestaciones del inconsciente.

Así mismo, Lacan ubica que “*una sociedad humana siempre ha sido una locura*”. (Lacan, 2006, pp.83-84). Se produce así una universalización de la locura a todos los seres hablantes en tanto atravesados por el traumatismo del lenguaje.

Algo de esto expresaba Lacan en el seminario 12:

Aquellos que aquí tienen un a formación suficiente para entender este llamado que hago de la tentativa de homogeneizar el singular al universal, saben también las dificultades que ese razonamiento planteaba a la lógica clásica y que ese estatuto

de lo singular, no sólo puede ser dado de un modo mejor en la aproximación de la lógica moderna, pero me parece que no puede ser acabado más que en la formulación de esta lógica, a la cual nos da acceso la verdad y la practica analítica, que es lo que intento formular ante ustedes que podría llamar, esta lógica, a formalizar el deseo. (Lacan, 1964-65, p.108).

Teniendo en cuenta la formulación de Lacan (1962-63) respecto a la angustia, que ésta no es sin objeto, quizás ahora pueda leerse la angustia que genera el loco, en tanto portador del objeto *a*. Se trata de la angustia que genera el estar ante el hombre libre del Otro (1967).

Se tratará entonces como analista, tal como convoca Lacan (2006), a “estar a la altura del sujeto”.

V.5-La clínica del Sinthome

“La singularidad es una categoría lógica, aunque es también una categoría en los límites de la lógica”.

(J.A. Miller).

La clínica de Lacan, en este tercer momento, se centra en el cuerpo, el cual da entidad al ser hablante. Se trata de un cuerpo que, en su encuentro con el significante, goza. El goce da cuenta entonces del encuentro entre el significante y el cuerpo. Ese encuentro adquiere el estatuto de acontecimiento. Es en ese cuerpo donde el síntoma se aloja. Es por eso que el diagnóstico incluirá a ese cuerpo que goza.

Lacan se pregunta qué es el goce y llega a la conclusión de que “*el goce es lo que no sirve para nada*” (Lacan, 1995, p.11). Es por eso que realizará un movimiento que va desde el sentido hacia el fuera de sentido. Este movimiento también hará que comience a diferenciar el lenguaje de lalengua, uno de sus neologismos. Es así que lalengua implicará lo que del lenguaje es puro goce, por lo cual Lacan expresará que:

El lenguaje sin duda está hecho de lalengua. Es una elucubración de saber sobre lalengua. Pero el inconsciente es un saber, una habilidad, un *savoirfaire* con lalengua. Y lo que se sabe hacer con lalengua rebasa con mucho aquello de que puede darse cuenta en nombre del lenguaje. Lalengua nos afecta primero por todos los efectos que encierra y que son afectos. Si se puede decir que el inconsciente está estructurado como un lenguaje es por el hecho mismo de que los efectos de lalengua (...) van mucho más allá de todo lo que el ser que habla es capaz de enunciar (Lacan, 1995, pp.167-168).

La lalengua, en tanto palabra no articulada, representa el goce que habita al lenguaje. Se trata de ubicar al lenguaje en una función diferente a la de comunicar. Hay algo del lenguaje que, en tanto goce, no sirve para nada, no se articula, eso es lalengua.

Tal como postula Miller:

Lalengua es el concepto que quiere decir que el significante sirve para el goce y que el lenguaje no es más que una elucubración sobre ese uso primario, una elucubración que nos hace creer que su uso primero es servir para la comunicación. (Miller, 2014b, p.30).

Así como el cuerpo y el lenguaje serán concebidos a través del goce, el inconsciente se ubicará finalmente para Lacan, del lado de lo real.

Todos estos desplazamientos conceptuales darán lugar a que la noción de sujeto para el psicoanálisis, encuentre otra dimensión en el parletre. Esto es "*porque el sujeto está ligado intrínsecamente al significante como muerto*" (Miller, 2008a, p.273). Si bien el parletre implica al sujeto que es hablado por el lenguaje, incluye también el goce del cuerpo (Miller, 2008a). Tal como lo expresa Miquel Bassols (2015) el parletre podría también llamarse "cuerpo hablante", ya que condensa los anudamientos entre cuerpo y lenguaje. Un cuerpo parlante, atravesado por el goce.

Es así como Lacan, en este último momento de su enseñanza, se encarga de transmitir la disyunción entre el goce y el Otro, aludiendo a que el goce es Uno y prescinde del Otro (Miller, 2000). Esto trae aparejado una nueva concepción de síntoma, concepción que muestra cómo el síntoma no es llamado al Otro, sino que prescinde de él: el síntoma es goce.

El modo en que el goce se presenta es a través del síntoma. Tal como expresa Miller: *“El goce se presenta siempre bajo la forma de síntoma, es decir (...) que el ser hablante goza de modo sintomático.”* (Miller, 2008a, p.28).

Será a partir de leer el síntoma desde el goce, que Lacan comenzará a hablar del sinthome, en tanto representante de lo real ineliminable. El concepto de sinthome, tal como plantea Miller, *“es profundamente desestructurante, borra las fronteras del síntoma y el fantasma, de la neurosis y de la psicosis”* (Miller, 2014a, p.77). El sinthome condensa el modo singular de gozar de cada quien, lo cual no puede desaparecer, a diferencia del síntoma (Miller, 2010a). Este pasaje del síntoma al sinthome, da cuenta de la incidencia de goce que tiene el significante sobre el cuerpo (Miller, 2008a). Es decir que ubica al significante como causa de goce.

Según Miller (2013), el objeto *a* había resultado limitado para poder discernir de qué se trata lo real, lo cual se ubica como fuera de sentido.

Antes de presentar formalmente al sinthome en el seminario 23, Lacan prepara el terreno comenzando a ubicar ciertas cuestiones en relación a lo real y al síntoma: *“Debemos poder acostumbrarnos a lo real. El síntoma no es aun verdaderamente lo real. Es la manifestación de lo real en nuestro nivel de seres vivos.”* (Lacan, 2010b, p.92).

Lo real, como tal, excluye el sentido. A diferencia del objeto *a*, el sinthome no supone una captura de goce, sino que puede leerse como un funcionamiento donde se anudan los tres registros: imaginario, simbólico y real (Miller, 2010a).

Lacan se encarga de aclarar que, si bien los tres registros no tienen prevalencia uno sobre el otro, no se desdibuja la identidad de cada uno de ellos: *“En el análisis se trata de suturas y empalmes. Pero es preciso decir que debemos considerar las instancias como realmente separadas. Imaginario, simbólico y real no se confunden.”* (Lacan, 1995, p.71). Estas suturas y empalmes, nombrados por Lacan, darían cuenta de que hay algo que arreglar. El sinthome se ubicará como aquello que anuda de modo singular los tres registros.

Para explicar de qué se trata el sinthome, Lacan tomará el caso del escritor irlandés James Joyce quien, según Lacan, para compensar la carencia paterna de la que siempre hablaba, armó su sinthome a partir de su arte.

Claramente se trata de un modo de diagnosticar muy diferente al que empujaba la clínica del Nombre del Padre. Sin embargo, puede decirse que tanto el Nombre del Padre como el Sinthome tienen un carácter universal, pero con una profunda diferencia. Por un lado, el Nombre del Padre, constituye un nombre del modo de gozar en su carácter universal en tanto condiciona toda la realidad psíquica. El Sinthome, en cambio, en tanto verdad universal apunta al modo de gozar singular, a lo incurable de cada quien. (Miller, 2010a).

Quizás se podría pensar que se trata de una época de preponderancia de lo real, pero Lacan orienta y aclara que lo real no es lo único en un análisis, y esto es algo a tener en cuenta en la práctica clínica:

Si hablo de lo real, es porque me parece una noción radical para anudar algo en el análisis, pero no es la única. Está también lo que llamo lo simbólico y lo que llamo lo imaginario. Me aferro a esto como uno se aferra a tres cuerditas que son las únicas que me permiten mi flotación. (Lacan, 2010b, pp.99-100)

En la distinción entre síntoma y sinthome, Miller propone lo siguiente:

El sinthome designa precisamente lo que el síntoma tiene de rebelde al inconsciente, lo que en el síntoma no representa al sujeto, lo que en el síntoma no se presta a ningún efecto de sentido que produzca una revelación (...) con el sinthome se desvanece la representación” (Miller, 2014b, p.72).

Esta condición da cuenta de que el uso del sinthome será diferente al uso del síntoma, ya que no convocará a un desciframiento: *“el uso lógico del sinthome que Lacan propone se opone a su uso de desciframiento. El desciframiento remite a la noción de verdad del síntoma, mientras que cabe decir que el uso lógico llevaría a lo real del sinthome.”* (Miller, 2014b, p.21)

Ahora bien, ¿cómo puede operar el psicoanálisis sobre lo real que se escabulle? Lacan dirá que *“enseñamos al analizante a hacer un empalme entre su sinthome y lo real parásito del goce”* (Lacan, 1995, p.70). Se trata de una posición totalmente novedosa respecto a la clínica. A partir de lo incurable, los modos de hacer con eso serán singulares. A propósito de esto, resulta interesante la distinción que propone Miller:

El saber hacer es entonces una técnica para la cual hay un lugar cuando se conoce la cosa de la que se trata y pueden definirse reglas reproducibles, enseñables (...). El saber arreglárselas, según mi interpretación, surge cuando la cosa de la que se trata conserva algo imprevisible, y todo lo que puede hacerse entonces es ablandarla, domarla, permaneciendo alertas. En el saber hacer la cosa está

domesticada, es sumisa, mientras que en el saber arreglárselas sigue siendo salvaje, indómita. Por eso, del lado del saber hacer está lo universal y del saber arreglárselas, lo singular. En un caso se conoce la cosa, no hay sorpresas, y en el otro, se la sabe manejar pero con cuidado porque se la desconoce (...) en el saber hacer se domesticó la cosa por un concepto, mientras que en el saber arreglárselas esta es ajena a toda captura conceptual. (Miller, 2005, p.443).

Lacan (1976-77) afirma que el fin de un análisis se trata de saber hacer con el síntoma, a partir de conocerlo. A lo cual puede agregarse el postulado de Miller, desde el cual sostiene que: “*en el análisis se trata menos de descifrar el síntoma que de hacer uso de él*”. (Miller, 2014b, p.32).

Planteado de este modo, el síntoma entonces se presenta como goce, en contraposición al síntoma como verdad que caracterizaba la primera enseñanza de Lacan. Si el síntoma en ese primer momento, era ubicado por Lacan del lado del significante y de lo interpretable, en este último momento se ubica del lado del goce, del lado de lo no interpretable, de lo real. Así lo describe Miller:

Propongo aquí entonces oponer el síntoma como verdad y el síntoma como goce. El síntoma como verdad es la formación del inconsciente, es el síntoma en tanto se interpreta, en tanto es del orden simbólico, en tanto en efecto perturba y se opone al funcionamiento del saber en lo real. En cuanto al síntoma como goce (...) es un medio de la pulsión que traduce la exigencia insaciable de satisfacción de esta (...) Lejos de oponerse a lo real, al campo de lo real, se impone, por el contrario, como un real por su repetición, por todo lo que lo distingue de las formaciones del inconsciente, en particular su temporalidad de repetición, el etcétera que contiene. (Miller, 2008a, p.29).

Si se habla de goce, entonces se habla de lo singular. Y si se habla de lo singular, por ende, se habla de lo real. Así lo concibe Lacan (1972-73), ubicando que el *sinthome* equivale a lo real. Pudiendo decir con Miller que “*si lo real es el goce, el inconsciente es una*

defensa contra el goce" (Miller, 2014a, p.119). El sinthome, entonces se ubica del lado de lo real. En este sentido:

La orientación hacia lo singular no quiere decir que no se descifra el inconsciente sino que esta exploración encuentra necesariamente un tope que el desciframiento se detiene en lo fuera de sentido del goce y que al lado del inconsciente donde eso habla está lo singular del sinthome donde eso no le habla a nadie. (Miller, 2014a, p.106).

En relación a lo real, Lacan esbozará que *"todo lo que tenemos hasta ahora de real es poco frente a lo que siquiera se puede imaginar, porque justamente lo propio de lo real es que uno no se lo imagine"* (Lacan, 2010b, p.90)

Hacia el fin de su enseñanza, luego de toda su elaboración teórica, Lacan ofrece ciertas definiciones acerca de qué es el psicoanálisis. Es así que, en el Seminario 24, llegará a decir que se trata de una práctica para sentirse mejor. Allí también lo define diferenciándolo de la ciencia y ubicándolo como un delirio, pero del que se espera que llegue a ser una ciencia.

La clínica de este último momento en la enseñanza de Lacan, se tratará de un saber hacer allí con aquello irreductible. Aunque quizás sería más atinado formularlo en término de saberes-haceres, en tanto soluciones y anudamientos singulares en cada caso.

V.6- Algunas conclusiones

En la elaboración clínica de Lacan se produjo un movimiento que dio lugar a una concepción novedosa de la noción de diagnóstico.

Partiendo de las grandes estructuras psicopatológicas orientadas a partir del significante Nombre del Padre, se produjo un pasaje hacia una clínica de anudamientos singulares a partir del goce en juego.

Si en el primer Lacan era el significante el que atravesaba cada uno de los conceptos, en un último momento, será el goce.

Si, tal como expresa Lacan (1976-77), lo real deja afuera el sentido, esta condición requerirá un tratamiento diferente.

A partir del lugar que Lacan otorga al cuerpo que goza, varios de sus conceptos debieron ser reformulados. La noción de sujeto fue reemplazada por la de parletre, en tanto ser hablante con un cuerpo gozante. El síntoma, en su dimensión de goce, dio lugar al *sinthome*, en tanto lo más singular a partir de lo ineliminable. Tal como expresa Miller: “*el sinthome está condicionado no por el lenguaje sino por la lengua, más acá de toda articulación*” (Miller, 2014a, p.94). A esto agrega que Lacan, con su concepto de *sinthome*, en tanto lo más singular, designa la sustancia gozante (Miller, 2010a).

A su vez, como fue desarrollado en el presente capítulo, hay entre la primera y la última enseñanza de Lacan, una clínica del objeto a, indispensable para pensar la psicosis. El objeto a se presentará como captura de goce y dará lugar a nuevas elucidaciones clínicas. Cabe destacar que la clínica del objeto a constituye una clínica aún poco explorada, por cierto.

Puede decirse que cada uno de los momentos de la enseñanza de Lacan, está íntimamente relacionado con las diferentes concepciones en relación al Otro. Si, en una primera etapa, Lacan ubicó al Otro del significante y la estructura, en un segundo momento se trató de Otro en relación al deseo. Es decir que se produjo el pasaje de Otro muerto y completo, a Otro barrado y deseante, un Otro vivificado.

Ahora bien, el tercer momento, cuyo eje es el *sinthome* y la clínica nodal, pareciera dar lugar a cierto desdibujamiento del Otro. Esto dará lugar a nuevos interrogantes en relación a la clínica y a la transferencia, como se verá en capítulos siguientes.

Hacia el final de su enseñanza comienza a caer el imperio de la clínica de las estructuras para dar lugar a la clínica nodal. Se trata de un modo novedoso de pensar la clínica, habilitando los modos singulares de anudamiento de los registros, en tanto un saber hacer con lo real.

Ya no es el diagnóstico estructural el que orientará la cura, sino los modos de anudamiento.

Esta cuestión da lugar a la pregunta acerca de si se puede hablar de “clínica” en psicoanálisis. Respecto a la relación del psicoanálisis con la clínica habría que hacer ciertas distinciones. Si, tal como postula Miller, “*la clínica es un arte de clasificar los fenómenos a partir de signos e índices previamente catalogados*” (Miller, 2014a, p.84). ¿Puede hablarse de clínica en el psicoanálisis? El autor refiere que la transferencia disuelve a la clínica: “*cuando se atraviesa el umbral de un psicoanálisis hay que dejar la clínica atrás y precisamente la perspectiva del sinthome está orientada a despegarnos de la perspectiva clínica*” (Miller, 2014a, p.84).

De eso se trata el devenir analista ya que “*es el olvido de la clínica lo que funda la operación analítica*” (Miller, 2022b, p.30). El autor agrega que “*se es clínico cuando se ha acumulado la experiencia de un gran número de pacientes, y es eso lo q hay q reducir a*

nada para, en el discurso analítico, acoger como único al sujeto que se ofrece ahí." (Miller, 2022b, p.30). Se trata de despojarse de la experiencia previa ante el paciente que llega y también con el mismo paciente en cada sesión.

Si, en un primer momento, Lacan ubicó al analista en una posición de semblante de lo universal a partir de encarnar al Otro del lenguaje, en un segundo momento, se trató de una posición de semblante de lo particular, en relación al objeto *a* (Miller, 2024). Mientras que *"el significante es lo que anula las particularidades"* (Miller, 2017, p.110), el objeto *a* designa el goce particular del sujeto (Miller, 1998d). Tal como postula Miller: *"Lo particular está enteramente concentrado, depositado, en el estatuto de objeto."* (Miller, 2017, p.110). Se trata de un camino que va de lo universal a lo particular, entendiendo la relación dialéctica entre ambas categorías, la cual hace que se constituya el eje universal-particular.

Así mismo, tal como pudo verse, Lacan comienza a orientarse cada vez más hacia lo singular, a partir de la introducción del fantasma en tanto trama que cada quien sostiene para evitar el encuentro directo con lo real. Ya en su última enseñanza, pondrá de relieve la cuestión de las soluciones singulares en relación al goce. Es así que formalizará en el *sinthome* los arreglos que cada sujeto puede construir para hacer frente a lo real.

Lacan, a partir de su práctica y de las coordenadas de su época, reformuló algunos conceptos freudianos que, lejos de anularse se suplementaron. Incluso es de destacar la preocupación por parte de Lacan de brindar una estructura a la psicosis para poder establecer una clínica para abordarla, yendo así más allá de Freud.

Ahora bien, ¿qué tiene para ofrecer hoy el psicoanálisis? Tal como plantea Lacan, el análisis *"se ocupa muy especialmente de lo que no anda bien (...) lo real es lo que no anda"* (Lacan, 2010b, p.76).

Si, en el comienzo de su enseñanza, Lacan circunscribía "lo que no anda" específicamente a la psicosis, puede decirse que, en la etapa final de su enseñanza, "lo que no anda" se universaliza en lo real que no anda para todos. Dentro de ese universal, lo particular de lo imposible para cada quien se encarnará en el goce singular.

Lacan elevó la patología a estatuto universal, en tanto atraviesa a todo ser hablante: *"Como seres vivos, estamos carcomidos, mordidos por el síntoma. Estamos enfermos, eso es todo. El ser hablante es un animal enfermo."* (Lacan, 2010b, p.92).

Todos locos, todos delirantes, portadores del goce. Pero el goce, en tanto universal que abarca a todos los seres hablantes, o hablados por el lenguaje, destila modos singulares de gozar. Modos de goce que implican posiciones únicas. Algunas generan menor o mayor padecimiento, y esto es lo que hace que alguien se acerque a la experiencia del análisis.

Puede concluirse entonces que el psicoanálisis posibilita que algo del goce pueda ser tratado. Sin aspirar a curar lo incurable. Convocar a nuevos amarres, nuevos lazos, nuevos nudos singulares que conlleven un menor padecimiento.

Capítulo VI

Locura y Despatologización: Del discurso médico-psiquiátrico al discurso jurídico social.

Nuestra locura nos acompaña continuamente,
aunque la locura de los totalmente normales
se ha suicidado para dejar una cifra estadística.
A veces nuestra locura se nos hace visible durante corto tiempo,
quizás discretamente y en solitario, y nos transformamos.
A veces se vuelve socialmente visible
y entonces corre el riesgo de ser asesinada.
Cada uno de nosotros tiene su propia manera de vivir su locura,
no hay caminos trazados.
Asumimos nuestra propia responsabilidad de abrir nuestra propia senda
—y qué responsabilidad es ver
que nadie toma nuestra responsabilidad por nosotros.

David Cooper

VI.1- Introducción

“El fin de una época supone siempre oscuros sobresaltos”

(E. Laurent)

Si, en la Edad Moderna, la locura atravesó un pasaje del discurso jurídico-social al discurso médico psiquiátrico, puede decirse que, en la época actual, se produce un movimiento a la inversa. Dicho movimiento se condensa en el término “despatologización”, tan extendido en la actualidad, el cual permite leer algo de la subjetividad de la época. La despatologización supone el reemplazo de la patología por formas de vida libremente elegidas, sustituyendo el principio clínico por el principio jurídico (Miller, 2022b).

Tal como se verá en el presente capítulo, se pueden rastrear algunos antecedentes de esta tendencia en el movimiento antipsiquiátrico surgido en la década del sesenta. Dicho movimiento cuestionaba fuertemente el trato que la psiquiatría les daba a los considerados enfermos mentales, especialmente en relación a los métodos empleados como tratamiento, y a las internaciones en instituciones psiquiátricas. Las internaciones suponían, en la mayoría de los casos, un ejercicio de poder sobre el paciente, quien era sometido a prácticas que constituían un maltrato sostenido por parte del cuerpo médico.

Este movimiento puso en primer plano la defensa de los derechos de los pacientes que padecían alguna enfermedad mental. Incluso, desde sectores más extremos de este movimiento, se cuestionó la noción de “enfermedad mental” y el empleo del diagnóstico por las consecuencias sociales que éste generaba.

Se vuelve necesario analizar también la incidencia que tuvo la proliferación de los manuales diagnósticos con categorías que dejan afuera el detalle clínico, así como cierta prevalencia de las neurociencias desde donde se pretende establecer respuestas totalizantes.

Así mismo, ¿y por qué no?, se considerará cierta incidencia del psicoanálisis que podría haber dado lugar a este fenómeno.

El fenómeno de despatologización ha cobrado en la actualidad formas particulares que deben ser leídas en relación a las coordenadas de la época.

La época actual muestra un declinamiento del Otro en tanto ordenador, una época en la que el Otro no existe, Es por eso que la despatologización implica un diagnóstico sin Otro. Esta condición impone grandes desafíos al psicoanálisis y a la psicopatología, los cuales se intentará situar.

VI.2-La Despatologización como fenómeno de la época actual

“El derecho prevalece sobre lo torcido”

(J.A. Miller).

La despatologización propone suplantar lo patológico por formas de vida. Se trata de la eliminación del Otro del diagnóstico.

Desde allí, la reivindicación del sujeto de derecho, da cuenta de la sustitución del principio clínico por el principio jurídico (Miller, 2022b). Esto tiene sus consecuencias en la clínica, ya que se trata de una nueva modalidad de dejar afuera lo singular.

Tal como postula Miller (2022b) en la época actual prevalece la reivindicación de cierta igualdad, fundada en el discurso jurídico. Una igualdad universal representada en el ideal de fraternidad, que se hace oír en la clínica.

Así mismo, dentro del ámbito del psicoanálisis, el autor expresa que el aforismo de Lacan “Todo el mundo es loco”, fue leído de un modo que ha favorecido este fenómeno. Miller (2022b) plantea que el aforismo de Lacan se convirtió en una especie de slogan de estos tiempos:

En el contexto de la época fue entendido de una manera que favorece los prejuicios contemporáneos: reivindicación democrática de una igualdad fundamental de los ciudadanos que se impone a la jerarquía tradicional, deconstruyendo la jerarquía que regía la relación del médico con su paciente. (Miller, 2022b, p.16)

Miller señala que no debe sorprender *“que esta reivindicación igualitaria se traduzca por la desaparición programada de la clínica. Todos los tipos clínicos se sustraen progresivamente del gran catálogo clínico, ya degradado y deconstruido por las ediciones sucesivas del DSM.”* (Miller, 2022b, p.16).

Esta tendencia es coetánea del ideal de libertad absoluta al que empuja la época. Si bien la libertad es concebida por cada cultura de una forma determinada en determinado tiempo histórico, hoy en día se persigue una libertad sin límites. Dentro del sistema capitalista, el mercado promueve ofertas de libertad para todos los gustos. Desde allí se

difunde un discurso que, como tal, conlleva prácticas asociadas, para ser “más libre” en todos los aspectos, como por ejemplo en relación al cuerpo.

Los sujetos de derecho portan un cuerpo también del derecho, es decir, un cuerpo que excluye la dimensión del goce. En este punto puede equipararse a ese cuerpo de la medicina que llevó a Lacan (1966) a advertir que había una falla al excluir el goce del cuerpo. Tal como expresa Laurent (2014a), el cuerpo no es sólo un *habeas corpus*, sino una máquina de producción de plus de goce. El autor agrega que, así mismo, la desaparición de los límites en relación al cuerpo, plantea hoy un dilema ético respecto de qué está permitido gozar (Laurent, 2014a).

Miller señala que se trata de que “*no habrá más patologías, en su lugar habrá, hay ya, estilos de vida libremente elegidos- una libertad imprescriptible porque es aquella de los sujetos de derecho*”. (Miller, 2022b, p.17).

Sin embargo, bajo el ideal de libertad, se enmascara un control cada vez mayor sobre las poblaciones. Tal como plantea Laurent:

Hoy, la vida cotidiana es un tema de atención, cada vez más interpretado y tutelado, administrado por el derecho. Es la báscula que señaló Michel Foucault. La atención actual a la gestión de las poblaciones se da no solamente en el ámbito global, sino también en el ámbito de la vida cotidiana, a través de una biopolítica. (Laurent, 2018, p.73).

De hecho, el empuje a la evaluación medible y cuantificable propia de la época actual, está íntimamente relacionado con los mecanismos de control sobre el individuo. Es así que los dispositivos al alcance de la mano pueden arrojar datos acerca de cuánto una persona caminó durante el día, cuánto durmió, cuántas calorías ingirió y cuántas quemó. El dispositivo se ofrece como mediador entre el individuo y su cuerpo. Los objetos que haya buscado en internet darán cuenta de qué se desea, y prontamente comenzarán a aparecer publicidades de dichos objetos. Así mismo, tal como plantea Miquel Bassols, “*suponemos cada vez más un ser que habla y goza en la máquina. La suposición de un goce en el lugar del Otro es inherente en realidad al hecho de ser un ser hablante.*” (Bassols, 2017, p.75).

Tal como se verá más adelante, la máquina evaluadora cuantificante también está presente en la clínica, lo cual genera diagnósticos a partir de un Otro completo, sin fallas, sin lagunas, sin singularidad.

En esta misma línea, la implementación de diagnósticos de modo cuasi automático a partir de la sumatoria de síntomas, generó una epidemia clasificatoria que dejó afuera al sujeto.

Teniendo esto en cuenta, podría pensarse a la despatologización como una reacción ante los diagnósticos promulgados por un Otro muerto, cuasi maquinal.

Si la epidemia clasificatoria expulsó al sujeto de sus diagnósticos, entonces que ahora sea el Otro el que quede afuera.

VI.3-Algunos antecedentes: El movimiento antipsiquiátrico

El pasaje de la locura del ámbito médico-psiquiátrico hacia el discurso jurídico-social, no se erigió sobre un suelo invisible, sino que pueden rastrearse algunos de sus cimientos en el movimiento antipsiquiátrico surgido en la década del sesenta.

Las décadas del 60 y 70 constituyen una época signada por la lucha activa por los derechos humanos. Una de esas luchas fue llevada a cabo por el movimiento gay, el cual increpó a la Organización Mundial de la Salud, por haber clasificado en 1948, a la homosexualidad como una enfermedad mental. Es por eso que en 1973 la Asociación Psiquiátrica Americana votó su eliminación de dicha categoría. Recién en 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminaría a la homosexualidad de su lista de enfermedades psiquiátricas.

Dentro de esta ola de lucha por los derechos humanos, la psiquiatría no quedó exenta de ser cuestionada, a raíz de las prácticas salvajes que se venían implementando hacia los pacientes.

El término "antipsiquiatría" fue acuñado en 1967 por el psiquiatra sudafricano David Cooper en su libro: "Psiquiatría y antipsiquiatría". Allí el autor, de marcada influencia marxista, establece una crítica radical al rol de la psiquiatría dentro de las sociedades capitalistas. Su preocupación se centró en la violencia ejercida por la psiquiatría, principalmente hacia el paciente esquizofrénico, acusando a dicha disciplina de invalidar a la persona que padecía de esquizofrenia (Cooper, 1967). El término violencia es definido por Cooper como "*la acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra*" (Cooper, 1985, p.31). Es decir que la violencia está planteada en términos de libertad.

El autor sostiene que los diagnósticos estigmatizan, y llevan a los pacientes a asumir un rol pasivo respecto a la enfermedad (Cooper, 1967).

Años después, en su libro “El lenguaje de la locura” (1978), Cooper definirá a la locura como “*propiedad social común*” (Cooper, 1979, p.12), agregando que hay que recuperar políticamente la concepción de locura e integrar el discurso “demente” para que se convierta en una fuente de creatividad, no en tanto “enfermedad”. La locura a la que se refiere es la que, según su definición, “*se encuentra más o menos presente en cada uno de nosotros y no aquella que recibe el bautismo psiquiátrico con el diagnóstico de esquizofrenia o alguna otra etiqueta inventada*” (Cooper, 1979, p.17). Esto ya muestra no sólo la extracción de la locura del campo médico hacia el campo de lo social, sino cierta universalización de la locura. La locura tiene, para el autor, una expresión materializada en hechos, a la cual denomina “discurso demente” (Cooper, 1978). Para Cooper, “*todo delirio es una declaración política (...) todos los locos son disidentes políticos*” (Cooper, 1979, p.22). Esta concepción de locura se sustenta en la crítica a los parámetros de normalidad establecidos por un sistema de poder dominante.

Puede decirse que habría una correlación con el cuestionamiento que Canguilhem y Jaspers plantearon respecto a la construcción de los conceptos de lo normal y lo patológico, tal como se vio en un capítulo anterior.

Cooper critica la romantización del concepto de locura y propone, por el contrario, politizarlo.

El desplazamiento de la locura desde el ámbito médico-psiquiátrico hacia el ámbito jurídico-social, queda explícitamente planteado por el autor:

Lo que hay que hacer históricamente en nuestra sociedad es sacar la locura de cualquier contexto clínico, que no tiene ninguna función aparte de la represión y del control social, y encontrar su lugar en un mundo de creatividad universal. Esto implica una acción política. La enfermedad mental y la psiquiatría no pueden tener lugar en una auténtica sociedad socialista. (Cooper, lenguaje, p.45).

Como puede observarse, hay un rechazo radical a la concepción de enfermedad mental.

El autor establece los objetivos del movimiento: “*combatir el poder médico personificado en el diagnóstico (...) abolición de todas las normas de tratamiento de shock (...) abolición de la psicocirugía*” (Cooper, 1979, pp.146-147). Cooper (1978) agrega que el uso de cualquier droga debería explicarse abiertamente, así como debería transmitirse la información acerca de lo que ocurre en las instituciones psiquiátricas.

Este movimiento tuvo también su exponente en Italia, donde el psiquiatra italiano Franco Basaglia funda el movimiento “Psiquiatría democrática”. Impulsada por dicho movimiento, en 1978 es promulgada la “Ley Basaglia” (180), la cual promovía el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, proponiendo en cambio, la apertura de pequeños departamentos de hospitalización dentro de los hospitales generales. Así mismo, establecía que el tratamiento debía ser voluntario, es decir que el paciente tenía el derecho de rechazar el tratamiento. Paralelamente presentaba una marcada oposición a la fusión entre la psiquiatría y la industria de los grandes laboratorios, los cuales impulsaban una medicalización a mansalva.

Ahora bien, el movimiento antipsiquiátrico surgió no sólo como un movimiento de protesta teórico sin anclaje en la práctica, sino más bien al contrario: emergió a partir de la experiencia práctica.

En 1962, el psiquiatra sudafricano realizó una experiencia denominada “Villa 21”, en un pabellón que le fue asignado dentro de un hospital psiquiátrico de Londres. Allí aisló a jóvenes diagnosticados con esquizofrenia. Su teoría era que dichos pacientes necesitaban un orden menos rígido y un tipo de terapia grupal, y orientada hacia la familia. Lejos de los tratamientos de shock, lobotomías y sedaciones excesivas, los pacientes pudieron recuperar poco a poco mayor autonomía, incluso pudieron sostener un empleo al recibir el alta (Cooper, 1967).

Esta experiencia sentó un precedente que se replicó en otros lugares de Inglaterra, desarrollándose comunidades terapéuticas fuera del sistema hospitalario. Incluso se crearon grupos de pacientes fundados jurídicamente, tales como el Sindicato de Pacientes Mentales (Cooper, 1978). Actualmente existen, en gran cantidad de países, diversidad de grupos que reivindican los derechos de los pacientes mentales.

Tal como postuló Cooper:

La red que estamos creando está abierta a todos los grupos de magistrados, abogados y grupos de defensa legal, y a las poblaciones detenidas que luchan en la misma dirección. Su órgano coordinador trabajará en estrecha relación con los movimientos internacionales de justicia democrática. (Cooper, 1979, p.188).

Habiendo rastreado estos antecedentes, puede verse que el fenómeno de despatologización actual no surgió de la nada.

Por último, resulta interesante señalar que en los años 1971 y 1972, Lacan brinda una serie de charlas, las cuales fueron publicadas en el libro “Hablo a las paredes”, donde se pronuncia respecto al movimiento antipsiquiátrico. En esas charlas, Lacan nombra el aporte que realizó el psiquiatra y psicoanalista francés Henry Ey, al esclarecimiento de ciertas cuestiones referidas a las instituciones asilares. Ey se caracterizó por intentar tender un puente entre la psiquiatría y el psicoanálisis. De hecho, años antes, en 1967, Lacan había brindado su Breve discurso a los psiquiatras en el Círculo de Estudios Psiquiátricos, creado por Henry Ey. Allí había una sección exclusivamente reservada al psicoanálisis. Es decir que, dentro de un ámbito psiquiátrico, se le había dado cierto lugar al psicoanálisis.

Respecto al movimiento antipsiquiátrico, esto decía en los años 1971 y 1972:

Pretenden que yo tome partido en este asunto. ¿Se puede tomar partido en algo que ya es una oposición? Sin dudas sería conveniente que sobre este asunto haga algunas observaciones inspiradas en mi antigua experiencia, la que acabo de evocar, diferenciando en esta oportunidad la psiquiatría y la psiquiatrería. La cuestión de los enfermos mentales o, para decirlo mejor, de las psicosis no es resuelta en absoluto por la antipsiquiatría, cualesquiera que sean las ilusiones que mantienen al respecto algunos emprendimientos locales. Me atrevo a expresar que la antipsiquiatría es un movimiento cuyo sentido es la liberación del psiquiatra, y es seguro que no está bien encaminado. No está bien encaminado debido a que hay una característica que después de todo no habría que olvidar en aquello que se llama revoluciones, y es que este término está admirablemente elegido, puesto que quiere decir retorno al punto de partida. (Lacan, 2012a, pp.17-18).

Resulta interesante cómo Lacan ubica que la liberación promulgada por el movimiento antipsiquiátrico, estaría más bien del lado del psiquiatra que del lado del paciente. Cabría preguntarse: ¿de qué se trataría esa búsqueda de liberación por parte del psiquiatra?

VI.4-Algunas posibles causas: La epidemia clasificatoria

*“El ser siempre necesitó una garantía
y hoy en día, la cifra juega ese papel”*

(J.A. Miller)

El discurso imperante de la ciencia en la época actual sostiene un sistema clasificatorio que delimita lo patológico, a partir de evaluaciones medibles y cuantificables. Cada vez más, este sistema se pone al servicio de la industria de los grandes laboratorios.

Miller (2015) ubica a la cifra y a la tendencia cuantificadora brindando una garantía al ser, representada en el triunfo de la ciencia sobre la ontología.

Paralelamente, el avance de las neurociencias consolida el imperio de lo neuro, poniendo el foco en el cerebro, desde donde se explicarían las causas de los síntomas. Incluso *“el sentido de las palabras estaría en el soporte neuronal”* (Bassols, 2017, p.98).

En relación a eso, Miller (2015) ubica a la resonancia magnética como exponente del imperio de lo neuro, postulando que la búsqueda de ver qué parte del cerebro se ilumina cuando se realiza determinada actividad, se trata de una captura por lo imaginario. El autor agrega que *“el cerebro ocupa el lugar del Otro”* (Miller, 2023, p.201).

Así mismo, el desarrollo de la inteligencia artificial ofrece en la actualidad una asistencia al diagnóstico en psiquiatría, con el afán de detectar indicios que podrían dar cuenta de la presencia de algo patológico.

Hasta el trauma, materializado en el énfasis que la OMS puso en el post traumatic stress disorder, da cuenta de cómo las categorías responden al ideal de salud mental, en tanto para todos lo mismo.

A partir del surgimiento en Estados Unidos del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, en 1952, se fue extendiendo un tipo de clínica más bien automática y expeditiva.

El DSM nombra a lo patológico bajo el término “trastorno”. Cada trastorno está definido por la presencia de cierta cantidad de síntomas. El síntoma es concebido como algo a acallar, a eliminar, sin indagar acerca de su origen. Esta concepción del síntoma favoreció el desarrollo de la industria farmacológica, la cual comercializa medicamentos incluso para paliar los efectos de otros medicamentos. Esto da como resultado una

medicalización y un consumo farmacológico generalizado. Dentro de este fenómeno, se ubica al médico como una máquina expendedora de fármacos, sin escucha y sin mirada.

Es de destacar que, aunque dicho instrumento se pretenda atóxico, responde a una política de mercado bien definida. Tal como postula Eric Laurent: *“si bien el DSM no ha producido ningún descubrimiento, se ha revelado como un instrumento poderoso de gestión de poblaciones, asignando los sujetos a casos cada vez mejor calculables por la lengua administrativa”* (Laurent, 2018, p. 33).

El autor toma el fenómeno de la depresión extendida como epidemia para dar cuenta de las consecuencias del uso del DSM en la clínica:

Hay un cierto enloquecimiento no solo de las etiquetas sino también de los que las conciben (...) Se puede decir que uno de los síntomas de un sistema que va de la mano de aquellos que lo conciben, es la epidemia de depresión (...) Esto es resultado (...) de la producción por parte del DSM de un trastorno nuevo resultado de haber comprimido una serie de viejas enfermedades en un solo trastorno. La enfermedad es un concepto que no existe más: tenemos el trastorno y tenemos la salud, la enfermedad era de otra época. El trastorno depresivo como tal es la compresión de una serie de enfermedades que antes podían distinguirse. (Laurent, 2013, p.25).

Tal como expresa Silvia Baudini (2013), la creación del DSM dejó atrás las categorías clínicas de la psiquiatría clásica, la cual había realizado descripciones finas y detalladas. El DSM plantea una clasificación por categorías, en donde cada caso debe responder a ciertos parámetros, lo cual permite la confección de protocolos. (Baudini, 2013). De este modo, el caso debe ajustarse a las categorías existentes. De este modo el DSM propone diagnósticos automáticos a partir de categorías globalizadas.

Una propuesta alternativa al uso de manuales diagnósticos que se está discutiendo en la psicopatología actual, es el llamado análisis en redes (AR). Desde esta perspectiva no se habla de trastornos sino de problemas psicológicos. Tal como plantean investigadores de diferentes universidades españolas en un trabajo conjunto, el análisis de redes (AR) *“concibe los problemas psicológicos simplemente como cadenas de síntomas causalmente relacionados y no como elementos emergentes de un trastorno o una enfermedad latente”* (Blanco et al, 2019, p. 87). Dicha orientación supone que la presencia de un síntoma podría

ser resultado de la presencia de otro. De este modo, se construye una red de síntomas que reconfiguraría incluso la noción de comorbilidad. El objetivo es analizar los patrones de síntomas, definiendo así dos tipos de síntomas: centrales y periféricos, cada uno con un rol dentro de la red. El método utilizado se basa en herramientas estadísticas, es decir es un método cuantitativo.

Si bien, esta última propuesta resulta un camino alternativo al diagnóstico automático y expeditivo que ofrece el DSM V, cabría preguntarse acerca de lo singular allí.

Si un síntoma se explica como consecuencia de la presencia de otro u otros formando una red, ¿dónde quedaría la creencia en el síntoma? ¿Dejaría lugar para preguntarse acerca de qué función cumple el síntoma en la economía psíquica del paciente? Aparentemente no. Incluso la intención parece ser la de rechazar cualquier tipo de lagunas.

Tal como señala Laurent, en relación a los riesgos de un diagnóstico que deja afuera a la singularidad:

La psicología cuantitativa sirve en general para producir segregaciones -selecciones dicen—, clases de sujetos según su capacidad para hacer tal o cual cosa, incluso podrían ser clases de sujetos que podrían analizarse -la analizabilidad. Estas producciones, en general, llevan a selecciones que se transforman en segregación y en instrumentos de exclusión. (Laurent, 2000, p.52).

Acaso de esos riesgos sean de lo que se defienden los grupos fundados jurídicamente y lo que les de sustento. Aunque también dejen afuera lo singular.

VI.4-A: La influencia del psicoanálisis

Resulta interesante considerar, o al menos abrir el interrogante, acerca de una posible influencia del psicoanálisis en el surgimiento del fenómeno de despatologización actual.

Miller sostiene que el psicoanálisis tuvo incidencia en estos resultados:

Cuando los transexuales dicen “es perfectamente normal querer cambiar de cuerpo” evidentemente es una consecuencia del psicoanálisis. El psicoanálisis está comprometido en esto. Estamos ante un efecto general que es la reivindicación de la despatologización. La reivindicación de que todas las enfermedades mentales sean despatologizadas, que lo q llamábamos enfermedades mentales no son enfermedades, sino maneras de ser. Este punto de vista es una consecuencia del psicoanálisis. (Miller, 2021)

Puede decirse que el psicoanálisis propuso interrogar las construcciones acerca de lo normal y lo patológico. Dichos interrogantes fueron lo que dieron lugar al nacimiento de la psicopatología, tal como se vio anteriormente.

Por su parte, Miquel Bassols plantea que: *“cuanto más se impone la lógica fálica del todos, más reaparece la lógica del no todo, como intolerable (...) el ideal de igualdad es aquí finalmente el peor modo de asegurar el retorno intolerable de la singularidad del goce.”* (Bassols, lo femenino, p.71).

Podría pensarse que el ideal de igualdad, en lugar de hacer prevalecer lo singular, lo anula al plantear un “para todos lo mismo”.

Ahora bien: la anulación de considerar a la patología como tal también tendría como consecuencia la imposibilidad de poder ubicar algo del padecer. Teniendo en cuenta que uno de los significados del término pathos tiene que ver con el sufrimiento: ¿Por qué no ubicar lo patológico más bien del lado del pathos, de lo que provoca padecimiento, en lugar de ubicarlo en relación al concepto de normalidad?

Quizás desde allí, se pueda reconducir a la clínica psicopatológica.

VI.5-Despatologización contemporánea y despatologización lacaniana.

“Singularizar todo conservando el horizonte del tipo clínico es el desafío de nuestra propia despatologización”

(Eric Laurent)

En el marco de las 32° Jornada de la Escuela de Orientación Lacaniana titulada: “El cuerpo que habito. Entre consentimiento y rechazo”, una de las propuestas fue establecer una diferencia entre la despatologización lacaniana y la que se constituye en la contemporaneidad. Es así que, tomando a Miller (2022b), se llegó a ubicar que la despatologización contemporánea se sostiene, desde el discurso jurídico, a partir de una reivindicación igualitaria que sustituye la patología por la libertad de elección en cuanto a estilos de vida. El autor advierte que esto tendría como consecuencia una desaparición programada de la clínica. Quienes padecen un trastorno mental y fueron ubicados dentro del campo de lo “anormal”, hoy “se asocian y hacen grupo; grupos fundados jurídicamente.” (Miller, 2022b, p. 17).

En relación a la despatologización lacaniana, Éric Laurent planteará que:

Nuestra vía no es la de etiquetar, sino la de singularizar. Singularizar sin olvidar, frente al real de la clínica, que existen los tipos clínicos. Estos tipos clínicos insisten, se repiten y forman el marco de un real que se opone a los universales simplistas. Singularizar todo conservando el horizonte del tipo clínico -en toda su articulación- es el desafío de nuestra propia despatologización. (Laurent, 2022, p.157).

Se trata entonces de hacer surgir lo singular por sobre el tipo clínico, pero sin perder de vista que esos tipos existen e insisten. Ahora bien: ¿Cómo hacer prevalecer lo singular en una época que se niega a ello?

Es preciso mencionar la incidencia que tuvo en este fenómeno el afán clasificatorio materializado en los sucesivos volúmenes del DSM. Algo de esa tendencia a clasificar trascendió los manuales diagnósticos y tomó otras formas.

Hoy se observa que, en ocasiones, enarbolarse en grupo bajo una etiqueta puede tener un efecto pacificador.

Ahora bien, lejos de desestimar la solución de hacer grupo, lo que se intenta problematizar desde el psicoanálisis es la anulación de lo singular que prevalece allí, es decir, el rechazo del síntoma.

Miquel Bassols (2017) afirmará que, ante el discurso igualitario que anula las diferencias, lo femenino irrumpe para dar lugar a lo singular de la diferencia, escapando a toda definición universal e instaurando la dimensión de lo imposible.

Y es que el psicoanálisis tiene una relación particular con lo imposible.

Tal como esboza Laurent: *“vemos que el psicoanálisis tiene un lugar siempre que hay algún imposible que tratar.”* (Laurent, 2018, p.46).

VI.6-Algunas conclusiones

“Porque la vía analítica no es la del gran número ni de la estadística, es la de lo singular (...) y lo singular llevado a paradigma. Y entonces, si son necesarios los slogans, el retorno a la clínica lo sustituimos de ahora en más por el retorno a lo singular”

(J.A. Miller)

A partir de lo expuesto en el presente capítulo, podría pensarse a la despatologización como resultado de la confluencia de dos fenómenos.

Por un lado, el afán clasificatorio del DSM y por el otro, por el lugar privilegiado que el psicoanálisis le confirió a la singularidad. Las clasificaciones se escaparon de las páginas de los manuales para pasar a conformar grupos fundados jurídicamente. Así mismo, las patologías se convierten en modos de vida singulares.

Pero, ¿es la despatologización la defensa de lo singular o su abolición? Habrá que desentramar a qué intereses responde el ideal de despatologización y advertir que podría servir a la anulación de lo singular. Incluso dentro del psicoanálisis, esto produce riesgos en relación a la clínica. Paula Gil explica algunas posibles causas de dicha tendencia:

Es posible que el actual rechazo al diagnóstico estructural, que circula en algunos ámbitos psicoanalíticos, se relacione con el temor a que, tras la estructura, se pierda el modo singular con que el parletre se las ha arreglado con el traumatismo de la no relación. A mi modo de entender, una cosa no invalida la otra. La práctica, si es lacaniana, no puede dejar de orientarse por el modo de goce singular e intransferible, por *lalengua* que escapa a la significación compartida. (Gil, 2013, p.89).

Otra posible hipótesis es la que propone Eric Laurent:

El movimiento fundamental de la clínica está basado en el movimiento de nuestra época, en la cual el individualismo, las consideraciones democráticas, la pluralización de la opinión y el nominalismo opuesto al realismo de las esencias hacen que uno crea menos en las categorías. (Laurent, 2000, p.25).

Se produce así una pluralización de la clínica, la cual modifica las clasificaciones (Laurent, 2000). El autor explica el riesgo que implica hacer desaparecer al Otro en la clínica, recurriendo a la contraposición de las posturas nominalistas y realistas; nociones desarrolladas en el primer capítulo de la presente tesis:

He constatado en forma recurrente entre mis colegas de otras orientaciones, así como dentro de la orientación lacaniana misma, el sentimiento de que al final la clínica no es lo esencial; lo esencial es el sujeto uno por uno. Eso es la perspectiva nominalista: no creer en el realismo de las estructuras, creer en el nominalismo del caso uno por uno; no en la esencia, que no hay más allá que el sujeto mismo. Esto tiene una vertiente positiva, de atención precisamente a este sujeto. Pero también hay que ver que eso hace desaparecer el realismo de las estructuras que también tiene su peso, es decir, la función y la intervención del Otro. Es preciso reintroducir este lugar de Otro a través de la figura del necesario lugar de la interpretación. (Laurent, 2000, p.25).

Si el fenómeno de la despatologización muestra que el sujeto de derecho deja afuera al Otro, porque realiza su propio diagnóstico: ¿Cómo hacer pasar el diagnóstico al campo del Otro? ¿A qué lugar es convocado el psicoanálisis en la era del Uno? ¿Cómo pensar la transferencia sin Otro? ¿De qué Otro se trataría en la época actual de la no estructura? ¿De qué modo va el psicoanálisis al rescate de esta psicopatología que agoniza? Sobre estas y otras cuestiones se indagará a continuación.

Capítulo VII:

Psicopatología y Psicoanálisis en la época actual: lo Singular en juego.

VII.1-Introducción

“¡Y bien! una práctica sin valor, esto es lo que se trataría de instituir para nosotros.”

(J. Lacan)

En este último capítulo se desarrollarán los interrogantes que atraviesan a la psicopatología y al psicoanálisis en la actualidad.

En primer lugar, puede decirse que la época actual difiere de la época de Freud y también de la de Lacan, quien ya había planteado algunas cuestiones que no hicieron más que profundizarse de la mano del sistema capitalista y el fenómeno de la globalización.

Si en la época de Freud era el Nombre del Padre el ordenador simbólico que operaba como ley, hoy se asiste a un contexto muy diferente. La declinación del significante amo y, con él de los grandes ideales dejó a los sujetos desorientados, desamarrados:

Nuestra época se caracteriza por un debilitamiento de lo que hace insignia para los sujetos, en ocasiones, el síntoma es reemplazado por modos de nominar la angustia que responden a una lógica de mercado, una especie de “para todos” del padecimiento ofreciendo opciones que cortocircuitan el camino de las soluciones singulares. Así se produce un recorrido opuesto a lo que propone el dispositivo analítico. (Schintzer, 2013, p. 133).

Se trata de una época en la cual el imperativo superyoico: ¡Goza! impone la exigencia de gozar y de gozar todos con lo mismo. Un goce que deja afuera a la palabra. Un goce autístico que prescinde del Otro. Esto trae consecuencias en las subjetividades y, por ende, en la clínica. De esto dan cuenta las presentaciones que se pueden encontrar en la clínica actual. Presentaciones que son denominadas “patologías del acto” o “patologías actuales”. Aquí podría pensarse que la palabra “actual” podría remitir a dos cuestiones: el acto y la actualidad. El acto, porque no media la palabra. Se trata de la in-mediatez, donde directamente se pasa al acto sin mediación simbólica, de la cual nada se puede decir.

Esto genera nuevos desafíos para el psicoanálisis ya que se trata de buscar cómo operar allí donde la palabra no media y donde no hay un lazo al Otro. ¿Qué lugar allí para el analista?

Así como en la psicosis se prescinde del Otro, en la época actual puede observarse una tendencia a prescindir del Otro en forma generalizada. A tal punto que ya no se trataría de la no existencia del Otro, sino de la existencia de los Unos sueltos. Es por eso que la pregunta circunscripta al campo de la psicosis: ¿Cómo hacer pasar el objeto a al campo del Otro? (Naparstek, 2022), podría extenderse a la clínica toda.

Sin embargo, tomando a Miller, podría decirse que no es que no haya una orientación, sino que se trata de una orientación diferente, a partir de ser el objeto a el que está en el cénit de la civilización. Una orientación que se guía por un ciclo acelerado y frenético (Miller, 2004).

Si Lacan (1953) advirtió que quien quiera ocupar el lugar de analista deberá estar a la altura de la subjetividad de la época, puede decirse que hoy no se puede hablar de subjetividad de la época en modo singular, sino más bien de subjetividades de la época (Gorostiza, 2012).

Frente a estas coordenadas: ¿cómo se posiciona el psicoanálisis?

Laurent afirma que el psicoanálisis *“es una solución que cambia sin cesar, en la medida en que la civilización cambia, se desplaza, en la medida en que no hablamos al mismo Otro”* (Laurent, 2018, p.92). Y agrega que: *“esta sociedad angustiada, inquieta, desamparada, busca encontrar una neocerteza científica, algo en lo que apoyarse, un suelo firme, pues solo la ciencia nos da actualmente en el mundo un suelo firme.”* (Laurent, 2018, p.92). Esta civilización de la ciencia. Miller define a la civilización de la siguiente manera:

¿Qué es una civilización? Digamos que es un sistema de distribución del goce a partir de semblantes. En la perspectiva analítica, en la perspectiva del superyó (...) una civilización es un modo de goce, incluso un modo común de goce, una repartición sistematizada de los medios y las maneras de gozar. (Miller, 2005, p.18).

La tendencia a la homogenización del goce en la época actual daría cuenta de un intento de universalizar lo particular, de la mano del discurso de la ciencia.

Puede decirse que el psicoanálisis hace de obstáculo al ideal totalitario de la ciencia.

Tal como plantea Miller: *“el amo moderno quiere que todo marche sin que se cruce el síntoma”* (Miller, 2014b p.209), agregando que se trata de un *“fenómeno de civilización científica y utilitarista”* (Miller, 2014b, p.238). El síntoma es, para la ciencia, algo de lo que

deshacerse cuanto antes, porque el síntoma no es útil, no es productivo. El psicoanálisis, por el contrario, trabaja con el síntoma y opera con el goce, teniendo en cuenta que, tal como plantea Lacan (1972-73), el goce no sirve para nada.

En la clínica actual se observan presentaciones que desdibujan los marcos de las grandes estructuras psicopatológicas.

Miller (2015) propone ubicar un “psicoanálisis líquido” haciendo alusión a la modernidad líquida, planteada por el sociólogo Zygmunt Bauman. Una clínica no ya de las grandes estructuras, sino en relación a la clínica nodal del último Lacan.

Frente a este panorama, una psicopatología atravesada por el psicoanálisis marcará la diferencia.

VII.2-El psicoanálisis líquido

“Los fluidos se desplazan con facilidad. Fluyen, se derraman, se desbordan, salpican, se vierten, se filtran, gotean, inundan, rocían, (...); a diferencia de los sólidos no es posible detenerlos fácilmente (...) Emergen incólumes de sus encuentros con los sólidos, en tanto que estos últimos -si es que siguen siendo sólidos tras el encuentro- sufren un cambio: se humedecen o empapan. La extraordinaria movilidad de los fluidos es lo que los asocia con la idea de levedad (...) Estas razones justifican que consideremos que la fluidez o la liquidez son metáforas adecuadas para aprehender la naturaleza de la fase actual (...) de la historia de la modernidad”

(Z. Bauman).

Lejos de la época en la cual las grandes estructuras Neurosis, Psicosis y Perversión brindaban un marco para establecer un diagnóstico, hoy prevalece una época de la no estructura.

A partir de presentaciones clínicas que dan cuenta de psicosis no desencadenadas o que no responden a un desencadenamiento del tipo “antes y después”, se volvió necesario reconfigurar la clínica. Es por eso que Miller se propuso llamar psicosis ordinarias

a ese tipo de presentaciones. Se trata de psicosis en las cuales no se observan fenómenos elementales tales como alteraciones del lenguaje o alucinaciones.

Esta condición convocó a una lectura diferente del diagnóstico diferencial. Se trata de la clínica de los enganches, desenganches y reenganches, en relación al Otro.

La época actual misma empuja al goce autístico sin Otro. Esto da como resultado una reconfiguración de la cuestión estructural en relación al diagnóstico.

Es en esta misma línea que Miller (2015) propuso llamar “psicoanálisis líquido” al psicoanálisis propio de esta época. El autor realizó un paralelismo entre el psicoanálisis de la época actual y lo que plantea el sociólogo polaco Zygmunt Bauman, quien caracterizó a la época moderna como “líquida”.

Miller postula que en la actualidad “*el psicoanálisis se volvió efectivamente líquido*” (Miller, 2023, p.207). El psicoanálisis líquido es definido por Miller (2015) como el psicoanálisis de la clínica nodal, no ya de la rigidez de las grandes estructuras: “*hay una desestructuración del psicoanálisis, de un psicoanálisis que había encontrado con Lacan el recurso del estructuralismo y del que podemos decir (...) que tiende a volverse un psicoanálisis líquido*”. (Miller, 2023, p.208).

A partir de esto, propone pensar a la asociación libre como una “*asociación libre de la comunicación, liberada de la comunicación*” (Miller, 2023, p.211).

El autor ubica al lenguaje del lado de la estructura y a la palabra, en su estado líquido, del lado de la lengua:

El concepto de la lengua está destinado a arruinar el psicoanálisis sólido. Es un concepto que anuncia que la palabra es del orden de la secreción, que es un fluido lingüístico. Anuncia que el significante sólo es el producto del discurso científico sobre la lengua (...) el lenguaje (...) solo empieza a existir una vez que intentamos saber algo sólido sobre la lengua (...) A partir de allí entramos en la práctica contemporánea del psicoanálisis. (Miller, 2023, pp.211-212).

Dentro de esa práctica, Miller propone ubicar dos tipos de clínica. Por un lado, la *clínica estructura*, la cual responde al psicoanálisis sólido y por otro, la *clínica acontecimiento*, propia del psicoanálisis líquido. Si en la primera puede ubicarse el síntoma y las formaciones del inconsciente, en la segunda, se ubica al cuerpo atravesado por goce.

Teniendo en cuenta esto, tal como postula Miller, se buscarán diferentes tipos de intervenciones ya que *“podría ser que el acontecimiento de goce no tenga que ver con el desciframiento sino más bien que se sitúe al nivel del corte”* (Miller, 2013, p.216).

Se formula así otro tipo de intervención, a partir del corte de sesión.

Ahora bien, ¿qué lugar para el analista en la época de los Unos sueltos? O quizás sería mejor formular la pregunta: ¿Qué analista en la época de los Unos sueltos?

Si se tiene en cuenta que el reemplazo del Otro por el Uno da cuenta de la primacía del goce por sobre el síntoma, será necesario repensar cómo maniobrar en tanto analistas.

Miller postula que *“si se toma como punto de partida el goce, hay que pensar la palabra en tanto que no se dirige al Otro. Por eso Lacan invento el concepto de la lengua”* (Miller, 1998, p. 342). De eso se trata el psicoanálisis líquido.

El autor agrega que *“la pregunta es cómo conciliar el goce con el circuito dominado por el Otro, como conciliarlo con el sentido. Se trata de un camino inverso al que en general seguimos”* (Miller, 1998, p.344).

Se tratará entonces de brindar a lo líquido un recipiente singular que lo contenga, un cuerpo otro que bordeé el goce.

Así como la clínica nodal convoca al analizante a la invención singular de nuevos modos de anudamiento para reducir el padecer, del lado del analista también se tratará de suscitar intervenciones singulares en el caso por caso, sesión por sesión.

VII.3-Hacia una psicopatología de lo singular

A partir de las coordenadas de la época actual en relación a la clínica, la pregunta será: ¿A qué lugar es convocado el psicoanálisis dentro de la psicopatología? ¿En qué se diferencia una psicopatología atravesada por el psicoanálisis de otra atravesada por el discurso de la ciencia o el discurso jurídico?

En primer lugar, cabe señalar que, tal como plantea Eric Laurent, el psicoanálisis tendrá mucho por hacer en relación a los síntomas de la época: *“la modificación corporal permitida por las biotecnologías, va a producir síntomas de los cuales estoy seguro que el psicoanálisis podrá decir algo sensato. El psicoanálisis va a aparecer cada día más en nuestra civilización como un discurso esencial.”* (Laurent, 2000, p.29). El autor agrega que:

El futuro del psicoanálisis está asegurado porque es un discurso que tiene una brújula bien centrada sobre lo real en juego (...) El psicoanálisis tiene, como

presuposición, el sujeto de la ciencia y acompaña a la ciencia en sus desarrollos como su sombra, como su revés, en cierto nivel. Pero también es una doctrina que puede tratar las angustias del sujeto frente a los avances de la ciencia. (Laurent, 2000, p.28).

Si el encuentro con lo real produce angustia, la forclusión de lo real produce estragos. En la época del todo es posible, la falta de falta tiene sus consecuencias. En este punto, el augurio de Laurent resulta certero: el psicoanálisis tendrá un porvenir asegurado para alojar esas angustias y maniobrar allí, habilitando la posibilidad de un saber hacer con lo real, sin abolirlo.

Ahora bien, también el encuentro con lo singular puede producir angustia al analista y puede suceder lo que Miller señala irónicamente:

El discurso analítico, la institución del psicoanálisis, confronta al analista con lo singular, y ¡como es insostenible! se refugia en lo particular. Se alientan con diagnósticos y comunidades (...) El psicoanalista reclama, para protegerse de lo singular, una asistencia que encuentra en la clase diagnóstica y en el grupo analítico- que es lo que es Lacan llamó SAMCDA (Sociedad de Asistencia Mutua Contra el Discurso Analítico). (Miller, 2014a, p.103).

Habrá que estar advertidos de esta situación y de sus consecuencias en la clínica.

Respecto a la relación del psicoanálisis con la clínica habría que hacer ciertas distinciones. Si, tal como postula Miller, *“la clínica es un arte de clasificar los fenómenos a partir de signos e índices previamente catalogados”* (Miller, 2014a, p.84). ¿Puede hablarse de clínica en el psicoanálisis? El autor refiere que la transferencia disuelve a la clínica: *“cuando se atraviesa el umbral de un psicoanálisis hay que dejar la clínica atrás y precisamente la perspectiva del sinthome está orientada a despegarnos de la perspectiva clínica”* (Miller, 2014a, p.84).

Se trata de despojarse de la experiencia previa ante el paciente que llega y también con el mismo paciente en cada sesión. De eso se trata el devenir analista ya que *“es el olvido de la clínica lo que funda la operación analítica”* (Miller, 2022b, p.30). El autor agrega que *“se es clínico cuando se ha acumulado la experiencia de un gran número de pacientes,*

y es eso lo q hay q reducir a nada para, en el discurso analítico, acoger como único al sujeto que se ofrece ahí.” (Miller, 2022b, p.30).

No resulta lo mismo una psicopatología atravesada por el discurso psiquiátrico que por el psicoanálisis. Partiendo de que la definición de síntoma y de cuerpo responden a estatutos diferentes, las prácticas y el diagnóstico serán diferentes.

Miller postula que, a diferencia del síntoma psiquiátrico, el síntoma psicoanalítico *“sólo existe si está dicho por el paciente, pues la clínica psicoanalítica está hecha por el paciente, originada en su propio discurso”* (Miller, 1998c, p.163).

La clínica psicoanalítica se hace a partir del decir del paciente, lo cual da lugar a un síntoma otro y convoca al analista a un lugar diferente que el del psiquiatra. En relación a esto, el autor postula que *“si el síntoma analítico está constituido en la experiencia analítica, en que el paciente dirige su discurso hacia el analista, este es parte del síntoma, está implicado en su función.”* (Miller, 1998c, p.163). Es en esta relación dialéctica que se constituye el síntoma analítico. Si no se tiene en cuenta esto se construye pues un orden clasificatorio que deja afuera al sujeto implicado en su síntoma y a la figura del analista como parte del síntoma del sujeto.

Respecto a la cuestión del diagnóstico en psicoanálisis, Paul Bercherie plantea que:

La actitud diagnóstica es un residuo psiquiátrico en el interior del enfoque psicoanalítico, que tiende a desembocar sobre otra cosa que una comprensión de la esencia, de la naturaleza categorial del paciente (...) las aporías del enfoque clínico serán realmente superadas cuando los analistas se hayan liberado, en el sentido de la cura, del psiquiatra (en el mal sentido del término) que dormita todavía en ellos. (Bercherie, 1986, pp.215-216).

Así como la pregunta en un principio fue: ¿Dónde queda lo singular en el diagnóstico psicopatológico? Es momento de formular la pregunta acerca de ¿qué lugar hay para el diagnóstico en la clínica de lo singular? En relación a esto, Paula Vallejo postula lo siguiente:

En una clínica de lo singular (...) todo diagnóstico no logra inscribirse más que en una dimensión de semblante. En este terreno, hacer un uso del diagnóstico es posible, porque como todo semblante, señala el punto de emergencia de un real.

Pero vale la pena recordar que no es el diagnóstico el que puede orientar nuestro quehacer en la dirección de la cura. Si hay algo que la clínica del *sinthome* enseña es que analista es quien ha sabido captar la contingencia y el fuera de sentido de su propio modo de gozar y desde allí puede alojar lo singular y diferente de otros modos de gozar, permitiéndole a cada analizante la vuelta necesaria para que también advierta que de eso no va a curarse, que siempre habrá en él algo que no cambia y que su chance reside en aprender a hacer algo nuevo con eso. (Vallejo, 2013, p.80).

En contraposición a los modelos promovidos por la época actual, Eric Laurent ubica cuál es el lugar que diferencia al analista dentro de esas coordenadas:

Encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo; se trata más bien de que sea alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable. La solución a todos estos problemas técnicos es: tenemos que ser inolvidables. En la medida misma en que el artefacto de las categorías produce categorías olvidables, hay que saber formarse suficientemente para dirigirse al sujeto de manera inolvidable. (Laurent, 2000, p.30).

Permanecer, ante lo efímero que prevalece en la actualidad. La psicopatología atravesada por el psicoanálisis tendrá que tener en cuenta este horizonte.

Por último, resulta interesante destacar que el psicoanálisis también ofrece una libertad, solo que es muy diferente a la del discurso capitalista. Es a partir de la regla fundamental del psicoanálisis que se convoca a la libertad de decir lo primero que aparezca por la cabeza. Una libertad que permitirá la puesta en acto de la repetición para que de allí pueda surgir algo nuevo. Tal como plantea Miller:

Un análisis debe permitir repetir, aislar, volver legible la escritura del programa del goce que prevalece para un sujeto, abriéndole así la posibilidad de ganar un cierto grado de libertad con relación a aquel, y, al menos, de inscribirse en él con el menor malestar posible.” (Miller,2008b, p.11).

Se trata de un trabajo por parte del analizante. Un esfuerzo, en contraposición al principio de placer que sería no hacer nada. Así lo señaló Lacan:

Ahora bien, el enunciado de la regla fundamental consiste (...) en hacerle notar, a una persona que viene a demandarles algo - una ayuda, llegado el caso -, que es necesario romperse un poco el lomo para hacer algo juntos (...) que la cosa no marchará si, de algún modo, no se llega a lo que displace". (EOL, 2022, p.10)

Llegar a lo que displace no para quedarse allí, claro está, sino para que pueda emerger lo más singular y más propio.

En este punto, puede decirse que, para que haya una psicopatología de lo singular, también hay que hacer un esfuerzo. El esfuerzo de incluir lo singular en el diagnóstico, poniendo al sujeto por delante de cualquier clasificación prefabricada.

VII.4- La clínica del pase a partir de un testimonio: La voz opaca, la claridad difusa.

"El pase fue creado para la transmisión".

(J. A. Miller).

Se tomará un testimonio presentado por María Cristina Giraldo. Una de sus presentaciones lleva por título: "La voz opaca" y fue expuesto en las IX Jornadas de la NEL, en 2016 y publicado en la Revista Lacaniana N°22, en Abril de 2017. La otra presentación se titula: "La claridad difusa", y fue expuesto en las X Jornadas de la NEL, en Octubre de 2018 y publicado en "Bitácora Lacaniana", la Revista de la Nueva Escuela Lacaniana, en Abril de 2019.

Se recortarán algunos fragmentos de dichos relatos de modo intercalado, a fin de poder ubicar los movimientos dentro del análisis que permitieron a la analizante una modificación en su relación al Otro. Tal como se verá, se trata de un análisis en el cual se produjo un movimiento que va del estrago al síntoma, y del síntoma al sinthome.

Un sueño: El principio del fin

El punto de partida será un sueño. Un sueño que, según ubica la pasante, marcará un giro en su experiencia analítica. El sueño es el siguiente:

Sueño que mi analista se sienta en el borde del diván en el que estoy acostada y se deja caer de espaldas, con todo el peso de su cuerpo, sobre mis piernas. Piernas sueltas, manos atadas. Las piezas de mi cuerpo afectadas por el traumatismo de *lalengua* y por el estrago materno. No serán las únicas. En otra parte del sueño, le enseño a mi analista una escuela que está en construcción. Como en algunas tragedias griegas, unos suplicantes elevan su voz a las alturas, como a un Otro áfono. Ni mi analista ni yo respondemos desde el lugar de ese Otro. (Giraldo, 2017, p.49)

Ese cambio de posición respecto al Otro es lo que ubica la pasante: *“yo ya no hacía parte de los suplicantes que le pedían al Otro lo mismo que esperé de mi padre. Demandaba a las directivas de la Sede, de la Escuela, de la AMP una sola cosa (...): no consentir al estrago”* (Giraldo, 2017, p.49).

El sueño no sólo da cuenta de un cambio en relación a la demanda hacia al Otro, sino también respecto a la respuesta de ese Otro o, mejor dicho, a la no respuesta: *“En mi sueño también el Otro ha cambiado: no responde, no consiste, no da garantía. El límite al estrago no vino del Otro”*. (Giraldo, 2017, p.49).

Las *“piernas sueltas, manos atadas”* presentes en el sueño aparecen como marcas del estrago materno. A lo largo del relato, la pasante contará que su madre implementaba un régimen duro para evitar en ella y en su hermano la satisfacción autoerótica oral, marcada por chuparse el dedo para dormir. La madre les ataba las manos y les ponía ají picante en el dedo, por si algo del nudo fallaba. El estar con las manos atadas es ubicado por la pasante como su *inhibición* (Giraldo, 2017, p.52). Sin embargo, hace la salvedad de que las piernas estaban sueltas.

Será en su tercer análisis, que extraerá lo siguiente, como otro modo de anudamiento: *“Poner a caminar lo que tengo entre manos”* (Giraldo, 2017, p.52).

Su separación del Otro materno que la mantenía atada de manos, le permitió un modo de anudamiento diferente, singular. Un anudamiento del lado de lo vivo, en contraposición a la atadura materna mortífera. Un nuevo enlace que le permitió seguir “andando”.

Al final del análisis las palabras de la analista, conmovida al despedirse, marcarán ese movimiento: “*Ahora tienes las manos libres y los zapatos bien puestos*” (Giraldo, 2017, p.52).

Poder desatarse, separarse del Otro estragante y echar a andar con sus soluciones singulares auestas. Separarse implica estar a cierta distancia. El Otro, aunque menos consistente, seguirá estando ahí, siendo la posición ante ese Otro lo que se habrá modificado.

El sueño anunciaba el comienzo del final de análisis.

Un recuerdo que comanda y un nuevo anudamiento

El recuerdo anudado a la pérdida de su abuelo, cuando ella tenía 6 años, marcará la irrupción de la muerte en su vida. Un abuelo para quien ella era única y al que ubica como un “*refugio al estrago*” (Giraldo, 2017, p.50).

En ese recuerdo cobran gran importancia los pies, aquellos que quedaban libres del goce ilimitado materno. Recorte que hará y el cual dará cuenta de su síntoma en análisis.

Alzada por su padre, se asoma a ver a su abuelo en el ataúd. Su sorpresa será ver a su abuelo “*¡De traje y sin zapatos!*” (Giraldo, 2017, p.49), ante lo que el padre le responderá que ya no necesitará zapatos porque ya no caminará, porque ya había muerto.

La pasante recuerda la sensación de sus piernas en el aire en ese momento, sin soporte, sin punto de apoyo. Podría pensarse en la sensación de un cuerpo sin peso, en contraposición al cuerpo de la analista que en su sueño caía “*con todo el peso de su cuerpo*”. (Giraldo, 2017, p.49). Dejando como resto, el ponerse a caminar.

Ya en su vida adulta, el encuentro en una muestra de arte con otro féretro que contenía un cuerpo también “*de traje y sin zapatos*”, le hizo ubicar algo de lo real presentificado en los pies desnudos y vulnerables. Ese real se hizo eco en el síntoma, dando lugar a numerosas manifestaciones en relación a los pies: contracturas, elección de zapatos que no andaban. Podría leerse “lo que no anda” en dos sentidos: la no relación sexual y lo que no anda, lo que no camina, en tanto está muerto.

La pasante denomina a ese encuentro como “*mi pequeño fenómeno elemental*” (Giraldo, 2017, p.50).

Alrededor de los pies se construyó su sinthome. Lo que la analista puntuó como la “*erótica de los pies*” (Giraldo, 2017, p.50). Es así que encuentra en actividades tales como bailar, un modo de hacer con eso.

La partida de su abuelo la había dejado a la intemperie del estrago. Sin embargo, cuando la pérdida se pudo inscribir como marca, le fue posible hacer otro anudamiento: “*El amor de mi abuelo había sido mi refugio, y con esa marca imborrable, hice un anudamiento entre lo imaginario, lo real y lo simbólico.*” (Giraldo, 2019, p.38).

Éxtasis y estrago: La claridad difusa

Su primer análisis comienza a los diecinueve años, anudado al miedo a enloquecer, como la madre, si accedía al goce sexual. Antes de la adolescencia, a los nueve años, la separación constituyó una solución para poner límite al goce materno. Una amiga le había contado que, al nacer, su madre la había regalado a un convento de monjas. Es así que les puso como condición a sus padres que, si no era como interna en un colegio de monjas, no seguiría estudiando. La pasante refiere que eso le trajo alivio durante un tiempo.

La sexualidad y el estrago estaban íntimamente relacionados para ella. La pregunta en torno al sintagma sexualidad-estrago, la llevó a comenzar un segundo análisis:

Esconderme en mi mundo de sombras fue mi estrategia para separarme del exceso de goce de la mujer en mi madre. La claridad difusa nombra la singularidad de una solución femenina distinta al estrago (...) caminar de ser objeto del estrago materno y sus variantes - el hombre estrago y la analista estrago- a implicarme en mi posición en la pulsión y en las elecciones estragantes. Pagar el costo de dejar en la sombra mi cuerpo de mujer, en el primer amor adolescente, hizo pregunta y me permitió en la primera experiencia de análisis, construir el síntoma (...) Lo que estaba en juego era el rechazo a mi feminidad, enganchado al estrago. (Giraldo, 2019, p.35).

Será en su tercer análisis donde surgirá la pregunta por el goce femenino y el reconocimiento de su solución sexuada. Es allí que un sueño marca el caer de espaldas relacionado al éxtasis. En ese sueño diferencia su goce del no-todo, del goce todo materno, del lado del estrago:

El amor en la madre operó como cuarto nudo: el amor por el hombre que me había hecho madre nombraba mi división. Esa fue mi manera singular de velar el estrago, a la vez que lo trataba en mi primera experiencia de análisis. En mi tercer análisis, la operación analítica me permitió hacer una torsión de ser objeto del trauma a mi posición en la pulsión, y se produjo una mutación en mi programa de goce, que estaba construido en torno al estrago, lo que me condujo finalmente a la travesía del fantasma. (Giraldo, 2019, p.38).

Su goce femenino marca la separación del Otro materno estragante. Ella ubica en ese caer de espaldas de la analista en el sueño, la satisfacción del fin de análisis.

Miller postula que:

En el procedimiento del pase se trata de preguntar a alguien que ha realizado un análisis, qué le hace pensar que su análisis terminó (...) De la misma manera que se ofrece el cuerpo a la ciencia una vez muerto, puede ofrecerse el inconsciente en el momento en que se piensa que es cosa del pasado. (Miller, 2022c, pp. 163-164).

Puede pensarse que, para la pasante, el fin de análisis constituyó una satisfacción. Una satisfacción anudada a asumir su posición femenina como separación del estrago. De este modo, el velo del no-todo se interponía entre ella y el goce-todo ilimitado que venía del Otro.

Respecto al estrago, Miller plantea que:

El estrago es la otra cara del amor, es el retorno de la demanda de amor, esto quiere decir que es como el síntoma, excepto que tiene un índice infinito. El síntoma tiene algo de localizado, de elemental (...) a los síntomas podemos identificarlos, podemos ceñirlos, reducirlos a uno, contarlos, clasificarlos (...) El estrago implica ser devastado (...) un saqueo que se extiende a todo, que no termina, que no conoce límites (Miller, 1998b, p.81).

Poder localizar, reducir, es lo que permite poder operar allí. Cercar el goce diseminado, sabiendo que algo escapa, que no-todo puede ser capturado por la palabra. Descubrir el propio real, para poder velarlo con soluciones singulares, sabiendo que allí estará siempre.

El fin de análisis y la aparición del pase: La voz opaca

“El pase es precisamente esta última mirada dirigida al cuadro de lo que uno fue en su análisis”.

(J. A. Miller).

Para que haya pase, debe haber fin de análisis. El final del análisis de la pasante se enlaza con el límite a lo que en ella consentía al estrago. Ese movimiento supuso una jugada por parte de la analista al poner el estrago bajo transferencia:

El atravesamiento de ese trauma que fue el estrago en mi vida requirió de un acto de parte de mi analista que me hizo pasar de la queja por esas experiencias estragantes que padecía bajo el S1 “martirio”, al límite de lo que en mí consentía al estrago. (Giraldo, 2017, p.53).

Esto fue a partir de que la analista no respondió a la demanda de ella de tener una sesión en un momento determinado, lo cual provocó enojo en la analizante. La analizante tuvo que realizar costosas peripecias en cuanto a tiempo y dinero, ya que debió reprogramar un vuelo a Buenos Aires para poder acceder a esa sesión:

Ya en sesión, puse mis cartas sobre la mesa. Desde la primera sesión le había puesto como condición la garantía de no estragarme. Esa promesa se había roto y le anuncié mi decisión de retirarme del análisis. No se lo iba a permitir a ella ni me iba a permitir a mí misma estragar lo que llevaba de mi análisis. (Giraldo, 2017, p. 53).

La analista ocupó el lugar del estrago para que sea la analizante quien ponga el límite. Podría pensarse que la no habilitación por parte de la analista a la satisfacción oral de hablar, era una resonancia de la prohibición de su madre a la pulsión oral: chuparse el

dedo. Ante esto, fue ella quien puso el límite al estrago, poniendo fin al análisis, desatándose las manos y echando a andar.

Posteriormente, la aparición de una repentina disfonía en su voz, a la cual la pasante ubica como un “*esguince*” (Giraldo, 2017, p.53), comienza a delinear la cuestión de compartir su experiencia de análisis. El esguince, desde el saber médico, puede asociarse sólo a las articulaciones, las manos y los pies, según le explicaron. La opacidad del goce con lo que tiene de incurable, de ineliminable, se había instalado en su voz, para ser contado.

Será el encuentro con lo contingente, el haber leído las palabras de un campesino que decía: “*les voy a cantar mi historia*” (Giraldo, 2017, p.54), lo que terminó de enmarcar el deseo del Pase. Es así que decidió *cantar* su solución *sinthomática*.

Tal como postula Miller:

El sujeto puede hacer el pase en el momento en que ha tomado cierta distancia de su experiencia, lo que le permite ver que la tragedia de su vida estuvo dominada por ciertos significantes que jugaban entre ellos (...) Además el análisis parece algo asocial; el sujeto se separa del resto de la gente, el pase es un retorno a la comunidad. Es hacer de su historia, confidencialmente contada a alguien, un bien común. (Miller, 2022c p.171).

Del estrago al síntoma. Del síntoma al sinthome.

Si se echa una mirada a los testimonios presentados por María Cristina Giraldo acerca de su experiencia de análisis, pueden leerse allí los movimientos que le permitieron el pasaje del estrago al síntoma y del síntoma al sinthome.

De estar atravesada por el goce ilimitado del Otro materno, de quedar capturada por ese goce mortífero, a poder hacer de aquello algo localizable sobre lo que trabajar.

Esto vino aparejado de un cambio de posición respecto al Otro.

Partiendo de un goce avasallante y arrasador, un goce que la mantenía de manos atadas pero libre para caminar, puede ubicarse como síntoma aquello que en los pies no andaba, lo que no caminaba. Esto se plasma en sus reiteradas contracturas y elecciones de zapatos que le apretaban el pie, que la hacían padecer, que le impedían andar.

Fue a través del análisis que logró un saber hacer con aquellos pies que se volvieron escenario de goce: bailar. Puede allí ubicarse el recorrido que va del síntoma al sinthome.

Resulta interesante señalar que el “esguince” se trasladó de sus pies a su voz.

La analista, encarnando el estrago, habilitó a la analizante a ser ella quien ponga fin a aquel goce avasallante. Eso marcó el final de análisis y el comienzo del pase.

VII.5-Algunas conclusiones

“Cada cual está un poco enfermo, descentrado, desplazado, excéntrico, respecto a toda categoría que quiera sujetar con alfileres al sujeto”.

(Eric Laurent)

A lo largo del presente capítulo pudieron situarse ciertos interrogantes concernientes a la psicopatología y al psicoanálisis en la actualidad, tomando como referencia el diagnóstico en relación al Otro.

Para eso, fue necesario establecer una mirada de la época, a fin de poder leer desde allí las características presentes en la clínica de estos tiempos.

Tratándose de una época en la cual la mediación de la palabra no opera y el lazo al Otro se encuentra debilitado, se vuelve necesario interrogarse acerca del lugar para el analista dentro de dichas coordenadas.

No se trata ya de la época en que el Otro no existe, sino más bien en la que prevalecen los Unos sueltos. Es decir que lo que prevalece no es la negativa del Otro, sino la positiva del Uno. Una de las problemáticas que atraviesan al psicoanálisis en la actualidad es cómo el analista puede hacerse un lugar allí donde no hay una dirección al Otro. Cómo aparecer allí y sostener la función introduciendo la dimensión de la falta en una época que la forcluye.

El discurso de la ciencia ha venido a llenar el vacío de la pregunta. De este modo, se obtura la duda como instancia y se ofrece una certeza científica que apacigua la angustia que podría traer aparejada la incertidumbre.

La universalización del goce anula lo singular, y esto tiene consecuencias en las subjetividades.

Así como el lazo al Otro se diluye, también se diluyen las estructuras.

Es por eso que Miller (2015) propuso llamar “psicoanálisis líquido” al psicoanálisis propio de esta época.

Ya no se tratan de los diagnósticos en relación a las grandes estructuras psicopatológicas, sino más bien a los modos de anudamiento singulares. A las soluciones singulares ante lo real.

La tendencia en la época actual a forcluir lo real tiene sus consecuencias.

Será tarea del psicoanálisis ofrecer a quien se acerca, dar un tratamiento a ese real de lo que nada se quiere saber, pero que se hace presente poniendo un palo en la rueda, lo cual genera sufrimiento. El desafío será, con lo real sobre la mesa, habilitar la creación de un velo que lo mantenga en las sombras, ya no pretendiendo hacerlo desaparecer o negarlo.

Tal como pudo verse en el testimonio de pase presentado, un análisis posibilita nuevas soluciones ante lo real que generen menor padecimiento. A esto puede llegarse modificándose la posición frente al Otro, a través de un movimiento de separación. Separación no implica desaparición, sino todo lo contrario. El Otro seguirá allí, pero a cierta distancia. Esa distancia será única para cada quien y estará marcada por medidas singulares. Será a partir del pasaje que va de ubicarse como padeciente del Otro a poder asumir la responsabilidad acerca del propio modo de goce.

El pasaje del estrago al síntoma y del síntoma al sinthome pudo verse con claridad en los testimonios expuestos.

Si el estrago supone el goce ilimitado, el síntoma se presenta como límite. Es el intento por cercar algo de aquello que invade todo. Además será sobre lo que se pueda operar en un análisis. Así lo expresa Miller:

Pues bien, el síntoma es el sufrimiento en tanto que está localizado, que se puede asir. Por esta razón hacemos una clínica de los síntomas, desciframos los síntomas, los tratamos (...) En cambio, no podemos clasificar los estragos. ¿Qué quiere decir estar estragado? Quiere decir estar devastado. (Miller, 2008a, p. 297).

Ahora bien, además de la salida sintomática, también hay un paso más al que en ocasiones puede arribarse. Se trata del sinthome en tanto solución más sólida y que abre hacia un saber hacer con lo real.

Si el síntoma es testimonio de lo real, el dispositivo del pase es testimonio de cómo lo real es tocado, vía la transferencia.

Lejos de toda lógica binaria científicista, es a esta transmisión a la que apunta el psicoanálisis hoy para dar cuenta de su eficacia.

Es por eso que el diagnóstico se orientará más bien hacia las soluciones singulares en tanto respuestas a lo real en el transcurso de un análisis, que a intentar hacerlo desde la vereda de las conocidas estructuras psicopatológicas. Esto no quiere decir que se deseche el diagnóstico estructural, ya que es necesario, por ejemplo, saber si se está frente a una neurosis o a una psicosis, pero no será eso lo primordial. Este viraje supone un cambio de posición del Otro del diagnóstico, lo cual habilita nuevos modos de leer la clínica.

Tal como postula Eric Laurent:

El discurso psicoanalítico no cesa de devolver a los sujetos a la singularidad de su deseo, de su fantasma, de su síntoma. Es un discurso que subraya el fuera-de-marco del sujeto, su subversión fundamental de las categorías, su carácter profundamente fuera de normas. (Laurent, 2018, p.29).

Quizás el psicoanálisis se convierta en el único bastión que aloje la subversión del sujeto, su singular fuera de marco, aquello que escapa a ser contabilizado. La dimensión de su ser de goce. Allí, el analista será quien articule lo universal con lo particular, orientándose hacia lo singular.

CONCLUSIÓN GENERAL

“Uno se pregunta cómo alguien que fue analizado podría imaginarse todavía que es normal”

(J.A. Miller)

A lo largo de la presente tesis se ubicaron los interrogantes que, desde el psicoanálisis de orientación lacaniana, interpelan a la psicopatología en la actualidad en relación al diagnóstico.

Para eso se plantearon cuestiones concernientes al lugar que tienen el síntoma y el diagnóstico en el psicoanálisis, para así poder pensar una psicopatología que tenga en cuenta lo singular.

Considerando al diagnóstico como un acto no sólo clínico, sino también ético y político, se pudo dar cuenta de las consecuencias que puede tener un diagnóstico tanto a nivel social como subjetivo.

Habiendo realizado un recorrido que parte de la Edad Media, en relación a la locura y sus prácticas asociadas, hasta la actualidad, es que pudieron ubicarse cuáles fueron y cuáles son las coordenadas históricas y político-sociales que atravesaron y atraviesan al acto de diagnosticar.

Para eso fue necesario retomar los planteos de los filósofos griegos, hacia los cuales volvieron su mirada los pensadores medievales, respecto a la construcción de las categorías Universal, Particular, Singular. Tal como pudo verse, dichas categorías brindaron un basamento sobre el cual se realizaron las clasificaciones diagnósticas en la psiquiatría.

Aquellas primeras clasificaciones de la psiquiatría fueron un intento de poder aprehender algo de la locura, a partir de un detalle minucioso pero que, por el afán clasificatorio, se perdió en sí mismo.

La propuesta de los paradigmas planteados por Lantéri-Laura (2000) en torno a la noción de enfermedad mental, fue un aporte que permitió poder analizar los momentos que atravesó la psiquiatría, así como su crisis.

Tal como se vió, el nacimiento de la psicopatología estuvo estrechamente ligado a la crisis de las clasificaciones psiquiátricas.

Fue a partir de los interrogantes en torno a las concepciones acerca de lo normal y lo patológico que, tanto Jaspers como Canguilhem, se propusieron la realización de una

lectura de la práctica psiquiátrica, a fin de volverla transmisible. Esa lectura habilitó una nueva práctica, atravesada por el psicoanálisis: la psicopatología. Esto supuso la introducción de la dimensión de lo singular.

El psicoanálisis instauró un tratamiento novedoso del síntoma, diferenciándose del discurso médico.

El hecho de considerar al síntoma como lo más singular y lo más valioso para el trabajo analítico, llevó a que no sea eliminarlo el principal objetivo. Lo singular, en tanto resto que escapa a ser capturado en el diagnóstico, se convirtió en la guía que orientaría la praxis.

Si la locura, en la Edad Media, generaba terror y tenía como consecuencias prácticas de segregación y exclusión, ésta encontraría en el psicoanálisis un espacio donde poder ser alojada. Tal es así que Lacan (1978), al formular su aforismo: "*Todo el mundo es loco, es decir delirante*", propone en cierto modo la universalización de la locura, al ubicar que todo ser hablante está atravesado por el trauma del lenguaje. Incluso podría decirse que, tal como pudo leerse en el testimonio de pase presentado, la relación al Otro siempre es loca.

Tanto Freud como Lacan atravesaron a lo largo de sus elaboraciones teóricas un pasaje que va desde el sentido hacia lo que escapa al mismo. Ambos se encontraron con aquello que escapaba a ser simbolizado, a pasar por la palabra. Se trata de lo que hay de incurable. El resto que escapa.

Si Freud al comienzo de su elaboración teórica persiguió la eliminación del síntoma, pronto se encontró con que en el síntoma residía un resto pulsional que no podía desaparecer y que daba cuenta de lo más singular del sujeto.

Si, en un primer momento, el diagnóstico para Lacan era leído en relación al Otro del lenguaje, en términos universales, en un segundo momento, se trató de un Otro en relación al deseo y al objeto *a* (Miller, 2024). Tal como postula Miller: "*El gran Otro es anónimo, es igual para todos*" (Miller, 2009, p.12) Por el contrario, el objeto *a* designa el goce particular del sujeto (Miller, 1998d). Puede decirse entonces que, así como lo particular se desprende de lo universal, el objeto *a* es producto del significante (Miller, 2005). Es decir que deviene particular a partir de lo universal. Se trata de un resto irreductible al significante (Miller, 1991). Como consecuencia, el diagnóstico en psicoanálisis estará determinado por lo particular. El diagnóstico es la zona de lo particular, la zona del pequeño *a*. El objeto *a* siempre es particular y el diagnóstico en esa zona remite al uso instrumental en la realidad de ese objeto. En un análisis, el objeto *a* particulariza el diagnóstico estructural para habilitar el camino hacia lo singular, vía transferencia.

En su última enseñanza, tal como pudo verse, Lacan ya no hará referencia tanto a las grandes estructuras psicopatológicas: Neurosis, Psicosis, Perversión, sino más bien a

los modos de anudamientos, a las soluciones singulares frente a lo real, formalizado esto en el *sinthome*.

Este recorrido de Lacan da cuenta de qué está hecho el diagnóstico en psicoanálisis. Para el psicoanálisis, a diferencia de la medicina, el diagnóstico no es lo primero, sino que, tal como ha planteado Miller (2010a), el diagnóstico es algo que se da por añadidura.

Si se tiene en cuenta que el psicoanálisis supone una clínica bajo transferencia, el deseo del analista encarnará el lugar de un Otro vivo y barrado. Un Otro incompleto, agujereado. Esto garantizará la introducción de la dimensión del deseo, dando a la falta su lugar. Cuestión fundamental para que lo singular pueda emerger.

Esto resulta fundamental destacarlo, ya que el diagnóstico se construye en relación a un Otro determinado. Es decir que según de qué Otro se trate, se tratará de tipos diagnósticos diferentes. Puede deducirse entonces que existe una relación dialéctica entre el diagnóstico y el Otro.

Tal como pudo verse, el Otro completo, muerto, propio del discurso médico-psiquiátrico, dio lugar a diagnósticos que excluyen lo singular. Esto ha sido materializado, por ejemplo, en el uso de los manuales diagnósticos para clasificar salvajemente los padecimientos, así como en el desarrollo de investigaciones que intentan explicar los síntomas desde las neurociencias.

Este tipo de diagnóstico responde al imperio del discurso de la ciencia, con su ideal totalizante, el cual excluye la dimensión de la falta y, por ende, la dimensión del deseo. Un discurso que no acepta que haya agujeros o lagunas. Que no haya lugar para preguntas.

Por otro lado, el fenómeno de la despatologización, tan extendido en la época actual, da cuenta de una exclusión del Otro del diagnóstico. Es así que, desde el discurso jurídico-social, se anula la patología, siendo ésta reemplazada por modos de vida "libremente" elegidos. Se trata de un diagnóstico sin Otro.

Entendiendo que todo fenómeno debe enmarcarse en las coordenadas propias de una época determinada, también todo fenómeno puede leerse como efecto de otros.

Es por eso que, en la búsqueda de intentar explicar la despatologización, se han rastreado algunos antecedentes. Entre ellos se han encontrado tres: El movimiento antipsiquiátrico, el efecto contrario del uso masivo de los manuales diagnósticos generando epidemias clasificatorias y la influencia del psicoanálisis en el entramado social respecto al lugar que le ha dado a la singularidad.

Planteando el interrogante acerca de si la despatologización promueve la singularidad o tiende a abolirla, es que pudo responderse a dicha pregunta dando cuenta de que se trata de un fenómeno desprendido de un discurso que la anula, tal como el jurídico.

Uno de los interrogantes cruciales que, desde una orientación lacaniana, atraviesan a la psicopatología en la actualidad, es justamente la cuestión no sólo de la inexistencia del Otro, sino más bien de la primacía de los Unos sueltos.

La tendencia al no lazo al Otro, a la exclusión del Otro de la escena, presenta uno de los problemas mayores que atraviesa la clínica bajo transferencia. Si, tal como postula Miller (1993), la transferencia se trata de hacer existir al Otro: ¿Qué lugar habría para el analista en una época que excluye la direccionalidad al Otro?

Si, tal como advirtió Lacan (1953), el analista debe estar a la altura de la subjetividad de la época, también lo debe estar el psicoanálisis. Es así que, la psicopatología, atravesada por el psicoanálisis de orientación lacaniana, será convocada a leer las coordenadas de la época en relación a su práctica.

Miller (2015) propuso pensar al psicoanálisis de la época actual como un “psicoanálisis líquido”, en sintonía con la modernidad líquida planteada por el sociólogo Zygmunt Bauman (2000).

El psicoanálisis líquido se presenta como respuesta a la época de la no estructura.

Es por eso que, sin desechar la cuestión estructural, la práctica se orientará hacia los anudamientos singulares que pueda hacer cada quien, en el transcurso de un análisis, como respuesta ante lo real. Nuevas soluciones posibles que reduzcan el padecimiento.

Ahora bien, así como el analizante buscará soluciones singulares ante lo real, el analista, por su parte, deberá dejarse tomar como objeto a partir del lugar que le da el analizante. Tal como plantea Miller: “*El problema de la entrada en el análisis es el de la entrada del analista, de su entrada en el mundo del paciente*” (Miller, 2022c, p.86). Y agrega que:

La entrada en análisis (...) significa (...) que el analista, al que uno había venido a ver “quizás por azar”, se ha convertido en el objeto, que ha habido elección de objeto (...) La elección del objeto analítico es, como toda elección de objeto, propiamente transferencial en el sentido de Freud, el de la repetición (...) Es el analista quien tiene que decidir la entrada en análisis, pero a condición de haber sido investido con el estatuto de analista por parte del paciente. (Miller, 2022c, p.88).

El analista, en su función, al dejarse tomar como objeto, es convocado a inventar, caso por caso, sesión por sesión, transferencias que habiliten poder llegar al hueso de lo real.

Tal como expresa Eric Laurent: *“Es necesario que ustedes inventen y que tengan las ganas de convertirse ustedes mismos en una excepción que pueda engendrar transferencias.”* (Laurent, 2018, p.95).

Sólo así podrá existir una psicopatología de lo singular.

BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles. Categorías. En Tratados de lógica (Organon). Madrid: Editorial Gredos, 1982.
- Bassols, M. (2015). Apertura: Scilicet, el cuerpo hablante de la AMP. En Scilicet, el cuerpo hablante: Sobre el inconsciente en el s. XXI. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Bassols, M. (2017). Lo femenino, entre centro y ausencia. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Baudini, S. (2013). El impasse de la psiquiatría en la época de la epidemia de las clasificaciones. En La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones. XXI Jornadas Anuales de la EOL. Buenos Aires: Grama.
- Bauman, Z. (2000). La modernidad líquida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2003.
- Bercherie, P. (1980). Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico. Buenos Aires: Manantial, 1986.
- Blanco, I., Contreras, A., Espinosa, R., Valiente, C. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología. *Psicología conductual. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 27 (1), 87-106.
- Boecio, A. Segundo Comentario a la Isagoge de Porfirio. Traducción y notas: Diego A. Seguí, Noviembre de 2007. Extraído de: <https://dokumen.tips/documents/boecio-comentario-segundo-a-la-isagoge-de-porfirio-569e0597f148f.html?page=1>
- Borges, J.L. (1952) El ruiseñor de Keats. En Otras inquisiciones. Obras Completas. Buenos Aires: Emecé Editores, 1984.
- Canguilhem, G. (1943) Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1971.
- Cooper, D. (1967). Psiquiatría y antipsiquiatría. Barcelona: Ediciones Paidós, 1985.
- Cooper, D. (1978). El lenguaje de la locura. Barcelona: Seix Barrial, 1979.
- Descartes, R. (1637). Discurso del método. Madrid: Espasa Calpe, 2010.

Descartes,R.(1641). *Meditaciones metafísicas. Con objeciones y respuestas*. Madrid: Ediciones Alfaguara, 1977.

Di Camillo, S. (2012). *Aristóteles historiador. El examen crítico de la teoría platónica de las ideas*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

Escuela de orientación lacaniana (1996). *La interpretación en Freud*. En *Los poderes de la palabra*. Buenos Aires: Paidós.

Espinal Restrepo, J. (2011). *Universales, individuos e individuación en la Edad Media*. En *Revista Escritos, Vól. 19, N°43*. Medellín: Publicación de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Esquirol, E. (1838) *Tratado completo de las enajenaciones mentales consideradas bajo su aspecto médico, higiénico y médico-legal*. Madrid: Librería de Don León Pablo Villaverde, 1856.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2004.

Foucault, M. (1964) *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica, 2014.

Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico, Curso 1973-1974*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007.

Freud,S. (1886-99). *Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud*. En *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1891). *Hipnosis*. En *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1950 [1892-99]). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Manuscrito K*. En *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1893 [1888-93]). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. En *Obras Completas, Tomo I*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En Obras Completas, Tomo I. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1896) La herencia y la etiología de las neurosis. En Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S.(1898). La sexualidad en la etiología de las neurosis. En Obras Completas, Tomo III. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1900). La interpretación de los sueños (primera parte). En Obras Completas, Tomo IV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1900-1901). La interpretación de los sueños (segunda parte). Sobre el sueño. En Obras Completas, Tomo V. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1901). Psicopatología de la vida cotidiana. En Obras Completas, Tomo VI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1905 [1904]). Sobre Psicoterapia. En Obras Completas, Tomo VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1906-1908). El delirio y los sueños en la “Gradivia” de W. Jensen y otras obras. En Obras Completas, Tomo IX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En Obras Completas, Tomo IXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. En Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. En Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I). En Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II. En Obras Completas, Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914-1916). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. En Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 17ª Conferencia. El sentido de los síntomas. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 18ª Conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 19ª Conferencia. Resistencia y represión. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 20ª Conferencia. La vida sexual de los seres humanos. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17) 27ª Conferencia. La transferencia. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1916-17). 28ª Conferencia. La terapia analítica. En Obras Completas, Tomo XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1917 [1915]). Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. En Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1917 [1915]). Duelo y melancolía. En Obras Completas, Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1919 [1918]). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. En Obras Completas, Tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920). Más allá del principio de placer. En Obras Completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923 [1922]) Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis" y "Teoría de la libido". En Obras Completas, Tomo XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis. En Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica. En Obras Completas, Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1925). Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños en su conjunto. En Obras Completas, Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1926[1925]). Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas, Tomo XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1933 [1932]). 34° Conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones. En Obras Completas, Tomo XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud,S. (1937). Análisis terminable e interminable. En Obras Completas, Tomo XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1939). Tipos libidinales. En Obras Completas, Tomo XXI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gil, P. (2013). El diagnóstico, entre lo político y la práctica. En La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones. XXI Jornadas Anuales de la EOL. Buenos Aires: Grama.

Giraldo, M.C. (2017). La voz opaca. En Revista Lacaniana de Psicoanálisis. Año XII, N°22. Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana, 2017.

Giraldo, M.C. (2019). La claridad difusa. En Revista Bitácora Lacaniana. Revista de Psicoanálisis de la NEL. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Gorostiza, L. (2012). Apertura. En El orden simbólico en el siglo XXI. Volumen del VIII Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Hegel, G. (1817). Enciclopedia de las ciencias filofósicas en compendio. Madrid: Alianza Editorial (2005)

Jaspers, K. (1913). Psicopatología General. Buenos Aires: Beta, 1977.

Kant, I (1764). Ensayo sobre las enfermedades de la cabeza. Madrid: Editorial Mínimo Tránsito, 2001.

Keats, J. (1819). Oda a un ruiseñor. En Odas y Sonetos. España: Ediciones Orbis, 1995.

Khun, T. (1962). La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica, 1971.

Konstantinov, F.V. (1965). Fundamentos de la filosofía marxista-leninista. México: Grijalbo, 1982.

Lacan, J. (1932). De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores, 1976.

Lacan, J. (1953a). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En Escritos 1. Buenos Aires. Siglo Veintiuno, 2003.

Lacan, J. (1953b). La instancia de la letra en el inconsciente, o la razón desde Freud. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2003.

Lacan, J. (1953-1954). El Seminario. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires: Paidós, 1981.

- Lacan, J. (1955-1956) El Seminario, Libro 3. Las psicosis. Buenos Aires: Paidós, 2009.
- Lacan, J. (1956). El seminario sobre La carta robada. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2003.
- Lacan, J. (1956). Situación del psicoanálisis y formación del psicoanalista en 1956. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2003.
- Lacan, J. (1956-1957). El Seminario. Libro 4. La relación de objeto. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1957-1958). El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- Lacan, J. (1958-1959). El Seminario. Libro 6. El deseo y su interpretación. Buenos Aires: Paidós, 2015.
- Lacan, J. (1959-1960). El Seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Lacan, J. (1960-1961). El Seminario. Libro 8. La transferencia. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1962-1963). El Seminario. Libro 10. La angustia. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Lacan, J. (1964). El Seminario. Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2010a.
- Lacan, J. (1964-1965) El Seminario. Libro 12. Problemas cruciales para el psicoanálisis. Inédito.
- Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y medicina. En Intervenciones y textos I. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1967) Breve discurso a los psiquiatras. Inédito.
- Lacan, J. (2006 [1967-1968]) Mi enseñanza. Buenos Aires. Paidós, 2007.

Lacan, J. (1968-1969). El Seminario. Libro 16. De un Otro al otro. Buenos Aires: Paidós, 2008a.

Lacan, J. (1969-1970). El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 2008b.

Lacan, J. (1970). Radiofonía. En Otros Escritos. Buenos Aires: Paidós, 2012a.

Lacan, J. (1971). El Seminario. Libro 18. De un discurso que no fuera del semblante. Buenos Aires: Paidós, 2009.

Lacan, J. (1971) Saber, ignorancia, verdad y goce. En Hablo a las paredes. Buenos Aires: Paidós, 2012a.

Lacan, J. (1972). El atolondradicho. En Otros Escritos. Buenos Aires: Paidós, 2012b.

Lacan, J. (1972-73). El seminario. Libro 19. O peor... Buenos Aires: Paidós, 2012c.

Lacan, J. (1972-73) El seminario. Libro 20. Aún. Buenos Aires: Paidós, 1995.

Lacan, J. (1974). El triunfo de la religión. Buenos Aires: Paidós, 2010b.

Lacan, J. (1975a). Sólo vale la pena sudar por lo singular. Inédito. En Revista Lacaniana de Psicoanálisis. Año XVIII, N°32. Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana, 2022.

Lacan, J. (1975-1976). El Seminario. Libro 23. El sinthome. Buenos Aires: Paidós, 2006.

Lacan, J. (1976-1977) El seminario, Libro 24, Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra, clase del 19 de Abril de 1977, inédito.

Lacan, J. (1978) ¡Lacan por Vincennes!. Revista Lacaniana de Psicoanálisis, n°11. Buenos Aires: EOL-Gramma ediciones, 2011.

Lantéri-Laura, G. (2000). Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Editorial Triacastela.

Laurent, E. (1994). Tres observaciones sobre la toxicomanía. En Sujeto, Goce y Modernidad II (pp. 15-21). Buenos Aires: Atuel TyA.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

Laurent, E. (2013). El sujeto de la ciencia y la distinción femenina. En *La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones*. XXI Jornadas Anuales de la EOL. Buenos Aires: Grama.

Laurent, E. (2014a). *Estamos todos locos. La salud mental que necesitamos*. Barcelona: RBA Libros, 2018.

Laurent, E. (2014b). ¿Qué es un psicoanálisis orientado hacia lo real? En *Revista Freudiana de Psicoanálisis*. Año XXIII, N°71. Publicación de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis-Catalunya, 2014.

Laurent, E. (2022) *La despatologización del autismo por la neuro y la nuestra*. En *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*. Año XVIII, N°32. Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana, 2022.

Lenin, (1915) *Sobre el problema de la dialéctica*. En *Obras Completas*, Tomo XLII. Madrid: Akal Editores, 1978.

Miller, J.A. (1984). *C.S.T. En Clínica bajo transferencia. Ocho estudios de clínica lacaniana*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1985.

Miller, J.A. (1987). *Matemas I*. Buenos Aires: Ediciones Manantial.

Miller, J.A. (1991). *Lógicas de la vida amorosa*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 2009.

Miller, J.A. (1993). *Ironía*. En *Uno por uno*. Número, 34. Buenos Aires: Eolia.

Miller, J.A. (1997). *Introducción a la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

Miller, J.A. (1998a). *El ruiseñor de Lacan. Conferencia inaugural del ICBA. En Del Edipo a la sexuación*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2011.

Miller, J.A. (1998b). *El hueso de un análisis*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

Miller, J.A. (1998c). *Elucidación de Lacan. Charlas Brasileñas*. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.A. (1998d) Los signos del goce. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.A. (2000). El lenguaje, aparato del goce. Buenos Aires: Colección Diva.

Miller, J.A. (2004). Conferencia de Jacques-Alain Miller en Comandatuba. Recuperado en 5 de Mayo de 2023 de VIII Congreso de la Asociación Mundial de Psicoanálisis AMP: <http://www.congresoamp.com/es/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>

Miller, J.A. (2005). El Otro que no existe y sus comités de ética. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.A. (2006). Introducción al Seminario X de Jacques Lacan. Barcelona: RBA Libros, 2018.

Miller, J.A. (2008a) El partenaire-síntoma. Buenos Aires: Paidós.

Miller, J.A. (2008b) El futuro del Mycoplasma Laboratorium. En Revista El Caldero de la Escuela - Nueva serie N°6, AÑO 2008 – Buenos Aires: Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana.

Miller, J.A. (2009). Cómo se deviene psicoanalista en los inicios del s.XXI. En El psicoanálisis en el siglo XXI. Buenos Aires: Ned Ediciones, 2022b.

Miller, J.A. (2010a). Sutilezas analíticas. Buenos Aires: Paidós, 2014a.

Miller, J.A. (2010b) Piezas sueltas. Buenos Aires: Paidós, 2014b.

Miller, J.A. (2010c). Extimidad. Buenos Aires: Paidós, 2017.

Miller, J.A. (2013). El ultimísimo Lacan. Buenos Aires: Paidós, 2014c.

Miller, J.A. (2015). Todo el mundo es loco. Buenos Aires: Paidós, 2023.

Miller, J.A. (2021). La escucha con y sin interpretación. En Revista Lacaniana de Psicoanálisis. Año XXIII, N°31. Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana, 2022c.

Miller, J.A. (2022a). Iluminaciones profanas. En: El objeto a en la experiencia analítica. Lecturas De un Otro al otro. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Miller, J.A. (2022b). Todo el mundo es loco. AMP 2024. En Revista Lacaniana de Psicoanálisis. Año XVIII, N°32. Publicación de la Escuela de Orientación Lacaniana, 2022a.

Miller, J.A. (2022c). Cómo terminan los análisis. Paradojas del pase. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Miller, J.A. (2024). Respuestas de lo real. Buenos Aires: Paidós.

Naparstek, F. (2010). Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo III. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Naparstek, F. (2014). Ética y psicopatología. En Teóricos 2014. Cátedra I de Psicopatología Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Edición de Circulación Interna.

Naparstek, F. (2014), Los tres tiempos de Freud. En Teóricos 2014. Cátedra I de Psicopatología Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Edición de circulación interna.

Naparstek, F. (2018). El fantasma, aún. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Naparstek, F. (2022). La clínica del pequeño objeto a en la psicosis. En: El objeto a en la experiencia analítica. Lecturas De un Otro al otro. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Ockham, G. Suma de lógica. Bogotá: Editorial Norma, 1994.

Pardo Fariña, F. (2013) La temática de los universales y su presencia en la cristología de algunos autores. En Revista Veritas N°29. Casablanca: Publicación del Pontificio Seminario Mayor San Rafael.

Pinel, P. (1801). Tratado médico-filosófico de la enajenación del alma o manía. Madrid: Imprenta Real, 1804.

Real Academia Española. (s.f.). Loco. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/loco>

Real Academia Española. (s.f.). Locura. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/locura>

Real Academia Española. (s.f.). Locus. *En Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 15 de marzo de 2023, de <https://dle.rae.es/locus>

Schnitzer, G. (2013). Juegos de pasión. Padre y singularidad. En *La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones*. XXI Jornadas Anuales de la EOL. Buenos Aires: Grama.

Serniotti S., Silvestri N. y ot.(2022), “¿Despatologización Lacaniana?” Texto de las 31 Jornadas de la EOL. Inédito.

Silva, P.: El Bosco. La Exposición del V Centenario, Museo Nacional del Prado, 2016, pp. 356-363. Extraído de: <https://www.museodelprado.es/coleccion/obra-de-arte/la-extraccion-de-la-piedra-de-la-locura/313db7a0-f9bf-49ad-a242-67e95b14c5a2>

Sotelo, I. (2010). *Psicopatología-Psicoanálisis. Una apuesta a la singularidad*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Vallejo, P. (2013). El diagnóstico en la clínica del *sinthome*. En *La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones*. XXI Jornadas Anuales de la EOL. Buenos Aires: Grama.

Voltaire.(1764). *Diccionario filosófico*. Tomo VII. Nueva York: Imprenta de C.S. Van Winkle, 1825.