

Libros de **Cátedra**

La clínica analítica en los debates actuales

Eduardo Suarez y Antonela Garbet (coordinadores)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

LA CLÍNICA ANALÍTICA EN LOS DEBATES ACTUALES

Eduardo Suarez
Antonela Garbet
(coordinadores)

Facultad de Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA



Editorial
de la Universidad
de La Plata

Al Profesor Jorge Alberto Zanghellini

Agradecimientos

A los colegas e integrantes de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, por la dedicación y el compromiso.

Índice

Presentación _____ 7

Eduardo Suarez

Capítulo 1

Los dispositivos de salud y sus paradojas _____ 8

Mariana Isasi, Stella M. López, Victoria A. Moreno

Capítulo 2

La responsabilidad psicoanalítica en el campo de la Salud Mental _____ 17

Alfredo Sclani, Claudia Cartier, Luciana Vernengo Pablo González

Capítulo 3

Ética e interconsulta: hacerse un cuerpo, con el dolor _____ 27

Daiana Ballesteros, Stella M. López

Capítulo 4

La prevención y sus dispositivos _____ 37

Beatriz Pagano, Cecilia De Cristófolo, María Florencia Battistessa

Capítulo 5

Acerca del fenómeno de la violencia: ¿Cómo lee un analista? _____ 44

Anabela Bracco, Antonela Garbet, Antonella Soliani

María Luz Zanghellini, Mariela E. Sánchez.

Capítulo 6

Las burocracias carcelarias y la experiencia de un espacio común _____ 53

Anabela Bracco, Mariela E. Sánchez.

Capítulo 7

Generaciones generando género _____ 64

Juan Carlos Volpatti

Capítulo 8

Las vueltas del humor _____ 75

José M. Damiano, M. Cecilia Ruscitti, Lucia Ostoich

Capítulo 9

La clínica y sus nuevas nominaciones _____ 83

José M. Damiano

Capítulo 10

El envés de la burocracia _____ 92

Ana Laura Piovano, Lucas Santiago Manuele

Los autores _____ 100

Presentación

Eduardo Suárez

La extensión del síntoma en lo social, la nueva ley de Salud Mental y los nuevos dispositivos de atención, plantean la necesidad de repensar y actualizar los conceptos que estructuran las prácticas. En este sentido la Universidad brinda una excelente oportunidad para investigar, debatir y difundir las cuestiones que introduce lo nuevo en el campo de la clínica porque en ella convergen múltiples disciplinas, campos de intervención y marcos teóricos de referencia.

La clínica, en la orientación psicoanalítica actual, no se formula de modo independiente de los ámbitos donde se inserta, de las leyes que regulan su incumbencia, ni de los contextos socio-institucionales que la posibilitan.

La ampliación de derechos proveniente de la sanción de las últimas leyes en nuestro país, genera modos de representación del sujeto inéditos que se manifiestan en las más diversas esferas de aquello que se designa como lo *Mental*. Todo ello produce una reconfiguración de la demanda, en cierto sentido, la formación de nuevos síntomas, y también, genera nuevas prácticas. Las políticas sanitarias, los dispositivos de prevención y promoción de la salud, las problemáticas de género, son solo algunos ejemplos de lo que requiere ser urgentemente reconsiderado y contextualizado para poder ubicar las perspectivas de la clínica hoy en nuestro medio.

Esta compilación es testimonio, en una pluralidad de orientaciones, de lo que cada integrante de la cátedra y practicante del psicoanálisis ha comenzado a elaborar con relación a esas novedades. Deseamos prontamente contar con productos de elaboración colectiva en relación a las sucesivas investigaciones en curso.

CAPÍTULO 1

Los dispositivos de salud y sus paradojas

Mariana Isasi, Stella M. López y Victoria A. Moreno

Resumen

Los dispositivos de salud se ponen en funcionamiento hoy, en terrenos donde subyace el auge global de la tecnociencia. Por esa influencia prevalece la lógica del usuario. Ésta incluye el derecho a la salud, el cual es indiscutible. Afirmarse únicamente en esto, lleva, en ocasiones, a forcluir al sujeto de la palabra. El artículo aborda a través de situaciones clínicas la forma en que los dispositivos de salud, pueden también posibilitar la invención de cada sujeto frente a su malestar, mientras se sostenga la dirección del psicoanálisis sin reducirla a una demanda de adaptación.

Introducción

Este capítulo tiene por objeto explorar la noción de *dispositivo de salud* enmarcándola en el contexto de la época. Desde esa captura, hipotetizamos que existe una paradoja en la puesta en marcha de estos dispositivos, que se evidencia en la conjunción de los ideales institucionales y el sujeto al que se dirigen: el usuario de los servicios asistenciales.

Ubicaremos desde situaciones clínicas qué aportes podemos realizar como practicantes del psicoanálisis, lo que nos permite, a su vez, revisar su propia paradoja.

La salud: definiciones

Floreal Ferrara, médico sanitarista de nuestro país, define a la salud como “la solución del conflicto” (Blanco, 2010, párr. 6), diferenciándose explícitamente de la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la concibe como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2016, párr. 1). Definición que no ha sido modificada desde el año 1948.

En tanto organismo mundial, la OMS necesita plantear una definición de Salud en términos de ideal. Sería un error, leer -y criticar sin mucho esfuerzo- esa definición por fuera de ese mar-

co. Los ideales representan un horizonte que, por definición, pertenecen al campo de lo imposible de ser alcanzado en la vida cotidiana. Ferrara, al haber palpado el trabajo por la salud, incluye en su definición de Salud la idea de “conflicto”, de fracaso de su ideal, no en tanto contingencia sino dato estructural.

En la misma línea que desidealiza la noción de salud, el epistemólogo Canguilhem concluye que la distinción entre lo normal y lo patológico es provisional y abierta al cuestionamiento y al cambio. Su idea de salud no pertenece al campo de la epistémé -ciencia- sino al de la dóxa -la simple opinión-, por fuera del campo del saber (2009, 389). Para Canguilhem la salud es esencialmente social, y Miller lo traduce en términos psicoanalíticos diciendo que entonces la salud depende del discurso del amo, esto es, del relato que encarna la idea del *eso marcha* en determinada coyuntura. Un paso más da Miller llevando la noción al terreno del uno por uno al afirmar que no hay universal de la salud en tanto verdad del cuerpo, sino de *un* cuerpo: la salud de uno no es forzosamente la salud del otro (2011, 69).

No suena a novedad que la salud sea concebida como un derecho universal. Lo que sí nos interesa subrayar es la torsión que este derecho recibe, cuando su aplicación está en manos de una lógica acéfala. En el afán de defender un derecho, en el pasaje de la legalidad universal al terreno del uno por uno, muchas veces, se desconsidera la perspectiva del detalle. El desafío de los efectores de las políticas de salud es, entonces, cómo respetar y aplicar el derecho sin olvidar el sujeto.

Época. Capitalismo y técnica

El término salud ha sufrido mutaciones y actualmente se inscribe como objeto de cálculo. Las variaciones en el orden simbólico actual inexorablemente repercuten en las prácticas biomédicas. Miller formuló que el cambio en el orden simbólico es efecto de la *dominación combinada* de dos discursos, el de la ciencia y el del capitalismo (2012, 425). A una otra *combinación*, que termina no siendo tan lejana, se refiere Freud en *El Malestar en la cultura*: describe un movimiento circular entre el superyó, la renuncia y la pulsión, y una ley que goza de la renuncia misma. “Esa misma matriz circular es la que Lacan propone para el discurso capitalista, discurso que conecta todos los lugares, que rechaza la imposibilidad [...] me permití homologar lo que Heidegger llamaba Técnica con este discurso capitalista” (Alemán, 2012, 80). La técnica antes que la ciencia para hablar de la combinación con el capitalismo, porque la primera

...es el sentido moderno de la segunda, la ciencia necesariamente rechaza al sujeto para que funcionen sus estrategias objetivantes y, la técnica está al servicio de una voluntad acéfala y sin límite [...] es un drang que empuja a la ciencia hacia el dispositivo del discurso capitalista (Alemán, 2010, 344).

Si tomamos el capitalismo como circuito del plus de gozar acéfalo, y al superyó como la voluntad de goce que reintegra el sujeto en la pulsión (Miller, 2010, 202), cabe preguntarse cómo

se complementan tales acefalías con cierta subjetividad de la época, “época del trastorno sin sujeto”, al decir de Bassols (2012, 6).

Alemán señala como un primer hallazgo de Foucault el captar la biopolítica, en tanto y en cuanto la población se transformó en un objeto de saber por parte de los expertos. Efecto de homogeneización por parte de un juego de poder no represivo sino productivo. Más adelante, el filósofo francés, vislumbra que se ha ingresado en un tiempo histórico del capitalismo donde instala dispositivos para producir subjetividades. Subjetividades que Foucault llamó *empresarios de sí mismos*, a quienes desde una narrativa de autorrealización se les ha hecho creer que ésta pasa por procurarse el mayor rendimiento en sus *performances*. Así, paradójicamente, se produce la máxima alienación del que se cree que elige (Belaga, 2015, 45). Y esto, con el sello de lo ilimitado. Tal vez sea un precursor del actual hombre hipermoderno, lo que Foucault llamó *homo economicus*, en el marco de la sociedad civil gobernada por la racionalidad liberal. Dicho *hombre de interés* no se integra al conjunto del que forma parte a través de una sustracción, de una negatividad o dialéctica de la renuncia, sino de una dialéctica de la multiplicación espontánea (2007, 332).

Dispositivos de salud

No podemos eludir que el uso del término dispositivo es problemático:

el uso frecuente del vocablo dispositivo suele borrar la potencia inicial que esa palabra tuvo en la obra foucaultiana. Puede convertirse en, lo que ya casi es, un equivalente disimulado de la idea de técnica. Dispositivos de poder son modos de producción de significación. Formas de naturalización de definiciones sociales (de normalidad, de salud, de locura). Suelen ser máquinas de control, examen, inspección (Percia, 2004, 129).

Ahora bien, en el caso del sintagma *dispositivos de salud*, valorizamos la interrogación de la noción en su uso frecuente en tanto opera, se sepa o no, en el accionar cotidiano de los agentes de salud. El término dispositivo remite etimológicamente al verbo disponer (deliberar, determinar, mandar lo que ha de hacerse). Según el diccionario, un mecanismo o artificio para producir una acción prevista.

Situados en un saber de procedimiento, limitado y empobrecedor, los manuales de instrucciones pretenden coronar la clínica, de ahí la era de los protocolos. Se trata de la aspiración de revestir todos los espacios de la vida bajo la forma de una prescripción, un universal sin excepción. Así es que, no hay interlocutor, solo el sistema administrativo de la tecnocracia.

Anteriormente, la ciencia era semejante al discurso histórico, por su capacidad para producir saber con la verdad oculta para el sujeto, ocurre, hoy, una torsión en ese discurso, donde el saber queda anudado a la pulsión de muerte. La técnica, sin sujeto, aparece como apropiación de los “saberes de”, apropiación al servicio de una voluntad (Alemán, 2009, 50).

El sueño del ideal de salud para todos, y su lucha contra la pulsión de muerte resulta homogeneizador de los sujetos. Sin embargo, nos vemos enfrentados en el ámbito de la práctica cotidiana a que la lógica del todo y el para todos hace retornar el exceso traumático y lo real como punto inabsoible. Desde el psicoanálisis no desconocemos que no hay instituciones sin ideales, y mucho menos, nuestra posición es de batalla, ni de reemplazo.

Referencias clínicas

El psicoanalista, haciendo uso de las normativas institucionales, aloja el padecimiento de los consultantes. En una perspectiva de lo posible, hablar la lengua del otro para decirle lo que no quiere escuchar, es una dirección que establece el lugar central del goce en los lazos sociales. Se trata de una vía que no es de sugestión ni de autoritarismo, en lugar de conducir a los sujetos a la norma, encontrar la norma del deseo, comunicado entre líneas.

Tres referencias clínicas nos permitirán mostrar algunas de las paradojas que se encuentran en los abordajes de los sufrimientos de los usuarios.

I.

Una de las características actuales de los dispositivos en salud, tal como han sido definidos, es el empleo, por parte de sus agentes, de los protocolos o guías ante un determinado problema o actividad asistencial. Como conjunto de aplicaciones estandarizadas, desarrolladas mediante un proceso formal, incorpora la mejor evidencia científica de efectividad con asesoría experta que se aplica por igual a todos o a un grupo de pacientes.

La violencia de género, realidad nada despreciable, extendida mundialmente, irrumpe en la práctica cada día bajo la forma de lo urgente. Plantea de manera dramática cómo la palabra y su función pueden no alcanzar. La violencia surge como respuesta que el maltratador ha elegido para abordar el otro sexo.

M. consulta, luego de realizar la denuncia, a un centro de atención integral para víctimas de abusos sexuales. Tanto ella como su hija han padecido flagelos por parte de la última pareja de M., de la que como consecuencia de aquel accionar legal, ha sido ingresada a prisión. Tras un periodo de tratamiento con la niña y la madre, quienes han retomado una vida ordenada, M. se ausenta, y aparece lastimada notablemente. Con un relato titubeante y entrecortado atribuye sus golpes a una caída de la bicicleta con la que habitualmente se traslada. Posteriormente, y no sin las intervenciones de la terapeuta que la asiste, “confiesa” el evento traumático que padeció. Su expareja aún en prisión, organizó a sus amigos para golpearla, violarla y amenazarla. Retoma en el dispositivo el día que se decidió a realizar la denuncia. Fue al notar en su hija “la cara de desesperación”. Allí entendió que también ella era víctima de este hombre.

Se “armó” con el empujón y acompañamiento de una vecina, y se acercó a la comisaria de la mujer. Se imponía mostrar ante el equipo del lugar las “pruebas del delito”, toda espera constituía una desventaja. Apurada a pasar al acto, pasar del instante de ver al de concluir. Esa

urgencia se contradice con el tiempo necesario para reflexionar y decidir qué hacer en un horizonte propio. ¿Cómo restaurar los márgenes de la singularidad, ante el apuro propio de las urgencias sanitarias-legales?

II.

En el marco de la Ley de Fertilización Asistida, se llevan a cabo procedimientos de alta y baja complejidad en el Hospital General. Como un paso más, se solicita una suerte de evaluación al equipo de psicología del área, que finaliza el proceso con un informe. Allí, hay una serie de datos mínimos a recabar: relativos al tiempo en pareja, al de intento de concepción previo a la consulta, cuál es la causa de la infertilidad.

No se trata únicamente de una exigencia de datos estadística o protocolar. Se considera oportuno puesto que, si bien se desarrolla como entrevista libre, intenta a su finalización haber recorrido ciertos tópicos permitan abrir la escucha.

Desde el inicio se aclara que no se trata de una instancia de evaluación, sino que se constituye como una oportunidad para poner palabras a un itinerario donde predomina la intervención sobre el cuerpo que implica sostener una espera prolongada que incluye cancelaciones o reprogramaciones de turnos que se agregan a los viajes que implican llegar al Hospital a parejas de otras ciudades. Dicha aclaración no es azarosa, sino que constituye ya una intervención que da cuenta de cuál es nuestro lugar ahí.

Llegan a la entrevista Carla, de 37 años y Juan, de 31. Están en pareja hace cinco años, hace dos se casaron, y al mismo tiempo, comenzaron a buscar un hijo. Al enterarse de que Carla tenía las trompas obstruidas por una infección, se acercan al hospital y reciben la indicación de uno de los tratamientos.

Ambos tienen hijos con parejas anteriores: ella seis, que viven con ellos y él tres, que viven con su madre. ¿Por qué otro hijo? “Nos casamos y no tenemos un hijo en común, para afianzar la pareja. Queremos tener un bebé, criarlo juntos los dos, verlo crecer, y ya”, dice Carla. Excepto el hijo mayor de ella, sus otros hijos no están al tanto del tratamiento. Él no quiere que prosiga porque con el último embarazo hubo problemas. Interrogada por esto, cuenta que permaneció en terapia intensiva, en estado grave de salud durante cuatro días: “salí sin el alta, pero nunca me pasó nada”. Una de sus cuatro cesáreas, se desencadenó luego de un accidente: “de ocho meses me caí de la bici, tuve un parto de urgencia, el bebé quedó internado”.

Consultados por el conocimiento de los riesgos existentes en la actualidad, Juan afirma que ambos saben que el riesgo está. Los médicos les explicaron que hay posibilidades de muerte fetal y materna. Añade: “no es solo el cuerpo de ella, somos los dos. La responsabilidad es nuestra”.

Sin embargo, surge en la entrevista misma, al hablar de ese riesgo existente un punto sobre el que no están de acuerdo: mientras que Juan “elegiría a la mamá”, Carla no apoya esa idea: “yo quiero que elija al bebé”. “Tenemos fe de que va a salir todo bien, tengo compañeras que han tenido seis cesáreas y todo bien, ¿por qué yo no?”. A continuación surge algo que no había estado presente previamente: “pensándolo conscientemente, también tengo que pensar en mis hijos”.

En la devolución que se realiza al concluir, se señala que, de acuerdo a lo dicho, parecía que debían ponerse aún de acuerdo en algunos puntos antes de decidirse. “No te voy a mentir. No lo voy a pensar, ya lo decidí”, asegura Carla.

El deslizamiento que se va produciendo en la entrevista, permite a esta pareja que se instale un tiempo y un lugar para algunas cuestiones que no habían sido enunciadas antes. Siempre que tomemos la ocasión, pero más aún, no sin crear las condiciones para que aparezca, apostaremos con nuestra intervención a producir una marca del paso por el dispositivo. Más allá de lo incalculable del efecto de la intervención, podrá tratarse, a veces, de un encuentro que aporte algo en relación a cada uno.

III.

A partir de la promulgación de la ley de obesidad que incluye las cirugías bariátricas en el Plan Médico Obligatorio, comenzaron a proliferar afiliados de obras sociales sin patología metabólica. Usuarios en el mercado de la salud que se sostienen en la lógica del derecho al goce de los bienes. La exigencia y la desesperación que se escucha en la frase “la obra social cubre la operación, y a mí me la descuentan del sueldo todos los meses”. Lleva a esa mezcla rara entre el derecho y la obligación. Dice Lacan (1985, 11) “Asomo aquí la reserva que implica el campo del derecho al goce. El derecho no es el deber. Nada obliga a nadie a gozar, salvo el superyó”. Luego de la ley y su súper-oferta, se difunde la cirugía en términos de una letosa mágica, gratis, y científicamente avalada. Las subjetividades acéfalas lejos de haber nacido en cautiverio, se producen en el discurso contemporáneo de la civilización hipermoderna (Miller, 2005, 9).

Cuerpo biopolitizado. El cuerpo, como ensaya Foucault, es el punto de aplicación principal de las técnicas de normalización del individuo moderno, y es en esa zona entre lo biológico y social donde el cuerpo y la vida se tornan materia de política. Por biopolítica, Foucault entiende la manera como se ha procurado racionalizar los problemas de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene. El marco de racionalidad política dentro del cual esto se manifiesta es el liberalismo, régimen en el cual el mercado sustituye el lugar de la verdad que antes ocupaban las intervenciones del Estado. (2007, 359). La noción fue desarrollada en su famoso curso de 1976 en el Collège de France para dar cuenta de un momento histórico específico, en donde el poder asume como función la administración de la vida en lugar de la muerte. En *La voluntad de saber* (primera parte de *Historia de la sexualidad*) el autor señala que la biopolítica en tanto *poder sobre la vida* se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales: como anatomopolítica del cuerpo humano (poder centrado en el cuerpo como máquina) y biopolítica de la población (poder centrado en el cuerpo-especie). A diferencia del *poder soberano* que es ejercido hasta el siglo XVII, en la *era del biopoder* la vieja potencia de la muerte se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida.

Laurent esclarece cómo repercute a nivel del cuerpo la transición del sistema de poder. “Antes, los cuerpos pertenecían a Dios y cada uno tenía el deber de conservarse a sí mismo. Pero una vez definida la propiedad privada del cuerpo, se puede proceder al tráfico de órganos, etc.”

(2010, 139). El liberalismo *de tu cuerpo te pertenece* en combinación con los derechos humanos, augura justicia social. Ahora bien, cuando en esa combinación gana terreno el mercado de la salud y la subjetividad de consumo, otro es el resultado.

La Ley 26.396 reconoce a la obesidad como una enfermedad médica. Asimismo, considera su tratamiento como una defensa al Derecho a la Salud, el cual forma parte de los Derechos Humanos. Una conquista de la democracia, que al producirse en un escenario en el cual la ciencia y el capitalismo combinan su dominación, puede terminar favoreciendo el núcleo loco de la ley. Cierta aplicación del alcance –quirúrgico- de la ley deriva en experiencia pavloviana: así el funcionamiento pulsional intentará ser regulado por diques mecánicos. Pero dado que “el estómago no pertenece a lo erótico de la pulsión oral” (Lacan, 1996, 176), la pulsión resulta intocada.

“No hay biopolítica lacaniana” (Tudanca, 2012, 45). Un impasse ético adviene: ¿en nombre de qué se puede impedir a alguien que goce? sea alrededor del objeto oral o del consumo científico. ¿Dónde ubicar el Amo y dónde ubicarnos como su reverso? El problema es que el consumo de gadgets alimenticios o científicos, está enmarcado dentro de la garantía de los derechos humanos. Entonces, localizar que alguien decide operarse para seguir *no sabiendo* respecto de su goce, ¿nos habilita a indicar que reflexione al respecto y así suspender su derecho a la cirugía? Cuando el discurso médico plantea el versus entre *cirugía o se muere*, parece no quedar margen para ejercer de reverso del Amo. “En esta época -por cierto valiosa- de reivindicación de los derechos, el psicoanálisis puede hacerlo con el derecho a la angustia, a la tristeza, al síntoma, aun en estados velados, disfrazados o rechazados” (Seldes, 2013, 20). Interesante, llegar a instalar el derecho al síntoma respecto de la obesidad, síntoma en cuanto “interroga a cada uno en lo que viene a perturbar su cuerpo” (Laurent, 2012, párr. 3).

El analista en las instituciones. Política del síntoma

Es en los intersticios de las reglas institucionales donde, en tanto psicoanalistas, buscamos la oportunidad para nuestro abordaje. Oportunidad que nos lleva al sujeto del deseo, siempre y cuando nuestra brújula sea el síntoma en tanto lo que no anda. El problema no es el de la identidad del psicoanalista sino de sus usos. Apostamos a que hay allí, en el síntoma, un saber para un pensar en menos, a distancia de los imperativos de goce, en un lazo con el Otro. El analista, conocedor que no hay norma ni satisfacción plena, se apoya en que la solución ideal no resulta beneficiosa para todos, aunque sí hay soluciones típicas, sostenidas en la tradición y las reglas comunes. Advertido de que él no podrá prometer ni la felicidad ni la armonía, podrá, solo si el sujeto consiente a ello, aclarar el deseo en juego. En síntesis, su desafío es transformar un usuario en sujeto.

La función del analista permite que algo se abra para que el sujeto pueda encontrar una respuesta. No es un analista guardián de la realidad colectiva, su orientación es una ética del bien decir y no del bien de la norma de la salud.

La paradoja de los dispositivos es que al ser diseñados como limpios de goce, ven volver la pulsión de muerte en tanto satisfacción llevada al límite, que al quedar por fuera, siempre retorna.

El síntoma mismo es paradójico, allí donde se sufre algo se satisface. El psicoanalista está ubicado frente a la disyunción que aquel implica: una parte constante (cara pulsional) y una parte variable (la inscripción en el campo del Otro)

Un caso particular no es la ejemplificación de lo general. “El psicoanálisis desde el punto de vista pragmático”, expresión oportuna para el tema que nos convoca, es utilizada por Miller para aludir a lo que el psicoanálisis hace, puede y debe hacer de sí mismo. La pragmática es la disciplina que intenta encontrar la regla a partir de un caso particular, que es siempre como una excepción a la regla” (2012, 31), es el saber hacer ahí. No confía en saberes a priori ni en la adaptación del sujeto a la realidad como su eje de trabajo.

En estos tiempos de tecnociencia, si hay algo que puede ofrecer el psicoanálisis al sujeto, es la oportunidad y el tiempo lógico necesario para constituir un síntoma en tanto propio. Un síntoma en el que el sujeto aprenda a leer la cifra de su deseo, en términos de algo en lo que él está implicado y no como un trastorno sin más.

Ir por un gesto acorde a la ética, lejana de los furores del bien, y amiga de la modestia de la pragmática paradójica que Miller formula en términos de *fracasar de la buena manera*. Sin el culto del *eso marcha*, es importante no olvidar que no marcha nunca (2009, párr. 8). Aspiramos así a un nuevo arreglo con el goce con el que sujeto llega: una política del síntoma.

Referencias

- Alemán, J. (2009). *Para una izquierda lacaniana*. Intervenciones y textos. Buenos Aires: Grama.
- Alemán, J. (2010). *Las ciencias Inhumanas*. Madrid: Gredos.
- Alemán, J. (2012). *Lacan, la política en cuestión*. Buenos Aires: Grama.
- Bassols, M. (2012). *Prólogo*. En Focchi, M., *Síntomas sin inconsciente de una época sin deseo*. (pp. 5-9). Buenos Aires: Tres Haches.
- Belaga, G. (2015). *Hacer existir el psicoanálisis en el hospital. Lineamientos de una apuesta*. En Belaga, G. (comp.) *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (pp.13-66). Buenos Aires: Grama.
- Blanco, B. (19 de abril de 2010). *La salud es la solución del conflicto. Entrevista inédita a Floreal Ferrara*, Página 12. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-144143-2010-04-19.html>
- Canguilhem, G. (2009). *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Lacan, J. (1985). *El Seminario libro XX*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1996). *El Seminario libro XI*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2010). *El goce sin rostro*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Laurent, E. (27 de septiembre de 2012). *Hablar con el propio síntoma, hablar con el cuerpo*. Argumento. VI Encuentro Americano del Psicoanálisis de la Orientación Lacaniana.

- Recuperado de http://www.enapol.com/es/template.php?file=Argumento/Hablar-con-el-propio-sintoma_Eric-Laurent.html
- Miller, J.-A. (2005). *Una fantasía*. *Revista de la Escuela de Orientación Lacaniana*, (3), 9-10.
- Miller, J.-A. (2009). *Hacia PIPOL 4. Contexto y apuestas del Encuentro*, Encuentro americano del Campo Freudiano. Recuperado de http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/miller_hacia_pipol4.html
- Miller, J.-A. (2010). *Los divinos detalles*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.-A. (2012). *Presentación del tema del IX Congreso de la A.M.P., "Lo real en el siglo XXI"*. En Scilicet, *El orden simbólico en el siglo XXI* (pp. 421-436). Buenos Aires: Grama.
- Miller, J.-A. (2012). *Sutilezas analíticas*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (30 de agosto de 2016). *¿Cómo define la OMS la salud?*
Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (30 de agosto de 2016). *Temas de salud. Salud mental*.
Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Percia, M. (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Seldes, R. (2013). *Hablar con el cuerpo. La crisis de las normas y la agitación de lo real*.
Entrevista.
- El Caldero de la Escuela, (20), p. 20.
- Tudanca, L. (2012). *Una política del síntoma*. Buenos Aires: Grama.

CAPÍTULO 2

La responsabilidad psicoanalítica en el campo de la salud mental

*Alfredo Sclani, Claudia Cartier, Luciana Vernengo
y Pablo González*

Resumen

La práctica clínica en salud mental suele presentar inconsistencias, no en el plano del saber, si no por ambigüedades que parten de ideales referidos a <querer el bien> del otro y de tomar para casos muy disímiles entre sí, fórmulas y recetas universales. Eric Laurent habla de lo irreductible del síntoma frente a los ideales de normalización y es por ello que desde el psicoanálisis nos encontramos confrontados a nuevas figuras y discursos, los de la salud mental. Por tal motivo, se intenta demostrar que no hay clínica analítica sin ética; esto implica abordar la perspectiva del acto y de lo más singular. La presencia, además, de un discurso paternalista se presenta como lo opuesto a lo que propone el psicoanálisis como ética y responsabilidad subjetiva, ya que el agente de salud estaría capacitado para resolver la vida del paciente. Plantear la responsabilidad desde el psicoanálisis como un dar respuesta en relación al deseo, supone comprender que la solución de éste no tiende a una armonía basada en un ideal soportable para todos.

Ley Nacional de Salud Mental

Es interesante señalar que los planteos e interrogantes en relación a la salud mental, tienen un recorrido histórico importante tanto a nivel mundial como así también nacional. Están marcados por transformaciones que se dieron en distintos campos, que hicieron crecer el debate, las interpelaciones, e interrogantes, y así, sentaron base para la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental actual.

A nivel nacional se destaca la labor del Dr. Carrillo, el cual hacia el año 1946 desarrolla una nueva modalidad de abordar el campo de la salud incorporando la mirada social desde la prevención y la atención a partir de centros regionales.

Entre los años 1973 y 1987 ubicamos los trabajos del Dr. Floreal Ferrara quien implementó un plan conocido como Sistema Integral de Atención progresiva de la salud.

Se destacan algunas leyes como antecedentes de carácter nacional, a saber: la ley N° 2.440 de la provincia de Río Negro, la ley N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ley N° 10.772 de la provincia de Santa Fe y la experiencia de transformación institucional de la provincia de San Luis, entre otros trabajos.

Además de la declaración de Caracas (1990), los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento en la Atención de la Salud Mental (1991), la Conferencia de Brasilia (2005) y el Congreso de Panamá (2010).

Los planteos que se formulan en cada uno de estos escritos proponen un proceso de desinstitucionalización progresivo, en el ámbito de la atención pública, marcado por el abordaje realizado por equipos interdisciplinarios, para tratamientos ambulatorios, por internación o dispositivos de urgencia.

Así, en la actualidad, el campo de la salud mental está regulado en Argentina por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Dicha ley, promulgada en el año 2010, introduce claramente la perspectiva de derechos en el ámbito del sufrimiento mental. Esto implica un cambio de paradigma legal, a partir del cual se considera que toda persona con un padecimiento mental es, antes todo, un <sujeito de derecho>, un sujeto al que se le debe garantizar el pleno goce de los derechos humanos.

Por otro lado, la ley “reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Ley 26.657, 2010, art. 3), definición que sigue de cerca a la establecida por la OMS, anteriormente nombrada: “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El “espíritu” de ambas definiciones es el de correr a la salud en general y a la salud mental en particular de la perspectiva exclusivamente biologicista.

Asimismo, en consonancia con estas definiciones, la Ley 26.657 establece en su artículo 8 que se debe promover que los equipos de salud mental estén conformados de manera interdisciplinaria y también que “los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones” (Ley 26.657, 2010, art. 13). De esta manera establece las condiciones jurídicas para que los profesionales psicólogos nos hagamos un lugar más importante en este ámbito, posibilitando, por un lado, por ejemplo, que concursemos un cargo de jefe de servicio en igualdad de condiciones con un médico psiquiatra; y por otro, abrir un espacio para el psicoanálisis.

Pensar interdisciplinariamente implicaría cuestionar la visión unicausal o de causalidad lineal de los acontecimientos, esto es, trascender la mirada parcial de un fenómeno, así como también el reconocimiento de las implicancias de otras disciplinas pero también las limitaciones, ya que son campos de saber con constructos socio históricos determinados de teorías y métodos, por lo cual no son reflejos de objetos reales.

Como practicantes del psicoanálisis, en primer lugar, suscribimos a estos cambios y otros tantos que introduce la Ley Nacional de Salud Mental. Sin suponer un sujeto de derecho y sin considerar a la salud como un proceso que va más allá de lo orgánico, no hay psicoanálisis posible. Con esta afirmación como premisa, nos preguntamos cuál es la responsabilidad del psicoanálisis y de los practicantes del psicoanálisis en el campo de la salud mental.

Si este es el marco legal que regula la salud mental en Argentina, hay que recordar que, al mismo tiempo, ésta se encuentra atravesada por múltiples discursos. Además del discurso jurídico, podemos señalar la presencia del discurso médico, del discurso de derechos, del discurso de la psicología. Hay que hacer existir allí al discurso analítico. Laurent propone la figura de "analista ciudadano". En un texto que lleva ese nombre nos orienta en esta dirección

los analistas han de entender que hay una comunidad de intereses entre el discurso analítico y la democracia, ¡pero entenderlo de verdad! Hay que pasar del analista encerrado en su reserva, crítico, a un analista que participa, un analista sensible a las formas de segregación, un analista capaz de entender cuál fue su función y cuál le corresponde ahora (Laurent, 2014, 121).

Más adelante establecerá que los analistas deben tener una incidencia en estas cuestiones, tomar partido, intervenir y manifestar que quieren un tipo determinado de salud mental.

Miller y Laurent (2011) sostienen que, a diferencia de lo que ocurría en la época freudiana, el Otro ya no existe, la tradición ya no regula, los S1 ya no están en el lugar de agente del discurso. La consecuencia de esto es que todo se debe resolver de manera democrática, mediante la discusión, mediante la práctica del parloteo, mediante los "comités de ética" (Miller, 2013, p. 10). Y el analista no debe quedarse afuera de ellos.

Una forma de participación sería, por ejemplo, la de aliarse con todos aquellos que luchan, dentro de la psiquiatría y de la salud pública en general, por la conformación de "estructuras menos crueles" (Laurent, 2014, 58). La ley Nacional de Salud Mental forma parte de esta lucha por construir estructuras menos crueles en la salud mental argentina.

La ley de salud mental, entonces, es una herramienta para el psicoanálisis, porque, por ejemplo, piensa a la internación como último recurso terapéutico, dando lugar de esta manera a que el sujeto se implique asistiendo al tratamiento. Además, abre el campo de trabajo sobre el cual se podrá intervenir, dado que establece que las adicciones deben ser tratadas en cualquier establecimiento de salud mental, el más cercano al domicilio del sujeto. Así, el encuentro con un analista en la variedad de dispositivos de tratamiento, posibilita que ese acontecimiento que irrumpe tenga otra lectura, corriéndonos de pensar en frecuencia de consumo, animándonos a acompañar al paciente a ponerle palabras a aquello fuera de sentido y a ligarlo con otros acontecimientos de su vida, para poder así, localizar al sujeto.

Sin embargo, el error que hay que evitar es el de creer que un intento de discurso universalizante, cualquiera sea, incluso el de los Derechos Humanos, nos va a otorgar la fórmula para actuar ante toda situación. Este sería el error de esperar el bien del sujeto, el de suponer que hay un bien común, por ejemplo "la curación", desde la ideología de la Salud Mental. Si este <bien> guiara nuestra práctica en tanto analistas, implicaría favorecer la readaptación de un sujeto a los criterios de bienestar que debería aceptar como buenos cualquier "persona sana". Según Fernández Blanco (2012), entre esos criterios, se encuentran la aptitud para el trabajo, la capacidad para circular, para ir y venir, porque resulta muy inquietante cuando un sujeto deja de circular y no sale de su casa. Esto iría en contra de nuestra idea acerca de lo que serían

estructuras menos crueles. Por el contrario, desde el psicoanálisis apuntamos siempre a que se le haga un lugar, en lo universal del deber ser, a la singularidad del goce.

Una de las premisas del psicoanálisis, ya desde sus comienzos, es que algo siempre falla. La práctica freudiana surgió y se desarrolló partiendo de eso que falla -de lo que falla en el sujeto y de lo que falla en los discursos, en la medicina por ejemplo. Es por eso que frente a los ideales de normalización, frente a la biopolítica, frente a los intentos de regular el goce de todos con fórmulas universales, el psicoanálisis propone la política del síntoma. El psicoanálisis sostiene que el síntoma -síntoma del sujeto, síntoma de la institución o síntoma de la sociedad- es irreductible. Por lo tanto, una de las responsabilidades de los practicantes del psicoanálisis en el campo de la salud mental, es hacerle lugar a eso que no anda y buscar soluciones a la medida de cada uno.

El ideal de Salud Mental

Desde 1948, existe una definición de la salud establecida por la OMS como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Const., 1948). Esta definición muestra la introducción paulatina de la idea de salud como condición de la felicidad en tanto que bienestar.

Nos encontramos, entonces, en este nuevo paradigma de oferta y demanda de la salud mental. Paradigma basado en un ideal de felicidad y bienestar, regido por la lógica capitalista: todo sufrimiento, toda infelicidad, todo riesgo, es anormalidad y todo lo anormal debe ser eliminado.

Pero sabemos que esto no ocurre, que el sujeto sufre y hace de su sufrimiento una demanda que el discurso social dirige hacia un Otro institucional encarnado en uno de sus semblantes: el de salud mental.

Y no podemos dejar de lado que la salud mental queda, por supuesto, entretejida con la biopolítica que planteaba Foucault (2007), si tenemos en cuenta que la define como aquellas prácticas y discursos que controlan nuestra vida y nuestros cuerpos. Con constancia se han ido desarrollando prácticas sociales y maquinarias institucionales en esta ambición de felicidad para todos.

Esta sociedad actual de consumo, nos lleva a repensar aquello que Freud propuso en su “Malestar en la Cultura” allá por fines de la década de 1920. Si antes las prohibiciones se construían sobre la base de una renuncia a la satisfacción individual en pos del bienestar común social, pero el sujeto se sentía sostenido en ciertos ideales seguros, en una autoridad y una tradición, por el contrario hoy nos encontramos con que la fuente del padecimiento parece ser ahora la carencia de ideales que brindaban seguridad, la permisividad extrema, el goce individual nunca antes visto. Estas “libertades” y este despliegue de opciones para elegir, producen una sensación de desamparo, de inquietud e impaciencia en los jóvenes de hoy, quienes intentan controlar lo más que se pueda este “principio de realidad”.

Y en relación al intento de sutura, de eliminación del malestar, del imperio del principio de placer, del universal de completud y felicidad en juego, esto es, del empuje al goce, retomamos las ideas de Freud en relación al malestar. Malestar que es ineliminable e inherente a la condición humana.

Vivir en la cultura, siempre implica una renuncia, es decir, que todo no se puede, y lo que se puede, no se puede de cualquiera manera. Y esta renuncia supone un malestar que es precondition de la vida en la cultura. Desde el psicoanálisis, se tratará de ver cómo cada uno se las arregla con esto. Un ejemplo de esto, es el uso de narcóticos, entre otras cosas, como forma de arreglárselas, de anestesiar ese malestar, incluso a costa, a veces, de la ruptura del lazo social.

Una forma de "arreglo" que se presenta en la actualidad, en la época del mercado como Amo en el capitalismo, es el intento de reducir al sujeto a la categoría de consumidor. Un tipo de consumidor, es el toxicómano, siguiendo la línea freudiana, y los hay de todo tipo de productos.

Se trata de una sociedad, en la que impera el discurso capitalista, regida por una constante oferta de productos que todo el tiempo se renuevan, mejorándose a sí mismos, productos que crean una ilusión de poder tenerlo todo, que generan una sensación de completud y de placer ilimitado; en donde la sustitución inmediata aparece como un modo posible de soportar la realidad insoportable. En este escenario, el psicoanálisis intervendrá desde una posición ética, apuntando a descompletar, a ir hacia la división subjetiva, en definitiva, hacia el sujeto.

Esta hipermodernidad en la que vivimos se caracteriza por el declive del padre y de lo viril. Esto es, si pensamos en las fórmulas de la sexuación planteadas por Lacan, que no existirá más del lado masculino, "la excepción", aquél que le dice no a la castración. Excepción que posibilita que cierre el "para todos hay castración". Así, el nuevo conjunto, sin la excepción, no configura el conjunto del "Todo" como antes, y es el No-Todo la nueva configuración, la cual es denominada la feminización del mundo.

El No-Todo no es un Todo afectado por una falta, sino una serie sin límite ni totalización. Es la imposibilidad de cerrar el conjunto, carece éste de límite. Así, el conjunto no es incompleto sino inconsistente, sus elementos no poseen estabilidad ni principios constantes.

De esta manera, leemos hoy la globalización desde el No-Todo, que es la posición femenina. El modo de goce no es entendido desde la perspectiva de padre como significante amo (S1) con su función de prohibición y castración, sino desde su positivización, desde la mostración del goce que hay. Es el plus de gozar, la norma de goce hoy. El goce, el plus de gozar, se ha tragado al Ideal, es la satisfacción lo que rige el estado actual de la civilización y no el Ideal. Hay un pasaje del "no gozarás" al "debes gozar", este tipo de síntomas aparecen en el cuerpo del parletre. Hoy, los síntomas revelan más crudamente estas formas de goce.

Podemos pensar que hay "micrototalidades de goce" tribus o grupos. Se agrupan en tanto un rasgo diferencial: se nombra un goce, se lo aísla, se lo asocia con un saber, y se inventa una clase (góticos, floggers, skaters, hippies, lista que no cierra, mostrando su inconsistencia estructural). El elemento aglutinante de las micrototalidades es un goce éxtimo, es decir, exclusión del universo social con inclusión solidaria en la banda, marginación de las leyes del Otro con inserción normativa en la micrototalidad. (Sinatra, 2013)

El desafío será entonces cómo encontrar una respuesta singular a ese imperativo de homogeneización de goce, de que todos consumamos lo mismo y de la misma manera. Encontrarse con un analista en el equipo de salud mental abre un espacio para deconstruir ese imperativo. Producir una pausa, es una manera de iniciar ese recorrido.

El analista en las instituciones y equipos de trabajo

Es una realidad que a los psicoanalistas no nos enseñan a trabajar en instituciones que tienen lógicas propias y que, en su mayoría, utilizan un dispositivo que podríamos denominar "interdisciplinario". Insertarnos en ellas es un desafío siempre nuevo y constante para quienes nos hemos formado con la lectura de textos que plantean, por ejemplo, la neurosis, el síntoma, la transferencia, las resistencias y el dispositivo mismo, como una dinámica "dual": analista-analizante.

Sin embargo, la práctica psicoanalítica en equipo y en grupos en nuestro país, inicia en las décadas del 50 - 60, de la mano del abordaje de las psicosis dentro del ámbito hospitalario. Pensar en <hacer existir el psicoanálisis> en instituciones de salud mental, tal como plantea Miller (Caroz, 2011), nos enfrenta constantemente a tener en cuenta los distintos atravesamientos administrativos, legislativos, políticos, sociales, y económicos que poseerá nuestra práctica y a hacer, con ese multiatrasamiento, un encuentro posible con un paciente. Este encuentro no puede perder de vista aquello que nos caracteriza: lo clínico y lo singular, aquel punto en el cual el paciente puede nombrar algo de su sufrimiento, y de su goce. Por eso no podremos decir nunca que quien llega es un sujeto, ya que la categoría sujeto será siempre, un efecto.

El practicante del psicoanálisis, trabaje donde trabaje: consultorios externos de un hospital, interconsulta, centros de salud, guardias de salud mental, etc., cuando se encuentra con un paciente apunta a producir un sujeto. Para que esto se produzca no alcanza con que se respeten los derechos del individuo, cuestión absolutamente necesaria, sino que además hay que hacerlo hablar. Un sujeto es aquel que se hace representar por significantes. No hablarlo ni someterlo a la regla, sino hacerlo hablar, es una condición primera para que surja aquello que Freud llamó el inconsciente.

Esto no siempre es sencillo, por ejemplo, en una guardia de salud mental donde históricamente se trabaja desde una lógica psiquiátrica. La psiquiatría intenta establecer un diagnóstico, con lo cual sabría de manera casi automática cuál es el tratamiento adecuado. Para hacer esto tiene que borrar la singularidad (es un intento vano). El lugar del psicoanálisis allí es recordar, siempre que se pueda, que el caso nunca puede ser reducido automáticamente a la regla. Será nuestra apuesta la de poder ofrecer una escucha y producir un alojamiento, allí donde la urgencia se manifiesta totalmente descarnada. Una vez más, no hay clínica psicoanalítica sin su acto de ética y sin deseo del analista.

Por otro lado, el analista en las instituciones trabaja en equipos, de manera *interdisciplinaria*. En las reuniones formales de equipo, en las charlas informales con los compañeros de trabajo,

y donde sea que se encuentre la posibilidad, hay que demostrar que el Otro está barrado, que no hay regla, ni norma, ni protocolo que funcionen a la perfección. Esto no quiere decir que haya que desconocer las reglas o que los protocolos no sirvan. Quiere decir que nunca alcanzan. Quiere decir que nunca el Otro simbólico puede atrapar lo real. Se deduce de esto que el verdadero acto está más allá de la aplicación de un reglamento. (Laurent, 2014, 73-74).

La ética del Psicoanálisis

Pensar el lugar del analista en relación al campo de la salud mental nos obliga a pensar en la ética del psicoanálisis y ella en relación a la demanda. En relación a esto, Susana Amado (2011) establece en relación a una frase freudiana que el término “ética” designa el lugar donde habita la posibilidad de entender la novedad y por ende está puesto en relación con lo que llamamos <falta>.

No debemos desconocer que al psicoanalista se le dirige una demanda de felicidad y de promesa como a tantos otros terapeutas, maestros sacerdotes, gurús. Sin embargo, no acepta esta demanda como tal sino que opera para que mediante la transferencia, esta demanda de felicidad se transforme en un deseo de saber. Tomar esta posición supone también la ética del psicoanalista de estar advertido de su propio deseo, advertencia que sólo se logra a través del propio análisis. Con esto queremos mostrar que la ética, como la planteó Lacan no es discurso, sino praxis.

El deseo de saber entonces, implica esta posición de un no-saber por parte del analista. Esperanza Molleda (2011) refiere

El psicoanálisis abre una nueva dimensión ante el discurso del amo: la asociación libre frente a la apropiación política del modo de satisfacción del sujeto; el sujeto dividido por el lenguaje y por el goce frente a la ilusión de dominio sobre uno mismo; el atrevimiento de no pretender dar soluciones frente a lo impuesto en nombre de la utopía; la lógica del deseo frente al servicio de los bienes. Una “libertad” más allá del imperativo de felicidad

Como es sabido, uno de los pilares del Estado de Bienestar se asienta en la política sanitaria, por su incidencia directa en el progreso de un país y en la organización socio-económica del mismo. En un estado moderno el objetivo sería su universalidad, llegando a constituirse en un derecho, la lógica del para todos, lo que supone un primer escollo a la particularidad, la lógica del no-todo. La sanidad como derecho universal, debe articularse a la particularidad del síntoma.

Hacia una convergencia posible

Frente a posiciones extremistas y dicotómicas, retomamos la idea de que un camino posible es el de hacer existir el psicoanálisis en las instituciones que promueven políticas en salud mental. La sanción de una ley y las instituciones están regidas por la lógica del para todos y ahí es donde algo nos interpela. Tal como hemos expresado, el psicoanálisis no es, sin una política de derechos, ni sin la ley de salud mental que pone en igualdad de condiciones al psicólogo que al médico, aristas todas que apuntan al universal. Pero el analista tendrá que intervenir allí desde la lógica del sujeto, acorde a su deseo, sea cual fuere éste, sin esperar una respuesta o resultado de tratamiento específico.

Ante esta perspectiva es indispensable que el lugar del analista se sitúe “de côté” en relación a la lógica del universal. El profesional, en pos de lo más singular de cada sujeto, debe separarse del ideal institucional para poner por encima de todo, la ética del deseo que implica el acto analítico. Frente al asistencialismo en el que pueden llegar a caer las políticas sanitarias, aunque la falta constante de recursos siempre dificulte esta apuesta, no debemos olvidar nunca que el sujeto es efecto del lenguaje, dividido por el mismo, pero siempre es un sujeto responsable. Poner esto último en relación a quien llega a un hospital después de una golpiza, un abuso, un consumo compulsivo de sustancias o cualquier otra urgencia, puede tener un efecto de rechazo para quien no conoce ni practica el psicoanálisis.

Conclusiones parciales

Si el psicoanálisis se muestra como una práctica que puede introducirse “en lo social” es a condición de oponerse a las estadísticas, a las burocracias, y evitando reducir al sujeto al sujeto-mercancía.

La concepción de los derechos humanos, presente en la Ley Nacional de Salud Mental, conjuntamente con el ideal de salud para todos, no son incompatibles con el psicoanálisis. Por el contrario, el sujeto de derechos es una condición necesaria para nuestra práctica. Sin embargo, cuando el discurso de los derechos se vuelve una receta para hacer el bien –no necesariamente tiene que ser así- le toca al psicoanálisis recordar que el Otro está barrado, que el síntoma es irreductible y que el goce no se puede domesticar con fórmulas universales.

La clínica no es sin ética, y la única ética posible para el psicoanálisis es la verdad del deseo y de un goce que al final del recorrido será un goce advertido para el analizante. Lo que nos fundamenta es la singularidad, lo único que es irreductible es la política del síntoma y por tal motivo todo lo que sea nombrado discurso desde esta perspectiva decae en el mismo momento en que se lo enuncia. El sujeto del psicoanálisis entonces, es lo que queda, es el resto que escapa a la representación de las fórmulas de la ciencia.

Clínica inmersa en el paradigma actual, en el que impera la oferta de productos que crean una ilusión de poder tenerlo todo, universales. Aquí, trabajamos con la clínica del sujeto.

El abandonar posiciones de saber, que apuntan a ir en pos de un determinado bienestar para el paciente, no es sin angustia ni desconcierto, sobre todo para aquellos que no operan en el terreno del psicoanálisis, pero posibilita un escenario donde podrá surgir un sujeto. Sujeto con un deseo particular, una relación con su goce particular, que es consecuencia de algo. Así, se intentará trabajar sobre ese <algo>, sobre esa posición, para que el sujeto, conociéndola, elija.

Poder escuchar, pensar, pensar con otros, dar lugar, poner el cuerpo, estar, dejar... son desafíos para quienes trabajamos apostando al sujeto dentro de la salud mental, porque “de lo único que un sujeto puede sentirse culpable es haber cedido en su deseo” (Lacan, 1959, 379)

Esta transición nos invita a todos aquellos que somos adeptos al psicoanálisis a que sigamos repensándonos en este paradigma y nos obliga a debatir desde nuestra práctica y desde nuestro saber.

Referencias

- AA.VV. (2014). *2° Jornadas de salud mental y adicciones ¿Cómo intervenir en las urgencias? Nuevas subjetividades, nuevos dispositivos*. Buenos Aires. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte.
- Amado, S. (2011, 22 de mayo). La ética del psicoanálisis. Revista Virtualia. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/022/Lecturas/pdf/La-Etica-del-Psicoanalisis.pdf>
- Briole, G. (2013). *La feminización del mundo*. Colección Grulla. Editorial CIEC.
- Borderías, A. (2012). El orden simbólico en el siglo XXI, ya no es lo que era. *Revista Letras Lacanianas*, N° 3. Recuperado de: http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=170:indice- revista-no3&catid=18:editorial&Itemid=39
- Castaño, A. (2011). El engaño del amo moderno. *Revista Letras Lacanianas*, N° 2. Recuperado de http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116:indice- revista-no2&catid=23:editorial&Itemid=31
- Caroz, G. (2011). ¿La Salud Mental existe?. *Revista Letras Lacanianas*, N° 2. Recuperado de http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116:indice- revista-no2&catid=23:editorial&Itemid=31
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Const.] (1948). Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Fernandez Blanco, M. (2012). Transferencia e institución. *Revista Letras Lacanianas*, N° 5. Recuperado de: http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=175&Itemid=53
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica Ediciones.

- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del Yo*. En *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones. Tomo XXI.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones. Tomo VIII.
- Garmendia, J. (2011). Algunas consideraciones sobre Psicosis, Psicoanálisis y Salud Mental. *Revista Letras Lacanianas*, N° 2. Recuperado de:
http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116:indice-revista-no2&catid=23:editorial&Itemid=31
- Lacan, J. (1959-60). *Seminario 7: La ética en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1960-1961): *Seminario Libro 8: La Transferencia*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Laurent, E. (2009). Delirio de Normalidad. *Revista Virtualia*, N° 19. Recuperado de:
<http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp?dossier/laurent.html>
- Laurent, E. (2014). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Argentina. Año 2010.
- López Herrera, P. (2012). El paradigma biopolítico versus el cuerpo lacaniano. *Revista Letras Lacanianas*, N° 3. Recuperado de:
http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=170:indice-revista-no3&catid=18:editorial&Itemid=39
- Miller, J-A. (1988). *Salud mental y orden público*. Editorial Eug
- Miller, J-A. (2013). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Editorial Paidós, Bs. As.
- Molleda, E. (2011). *Felicidad y Psicoanálisis*. *Revista Letras Lacanianas*, N° 2. Recuperado de
http://letraslacanianas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=116:indice-revista-no2&catid=23:editorial&Itemid=31
- Plan Nacional de Salud Mental Argentina. 2013.
- Rubistein, A. (2009). El deseo del analista: saber hacer con lo que hay. *Revista Virtualia*, N° 19. Recuperado de <http://virtualia.eol.org.ar/019/template.asp>
- Sinatra, E. (2013). *L@s nuev@s adict@s, la implosión del género en la feminización del mundo*. Buenos Aires: Editorial Tres haches.

CAPITULO 3

Ética e interconsulta: Hacerse un cuerpo con el dolor

Daiana Ballesteros y Stella López

Resumen

El presente trabajo parte de la afirmación de que la existencia del psicoanálisis en dispositivos no analíticos se sostiene en el operador que constituye el deseo del analista. Una viñeta clínica permite ilustrar cómo interviene un practicante del psicoanálisis de la orientación lacaniana en un dispositivo de interconsulta en el marco de un hospital general, orientando su acto por los principios en los que se afirma su ética.

Asimismo, se abordan y desarrollan las diferentes concepciones acerca del cuerpo y la muerte que sostienen el discurso analítico y el discurso médico -cada uno en su especificidad-, sus consecuencias en la práctica clínica, y cuáles son las preguntas éticas que surgen en el encuentro con lo real de un cuerpo hablante y de la muerte.

A cada uno le toca reinventar el psicoanálisis...

El deseo del analista es el operador que ha permitido extender la clínica hacia nuevos dispositivos. Deseo de hacer existir el psicoanálisis, de reinventarlo cada vez, con cada Uno. “¿Qué ha de ser el deseo del analista para que opere de manera correcta?” Esta pregunta, formulada por Lacan (1986, 17) no puede quedar afuera de los límites de nuestro campo, y esto, por una razón muy sencilla: el problema de la formación del analista lo postula.

Leserre (2013, 48) afirma que el psicoanalista está en el mundo para hacer psicoanálisis, para hacerlo avanzar. Su intervención en lo público debe adecuar su táctica y su estrategia a su política no revolucionaria; política subversiva, que no solo va en contra de las identificaciones, sino también de los ideales y de su falta.

El psicoanálisis en el hospital se sostiene por la introducción de este deseo, elemento no puro que permite inventar –en cada caso- las condiciones para que nuestra práctica sea posible. Una práctica que nos confronta a sujetos atormentados por los fenómenos de las psicosis, abismados en la urgencia subjetiva, cortocircuitados en su lazo al Otro. Somos convocados, en los límites de la intervención médica, allí donde la falla epistemo somática

emerge, horadando el saber del amo y posibilitando al humilde alquimista, ocuparse de los restos que arroja dicha operación discursiva.

Es así que nos encontramos ante la presencia de cuerpos mortificados por la enfermedad, fragmentados por la lesión, expuestos a la vivencia de la caducidad y de lo inexorable de la muerte. Son esos casos los que nos han hecho encontrarnos con lo real de la clínica reenviándonos siempre a la pregunta de que nos sostiene allí. Este trabajo será el intento de esbozar una respuesta, que tendrá en el horizonte al deseo del analista, ese deseo extraño que se renlanza, una y otra vez, en la transformación misma del psicoanálisis.

El misterio del cuerpo hablante

El hecho de que el animal humano tenga como hábitat al lenguaje, no es sin consecuencias sobre él. Una de ellas es la relación sintomática que todo ser hablante tiene con su cuerpo; no hay allí armonía, ni paz, sino síntomas que cada uno se inventa para poder hacer con ese cuerpo que -traumatizado por la lengua y mortificado y recortado por el lenguaje- no deja de ser un misterio para cada uno: el misterio del cuerpo que habla.

No se nace con un cuerpo, el cuerpo se hace, es el producto del encuentro entre el organismo vivo y el lenguaje; encuentro en el que a veces se producen accidentes que impiden que éste se constituya o bien que se presenten fallas en esa constitución.

Lacan ha planteado esta temática en distintos momentos de su enseñanza. Su primer abordaje aparece desarrollado en el Estadio del espejo (1984). Parte allí del problema que implica la prematuración del animal humano y su consecuente incapacidad para valerse por sí mismo. La incoordinación y la fragmentación en la que el niño se encuentra, lo sitúa en un tiempo previo a la identificación con un cuerpo unificado.

Apoyándose en hechos provenientes de la etología animal y de la psicología del niño Lacan da cuenta de cómo una imagen, una Gestalt, puede tener efectos de formación sobre el organismo. El júbilo que el niño experimenta al reconocer su imagen, muestra su importancia libidinal. Encuentra una solución en ella, que le proporciona la unidad que le falta a su organismo.

En un segundo momento, Lacan privilegia la dimensión simbólica en la constitución del cuerpo, quedando lo imaginario subordinado a ésta. El cuerpo deviene entonces un producto de lo simbólico, se construye a partir de él.

En 1960, en su escrito Observaciones sobre el informe del Dr. Daniel Lagache, retoma el Estadio del espejo introduciendo la prevalencia de la dimensión simbólica sobre lo imaginario. Sostiene que el Otro que está en juego allí es el Otro del lenguaje, encarnado en el adulto que sostiene al niño ante el espejo, y hacia quien éste se volverá para interrogarlo sobre esa imagen. Es preciso, entonces, que la imagen sea libidinizada por la mirada del Otro para que pueda sentirla como propia, identificándose a ella. Esta imagen libidinizada será el fundamento de su yo, la base de su narcisismo.

Lacan (1980, 15) inventa el neologismo *corpsification* para nombrar el modo en que lo simbólico fabrica un cuerpo. Esta operación tiene dos tiempos: un primer tiempo en el cual el cuerpo es admitido en el lenguaje y un segundo tiempo en el que incorpora el lenguaje. Entonces, para tener un cuerpo, es necesario que éste sea nombrado como tal. Cuando se afirma: “este es mi cuerpo”, el cuerpo es admitido en lo simbólico como significante. El primer efecto de esta incorporación es una sustracción de goce; el cuerpo queda reducido así a las zonas erógenas y a la actividad que la pulsión realiza allí.

Ahora bien, si tener un cuerpo es el producto complejo de múltiples operaciones, si es el lenguaje el que otorga un cuerpo al sujeto como un atributo, las perturbaciones en esta relación tendrán como consecuencia fallas en la constitución del cuerpo y en la asunción de éste como propio. Inclusive, la clínica psicoanalítica nos enseña que hay sujetos que no tienen cuerpo. Qué hace un practicante del psicoanálisis ante los síntomas que esas perturbaciones generan, es una pregunta clínica y ética que nos convoca cada vez, con cada uno.

Este trabajo intentará mostrar como un sujeto psicótico pudo hacerse un cuerpo con el dolor, en el límite de la vida, en los bordes de la muerte. El cuerpo de Juan comenzó a existir, justo en el momento en que empezaba a morir.

La falla epistemo - somática

Desde una sala de clínica médica se solicita que evaluemos a Juan, un paciente con HIV que, según se escribe en el papel de la interconsulta, presenta “conductas manipulativas”. El médico -un residente de primer año que hace solo un mes que trabaja en la institución- responde con datos numéricos, cifras y nombres de complejos estudios a los intentos de la analista por interrogar su demanda. Pero de Juan, no puede decir casi nada, solo que intenta manipularlos para que lo dejen retirarse de la internación.

Convocados por el caso, otros médicos de la sala se acercan y toman parte en la conversación; se los escucha movilizados e inquietos. Algo de Juan los angustia, concerniéndolos en lo más íntimo de su acto.

Uno a uno van aportando texto con el cual empezar a tejer la trama de esta interconsulta: los que lo atendieron cuando entró, los que han estado con el paciente en la guardia, los médicos de otros servicios que lo están estudiando... Todos tienen algo para decir.

Juan es un paciente que padece HIV desde hace 20 años; si bien nunca ha seguido con regularidad los tratamientos indicados -abandonándolos cada vez-, ahora está en una situación crítica. Además del HIV tiene un linfoma en la columna. No solo la indicación médica es que no se vaya, sino que es imposible que pueda hacerlo, sobre todo porque Juan vive en la calle.

Ninguna explicación ha logrado conmover la fijeza de lo que insiste -una y otra vez- en esos gritos que profiere en los episodios de excitación psicomotriz: “quiero que me dejen, quiero irme a morir en la calle”. Juan rechaza todo lo que el Otro de la medicina le ofrece,

grita y se lastima, al quitarse los aparatos que la ciencia ha conectado a su cuerpo para curarlo. Y es que él, contra toda estadística, parece elegir la muerte.

La medicina y el psicoanálisis no tratan el mismo cuerpo. Para la medicina, el cuerpo es equivalente a un organismo que funciona o no. Mientras que para el psicoanálisis el cuerpo no se confunde con el organismo y es, sobre todo, un cuerpo libidinal.

La ciencia busca eliminar lo imposible, en su afán de domeñar lo real. Hace existir, de este modo, la relación epistemo somática, excluyendo la dimensión del goce; dimensión que -como sostiene Lacan- abre para nosotros toda una perspectiva ética. Se desconoce así, que el cuerpo hablante, lejos de tener como finalidad la homeostasis, “es algo que está hecho para gozar, gozar de sí mismo” (Lacan, 2010, 92).

La falla en esa relación que no existe, resquebraja el ideal de cuerpo purificado sostenido por la ciencia. Es cuando algo de esta dimensión aparece, cuando el goce que habita a un ser hablante irrumpe, poniendo de manifiesto la disarmonía estructural que nos constituye, que el analista es llamado a intervenir; allí, en los límites de la operación médica, con los restos que ésta produce.

No comprender

Al acercarse a la habitación de Juan, la analista se encuentra con un sujeto angustiado. Juan responde a sus preguntas y comienza a hablarle de él, de su historia, de su enfermedad. Le dice, al igual que a los médicos, que quiere irse a la calle, a morirse, pero agrega algo más, que él pone en el lugar de la causa: no soporta el dolor. Éste es el responsable de sus “crisis” -episodios de excitación psicomotriz- en los que se arranca los aparatos e insiste con irse.

La analista interroga ese dolor, no comprende. Y entonces, en el discurso de Juan aparecen dos estatutos del mismo: “el dolor del alma y el dolor físico”. La primera maniobra consiste despegarlos y ubicar a qué responde cada uno.

Juan enlaza el “dolor del alma” a situaciones en las que queda caído de la mirada materna. Relata un intento de suicidio –ocurrido dos años antes- en el momento en que la certeza en la que se sostenía se vio conmovida: “con mi mamá nos entendíamos con la mirada, pero algo de eso se rompió”. Es en esta coyuntura que tiene lugar el pasaje al acto y su consiguiente internación en una sala de agudos de un hospital psiquiátrico.

A medida que transcurren las entrevistas se va ubicando que la presencia real de la madre le hace de sostén. Estando neutropénico, sitúa lo difícil que le es no poder tener un contacto físico con ella debido a su aislamiento.

Juan insiste, en las entrevistas, con que lo dejen ir a morirse a la calle. Al mismo tiempo, quiere que su madre lo lleve a su casa. Piensa que ésta no lo hace porque no lo quiere. La figura materna aparece así, como el único lugar posible por fuera de la muerte. Mirada absoluta de un Otro que sostiene en su presencia real pero cuya ausencia lo arroja -como desecho- a

los abismos más mortíferos. Se recorta así la posición de resto en la que se ubica y a la que se ofrece ante el Otro materno.

En una ocasión Juan nombra, también, las imposibilidades de su madre: las condiciones materiales en las que sobrevive su familia hacen que ésta no pueda alojarlo en este estado. La analista interviene afirmando y puntuando lo que él mismo está diciendo: su madre no puede.

Ubicar un punto de inconsistencia en la figura materna, posibilita que Juan comience a leer de otro modo algunas situaciones. Un lugar, por fuera de la madre, se hace posible. La sala del hospital, con sus médicos, sus aparatos y sus pautas de tratamiento, se constituye en un marco donde alojar y cuidar su cuerpo, ese que empieza a fabricarse ahí, tan al límite de la vida, tan al borde de la muerte.

Hacerse un cuerpo con el dolor

Juan reclama la presencia de la analista diariamente. Las entrevistas y el lazo transferencial que ha establecido con ella ocupan un lugar fundamental en el armado de la solución que ha ido inventando para poder hacer con aquello que lo hace padecer. Se consiente entonces -a su pedido- con la lógica del no todo. La presencia real de la analista tiene para él una función en el armado de su cuerpo y de un lazo al Otro. Pero es necesario no encarnar ese lugar absoluto que Juan le ofrece, lugar de un Otro completo y consistente, que tomaría el relevo de la figura materna. Descompletarse, es aquí, la maniobra analítica. Juan sabe que hay días que su psicóloga tiene mucho trabajo y que no puede pasar a verlo; que puede llamarla si es urgente, y que, alguien del equipo de guardia se acercará a hablar con él en caso de que ella no pueda.

Los meses transcurren, la enfermedad avanza. El dolor físico toma protagonismo. En una dimensión de su relación a la palabra Juan logra armar esta escisión entre el dolor del cuerpo y el dolor del alma; pero cuando el primero se presenta en su estatuto de real, no hay nada que permita enmarcarlo. Hay días en que dice que no lo soporta; otros días solo mira a su analista, con gestos mudos. Dimensión real del dolor que no puede decirse, padecimiento que la palabra no puede tocar, ni nombrar. Entonces, solo queda alojar esos gestos que le dirige; alojarlos en su cuerpo, no sin preguntarse -cada vez- si esto tiene alguna función para Juan, pero sobre todo, que hace que ese cuerpo, el suyo, se sostenga allí.

Juan no tenía un cuerpo antes de ese dolor. El abandono de los tratamientos médicos y lo que los otros nombraban como su descuido, era el modo en que se traducía la falta de subjetivación de un cuerpo al cual tratar y cuidar. Fue el dolor el que vino a llenar ese espacio ahí, donde el cuerpo no existía. Dolor que lo hizo dirigirse a otros para hablar de él, para pedir ayuda. Dolor que le posibilitó enlazarse al Otro de un modo distinto, ya no como resto y desecho.

La intervención analítica lo pacificó y permitió que el cuerpo, ese que se iba armando y que iba existiendo en la medida en que moría, quedara alojado en un marco y se dejara tomar por el Otro de alguna manera posible: en la dimensión paliativa, terapéutica, hospitalaria. Juan, que había vivido siempre como un desalojado del Otro por estructura, pero que además realizaba esa posición desde el inicio de su locura a los 18 años, pudo morir dignamente en la cama de un hospital. Y no hablamos aquí de la dignidad en un sentido moral, sino de la dignidad del sujeto, esa que el psicoanálisis reivindica, en tanto es indisociable de su ética.

En la última entrevista, al preguntarle si quiere hablar, Juan le dirá a su analista que “está cansado”. Serán las últimas palabras que le dirija, las de un cansancio que pudo decir, con un registro de que algo tenía que caer, pero de otra manera, no como resto sino con la dignidad de un desenlace.

El discurso médico en la era de la ciencia

Lacan (2010, 88) sostiene que la entrada de la medicina en su fase científica enfrenta al médico a nuevos problemas. No solo se le demandan intervenciones eficaces, que serán evaluadas por rigurosos sistemas estadísticos, sino que también se lo convoca a distribuir agentes terapéuticos –químicos o biológicos- que la ciencia le pedirá poner a prueba.

A su vez, ésta lo provee de instrumentos y técnicas que le permiten intervenir lo real. Pero, enajenado de su acto, el médico se encuentra muchas veces en la imposibilidad de pensar los efectos del mismo.

El discurso capitalista, en su alianza con la ciencia, forcluye la castración: nada es imposible, ni siquiera pensarse inmortal. La muerte es concebida, entonces, como una enfermedad a la que la ciencia no sabe todavía curar, como la conclusión de un proceso bioquímico que- por accidente- afecta al viviente regresándolo al campo de lo inanimado. La medicina genera así, en el interior de sus propias estrategias, el ideal de omnipotencia de un cuerpo que sobreviviría al tiempo, del cual cada sujeto debería poder gozar sin límites. El médico es convocado allí a matar la muerte, a negarla, doblegándola.

A estas demandas, efecto de la relación de la medicina con la ciencia, se añade, muchas veces la evaluación constante a la que son sometidos los médicos en formación. Recién salidos de la institución universitaria se ven inmersos -repentinamente y sin transición alguna- en un sistema de salud que funciona mal, que no les proporciona recursos, pero que les demanda productividad y eficacia. Un sistema de salud que muchas veces los convoca no solo a poner a prueba los medicamentos que la industria produce, sino a decidir –cuando éstos son escasos- a que pacientes administrárselos y a cuáles no. Perversidad del sistema que ubica al médico como amo capaz de administrar la vida y la muerte.

Asimismo, el fantasma de juicios por mala praxis deambula por las salas del hospital convirtiendo a los pacientes -y a sus familiares- en futuros querellantes de los cuales hay que defenderse.

El lazo del médico con los pacientes está sostenido entonces, en todos estos discursos y no carece de complejidad. Será necesario considerar esto cada vez que seamos convocados a intervenir como analistas, para poder leer, en cada caso, qué lógicas discursivas están operando y que síntomas son efecto de las mismas.

Lacan nos advierte que en la medida en que el desarrollo científico modifica la relación de la medicina con la salud -considerada ésta como un derecho humano fundamental- el médico se ve compelido ante estas nuevas demandas, y que “es en el registro del modo de respuesta a la demanda donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica” (2010, 90).

Ahora bien, si el médico sostiene la originalidad de su posición en ser el que responde a una demanda de saber, si es primero la demanda del enfermo lo que lo hace médico, ¿qué es ante un paciente como Juan, que no solo no demanda nada, sino que rechaza todo aquello que la medicina ofrece? Si en nombre de la omnipotencia de la ciencia el médico es convocado a doblegar a la muerte, a forcluirlo, a rechazarlo, ¿qué responde ante un paciente que afirma querer morir, que lo pide a gritos porque dice no soportar el dolor que los tratamientos le generan? ¿Qué insondable decisión se juega cuando las drogas necesarias para esos tratamientos deben administrarse cuidadosamente en el hospital público?

A veces, ante todas estas demandas que dibujan algo parecido a los infiernos dantescos, el médico nos llama. Y es ahí que tenemos la preciosa oportunidad de hacer operar nuestro deseo.

Ante la muerte ineludible, la dignidad del acto médico

En el inicio de la interconsulta, la intervención analítica alivió el malestar de Juan y habilitó un lazo posible con el Otro de la medicina, encarnado en esos jóvenes residentes, por quienes se dejó alojar y con quienes aprendió a cuidar de su propio cuerpo. Pero los meses pasaron, su situación clínica empeoró y la muerte fue ya, una certeza ineludible. Los profesionales de distintos servicios que intervenían en el caso coincidían en esto; solo era incierto el día, pero ya no había tratamiento que pudiera salvarlo.

Sin embargo, su médica, no aceptaba esto. Había adoptado una actitud renegatoria que interrogaba a la analista a cargo de la interconsulta. Leía, por un lado, que este mecanismo defensivo le permitía sostenerse allí, siendo aún la médica de un paciente que inevitablemente iba a morir. Pero la posibilidad de que esto le impidiera realizar el acto médico de interrumpir los tratamientos invasivos que ya no producían efecto, era una pregunta que la analista no podía desconocer.

En una oportunidad, luego de entrevistar a Juan, la analista busca a su médica para hablar sobre él. Ésta dice que han decidido interrumpir las quimioterapias y a continuación enumera estudios y datos médicos, en un intento visible por evitar la angustia. La analista le pregunta entonces, cómo se siente ella y ante esto, por primera vez, llora. Alojar la angustia

y escucharla hablar de Juan, ese que todavía está vivo y es su paciente, es aquí la intervención. En su discurso se articula una pregunta -ética- que la concierne en lo más íntimo de su acto: si bien han decidido interrumpir las quimioterapias, los cuidados paliativos continúan. Ella considera que algunos de estos le generan a Juan un exceso de dolor innecesario. Se indaga si ha podido conversar acerca de esta cuestión con sus compañeros para decidir qué hacer. “No, ellos no tienen tiempo, están ocupados con pacientes que sí van a vivir”, dice.

El trabajo de la interconsulta, en esta instancia, apuntó a que esta pregunta ética, encontrara un interlocutor. A instalar una pausa y un tiempo de comprender, allí donde el discurso médico y universitario empujan a curar –compulsivamente- en aras de la productividad que demanda el sistema. Poner a trabajar esta pregunta, posibilitó que otros pudieran plantear las suyas, esas que no habían esbozado porque si uno es médico y además está en formación – paradójicamente- tiene que saber.

Allí, en el final, el acto médico tuvo su lugar, arráncadole a la angustia su certeza inexorable. Allí, en el final, si la muerte fue digna fue solo por ese acto que –en los límites de la vida y un poco más allá- hizo existir a Juan como un hijo del lenguaje.

“Me gustaría mucho que me enseñara algo...”

Con estas palabras Lacan se dirige a un paciente en una de sus presentaciones, palabras que delimitan la posición ética que sostuvo siempre en la clínica: los casos nos enseñan y es por eso que la posición que conviene al analista es la de “una sumisión completa a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo.” (Lacan, 2008, 511). Pero dejarnos enseñar por cada parletre las soluciones que ha inventado -para hacer con lo real del sexo y de la muerte- solo es posible en la medida en que opere el deseo del analista. “Pues, [...] es el deseo del analista el que en último término opera en el psicoanálisis” (Lacan, 1984, 833).

Leserre (2013, 106) sostiene que este deseo no es el deseo de ser analista. Retoma a Lacan, quien acentúa el impersonal “del” para diferenciar el deseo del sujeto del deseo que opera en tanto psicoanalista. Deseo que se constituye como un principio de la política del psicoanálisis, que no trata de ajustar al sujeto a una realidad, ni a un ideal de bienestar, sino que apunta a lo más singular, a que cada uno sea capaz de delimitar lo que lo diferencia como tal y de asumirlo.

Afirmamos entonces, con Miller, que “el deseo del analista es un instrumento para operar, y si hay algo que se aprende en Lacan, es la dignidad del instrumento precisamente, de lo pragmático”. (2000, 130). Ahora bien, que el operador haga del deseo del analista un instrumento de su práctica implica una exigencia de formación, sostenida en el control y el análisis didáctico.

Como afirma Lacan, “el deseo, ese deseo que sostiene la posición del analista va a contramano de lo que la humanidad quiere” (2012, 327). Se trata siempre de un deseo inhumano, no

sólo en su renuncia a ocupar el lugar desde una concepción de poder, sino también en el no suponer la existencia de un bien que vale para todos.

En su texto “la salvación por los desechos”, Miller (2012, 55) retoma esta fórmula con la que Paul Valery definió al surrealismo; fórmula que vale también para el psicoanálisis, el cual, desde sus inicios, se ocupó de los desechos de la vida psíquica. Freud descubrió que, era a través de estos desechos, que el sujeto tendría la oportunidad de lograr su salvación, esa que hasta ese momento no se había buscado más que por los ideales.

Miller se pregunta allí qué es lo desechado. Dirá que es lo que cae, lo que se desprende, pero por otro lado se eleva. Es aquello que se negativiza o se hace desaparecer, mientras el ideal resplandece. Y sí, es de esos desechos, que nos ocupamos. De los que arroja el discurso médico en su alianza con la ciencia, de la posición de desecho en la que un sujeto puede presentarse en su relación con el Otro, del desecho mismo que somos ahí, como analistas, en el desenlace de una cura. Pero es el deseo del analista, la alquimia que puede convertir esos desechos, en algo que se eleve a la dignidad de una causa. Causa que, sostenida en el vacío de la imposibilidad, impulse un trabajo, ese que puede hacer que un sujeto encuentre un modo más vivible de hacer con su goce o que alguien pueda morir con la dignidad que supone ser hijo del lenguaje.

Este escrito, va dedicado a Juan, por habernos enseñado sobre ese misterio que es el cuerpo hablante; sobre ese real, que es el imposible de la muerte; sobre ese deseo —el del alquimista— por el cual más allá del final inexorable que la ciencia predecía, nunca se dejó de considerarlo vivo, hasta el último momento. Un saberlo vivo que lo salvó de ser un desecho, para morir como un sujeto. A Juan, este escrito, por habernos enseñado que no se puede escribir la muerte y que es por eso, justamente, por lo que se escribe desde siempre sobre ella. A Juan, que nos enseñó a todos los que tratamos su dolor, “el del cuerpo” y “el del alma” a preguntarnos por aquello más íntimo que concierne a nuestro acto. A Juan, este escrito, por lo que nos enseñó sobre el alquimista y su deseo.

Referencias

- Lacan, J. (2010). “Psicoanálisis y medicina”. En *Intervenciones y textos 1*, Buenos Aires, Manantial.
- Lacan, J. (2008). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis.” En *Escritos 2*, México, Siglo XXI.
- Lacan, J. (1980). *Psicoanálisis: Radiofonía y Televisión*, Barcelona, Anagrama.
- Lacan, J. (2012). “Nota a los italianos”. En *Otros Escritos*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (2012). *El Seminario, Libro 3, Las psicosis*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1984). “La dirección de la cura y los principios de su poder”. En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Lacan, J. (2000). *El Seminario, Libro 7, La ética del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.

- Lacan, J. (2012). *Seminario 10, La angustia*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1986). *El Seminario, Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1992). *El seminario, Libro 17: El reverso del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1981). *El seminario, Libro 20: Aún*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (2006). *El seminario, Libro 23: El sinthome*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1984). "El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica". En *Escritos 1*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Lacan, J. (1984): "Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista". En *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Léger, C. (2010). "Elogio de la presentación de enfermos". En *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós.
- Leserre, A. (2005). *El deseo del analista, una cuestión de horizonte*, Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Leserre, A. (2013). *A cada uno...* Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Miller, J-A. (2000). *El banquete de los analistas*, Buenos Aires, Paidós.
- Miller, J-A. (2012). "La salvación por los desechos". En *Punto cenit: Política, religión y el psicoanálisis*, Buenos Aires, Colección Diva.
- Miller, J-A. (2005). "Una fantasía" en *Revista Lacaniana de Psicoanálisis N° 3*, Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Miller, J-A. (2011) "Consideraciones sobre los fundamentos neuróticos del deseo del analista". En *Freudiana N° 63*, Barcelona, Sumario.
- Milner, J-C; Miller, J-A (2005). "¿Quiere ser evaluado? Reflexiones sobre una máquina de impostura" en *Revista Lacaniana de Psicoanálisis N° 3*, Buenos Aires, EOL.

CAPÍTULO 4

La prevención y sus dispositivos

*Beatriz Pagano, Cecilia De Cristófolo
y María Florencia Battistessa*

Resumen

Promoción del bienestar y evitación del sufrimiento se sostienen como ideales del discurso de la prevención. Adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, violencias, bullying, suicidio, entre otros, entran en este discurso como “plagas” evitables a partir de dispositivos que aplican, sea cual fuere su objeto a tratar, la misma estrategia: se detecta primero la comunidad de riesgo y luego se reducen los hechos a datos estadísticos a partir de un preconcepción por el que se los considera patológicos. Luego, intervenciones guiadas por un ideal normativizante, reducen lo “patológico” a una mera conducta que deberá devenir predecible y por lo tanto prevenible.

Abordaremos los dispositivos de la prevención destacando dos aspectos de su lógica: por un lado, el accionar anticipatorio, que suele borrar la dimensión de contingencia propia del sujeto; y por el otro, el “para todos” que subyace en su discurso.

Por último, nos dedicaremos a plantear lo que podríamos denominar las paradojas de estos dispositivos, en la medida en que se crean abordajes con la intención de prevenir, y controlar, ciertos “males” y con esa intención se llevan a cabo muchas veces intervenciones que, lejos de lograr su cometido, tienen como efecto la proliferación de los casos.

Introducción

La práctica analítica trasciende hoy las fronteras del consultorio privado para tomar su lugar en el campo de la salud mental, en las instituciones públicas y en diferentes dispositivos de atención. ¿Psicoanálisis en el hospital? No seremos los primeros en hacernos esa pregunta. Lo que pareciera ser una contradicción introduce más bien una apuesta ligada a una posibilidad. Ahora bien, ¿cómo pensar nuestra inserción, como analistas, en esos otros dispositivos de asistencia, cuando de lo que se trata no es de ofrecer la cura analítica para todos, sino de instalarse allí y en el encuentro con un analista dar lugar a los sujetos a un

“uso posible” uno por uno del psicoanálisis? ¿Puede de la mano de la prevención el analista incluir también su oferta?

Nos proponemos en este capítulo abordar una práctica, la de la prevención y sus dispositivos, para pensar la lógica desde la cual se los formula y desde allí ubicar si es posible, y cómo, la inserción de un analista en ese campo.

Del reconocimiento de un intento fallido al encuentro con un analista

Prevenir es preparar y disponer anticipadamente algo para evitar un riesgo. Prevenir es llegar antes, adelantarse anticipadamente a algo. En el campo de la salud se asocia a tomar recaudos ante las situaciones de riesgo, informar y fomentar una calidad de vida y propiciar conductas responsables y modos de vida saludables.

El discurso de la prevención se basa en la promoción del bienestar y la evitación del sufrimiento, ideales a los que pretende llegar mediante tratamientos estándares, construidos desde el imperativo social del furor curandis y de la salud para todos. Así, campañas de información, charlas en las escuelas, grupos de orientación, centros asistenciales, son algunos de los dispositivos que se arman según se requiera, y que, en el marco de políticas públicas son llevados adelante. Se trata de políticas que buscan siempre “proteger” la salud, bien común y el derecho a defender por el Estado.

Adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, violencias, bullying, suicidio, entre otros, entran en este discurso como “plagas” evitables a partir de estos dispositivos que aplican, sea cual fuere su objeto a tratar, la misma estrategia: se detecta primero la comunidad de riesgo y luego se reducen los hechos a datos estadísticos a partir de un preconceito por el que se los considera patológicos. Luego, intervenciones guiadas por un ideal normativizante, reducen lo “patológico” a una mera conducta que deberá devenir predecible y por lo tanto prevenible. En una especie de a priori serán definidos los “males” que aquejan a una población, aquello de lo que habría que salvar a los ciudadanos para garantizarles el mentado bienestar. Estos males suelen ser estadísticamente estudiados, se calculan tasas, porcentajes y demás datos cuantitativos, que resultan un escándalo social, como ocurre por dar un ejemplo con la anorexia en la sociedad occidental sobrealimentada.

Ahora bien, la patologización de estos males implica de por sí una consecuencia: se desresponsabiliza al sujeto, que en tanto enfermo no sabe lo que hace, pierde el control y por ende necesita de otro que lo controle. Patologización y victimización van de la mano, y dejan ambos al sujeto del lado del objeto que necesita ser “tratado”, “rehabilitado”, “asistido”, “curado”.

En cuanto a cómo funcionan los dispositivos de prevención, encontramos como denominador común la importancia otorgada a la educación. Claro está, que es un deber del Estado garantizar el derecho a la educación de sus ciudadanos, pero en materia de prevención lo que se

evidencia es que las campañas de información, aunque necesarias no son suficientes. Nos interrogamos en este punto y lo que advertimos es que, por un lado, cuando se trata de violencias, bullying, adicción, anorexia, etc. el saber en juego no es el saber de la conciencia. Dar charlas informativas acerca de los riesgos que trae aparejado consumir drogas, o dejar de comer o vomitar, no implicará de por sí que haya menos toxicómanos, anoréxicos o bulímicos, quienes por otro lado tampoco desconocen esos riesgos. En todo caso será el médico el que intervendrá desde allí, pero no debemos olvidar que hay, sin embargo, otro saber en juego, otro saber, inconsciente, ligado a lo que ese síntoma viene a hacer de arreglo para cada quien. En definitiva, es un saber no sabido respecto de cómo goza ese sujeto, y esto nunca es generalizable. Retomaremos este punto más adelante.

Por otro lado, y no menos significativo, se sabe que mientras más se alimenta el sentido, mayor es el incremento del número de víctimas; más mujeres golpeadas, más adictos, más niños-problema, más bulímicas y anoréxicas, la lista de las nuevas formas de nombrar lo que se detecta se vuelve inabarcable.

El “para todos” que subyace al discurso preventivo y el accionar anticipatorio completan la lista de rasgos que caracteriza a estos dispositivos. Se suele borrar con el primero la dimensión del sujeto y con el segundo la contingencia siempre ligada a él. Si hay una temporalidad válida en psicoanálisis es siempre la retroactiva, el *après-coup*, que nos permite leer a posteriori los acontecimientos. No podremos anticipar nunca lo que para un sujeto podrá devenir traumático, ni menos aún generalizar que para todos hay una misma solución; pues como sostiene Greiser (2012) para el psicoanálisis, a diferencia del conductismo y del paradigma moderno de la evaluación, no sólo no hay una solución posible a todos por igual, sino que tampoco para cada problema hay una solución. Tal vez sea el registro de esa imposibilidad lo que viene a negar el discurso de la prevención.

De allí que, lo que entonces advertimos, es que los dispositivos de prevención nacen en un intento fallido por regular los desbordes pulsionales, no dejan de ser en alguna manera estrategias, siempre fallidas, pues desconocen que no hay forma de regular lo real, que el síntoma tiene algo de irreductible, y que de lo que se trata es de dar lugar a lo que cada quien pueda hacer con eso.

El discurso del psicoanálisis produce en ese punto una diferencia al orientarse por lo real del síntoma para cada uno. En tanto los síntomas son modos de gozar, no se reducen al sufrimiento que conllevan, sino que se vuelven una manera de hacer con el malestar, malestar en la cultura que ya Freud señaló y para el cual no promete remedio alguno.

Intervenciones que singularizan

Creaciones como los dispositivos de prevención y promoción de la salud pueden resultar una posibilidad si los analistas nos animamos a hacernos un lugar en esas experiencias, a dirigirnos a lo inclasificable de la singularidad generando las condiciones para alojar aquello que lo universal rechaza.

Greiser (2012), teniendo en cuenta las operaciones lógicas de alienación-separación, sostiene que cualquier persona puede presentarse identificada a una etiqueta que la encasilla en determinada patología sin nombrar nada de sí; sin embargo, agrega que eso no la anuda al deseo de ningún Otro sino más bien a un manual, lo cual es propio de la época. Ante ello sostenemos que la operación analítica, en los dispositivos de prevención, podría consistir en pasar de una identificación masificante a un efecto singular, propio del sujeto que tenemos delante.

La apuesta analítica que proponemos en tales dispositivos es abrir nuevos caminos, generando aquella extra-territorialidad que Lacan (1985) traía en relación a la medicina con el cuidado de que ello no implique un confinamiento. Se propone pensar los dispositivos de prevención, como una posibilidad de escucha analítica que nos permita intervenir apuntando a lo singular de cada quien. Después de todo no es lo mismo un grupo de adictos con un analista en la coordinación, que sin él; como tampoco es lo mismo decir “ser adicto es ser enfermo” que preguntar “qué es ser adicto para vos”. Es desde adentro que debemos darnos la estrategia de pensar intervenciones que singularicen, ya que la ética del psicoanálisis implica estar también allí escuchando lo más propio de cada quien, indagando sentidos encriptados que puedan circular y obturar la vía deseante por la que abogamos.

Un analista puede separarse del para todos y de la normalidad basada en una media estadística y quedarse solo en ello. O puede también, a partir de ellos abrir un camino, puede desde allí dar lugar a efectos de subjetivación frente a los acontecimientos sociales actuales. Proponemos entonces que, sin perder de vista que la oferta genera la demanda y que muchas veces en tanto que agentes de salud corremos el riesgo de convertirnos en agentes del control social, en nombre de la prevención, podemos también intervenir. Desde un cierto malentendido desde ya, porque aun cuando participemos de dispositivos que se propongan con un título o un nombre, no buscaremos homogenizar, sino justamente lo contrario.

Quizá esto nos lleve a enfrentamientos con discursos amos, enfrentamientos que merecen la pena y que no tendrían lugar sin la presencia de analistas en intervenciones que se enmarquen en dispositivos de prevención. Sabemos que el psicoanálisis va a contrapelo de la salud para todos, el desafío es rescatar lo singular aun desde ahí. Es con ese marco, es aprovechando ese malentendido, que el encuentro con un analista no pasa desapercibido.

Viñeta 1

Juana se presenta al dispositivo de Salud Sexual Integral solicitando información en materia de salud sexual para su hija. Se arma un equipo interdisciplinario y se le propone a la joven pasar al consultorio para tener una entrevista. La madre pregunta “¿ella sola?”, “como ella preferiera” se le responde. Ante lo que refiere “entonces voy”, sin dar lugar a la palabra de su hija. Así es como entrevistamos inicialmente a madre e hija. Es Juana quien toma la palabra refiriendo la sospecha de que su hija (Devora) esté embarazada y se extiende hablando de lo difícil que sería para la familia hacer frente a este hecho. Ante cada intento por preguntar algo a Devora, Juana respondía. Luego de escuchar las variadas inquietudes de la madre, se interviene pidiéndole que aguarde en sala de espera, agregando la importancia de tener una entre-

vista con Devora a solas. Al quedar con Devora se muestra tímida al principio, mirando para abajo, respondiendo de forma acotada cuando se la convocaba o trayendo el discurso materno una y otra vez. Se le comenta sobre el secreto profesional, se le explica en que consiste la confidencialidad; luego de lo cual se le indaga sobre su estado ante la posibilidad del embarazo, D comienza a llorar, refiere que no lo había pensado antes pero que quería tener ese hijo/a.

Esta experiencia constituye una consulta individual en un dispositivo de prevención y promoción de la salud, en la que un practicante del psicoanálisis es parte del equipo interdisciplinario. Las intervenciones apuntaron a darle lugar a la palabra de Devora más allá de los dichos de su familia, única forma posible de hacerle un lugar a la variable sujeto.

El “para todos” del manual consistía en brindar información acerca de pruebas médicas para confirmar o descartar su embarazo, luego de lo cual se pone en conocimiento a quien consulta sobre los variados métodos anticonceptivos no sólo para evitar un próximo embarazo sino para posibles enfermedades de transmisión sexual. A los protocolos les es indiferente si consulta Manuela, Paula o Graciela, es la misma estrategia la que se oferta.

La pregunta que subyace es: ¿sin la presencia de los analistas en estos dispositivos como evitamos que algo de lo singular no sea omitido? Un psicoanalista puede no sólo escuchar aquello que responde a los mandatos del discurso médico, familiar y social, sino también hacer lugar al conflicto que se le plantea al sujeto entre esos mandatos y su deseo, así como también registrar lo no dicho que se presenta de entrada en esta viñeta.

En palabras de Laurent (2000, p. 30): “Encontrar un analista no consiste en encontrar un funcionario del dispositivo, se trata más bien de que ese alguien que pueda decir a un sujeto, en un momento crucial de su vida, algo que permanecerá inolvidable.” Laurent plantea los usos del psicoanálisis, y afirma que un uso fundamental del psicoanálisis es que el encuentro con el analista se transforme en la instalación de un paréntesis, en el cual el sujeto sometido a la tiranía de la causalidad transforme, busque, el sentido de su identificación.

Viñeta 2

En el marco de Ni Una Menos, se realiza una intervención territorial que busca visibilizar y sensibilizar sobre las violencias hacia las mujeres, a través de diversas actividades llevadas adelante por variados actores sociales.

Cualquier practicante del psicoanálisis puede sentirse perdido en dispositivos colectivos de prevención y promoción de la salud, así como en cualquier dispositivo no clásico, y esta intervención no fue la excepción. El desafío era cómo estar ahí, qué proponer desde psicoanálisis para enriquecer con su aporte la intervención.

A fin de atraer la mayor población posible se llevaron por ejemplo globos en los que se escribían frases en torno a la problemática de violencia de género. El propósito allí era introducir preguntas, descapturar lo que se da por supuesto desde el sentido común, suspender el sentido, no comprender. De modo que en los globos que se repartían con frases como “mujer bonita es la que lucha” incorporábamos por ejemplo “¿Qué es ser mujer para vos?”.

También entre otras tantas actividades se realizaron volanteadas en las que se promocionaban los centros de salud. Este fue otro frente para hacer hablar a aquel que recibía el volante, con preguntas disparadoras que consistían en ¿por qué crees que una mujer sostiene una relación violenta?, tan diversas eran las respuestas como personas a las que se les preguntaba.

La estrategia consistió que allí donde se homogenizaba, se intentaba rescatar lo singular. El psicoanálisis no es “para todos”, no tiene su lugar en todos lados, pero en todos lados puede recordar que el sujeto surge de la palabra. (Laurent, 2000, p. 138). Desechando todo ideal de una norma preestablecida a la cual arribar, se privilegió el valor de la experiencia como oportunidad para dar lugar a la ocasión, y la posibilidad de escuchar algo nuevo, la sorpresa de lo que puede producirse como efecto, o no, cuando alguien habla.

El corrimiento fue desde adentro del para todos. Quedarse solo en la lucha o en la crítica hacia él, no hace otra cosa que exiliarnos.

Viñeta 3

Rotación por grupo de jóvenes. Dicho dispositivo “promueve la relación entre pares, creando un ámbito en donde los adolescentes puedan manifestarse, así como ensayar nuevas alternativas de acción, pensamiento y sentir”. Lo conformaban en ese momento, aproximadamente 10 adolescentes del barrio del centro de salud y solía tratarse de compartir experiencias, hablando de problemáticas comunes. La dinámica a veces consistía en que uno contaba algo y el resto hablaba al respecto, o que cada uno iba contando algo sobre sí.

Una integrante llamaba la atención copaba las charlas del grupo, faltaba varios encuentros seguidos y luego volvía con problemáticas particulares al grupo. Un día lleva la idea de que una vecina de una religión afrobrasileña le había hecho un “gualicho”. La coordinadora (cuyo marco teórico no era el psicoanálisis) propone hablar de dicho culto religioso y el resto de los participantes comienza a relatar historias sobre conocidos que practicaban la religión.

Para aquel que practica el psicoanálisis es una especie máxima el “no comprender”. La intervención ese día consistió en volver sobre el postulado inicial que había llevado al grupo a hablar sobre esa práctica religiosa y preguntarle a la integrante por qué suponía que le habían hecho un “gualicho”. Allí comienza a desplegar episodios que se asemejaban más a fenómenos elementales a los que ella les había dado un sentido. La integrante finalmente continuó con el espacio grupal, así como también sumo un espacio individual con un analista.

A modo de conclusión

Estas viñetas dan cuenta de la importancia de un analista en dispositivos no tradicionales que en nombre de la prevención tienden a “normalizar”. ¿Cómo captar lo irreductible del síntoma frente a los ideales de normalización?

Tal vez se trata de apostar a la invención. No sólo para aquellos a quienes nos dirigimos, sino que también nosotros tengamos que disponer de un recurso creativo, sin perder especificidad, sin reducir la complejidad de nuestra práctica, pero para poder habitar ciertas ocasiones, ciertos escenarios. En definitiva, un dispositivo no es más que una red de elementos, discursivos y no discursivos, que pretende capturar algo y obtener desde allí algún efecto.

La época se rige por políticas enunciadas en términos de una lógica universal homogeneizante, donde el sufrimiento es concebido como un desorden al cual las técnicas que combinan lo biológico y lo conductual apuntan a eliminar, por ende, no consideran que “eso” tenga algo para decir. El psicoanálisis no se orienta a recuperar la homeostasis perdida, que por otro lado sabe que es imposible. Más bien se rige en la búsqueda de una nueva lectura que permita escuchar el dolor.

En nuestra práctica nos orientamos por el punto imposible que altera toda estructura, en la medida en que sabemos que no todo es simbólico. Afirma Laurent (2000): “El psicoanálisis tiene un lugar siempre que hay algún imposible a tratar”. Y la Salud Mental no es una excepción. “Freud decía que educar y gobernar son tareas imposibles, y el gobierno de la curación lo es aún más” (Laurent, 2000, p. 39). Si psicoanálisis es el tratamiento que puede esperarse de un analista, también en la prevención el analista tiene algo para ofertar.

Referencias

- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván: los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídicos-asistenciales*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. (1985). Psicoanálisis y medicina. En *Intervenciones y Textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

CAPITULO 5

Acerca del fenómeno de la violencia: ¿Cómo lee un analista?

*Anabela Bracco, Antonela Garbet, Antonella Soliani,
María Luz Zanghellini y Mariela Sánchez*

Resumen

En una época que se caracteriza por el imperativo de goce sin mediación del Otro se producen fenómenos que pueden leerse en términos de síntomas sociales. A los fines del presente artículo se intentará delimitar el aporte y la lectura que un analista realiza sobre un síntoma de la época: la violencia. Para ello será necesario realizar un breve recorrido por algunos autores psicoanalíticos, al mismo tiempo que se conversará con otras lecturas posibles sobre dicho fenómeno.

Introducción

La estructura del Otro social ha cambiado en los últimos tiempos y con esa estructura han aparecido nuevos síntomas, los llamados síntomas actuales. Tal como Lacan en 1953 lo decía, el Psicoanálisis debe estar a la altura de la época; tiene que poder ubicarse frente a estas modalidades de padecimiento, modalidades que no van en la vía de demandar saber.

Este capítulo, tendrá como objetivo entonces, dar cuenta de cuál es la lectura del psicoanálisis frente a las presentaciones violentas generalizadas, entendiendo la violencia como uno de estos síntomas de la época. Se trata de nuevas formas, nuevas modalidades que no pasan por el inconsciente y que silencian el síntoma, produciendo un rechazo a nivel del lazo social al mismo tiempo que prevalece un plus de goce.

Se intentará ubicar la especificidad de la lectura analítica, diferenciándola de otros discursos interlocutores que abordan estas presentaciones.

En este punto, es necesario dar cuenta de cuál es el aporte del Psicoanálisis ya que este no es un idealismo que busca la eliminación del síntoma, en tanto considera que hay un irreductible en la estructura. Eso irreductible, que se encuentra en el lazo del sujeto al Otro, es la pulsión de muerte, más poderosa que la pulsión de vida. Si somos freudianos entendemos con él

al Eros como la fuerza que une y posibilita el lazo con otros, pero entendemos de la debilidad de éste respecto de Tánatos, lo mortífero que destruye. Por eso, el problema se plantea a nivel de las relaciones del Sujeto al Otro.

Existió una época, la época del Padre podríamos decir, en la que el imperativo era la renuncia al goce, a la satisfacción en nombre de Ideales supremos. Renunciar al goce ya no es una propuesta de la época actual, sino todo lo contrario. Los límites provenientes de los semblantes de la ley resultan ser inoperantes.

Hoy, a través del discurso capitalista y de las pantallas de los medios de comunicación, se escucha un empuje incesante a gozar, a mostrar y decir cómo cada uno goza, sin diques, sin velos, sin límites.

A la vez, esto se pone en relación a lo que Lacan llama las pasiones individuales: el poder, la posesión y el prestigio, las cuales, de acuerdo a Miller (2013), se infiltran en los ideales sociales del individualismo exacerbado de las sociedades democráticas, dando como ejemplo el deseo apasionado de notoriedad, de estar en la televisión.

Pero el individualismo trae consigo su paradoja, y es ésta la que choca con ese empuje a gozar del modo en que queramos, donde todos tenemos derecho a hacer lo que nos dé la gana, porque esta paradoja es lo que Lacan llama fenómenos de asimilación social, donde “todo el mundo tiene derecho a hacer lo que quiere, por ende, todo el mundo mira el mismo programa de televisión a la misma hora, compra las mismas cosas, etcétera.” (Miller, 2013, p. 158). Lacan lo explica en estas palabras:

En una civilización en la que el ideal individualista ha sido elevado a un grado de afirmación hasta entonces desconocido, los individuos resultan tender hacia ese estado en el que pensarán, sentirán, harán y amarán exactamente las mismas cosas a las mismas horas [...] (Lacan, 1950, p. 53)

Estas cuestiones producen nuevas subjetividades y nuevos síntomas sociales.

Como consecuencia de ello, de esta asimilación social, de esta indiferenciación con el otro, de este pegoteo, se “deduce la insistencia de fenómenos de agresividad que le permiten al sujeto recuperar cierta distancia, reencontrar la diferencia” (Miller, 2013, p. 159).

Como decíamos anteriormente, cuando ese lazo entre el sujeto y el Otro se rompe; cuando el goce no pasa por ese Otro, en tanto Otro del Inconsciente; lo que tenemos son síntomas sociales. Aquí se abre el camino de la violencia.

Una lectura sociológica de la violencia

Tomando los aportes del sociólogo Giles Lipovetsky (1996), quien en su libro “La era del vacío”, realiza una lectura sobre las violencias salvajes y modernas, nos adentramos a pensar la problemática que nos ocupa.

El autor establece la violencia “como un comportamiento dotado de un sentido articulado con el todo social” (Lipovetsky, 1996, 174). Es decir que, en la medida que ese todo social cambia en función de las características de la época, la violencia va cambiando también de estatuto.

En las sociedades primitivas, la violencia aparece regulada esencialmente en función de dos códigos o imperativos inmemoriales: el honor y la venganza. Desde esta perspectiva, los agentes individuales están subordinados al orden colectivo y las relaciones entre los hombres son más importantes, más altamente valoradas que las relaciones entre los hombres y las cosas.

Cuando el individuo está sometido a la lógica del estatuto social, reina por un lado el código de honor, que significa el primado absoluto del prestigio y la estima social; y por otro lado el código de venganza, que significa la subordinación del interés personal al interés del grupo, la imposibilidad de romper la cadena de alianzas, la obligación de poner en juego la vida en nombre del interés superior del clan o linaje.

En el universo primitivo la honra es lo que ordena la violencia. El autor no piensa que estas violencias sean la manifestación de una impulsividad descontrolada, sino que la considera anudada a una lógica social, un modo de socialización inherente al código de honor. En este sentido, la violencia primitiva es casi siempre guerra para el prestigio.

Así, tal como lo plantea el sociólogo, si la guerra está estrechamente vinculada al honor, de la misma manera lo está al código de la venganza: se es violento por prestigio o por venganza. Es la venganza lo que exige que se vierta sangre enemiga, que los prisioneros sean torturados, mutilados o devorados ritualmente. Así mismo, el miedo a la venganza de los espíritus de los enemigos sacrificados es el que impone los rituales de purificación del verdugo y su grupo, a modo de reparación del desequilibrio ocasionado. Para Lipovetsky (1996) no tiene que ver con una hostilidad reprimida, sino que la venganza es un imperativo social independiente de los sentimientos de los individuos y de los grupos, independiente de la noción de culpabilidad o de responsabilidad individual y que fundamentalmente manifiesta la exigencia de orden y simetría del pensamiento salvaje. Es decir, que la violencia primitiva, enmarcada en el honor y la venganza, es una violencia limitada, regulada, normalizada dentro de una lógica social.

En las sociedades estatales premodernas, la guerra cambia radicalmente de función. Pasa de ser un instrumento de equilibrio a convertirse en un medio de conquista, de expansión y de captura. La violencia se abre paso al espacio de la dominación. Aparece una violencia conquistadora. Aquí el estado se esfuerza en limitar la práctica de la venganza privada sustituyéndola por el principio de una justicia pública, dictando leyes propias para moderar los excesos de la venganza. Se establecen sistemas judiciales y penales, representantes de la autoridad suprema, destinados a temperar las venganzas en favor de la ley del soberano.

Lipovetsky (1996) sostiene que la legitimidad de esta violencia desaparece con la entrada de las sociedades en el orden individualista y su correlato, el estado moderno. Con el estado centralizado y la lógica del mercado, aparece el individuo moderno, que se considera aisladamente, se absorbe en la dimensión privada, rechaza someterse a reglas ancestrales y solo reconoce como ley fundamental su supervivencia e interés personal. El código de honor sufre una mutación crucial: cuando el ser individual se define cada vez más por su relación con las cosas, el concepto de honor se debilita y la vida se convierte en valor supremo. Como dice Laurent en *Ciudades analíticas* (2004, p. 157) “La libertad de los modernos consiste sobre todo

en liberar a estos últimos de las obligaciones del honor". Se sustituye aquel código por una moral de la utilidad propia, donde el encuentro del hombre con el hombre se realiza esencialmente bajo el signo de la indiferencia.

La violencia ya no tiene un sentido social, hay una reducción de la dimensión del desafío interpersonal, para convertirse poco a poco en una relación antisocial. La violencia pierde dignidad y legitimidad social.

Lipovetsky (1996) para referirse al mundo del consumo, nos propone la idea de lo que llama Seducción a la carta, estrategia de seducción que se identifica con la sobremultiplicación de elecciones: cada vez más opciones y combinaciones a medida que permiten una circulación y selección libres. Las tecnologías y el mercado van poniendo a disposición del público una diversificación cada vez mayor de bienes y servicios. Este es el modelo general de la vida en las sociedades contemporáneas, que ven proliferar de forma vertiginosa las fuentes de información, la gama de productos, acrecientan las opciones privadas, privilegian la diversidad, ofrecen fórmulas de programas independientes. Sin embargo, este proceso de multiplicación y diversificación de la oferta, que él llama proceso de Personalización, genera una sujeción uniforme por la libre elección, una homogeneidad por la pluralidad, una austeridad por la realización de los deseos. Esta idea de Seducción a la carta, ¿no podría referirse a la de asimilación social que Lacan pensó en los años '50?

Para el sociólogo la indiferencia post-moderna es provocada por exceso, no por defecto, por hipersolicitud, no por privación; se trata de una multiplicación ilimitada de informaciones. El momento pos-moderno es mucho más que una moda, explicita el proceso de indiferencia pura en el que todos los gustos pueden cohabitar sin excluirse. Lo que desde el psicoanálisis conocemos como la homogeneización de los goces. Homogeneización que conlleva en sí misma la segregación y la violencia. "[...] el absentismo, las huelgas salvajes, la disminución de natalidad, la droga [...] son deserciones que introducen disfuncionamientos intolerables, que no son el resultado de un exceso de indiferencia sino más bien de una falta de indiferencia" (Lipovetsky, 1996, p. 44). Lo que el autor describe como deserción, como disfuncionamientos intolerables lo leemos desde los aportes que el psicoanálisis hace a lo social, como el síntoma social que de allí resulta.

Tal como lo expresa Lipovetsky el paisaje de la violencia no ha permanecido estático con el advenimiento de las sociedades dirigidas por el proceso de personalización.

Si el proceso de personalización suaviza las costumbres de la mayoría, inversamente endurece las conductas criminales de los marginados [...], estimula la radicalización de la violencia. El desenmarcamiento individualista y la desestabilización actual suscitada concretamente por el estímulo de las necesidades y su frustración crónica, originan una exacerbación clínica de la violencia ligada al provecho (Lipovetsky, 1996, p. 206).

Conforme a esta lógica hiperindividualista, los sujetos tienden a afirmar cada vez más deprimida su autonomía, material o psicológica, aunque para ello deban utilizar la violencia.

La pregunta que a partir de esto nos interroga es qué efectos tiene esa indiferenciación, así como también de qué modo cada sujeto se las arregla con la segregación.

La violencia, una lectura psicoanalítica

La violencia como síntoma social forma parte de nuestra época, de nuestro cotidiano. Silvia Elena Tendlarz (2014) en su libro *A quién mata el asesino?*, sostiene que el fenómeno de la violencia se impone como un significante amo en el discurso social, la violencia está presente en el discurso de los medios de comunicación de masas y en los espectáculos tanto públicos como privados.

La declinación de la figura del padre a comienzos del siglo XX, conduce a una descomposición de los ideales, los cuales funcionan para atemperar la agresividad. En este contexto se pasa al ejercicio de la violencia en sí misma, quien la ejerce obtiene una satisfacción directa. La violencia propicia un abanico de satisfacciones que no necesariamente quedan incrustadas al hecho de matar.

El modo de goce contemporáneo está determinado ya no desde la perspectiva del padre como significante amo (S1) de la civilización, ya no desde su función de prohibición (padre como agente de la castración), ya no desde la negativización del goce, sino desde su positivación, desde la mostración del goce que hay. El plus de gozar hoy ha ascendido al cenit de la civilización. El goce –el plus de gozar- se ha tragado al Ideal: es la satisfacción lo que rige el estado actual de la civilización y ya no el ideal. El imperativo actual de la civilización ha devenido ¡hay que gozar!

El discurso capitalista conlleva el empuje del goce superyoico que impone el “para todos”, característico del consumo, así como también genera sus propios marginales por fuera del sistema social. Dicho empuje penetra en el otro, ya sea apropiándose de sus objetos, de su cuerpo, e incluso de su vida.

Desde el discurso analítico no hablamos tanto de violencia, en tanto no es para el psicoanálisis una categoría clasificatoria, sino de agresividad y de destrucción. La primera es propia de la relación imaginaria especular. Lacan en 1948 afirma que la agresión se evidencia en ciertos estados de la personalidad, como ser la psicosis paranoide; sin embargo, propone que resulta necesario coordinar la calidad de dichas formas agresivas con una etapa de “la génesis mental” (Lacan, 1948, p. 115). El estadio del espejo brinda las herramientas necesarias para poder pesquisar esto.

El niño anticipa en lo mental la conquista de su unidad corporal, esta anticipación está posibilitada por la introducción del otro mediante el soporte de su imagen; la agresividad, que se observa en las retaliaciones de palmadas y golpes, no puede ser considerada únicamente como una manifestación lúdica. Durante todo el estadio (entre los seis meses y los dos años y medio) se manifiestan fenómenos de transactivismo e indiferenciación con el otro, ambivalencia estructural.

La fijación a la imagen posibilita la construcción del yo, así el yo aparece desde el origen marcado con esa relatividad agresiva en tanto el Yo es el Otro. La agresividad es correlativa a la formación del yo, y por lo tanto a la construcción del narcisismo.

Es la introducción del complejo de Edipo, y la función pacificante del Ideal del yo lo que posibilita que el sujeto trascienda la agresividad constitutiva, aunque nunca del todo.

Entonces, tenemos por un lado la agresividad ligada a la figura del narciso, y por el otro la destructividad, ligada a la pulsión de muerte, en tanto atraviesa la imagen y se dirige al otro. Por lo tanto, cuando anteriormente nos referimos a la asimilación social, estamos hablando de un fenómeno especular, una identificación alienante que, al borrar la diferencia con el semejante genera la necesidad de poner una distancia mediante la agresividad. Los sujetos, con sus formas de actuar, reclaman que se los reconozca como seres únicos y excepcionales. Tomando las palabras de Vilma Cocoz:

Buscando ese reconocimiento atacan al otro y se atacan a sí mismos, intentan resolver su angustia a través de actuaciones impulsivas y arriesgadas. [...] Lamentablemente, en la mayoría de los casos se confrontan con prácticas abominables que, intentando imponerles una homogeneización con normas tan férreas como segregativas, provocan desgraciados pasajes al acto, fugas o retroalimentaciones de conductas violentas. (Cocoz, 2007, p. 39)

Desde este marco podemos preguntarnos qué atempera hoy la agresividad constitutiva de la formación del yo. Esto remite al concepto de responsabilidad.

El diálogo con otros discursos

Garmendia en "Amigos y enemigos" (2012) nos advierte los peligros de atribuirle a la naturaleza la agresividad de nuestra especie, lo cual puede aliviarnos y absolvernos de toda responsabilidad pero también nos puede llevar a justificar un amplio abanico de ideas reaccionarias y políticas totalitarias, como también nos advierte del peligro de sostener la idea contrapuesta, que la agresividad puede erradicarse con un modelo de sociedad y educación configurado en los fundamentos de la no-violencia.

Lo que nos permite salir de esta disyuntiva es la enfática afirmación de Lacan de que el sujeto siempre es responsable de sus actos; ahora bien, esto no implica necesariamente la culpabilidad en sentido jurídico.

"La responsabilidad del sujeto, que involucra la toma de posición frente al crimen, se opone a la supuesta responsabilidad jurídica determinada como resultado de un juicio criminal o por una confesión del yo. Un sujeto puede sentirse responsable de un crimen que no cometió, mientras que otro, culpable ante la ley, podría no subjetivizar la responsabilidad de su acto" (Tendlarz-García. 2014, p. 18).

La responsabilidad que se pretende desde el discurso jurídico no es la misma que conoca al psicoanálisis; el primero considera que alguien es responsable en tanto tiene la capacidad para sufrir las consecuencias del acto delictivo, por lo tanto, el sujeto será imputable y culpable. La no punibilidad se aplica cuando un sujeto no haya tenido en el momento del hecho la capacidad para comprender la criminalidad del acto. La ausencia de capacidad puede deberse a la insuficiencia de sus facultades, alteraciones de las mismas o

estado de inconsciencia/ignorancia. No obstante, siguiendo a Miller (2013), que la razón por la cual somos considerados responsables o inimputables sea poder discernir el bien del mal nos hace a todos irresponsables, ya que tanto el bien como el mal no se encuentran en la naturaleza ni se los puede conocer a priori, sino que dependen del Código Penal, y el mismo está sujeto a las costumbres epocales.

En este sentido, Lacan (1938) sostuvo que el derecho y la justicia pretenden intervenir en la tensión generada a partir de la disolución de la familia tradicional.

El psicoanálisis distingue la responsabilidad de la culpa; la culpa tiene un carácter estructural en tanto se la liga al goce. Podría decirse entonces, siguiendo el planteo de Tendlarz (2014), que la culpa funciona como causa, mientras que la responsabilidad es el efecto. Responsabilidad se liga de esta manera a la respuesta y al sujeto. Incluso Lacan en 1950 ya sostenía que el hombre se hace reconocer por sus semejantes por asumir la responsabilidad de sus actos, y que por lo tanto si se lo considera inimputable, es decir, irresponsable, se lo aliena de sus actos. Como consecuencia la curación debe ser, precisamente, integrar por él su responsabilidad ya que es su verdad de sujeto.

El crimen en sus dos formas más aborrecidas, el incesto y el parricidio, dan lugar al origen de la ley universal. Así, el crimen y la ley darían comienzo al hombre. El acto criminal es propiamente humano por el hecho de pensar el sujeto a partir del incesto.

Lacan inicia su enseñanza con su tesis doctoral sobre la paranoia de autopunición. Allí presente el caso Aimeé, afirma que este crimen es un crimen de autocastigo, en tanto consiste en matar a través del otro al enemigo interior. Para dar cuenta de ello retoma un término griego, el *Kakon*, que significa mal interior. Entonces, a través del pasaje al acto ella intenta liberarse del *Kakon*, de su enemigo interior de su goce invasor.

Desde este marco, es factible preguntarnos si posible extender a todos los criminales, en tanto nadie ignora la ley, cierta búsqueda del golpe, del castigo, de su propio golpe.

El psicoanálisis se interesa por la significación subjetiva en el caso del crimen, saliendo entonces de la dicotomía que la criminología plantea imputable/inimputable ya que “si el psicoanálisis irrealiza el crimen, no deshumaniza al criminal” (Lacan, 1950, p. 121).

Conclusión

La pregunta que inicia nuestro recorrido abarca la lectura posible del analista sobre un síntoma de la época. Según Jaque Alain Miller leer un síntoma es lo opuesto a brindarle sentido; para ello es necesario entonces que la lectura clínica pueda desplazarse de la interpretación en el marco edípico hacia el marco borromeo, esto implica la lectura por fuera del sentido.

Según plantea el autor, tomando las referencias aportadas por Lacan, la escucha siempre es el sentido, y éste llama al sentido. Por eso se propone la lectura como modo de mantener a distancia el sentido, ya que lo que se lee es la materialidad del lenguaje, es decir la letra, en tanto produce acontecimiento de goce.

Generalmente cuando se habla de síntomas contemporáneos se hace referencia a las adicciones y las toxicomanías; siguiendo los desarrollos del psicoanalista Mario Goldenberg, hemos intentado situar a la violencia como un síntoma social; este se produce cuando no impera la palabra en el lazo al otro. Esta se enmarca en una sociedad, civilización, cuyo discurso se orienta por el objeto, por un plus de gozar.

Retomando el texto de Garmendia previamente citado, en él el autor también distingue la violencia y la agresividad, ya que resume claramente la distinción entre las mismas:

Tenemos así una noción de agresividad correlativa de la estructura narcisista del sujeto y como decíamos antes constitutiva de la primera individuación, es decir una identificación primaria que estructura al sujeto como rivalizando consigo mismo, tensión imaginaria que se acomodará en las vicisitudes del complejo de Edipo y por la función pacificante del ideal del yo. En esta misma tesis, Lacan, resalta esta función pacificante del ideal del yo y su conexión con la normatividad cultural, ligada desde los albores de la historia a la imago del padre. Trae de nuevo "Tótem y Tabú" de Freud y el alcance que sigue teniendo, en cuanto que hace derivar del acontecimiento mitológico, a saber, el asesinato del padre, la dimensión subjetiva que le da su sentido, la culpabilidad.

Aquí nos encontramos con un acto violento, violencia fundadora, pues la necesidad de participación, que neutraliza el conflicto inscrito después del asesinato en la situación de rivalidad entre hermanos, es el fundamento de la identificación con el Tótem paterno. Precisamente esta identificación edípica es aquella por la cual el sujeto podrá trascender su agresividad primordial.

Destaquemos entonces una configuración imaginaria de la agresividad por un lado y una inscripción simbólica de la violencia por otro. Dicho de otro modo, la agresividad no da cuenta del acto violento, la agresividad primordial constitutiva del sujeto no podría fundamentar la barbarie. Comprender el fenómeno de la violencia nos llevará necesariamente a situar en el interior mismo del lazo social, en su constitución.

Pensar un acto violento por fuera de toda justificación, implicaría determinar conceptualmente un tipo de transgresión que no se define por la relación con lo jurídico-político-religioso, ya que cualquier tipo de transgresión en este sentido puede no estar simplemente justificada sino en algunos casos ser precursora de lo que devendrá en un futuro como justo. Una transgresión política puede ser a la vez ilegal y legítima. Una transgresión jurídica puede revelarse como negación de una ley injusta y la transgresión religiosa está únicamente determinada por las condiciones de definición del espacio espiritual.

En su conjunto podemos reconocer en los síntomas contemporáneos una forma de goce sin sentido, re-iterativa, un empuje que no cuenta con un punto de basta. El dominio del objeto conlleva al asesinato de la singularidad. Es por esto que nos pareció interesante introducir como clave el concepto de asimilación social para pensar este borramiento de la singularidad y la agresión como consecuencia de la misma.

En este campo, bajo las condiciones actuales que el discurso capitalista y el discurso de la ciencia impone, el psicoanálisis apuesta a una forma de intervención posible que permita aislar el modo de goce de cada sujeto, aquel punto de fijeza que lo sintomatiza. Se tratará entonces de pasar del sin sentido que la época promueve al fuera de sentido del goce singular de cada quien.

No se trata de idealizar la figura del padre que está en declive, sino de hacer lugar a la pregunta por el sujeto del inconsciente en la inmediatez actual.

El ofrecimiento de la lectura analítica le permitirá al sujeto una nueva forma de implicarse en un lazo posible con el Otro; para esto entonces será necesario que el analista pueda encarnar un Otro diferente, un Otro que permita operar desde su propia castración. “En la época del Otro que no existe debemos intentar reintroducir el sujeto en una dialéctica vivible con el Otro” (Recalcati. 2004).

Un Otro que no traumatice por excesiva presencia, o por total ausencia, un Otro que le permita al sujeto construir una forma posible de saber hacer con su goce.

Referencias

- Coccoz, V. (2007). La inserción social del psicoanálisis. *Colofón* (27), 36-40. Valencia: Ed. Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano.
- Garmendia, J. (2012). Amigos y enemigos. La amistad bajo sospecha. Nuevo centro de estudios de Psicoanálisis. Recuperado de <http://nucep.com/publicaciones/amigos-y-enemigos-la-amistad-bajo-sospecha/#.V8xVUFvhDMY>
- Goldemberg, M. (2008). Lazo social y violencia. *Virtualia Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*. (18). Buenos Aires.
- Greiser, I. (2008). *Delito y trasgresión: un abordaje psicoanalítico de la relación del sujeto con la ley*. Buenos Aires: Grama.
- Lipovetsky, G. (1996). *La era del Vacío*. Barcelona: Anagrama.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I* (pp. 231-310). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1938). Los complejos familiares en la formación del individuo. En *Otros Escritos* (pp. 33-75). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1950). Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología. En *Escritos I* (pp. 129-150). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1948). La agresividad en psicoanálisis. En *Escritos I* (pp. 107-128). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Laurent, E. (2004). El honor común del ser hablante. En *Ciudades analíticas* (pp. 156-170). Buenos Aires: Tres haches.
- Miller, J. A. (2013). “Justicia y goce”. En *Piezas sueltas* (pp. 143-166). Buenos Aires: Paidós.
- Recalcati, Massimo (2004) La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe. *Virtualia Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana*. (10). Buenos Aires.
- Tendlarz, S - García, C (2014). A quién mata el asesino? Buenos Aires: Paidós.

CAPITULO 6

Las burocracias carcelarias y la experiencia de un espacio común

Anabela Bracco y Mariela E. Sánchez

Resumen

De las burocracias carcelarias a la experiencia de un espacio *Común*. De la evaluación, los programas universales y los protocolos propios del discurso médico-legal y penal a la apuesta de escuchar la singularidad y producir un sujeto. Del uno comparable y homogeneizable con otros, al ser único y singular. Del para todos por igual al uno por uno. Estos desplazamientos se vuelven posibles en la medida que un operador interviene ofreciendo su presencia y su escucha, operador que no es otro que el deseo del analista. Es a partir del ofrecimiento de un lugar de encuentro, donde circule la palabra dicha y escrita, que las puertas de estas instituciones cerradas y aplastantes, pueden abrirse. Del silencio de “la tumba” a la escritura. De lo escrito a la lectura, a la “voz alta”. Este capítulo intenta recoger los efectos humanizantes y de subjetivación de una experiencia común: “Palabras que abren puertas”.

Introducción

Repensar la inserción del psicoanálisis en organismos sociales gubernamentales, tales como las instituciones carcelarias, abre algunos interrogantes: ¿Qué puede decir el psicoanálisis de la práctica clínica en cárceles? ¿Qué aporte puede hacer el psicoanálisis para llevar a cabo acciones dentro del circuito carcelario que habiliten otro lugar que el “para todos”, el cual marcha siempre hacia un punto ideal? ¿Cómo pensamos la experiencia en un espacio “Común”?

Como principio propio del psicoanálisis partimos del “no hay”, no hay programación, no hay metalenguaje, no hay Otro del Otro, no hay maternaje, no hay la posibilidad de una sociedad reconciliada. Es decir, partimos de un real imposible, un real sin ley. Habría que repensar cómo localizar, cernir, anudar este real imposible a una práctica. Imposible de paliar, así como la división irreductible del sujeto. ¿Se podría, entonces, partir de esa irreductibilidad que nos enseña el discurso analítico para volverla una herramienta de transformación? Como afirma J. Alemán:

Lo esencial, lo propio de la condición sexuada, hablante y mortal, es que la misma nunca puede ser dominada del todo por los especialistas. A eso es lo que llamo el “común”, a lo que la expertización del mundo efectuada por el capitalismo y la técnica no puede dominar. En este contexto nace una nueva apuesta para el psicoanálisis: pensar lo Común y la igualdad por fuera de la Psicología de las masas y del proceso de homogenización impuesto por los nuevos dispositivos de producción biopolítica de la subjetividad” (Aleman, 2013, p. 39).

Burocracias carcelarias: sistemas utilitarios

Dentro de la institución carcelaria estamos inmersos en un atravesamiento discursivo de absoluta complejidad. Nos encontramos con una diversidad de discursos y saberes. El discurso policial, enmarcando el espacio mismo, el real: la cárcel; el discurso médico-legal, ajustado a protocolos que producen saberes exactos y universales; el discurso penal, que imprime castigo, control y disciplinamiento, además que demanda reinserción; y el saber de la asistencia sanitaria, enmarcada en la ética de los Derechos Humanos.

Estamos en un momento de desplazamiento del campo de la política penal al de las políticas públicas de salud y asistencia social, en el cual se hace presente la dificultad de la salud como un ejercicio disciplinario; en este sentido la “reinserción” –término problemático- también se vuelve disciplinaria. Como afirma Eric Laurent, este desplazamiento se da en el interior del mismo problema y “consiste en reemplazar las leyes, el sistema legal, por el sistema de normas, normas de salud [...]” (Otoni, 2012).

Para responder a ello, se necesita de programas, entendidos estos como un modo de enmarcar una región y gestionar una acción determinada, es decir, como acciones relativas a encontrar soluciones. Siguiendo esta exigencia, las instituciones carcelarias construyen dispositivos, que implementan “para todos” aquellos que se encuentren en su órbita. Esos programas responden la mayoría de las veces a procedimientos y protocolos de evaluación, medición y peritaje poco elaborados y con un trabajo de campo insuficiente, con saberes fijados de antemano.

La psicoanalista Irene Greiser, en su libro “Psicoanálisis sin diván” (2012, p. 25), citando a Milner, dice que “el protocolo es quien gobierna las cosas; esas cosas son los propios sujetos cosificados en él”. En la era de la evaluación, esos mecanismos permiten medir y controlar, convirtiendo a un objeto en cosa. Esta lógica es subsidiaria del discurso capitalista. Pero esto no solo se aplica a los objetos comercializables, sino que hoy ningún sujeto es ajeno a los procesos de evaluación. Ruiz Acero (2013) sostiene que se trata entonces de convertir al individuo contemporáneo en cosa, gracias al control y la evaluación eficaces. Pasa de su estado de ser único, al estado de uno comparable con otros, accediendo así al estado estadístico.

Veamos cómo a través de uno de esos programas, estos sistemas utilitarios definen hacia quién va dirigida la acción:

[...] el tratamiento se proyecta en concebir en las personas privadas de su libertad, seres humanos con la capacidad e intención de vivir respetando la ley penal, como asimismo asistir sus propias necesidades, intentando transmitirles el valor del respeto a sí mismos, y de responsabilidad individual y social, como de igual manera en lo concerniente a su familia, el prójimo y la sociedad en general (Resolución N° 4864/2009 Programa Integral de Asistencia y Tratamiento para Jóvenes-Adultos)

“La idea del tratamiento penitenciario es reconducir la moral de quienes han delinquir para que luego tengan una vida útil a la sociedad” (Kalinsky, 2004-2005, p. 50). La asistencia y el tratamiento en una institución carcelaria muchas veces son acciones programadas con la participación activa de los sujetos procesados y condenados, enmarcados en la dirección del Fortalecimiento de la dignidad humana y el estímulo de actitudes solidarias inherentes a la condición de ser social. Esto lo presuponen de entrada, es su punto de partida: Un sujeto en relación a la ley. La asistencia consiste en el acompañamiento-apoyo del sujeto para la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades (educativas-laborales-creativas).

El programa antes citado, nos funciona como paradigma de intervención. Mayormente consiste en un proceso de capacitación educativo-laboral que privilegia la dimensión educativa como promotora de cambios y transformaciones. Está basado en etapas, arrojando la idea de futuro, como punto de partida y de llegada para pensar-se. Su objetivo general es crear y proporcionar las condiciones necesarias para que dentro de un marco legal ajustado a las normativas internacionales y nacionales, se enfatice el fortalecimiento de la educación, la capacitación en el trabajo y el mantenimiento de los vínculos familiares; como así también, la formación ciudadana, donde el respeto al otro y a las normas de convivencia sean el eje central del abordaje asistencial, y el desarrollo de sus capacidades individuales, teniendo en cuenta la especificidad de los requerimientos propios de la edad.

Los diversos Programas existentes en el Servicio Penitenciario tienen como premisa el conocido disciplinamiento de los cuerpos, se les enseña, porque no saben cómo. Así la mayor parte de las demandas de asistencia Psi provienen del Otro. De esta manera, se impone bajo dichos pretextos, una igualación, una homogeneización, borrando, tal como lo enuncia la antropóloga y doctora en Derecho Social, Kalinsky, toda diferencia: “[...] de cara al sistema penitenciario [...] se abandona cualquier otra marca de identidad y diferencia [...] No hay programas de ningún tipo que permitan una revaloración de quién se ha sido o se es [...]” (2004-2005, p. 50). Las cosas pueden llegar muy lejos, desde demandar cambios de hábitos y costumbres, hasta la invasiva intervención sobre su lenguaje; el “antiguo lunfardo” de la época actual es un rasgo a forcluir y motivo de informes disciplinarios.

Si bien el desplazamiento hacia la salud abre la puerta a la posibilidad de una escucha del padecimiento y otras consecuencias a extraer; la idea del asistencialismo, bastante novedoso en esta institución, nos pone en el interrogante respecto de la intervención analítica como diferente a la aplicación de un saber. Los sistemas que se crean para intervenir

desde esta concepción responden a lo que muy bien describe Cesar González desde una perspectiva “foucaultiana”:

El preso sabe descifrar muy bien que a lo que ellos llaman ayudar en realidad es el ejercer un poder-saber, por parte del educador o psicólogo o trabajador social por sobre el preso. Ellos los “educadores” son los que saben, los presos son los que “no saben”, por lo tanto, el que sabe debe manejar o mejor dicho “ayudar” al que no sabe, “ayudarlo a saber” y eso está tan arraigado en los “educadores” que les impide consciente e inconscientemente, poder creer que un pibe pobre nacido en una villa pudiera desarrollar técnicas artísticas o que un pibe de la villa efectivamente pueda saber. Foucault lo explica muy bien, el preso es tratado por los educadores como si fuera un niño. Lo revolucionario sería dismantelar ese supuesto totalizador de que el preso no sabe [...] (Campos, 2016).

Partimos del decir del artista, el que alguna vez se hizo llamar Camilo Blajaquis, quien volvió a sus raíces, a su identidad, aunque transformada en arte. Escritor, ensayista, productor, director “es la voz visible de una cultura viva”, tal como extrae Pablo Campos en la entrevista que le hiciera para la revista virtual Lamás Médula. La escritura le otorga un lugar como sujeto y abre a un otro destino que el de ser objeto del Otro.

La poesía y el arte en general fue el espacio que encontré para investigar mi interior, para descubrir el ser, a través del arte, sea escritura o cine, empecé a sentir la necesidad de ayudar a la sociedad a pensar diferente sobre ciertas cuestiones que se creen absolutas a la hora de hablar de la villa y sus habitantes. (Campos, 2016).

Pues bien, desde este marco de la cuestión la pregunta sería la siguiente: ¿siguiendo qué otras acciones podría ser posible extraer al sujeto de la masa? ¿Qué dispositivo podría construirse que pudiera hacer aparecer una diversidad?

Es necesario introducir una aclaración. En este tipo de instituciones, muchas veces la manera más factible de intervenir, cuando no la única, es a través de programas. Aunque no de un modo ingenuo, dichos programas pueden ser utilizados por el analista como la oportunidad de ir de lo universal -del “para todos por igual”- a lo particular y singular -al “uno por uno”-. Inmerso en el sistema utilitario, el psicoanálisis puede aportar algunas claves para preservar lo que la evaluación sacrifica en su proceso, aquello que no puede ser asumido por ninguna lógica universal. Tal como lo expresa Miller (2010, p.127), desde la practica psicoanalítica tomamos como perspectiva al sujeto, apuntamos al punto sujeto del individuo, punto que se aparta de toda regla. “Hay sujeto cada vez que el individuo se aparta de la especie, del género, de lo general, de lo universal” (2010, p. 125).

De esta manera, ofrecer un espacio de encuentro, de escucha, de circulación de la palabra permite que el sujeto no quede reducido a una cosa para ser evaluada y gobernada, es decir devolverle algo del valor de su propia palabra, del saber textual del sujeto, que nunca estará protocolizado. Como lo situamos al comienzo el real sin ley y la división irreductible del sujeto

no pueden asimilarse, ni convertirse en un programa “para una utilidad”, son piezas que no encajan, que nos relanzan a una encrucijada teórica-práctica.

Nos pareció orientativo respecto a la dificultad de la intervención en una institución total como lo es la cárcel, servirnos de la idea de lo Común de J. Alemán, en tanto lo plantea como “un ámbito donde la diferencia absoluta juega su partida y no el del “para todos” del discurso del amo” (2013, p. 39). “La palabra poética quiere ser en este caso aquello que nombra el modo de cada uno para habitar la lengua” (p. 41). Allí donde calla el experto o el especialista, ha tomado la palabra lo Común, “lo que en cada uno es un “no saber” a elaborar y del que nadie se puede apropiarse, solo el sujeto que lo soporta” (p. 41).

Palabras que abren puertas: una experiencia Común

“Palabras que abren puertas” tiene como objetivo propiciar un ordenamiento de lo Común que viene al lugar de lo que “no hay”, lo no escrito. La idea inicial es producir la circulación de la palabra escrita y hablada. Allí participan sujetos detenidos, alumnos y un coordinador psicólogo, todos invitados a escribir. Este proyecto responde a la llamada que hace la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, llamada que consideramos una invitación a repensar nuevos modos de intervención frente al “aislamiento” -práctica disciplinaria por excelencia-, así como también a despejar sus efectos concretos y las consecuencias que propicia.

A partir del texto de la Ley y sus lineamientos, nos encontramos en un momento de creación de nuevos e inéditos modos de abordaje. En este sentido, ¿cuál sería el aporte que el psicoanálisis en su praxis podría hacerle a la criminología? Conocemos los que nos dice Lacan en su texto dedicado a la criminología en Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología (1950). Extraemos de sus reflexiones la noción de *asentimiento subjetivo* que Lacan aporta como un principio fundamental del psicoanálisis. No nos parece casual que lo piense en términos de un aporte a lo social.

Nos da una clave más para repensarlo un año después, motivo de una conversación posterior al escrito antes citado, en Premisas para todo desarrollo posible de la criminología (1951):

Las significaciones que revela en el sujeto culpable no lo excluyen de la comunidad humana. Hace posible una cura en la que el sujeto no está alienado a sí mismo, y la responsabilidad que restaura en él responde a la esperanza, que palpita en todo ser repudiado, de integrarse a un sentido vivido (Lacan, 1951).

Maravilla la sensibilidad de tal afirmación y es el punto de partida para nuestra praxis. La responsabilidad de los actos y dichos son la referencia ineludible y al mismo tiempo el límite de nuestra práctica.

El taller de Escritura: La sorpresa del “Sin Consigna”

Nuestra experiencia parte de la creación de un Taller de Escritura, una invitación generalizada bajo el slogan: “Vení, escribir es parte de vos”. Dicho Taller consiste en un encuentro semanal de dos horas aproximadamente, durante cuatro o cinco semanas. Tales encuentros se llevan a cabo en dos ciclos en el transcurso del año, ciclos que se abren y se cierran, que se inician y finalizan en un tiempo acotado. El Taller cuenta con la presencia de tres alumnos de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, en calidad de Práctica Profesional Supervisada (PPS), y el o la coordinador/a psicólogo/a que trabaja en la unidad penitenciaria donde se ofrece el taller.

El antecedente de esta experiencia “Palabras que abren puertas” es un proyecto realizado en el Servicio Penitenciario Bonaerense en agosto del 2013, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS) de la Facultad de Psicología¹. El primer objetivo de este Taller fue ofertar un espacio de conversación y escritura para producir o provocar alguna pregunta que reenviara a los participantes a una posible demanda terapéutica, que diera lugar a un acercamiento y a una relación de confianza con la Dirección de Salud Mental, a partir de este proyecto colectivo.

De esa experiencia piloto del Taller y de su implementación se extrajeron algunos resultados que llevaron a replicar la experiencia una vez más en el ciclo lectivo 2016: en primer lugar, efectos claramente humanizantes, efectos que van en sentido contrario al “para todos” de los programas. El Taller, dirigido a ofertar un espacio, propició el encuentro entre los distintos participantes, así como vínculos de confianza entre los mismos, el acercamiento de los internos con los profesionales Psi de la institución y los alumnos de las PPS, produciéndose de esta manera, un enlace inesperado. Es decir, lo que allí ocurrió llevó la marca de lo contingente.

J. Derrida en Notas sobre desconstrucción y pragmatismo (1998), nos ofrece un punto de partida y un marco para la actividad. ¿Cómo pensar *la hoja en blanco*, cómo pensar la ausencia de consigna para la escritura?

Con el pretexto de la ficción la literatura debe ser capaz de decir algo, en otras palabras, es inseparable de los derechos humanos, de la libertad de expresión, etc. [...] en todo caso la literatura es en principio, el derecho a decir algo (Derrida, 1998, p. 156).

¿Es a través de la decisión que uno se convierte en sujeto que decide algo? Derrida nos dice que, si se imagina el quién y el qué del sujeto, entonces éste puede ser determinado de entrada, lo que para él implica que allí no habría decisión. En conversación con Ernesto Laclau, coinciden que la “decisión presupone la identificación”, es decir que el sujeto no existe previamente a la decisión, pero cuando decido invento al sujeto. Hay entonces la identificación y un proceso de desidentificación: si la decisión es identificación, entonces se destruye así mismo. Es así que para ambos autores la decisión presupone una “indecibilidad abismal”, y no obstan-

¹ Dicho Proyecto fue creado y coordinado por la Licenciada Mariela E. Sánchez, psicóloga dependiente de la Dirección de Salud Mental y adicciones de la Dirección Provincial de Salud Penitenciaria. Ministerio de Justicia, articuladora institucional y docente del plantel de la Cátedra.

te la decisión tiene que ser tomada, hay urgencia en la decisión, como lo expresa Derrida. “Lo que importa primordialmente es que haya una decisión, siendo su contenido concreto una consideración secundaria” (Laclau, 1998, p. 117).

La ausencia de consigna para la escritura, el partir de “la hoja en blanco”, hace que no se disponga de una norma o de una regla previa que permita decidir. Más allá de cualquier “es necesario” identificable, es necesario que no se sepa dónde ir, lo que hay que hacer, lo que se debe decidir, justamente para que una decisión allí donde parece imposible, sea posible y en consecuencia emerja una responsabilidad.

A partir de esta idea que podemos reducir al binomio “decisión y responsabilidad”, apostamos a la apertura de la palabra a partir de la reflexión grupal, invitamos a que circule la palabra y a escribir sobre lo que se guste, y proponemos concluir con una producción escrita de forma individual, con la marca de su autor y con el propósito final de publicarlo en la Revista “Palabras que abren puertas”. Esto nos convocó a pensar qué puertas creemos necesarias abrir en una institución cerrada. Nuestro Freud nos ha enseñado sobre el poder de las palabras. El sueño, tratado como un jeroglífico a develar, abrió una puerta a la dimensión de otra causa, la otra escena, inconsciente para el sufriente; que llevaría las marcas de acontecimientos en el cuerpo, su dimensión gozante.

Cuando hay muro ¿qué puertas pueden abrirse?

La invención y creación de nuevos dispositivos de atención torna posible abrir puertas donde es fácil quedar encerrados en innumerables clasificaciones, no sólo por la dificultad sensible del caso del encierro, sino también por la llamada continua de las burocracias que prosiguen en el paradigma de las descripciones de conductas, a las que el profesional especialista responde en términos de “peligrosidad”, tal como lo citamos anteriormente: “[...] seres humanos con la capacidad e intención de vivir respetando la ley penal [...]” (Resolución N° 4864/2009 Programa Integral de Asistencia y Tratamiento para Jóvenes-Adultos).

El mundo actual nos desafía a abordar problemáticas que, frente a la carencia de palabra, empujan a lo real del goce, a lo mortífero, a lo peor. “La función del psicoanálisis es precisamente reducir esta consecuencia en su máxima expresión” (Laurent, 2014).

Entonces, ¿qué puertas pudiera abrir la escritura? Sabemos del valor simbolizante que tiene la escritura allí donde hay ausencia de palabra, en tanto la escritura posee un valor de palabra y produce un efecto de humanización.

Otra vuelta

En la búsqueda de la orientación analítica repensamos el Taller de Escritura llevado a cabo en el 2013 y en el Primer Ciclo del 2016². Pudimos apreciar que la finalización de la experiencia grupal vía la publicación resultaba insuficiente. Terminada esa etapa, el ciclo se cerraba y con él la puerta abierta.

² El taller de escritura fue replicado en el periodo Junio- Julio de 2016 en 6 unidades penitenciarias en forma simultánea, incorporando en la experiencia 18 alumnos de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Catedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes.

Extrajimos algunas consecuencias de esta experiencia: El taller de Escritura llevado a cabo en junio de 2016 en la Unidad Penitenciaria N° 54 de la localidad de Florencio Varela, para nuestra sorpresa, partió de un equívoco: la escritura ligada a lo educativo, al proceso de enseñanza-aprendizaje. Los jóvenes que se acercaron al taller, interesados ante el ofrecimiento de escribir, lo hicieron por diversos motivos: por curiosidad, para “descolgar” y salir del pabellón, para obtener un certificado que los beneficiara judicialmente ante la mirada evaluadora del juez; pero fundamentalmente, para “aprender a escribir bien”. Corregir las faltas de ortografía y mejorar la letra, eran objetivos que estaban en sus horizontes.

Del malentendido surgió la sorpresa ante lo inesperado. No se trataba de una escritura educativa: ni la analista ni las alumnas que coordinaban el taller estaban allí para enseñarles nada acerca de la escritura. Más bien serían ellos quienes enseñaran lo que querían y podían decir y expresar en sus escritos. El hecho de devolverles algo del orden de su propio saber, del valor de su propio saber, relanzó la cuestión de otro modo.

Introducir la pregunta acerca de por qué un psicólogo coordinaría un taller de escritura, hizo circular el valor de la palabra dicha y de la palabra escrita como “formas de expresarse, de desahogarse”, así como también la función del psicólogo en una institución carcelaria, función que comenzó a despegarse de la evaluación y la confección de informes para el juzgado.

De los dos modos de expresarse y desahogarse recortados, destacaron la escritura como “una forma de decir algo que por ahí de otra forma no nos animamos a decir”, una otra marca.

La ausencia de consigna causó perplejidad, no sabían sobre qué escribir ni cómo empezar. Respondiendo siempre a un Otro Amo que da consignas y que ordena, demandaban que se les indicara sobre qué escribir. Como reverso de ese Amo, se sostuvo el “sin consigna”, el silencio, el vacío, para que cada uno se las viera con ello y se las arreglara a su modo. Cuando el silencio obturaba, simplemente se conversaba con cada quien, para escucharlos, para que ellos mismos se escuchen y de esa manera poder ayudarlos a reducir la idea sobre la que querían escribir y relanzar la escritura.

A lo largo de los encuentros, lo escrito fue tomando la forma de un producto que les pertenecía, de algo propio, privado, íntimo. Al punto tal de olvidarse que sus producciones serían publicadas en una revista junto a los escritos de otros que, también en contexto de encierro, habían participado del taller. La posibilidad de ser leídos por otros, de que sus escrituras circularan y sus voces fueran escuchadas, así como también que algo de ello retornara, tuvo un efecto de subjetivación novedoso. En un lugar como la cárcel, donde su palabra es devaluada, desechada, descreída; encuentran un pequeño espacio, un tiempo corto donde su palabra obtuviera algún valor.

-Me gusta este Taller de Escritura porque está bueno escribir lo que se te ocurre, o contarle esto a personas que lo toman en serio, porque acá en la cárcel lo que uno siente no vale nada, lo sentimental [...] la vida te da sorpresas, no lo había pensado de esta manera. Hay lugares que sorprenden donde pensé que no los había, por ejemplo, esta hora de Taller, acá sí te sentís libre [...]. Palabras extraídas del escrito de Maximiliano, uno de los participantes del Taller de Escritura de la Unidad N° 54.

El Taller de escritura devino para algunos de ellos, un lugar propio, donde se propiciaron enlaces nuevos, por ejemplo: acordar entre ellos que lo escrito y conversado quedaba en el grupo; la sorpresa entre los escritores respecto de lo que cada cual produjo. etc

A partir de estos efectos, divinos detalles, pensamos la continuación de los ciclos, donde la idea inicial sea propiciar el espacio que dé lugar a la sanción simbólica: donde lo que fue escrito, sea escuchado.

Así con la entrega de las revistas comenzará otro ciclo, con otro formato: las Jornadas de Lectura. Este dispositivo consistirá en invitar a la comunidad detenida a participar de la lectura de los escritos producidos en el Taller: quien quisiera, podrá leer en “voz alta” lo que escribió. Serán los escritores con sus invitados sus propios oyentes, incluyendo también a los alumnos de las prácticas profesionales supervisadas a participar de ese espacio.

El objetivo es crear un ámbito donde algo de lo producido retorne; la necesidad del acto de reconocimiento sobre lo que han escrito, acto simbólico donde se sanciona que alguien lo leyó, que fueron leídos por otros y por ellos mismos. Del escritor al lector de su propio relato. No es un ámbito para la interpretación, como comúnmente la conocemos, sino por el contrario un espacio que venga a alimentar la circulación de la palabra. Por tal motivo pensamos el lugar de la coordinación con una mínima intervención que posibilite y propicie la conversación entre los presentes. Creemos que las Jornadas de Lectura darán lugar no sólo a la comprobación de lo escrito vía su lectura, sino que también, posibilitarán recoger los efectos de ello; permitiendo extraer los tipos de narrativas presentes y la idea Común que de allí pudiera deslizarse.

A partir de la experiencia se proseguirá en la línea de investigación, cuyo recorrido hemos iniciado a partir del Taller: la función de la escritura. A diferencia de la palabra dicha, en la que el inconsciente aflora; en la escritura no sucede de este modo. En el encuentro grupal, la escritura permite poner distancia a los efectos inmediatos de la palabra hablada, permite poner una distancia entre uno y otro; es lo que escribió el escritor, su producto, a partir de la invitación a desarrollar esa técnica artística. Esa única condición de trabajo -la invitación a escribir- enmarca la práctica. Es una apuesta, una oferta para la producción de espacios comunes que mediatocen los efectos imaginarios generalizados y propicien enlaces menos mortificantes, menos estragantes.

El Ciclo de Crónicas finalizará la actividad, cerrando el ciclo sobre sí mismo. Invitaremos a los escritores con esta nueva propuesta: rastrear, si los hay, temas en común en cada narrativa para extraerlos, sugiriéndolos como material de conversación entre los mismos. A partir de ello, como herramienta de transmisión, se creará una crónica, al estilo de narración histórica escrita según el orden cronológico de un acontecimiento³.

³ En la crónica (del griego “kronos”, que significa Tiempo) los hechos se narran en primera o en tercera persona, sin embargo, existe una fusión entre la voz del narrador y la del autor porque lo que se narra son sucesos contemporáneos al autor y en muchos casos son descripciones de su participación en viajes, conquistas y batallas. La crónica se ha clasificado como literatura dentro del género narrativo, las primeras crónicas trataban de ser verídicas, pero estaban plagadas de fantasía, cuentos, mitos y leyendas lo cual les brinda el elemento ficcional. (Definición. Definición y etimología).

Algunas conclusiones

Lejos de inferir conclusiones cerradas y acabadas, esta experiencia nos ha llevado a repensar una vez más la práctica analítica en dispositivos no analíticos, tal como lo postula y lo hemos aprendido de Irene Greiser (2012). Nuestra experiencia de supervisión y taller de casos nos ha permitido pensar en las posibilidades de intervención en dispositivos no analíticos y en la idea del aporte posible de la escucha analítica a instituciones deshumanizadas: el psicoanálisis recoge el desecho que cae, que se extrae de la totalidad, del para todos. Esas piezas sueltas desprendidas, segregadas como efecto inherente de los universales.

Tal como lo expresa Vilma Coccoz en su texto *La inserción social del psicoanálisis* (2007, p. 39), este destino de desechos, de nulidades marginales para los jóvenes sin brújula y sin lugar, puede ser evitado. La autora, tomando la definición que da un autor francés sobre utopía: [... U-topie: la u es privativa, significa no-lugar” (p. 39), sostiene que la apuesta es justamente crear las condiciones tópicas, el lugar en el que se extraiga la subjetividad, la posición subjetiva.

En este sentido, creemos que a través del lugar de encuentro común y de circulación de la palabra -dicha y escrita- ofrecido por “Palabras que abren puertas”, algo de esto puede ser posible. Se necesita abrir puertas, proyectos colectivos que cuenten con un tiempo cronológico y lógico, que permitan al estilo de la banda de moebius su circulación por una y otra cara, que apunten al trabajo en tanto producción subjetiva y que el mismo sea sancionado simbólicamente por el Otro. Una escritura, por ejemplo, que pueda convertirse en “voz alta”, que circule en una trama colectiva y que no borre el vacío, el “no hay” común a todos.

Nos volvemos a servir de J. Alemán (2013, p. 36): “Sobre la lengua, sobre lo que las palabras empiezan a hacer con cada uno de nosotros, y lo que nosotros empezamos a hacer con las palabras, no hay ningún experto que pueda abrir la boca”. Ese es el valor político que le damos a esa lengua, el de ser un lugar donde la palabra del Otro no puede decir ni determinar en qué consiste, ese es nuestro punto de partida. Es también lo que tenemos en común, esas palabras que nos habitan, la infinitud de tonalidades que excede por mucho la vehiculización de significados, el grito (el primer signo de vida), los gestos, las voces todos ellos hacen a la lengua imposible de ser objetivada, imposible de volverse mercancía. Hacia allí vamos.

Cerramos este capítulo con nuestro punto de partida, la entrevista que nos sirviera de paradigma para pensar otro lugar:

Empezar a escribir fue lo que me hizo creer que yo era persona, que yo era un sujeto y no un simple objeto, que podía ser un individuo pensante y que puede expresarse... La poesía me enseñó a sentir amor por el prójimo cuando el odio me ahogaba, me hizo redescubrirme y perdonarme, fue lo que me llevó a abandonar el resentimiento con la sociedad, que yo sentía y mucho. (Campos, 2016).

Referencias

- Alemán, J. (2013). *Conjeturas sobre una izquierda lacaniana*. Buenos Aires: Grama.
- Campos, P. (31 de enero de 2016). Entrevista a Cesar González: *La poesía fue lo que me hizo tomar la decisión de no morir*, Lamas Medula. Periódico de Cultura. Recuperado de: <http://lamasmedula.com.ar/2016/01/31/la-poesia-fue-lo-que-me-hizo-tomar-la-decision-de-no-morir/>
- Coccoz, V. (2007). *La inserción social del psicoanálisis*. Colofón (27), 36-40. Valencia: Ed. Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano.
- Definiciona. Definición y Etimología. Recuperado de <https://definiciona.com/cronica/>
- Derrida, J. (1998). Notas sobre desconstrucción y pragmatismo. En *Deconstrucción y pragmatismo*. (pp. 151-170). Buenos Aires: Paidós.
- Greiser, I. (2012). *Psicoanálisis sin diván*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Kalinsky, B. (2004). Preso y nada más. El deterioro de la persona en las unidades penales argentinas. En *Renglones*, revista del ITESO, núm.58-59: El mundo de la cárcel. Tlaquepaque, Jalisco: ITESO. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11117/264>
- Lacan, J. (1950/2014). *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología*. En *Escritos I* (pp. 129-150). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1951/2012). *Premisas para todo desarrollo posible de la criminología*. En *Otros Escritos*. (pp. 135-140). Buenos Aires: Paidós.
- Laclau, E. (1998). Desconstrucción, pragmatismo, hegemonía. En *Deconstrucción y pragmatismo*. (pp. 97-136). Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. y otros. (2014). *Cuerpos que buscan escrituras*. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J. A. (2010). El ruseñor de Lacan. En S. E. Tendlarz (Comp.) *Conferencias Porteñas Tomo 3* (pp. 115-130). Buenos Aires, Barcelona, México: Paidós.
- Ministerio de Justicia (2009). Resolución N° 4864/2009. Servicio Penitenciario Bonaerense. Dirección General de Asistencia y Tratamiento. "Programa Integral de Asistencia y Tratamiento para Jóvenes Adultos".
- Otoni, F. (mayo de 2012). *El tratamiento de las elecciones forzadas de la pulsión*. Entrevista a Eric Laurent.
- Ruiz Acero, I. (2013). Reseña de Miller y Milner (2004) ¿Desea usted ser evaluado? En *Athenea Digital*, 13(1), 233-236. Recuperado de: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/-1170-Ruiz>

CAPITULO 7

Generaciones generando género

Juan Carlos Volpatti

Resumen

A partir de los conceptos de inconsciente, identificación imaginaria y deseo del Otro que la clínica psicoanalítica trabaja, el presente escrito buscará realizar posibles articulaciones con el concepto de género. Para ello se utilizará material de la práctica y bibliográfico que nos permitan trazar coincidencias y diferencias entre distintas prácticas clínicas. Cada una de las cuales plantean diversas posiciones profesionales que inciden sobre el concepto de constitución subjetiva, y por lo tanto en la forma de hacer lazo social.

Introducción

Los tiempos de las imágenes no son los tiempos del sujeto del inconsciente, los tiempos de las mismas se basan, en principio, en identificaciones a ciertas imágenes, que permiten que un yo (moi) se vaya constituyendo.

Ahora, estas identificaciones no serían posibles de lograrse si no hubiera existido en relación a ellas, unos brazos que al sostener al infans desde el deseo de Otro (con frecuencia materno), permitieran que desde ese mismo Otro partieran frases tales como: “mirá en ese espejo, ése que ves ahí sos vos”. Posibilitando así la constitución de un narcisismo secundario que, apuntalándose sobre el primario, permiten que ese yo imaginario, pueda ser confundido en esos primeros meses de la vida (desde los 6 a los 18 meses aproximadamente) con lo real. Cuando en verdad sabemos que lo real, desde el Psicoanálisis con orientación freudiano/lacanianana, en tanto uno de los posibles registros subjetivos, no puede ser confundido con el registro imaginario, y tampoco con el registro simbólico.

De esto habla, un texto fundacional en la enseñanza de Lacan como lo es “El estadio del espejo como formador de la función del yo...” (Lacan, 2003, p.86), en el cual se lee a este autor siguiendo la letra freudiana y hablando sobre cómo se constituía el narcisismo en un ser hablante.

Así, en el año 1970 Lacan retoma la idea freudiana de una madre pudiendo producir fijaciones y angustias en sus hijos(a partir de la prohibición del incesto que le indica no reintegrar su producto), cuando habla del deseo materno como pudiendo ser “una boca de cocodrilo” (Lacan,

1992, pag.118) que puede llegar a producir estragos – aludiendo a su dimensión superyoica-; y, si en esos casos no se producen peores consecuencias, se debe al funcionamiento de los significantes del nombre del padre que al permitir la inscripción de la significación del falo evita que esa boca se cierre tragándose – metafóricamente- a la criatura.

Palo de piedra/falo, sin el cual no podría pensarse en lo fálico castrado operando como significación inconsciente, y palo de piedra/falo al cual el niño/niña desde sus primeras respiraciones se va identificando, para lograr así tener un lugar imaginario en ese deseo materno, de manera que en principio al identificarse a esas imágenes que ese deseo materno le señala en ese espejo, el niño/niña va constituyendo su yo (moi) de acuerdo a esas imágenes con significación fálica, que al deseo materno le hace falta que el niño se identifique imaginariamente. Imágenes yoicas que no hay que confundir con el concepto de sujeto del inconsciente, el cual supone el anudamiento de los tres registros mencionados, donde un significante representa a un sujeto para otro significante (no tratándose entonces de imágenes sino de significantes aquello que nos permite ir ubicando a un sujeto durante un tratamiento analítico, diferenciándolo de este yo (moi) tan cómodamente instalándose en lo imaginario).

Luego, en la misma constitución del sujeto del inconsciente, la salida edípica supone ir realizando cortes con esas identificaciones a esas imágenes, que le permitan (al ir constituyéndose como sujeto deseante), ir tomando otras imágenes de acuerdo a sus propios deseos; imágenes que, si así se van logrando tener, no van a ser confundidas con lo real por ese hablante ser.

Voy diciendo todo esto, porque hoy en día, en esta época del “compre ya, consuma ya”, mandatos capitalistas si los hay, lo que se puede leer en los mismos, es que no hay que pensar, no hay que simbolizar, no hay que ubicar una representación significativa entre la oferta y el potencial consumidor; según dichos mandatos se trata de pasar al acto, comprar ya, sin lectura posible. Favoreciendo esto, sin ser la causa subjetiva, que no pocos seres hablantes no tengan claramente diferenciada la imagen, de lo real, debido a un aplastamiento del funcionamiento de lo simbólico.

Viñeta

A los fines de ir corroborando estas ideas, desplegaré una breve secuencia clínica de un joven de 16 años que así se presentó en la primera consulta en un hospital:

“No sé si soy hombre o mujer, no lo sé, y eso me hace sentir muy mal, me angustia.

- ¿Por qué decís que no sabes si sos hombre o mujer?

Y (...) por lo que me dicen, que me gustan los aritos, y me gusta jugar al fútbol, me empezaron a salir pelitos de la barba, y me gustan las ropas color rosa.

- Y ¿Cuál es el problema que te guste la ropa color rosa?

Bueno, mis amigos (...) y mi mamá me dice que esa es ropa de homosexual o maricón (es decir que ese imaginario donde lo rosa no puede ser elegido por un “hombre heterosexual valiente”, y

por lo tanto él tendría que identificarse a otros colores para ser “esa clase de hombre”, habla nuevamente de un imaginario armado por ese deseo de algunos amigos y el deseo materno).

- Bueno, Luis, lo que estás haciendo al decir palabras como “maricón” u “homosexual”, es nombrarte en términos masculinos.

Ahh, claro (...) (silencio). No sé porque (...), eso me alivia (...), cuando mi vieja duda tanto me hace sudar.

- ¿Te hace sudar?

Dudar, quise decir “dudar”; y la verdad... es que me hace transpirar también, me angustia que ponga en duda lo que soy como hombre, después no se bien quién soy. Pero, bueno, esto me alivia”.

Alivios

Los tiempos de constitución del sujeto no son lineales, sino lógicos, de acuerdo a la lógica significante. ¿Qué quiere decir esto?, lo siguiente:

Lo que diga alguien va adquirir una posible significación (que le permita escuchar al hablante su posición inconsciente), a posteriori, es decir, cada vez que alguien como Luis habla, el primer significante que utiliza no le va a dar un sentido pleno, sino que ese primer significante (por ejemplo, en su caso, “no sé si soy hombre o mujer”) adquirirá a partir de los significantes posteriores a él, una posible significación que hasta ahí le era incierta. Es decir que esos otros significantes son los que van a resignificar a posteriori a los primeros significantes.

El primer significante siempre está a la espera del siguiente, porque es recién a partir del siguiente que el primero le podrá regalar alguna significación posible a ese sujeto así representado por dicho significante “primero”.

De aquí la importancia de las intervenciones profesionales, ya que en ellas habitan esas palabras significantes tan esperadas por los primeros decires del paciente; palabras significantes que si son bien escuchadas, pueden ser devueltas en forma invertida, de manera que produzcan a posteriori, lo que el hablante no se animaba, o no quería escuchar; en el caso de Luis, por ejemplo, que él está en esta vida como “hombre” (sucede que psicoanalíticamente hablando esto no es suficiente, ya que el inconsciente nos viene a decir que del lado todo o del lado no-todo de las fórmulas de la sexuación, se puede estar inconscientemente en el lugar de un falo imaginario recubriendo una posición de excepción, o se puede estar en posición masculina, o en posición femenina. Dado que en el inconsciente no hay género, hay una lógica fálico/castración y no-todo, y las diferentes posiciones inconscientes que un sujeto puede tomar en relación a la misma).

Precisamente, esto lo marcamos por que las imágenes urgentes, o urgidas a producirse mediante identificación- a partir de un deseo de otro en casos como estos, parecen no poder soportar bien los tiempos de constitución de un sujeto.

Espejos

Lo hasta aquí construido nos permite entonces abordar una situación clínica y social, que dio lugar no solo a que este hecho humano circulara por los llamados medios de comunicación, sino además diera lugar a un libro escrito por una mujer, que en tanto madre le habla a su pequeño hijo, al cual luego la ley habilitó a que fuera su pequeña hija. Donde la categoría de género operó en esta serie de conflictos, decisiones, y resoluciones.

En ese libro llamado “Yo nena, yo princesa (Luana, la niña que eligió su propio nombre)” escrito por Gabriela Mansilla, las palabras de un niño/niña estarán escritas según la versión materna. Escritura que como toda escritura de un libro supone el deseo de ese autor en juego. Y esto lo señalo desde una posición ética, donde con respeto vamos a trazar una posible lectura de lo señalado en ese texto, sosteniendo la presente lectura en el marco de la enseñanza psicoanalítica orientada por Freud y Lacan.

Aclarado esto, es decir, desde qué lugar clínico realizaremos la presente lectura, y aclarando que no es un paciente propio, decimos:

Allí se señala que en Julio del 2007 Gabriela junto a su marido tuvieron mellizos. Y tiempo después, con respecto a uno de ellos esta mamá comenzó a observar que algo a este niño “no lo dejaba en paz”, había una miradita triste, que la lleva a su madre a escribir sobre la tristeza de Manuel.

Ya a los dos años, es decir a los 24 meses de edad, relata a un Manuel deslumbrado con la película “La bella y la bestia”, en relación a la cual se siente invitado a jugar como si fuera la bella, para eso le demanda ropas a la madre, es decir, le demanda aquello que a esta mujer le permite armar imágenes de acuerdo a lo que desea ver... ella, la madre de Manuel. Digo esto porque cuando una mujer se viste, lo que arma –entre otras cuestiones- es una imagen, en este caso “su” imagen de mujer de acuerdo a su deseo con ciertos vestidos, no, con cualquier vestido. Y en esto diferimos de lo que la autora, y los profesionales que la atendieron realizaron en su momento, ya que allí Mansilla señala que le pedía ropas de mujer.

Acciones como estás tienen consecuencias, pues al mismo tiempo que para jugar se va travistiendo con ropas deseadas por su madre (en principio esos vestidos maternos), comienza a tener síntomas tales como alopecia temprana.

Esto la lleva a Gabriela a recordar que cuando Manuel tenía 20 meses (recordemos el tiempo aproximado del estadio del espejo, 18 meses), le dice “yo nena, yo princesa” (Mansilla, 2014, 28), claro, según la madre ahí comienza un calvario, con nuevos síntomas, por ejemplo insomnio, y porque no, cuando los síntomas fallan aparece esa vieja conocida del alma humana, la angustia. Ese afecto brújula, que nos permite escuchar que si alguien está angustiado es porque algo le sucede en relación al deseo de un Otro, no sabe qué lugar tiene en ese deseo ... y entonces – según nuestra lectura- en lugar de transformar este momento subjetivo en una pregunta por su lugar en el deseo del Otro, para que se vaya constituyendo un sujeto, lo que se hace es afirmar una verdad ... según el deseo inconsciente materno: Manuel solo se calma cuando se pone las ropas de una mujer; claro, no cualquier mujer para Manuel, porque se trata de las ropas de esa mujer que es ... su ma-

dre; es decir, que Manuel se calma cuando se pone las ropas de su madre en principio (esta es la lectura que ofrecemos poder realizar en dicho texto).

A los tres años la situación de síntomas y angustias se va intensificando entonces lo llevan a un tratamiento conductista; los resultados son agravar en principio, los malestares.

El deseo de una tía

Hasta que un día, una hermana mayor de la madre, interiorizándose de lo que está sucediendo en la familia de su hermana, pide que vean un documental (es decir, desea que vean esas imágenes), y allí aparece en Estados Unidos, una nena diciendo “Me llamo Josie, soy una niña y tengo pene”. (Mansilla, 2014, 35)

Cito textualmente lo que dice la madre de quien hasta ese momento llamaban Manuel:

No sé cómo explicar lo que sentí en ese momento, fue como caer al vacío, vi reflejada ahí nuestras vidas, nuestros problemas, tu deseo de ser nena siendo varón, la felicidad que esa niña trans tenía y te vi a vos, fue un espejo.

Dijimos con papá: Eso tiene, es eso”. (Mansilla, 2014, 35)

¿Hace falta subrayar cómo esta mamá de Manuel habla de construir un saber a partir de ver reflejada sus vidas y sus problemas, y como dice saber a partir de un “espejo”?

Construcción de un supuesto saber sobre el deseo a partir de las imágenes y – según nuestra lectura- el imaginario, aplastando a los registros de lo real y lo simbólico. Sino ¿desenlazándose de esos dos registros?

Agregando que el texto supone una especie de carta dirigida a Manuel, y en lugar de señalar “dijimos con tu (...) papá”, señala “dijimos con papá”; ¿sobre el papá de quién está hablando la autora?

Comienza a circular así en el seno familiar que Manuel es una niña transgénero, y por lo menos temporalmente, deberá saber llevar un pene.

A partir de lo cual los seres que los rodean comienzan a darle pelucas afines, lo rodean de niñas, dibuja nenas, y Manuel se da el gusto de usar solo color rosa.

Luego el texto transita una serie de escenas en las cuales son frecuentes los acting out según lo que leemos psicoanalíticamente.

Les voy a relatar algunas secuencias más, textualmente, entre tantas que aparecen en el libro, para que podamos leer la incidencia sobre este niño, que pudo haber tenido el deseo inconsciente materno, dado que llegó un momento en que el niño no hacía pis en el baño porque según él “no tenía pene”, por lo tanto, terminaba haciéndose pis encima, y caca también, no soportaba ver (...) su cuerpo en lo real (...) más allá de las imágenes que le proponían para identificarse. Entonces aparece el siguiente diálogo entre el este niño/niña y su madre:

“- Yo no tengo penecito.

-Sí, tenés.

- No, no tengo penecito porque soy nena.

- Pero, hay nenas con penecito y hay nenas diferentes; aparte el pene te sirve para hacer pis.” (Mansilla, 2014, 67)

Según esta madre, una nena diferente es la que no tiene penecito, y después están las que tienen “penecito”, ¿desmintiendo la diferencia sexual? Continúa este diálogo así:

“¿Vos tenés penecito mamá?

-No.

- ¿Qué tenés?

-Vagina.

-Entonces si no tenés penecito no podés hacer pis.

-Sí que hago, por la vagina, vos hacés por el penecito.

- ¿Valentina tiene penecito?

-Tu prima Valentina no tiene penecito.

-No es una nena diferente.

-No, vos sos una nena diferente y está bien, a mí me encantaría ser una nena diferente.

- A mí me encantaría ser una nena común. (Mansilla,2014, 67)

Mansilla dice no saber qué contestarle, y en verdad lo que le contesta es contradictorio (primero le dice que las nenas diferentes son las que no tienen penecito, y luego le dice que él es una nena diferente). Ante esto el niño parece intentar ubicar un orden donde esta madre le confiesa que a ella le gustaría ser (...) una nena, y además diferente. Estamos realizando una lectura a la letra de acuerdo a nuestra posición clínica, donde el sujeto se le puede leer ahí, más allá de los reflejos de los espejos. Posición clínica que difiere de la posición clínica con respecto a varios de los profesionales que llevaron adelante los tratamientos con Manuel/Luana, Federico (el hermano), y la madre de estos niños. Aclarando que al marcar diferencias no busco instalar una lógica de “buenos” y “malos”, o, a ver quién tiene razón. Simplemente ofrecer una lectura profesional diferente que nos permita seguir construyendo un saber clínico, donde las diferencias al ser marcadas den lugar al trato respetuoso del otro.

Luego este niño (hasta ahí lo llamaban Manuel) le señala a su madre que las nenas en jardín tienen “anginas”, y él tiene penecito, lo que se termina escuchando es que según la madre él tiene el deseo de ser una nena, solo preguntamos cómo alguien que ni siquiera puede saber cómo nombrar el genital femenino puede tener un deseo de ser una nena (¿será porque nena/nene suponen aún un lugar de falo imaginario donde la diferencia sexual parece evitada?). Recordando además lo señalado por Freud en cuanto a que en el inconsciente no hay representación del genital femenino, y entonces, surgen retornos como estos.

Luego Mansilla habla de los problemas que su niña tiene para obtener un DNI, y con su cuerpo, y se produce el siguiente diálogo:

“- ¿Qué son estas cosas que tengo acá?

-Se llaman testículos.

- ¿Y para qué sirven los testículos, mamá?” (Mansilla, 2014, 110)

Ante esta pregunta, la autora duda, piensa, por ejemplo, en los espermatozoides, y refiere recordar las palabras de la profesional llamada Valeria en relación a “decirles la verdad de todo” (Mansilla, 2014,110). Y entonces, el diálogo sigue así:

- Decime de verdad, ¿para qué sirven?
- Sirven para que el día de mañana construyan una vagina si vos querés.
- ¿Cómo?
- El día que vos no quieras más tu penecito, mamá te va a llevar a un doctor que puede transformar ese pene y testículos en una vagina, pero solo lo puede hacer un doctor y cuando vos seas grande. Nunca tenés que lastimarte el pene, todo tiene solución.; si no lo querés más, vamos a ver al médico. Por ahora hay que quererlo porque te sirve para hacer pis. Y que tengas pene no significa que no seas una nena, sos una nena con pene, una nena diferente y está buenísimo. ¿Cuál es el problema? (Mansilla, 2014, p. 110)

Esta, según la autora, es la verdad de todo. Solo preguntamos, ¿la verdad según quién?

También relata momentos en donde entraba a los negocios a comprarle bombachas con él de la mano, y comienza sospechar que la gente dice que ella está loca, y señala:

“¿En qué cabeza cabe que fuera idea mía?, ¿acaso no *te veían*?, estabas feliz y si te hubieran obligado, hubieran notado que vos no querías, supongo” (Mansilla, 2014,70)

Hay cierta duda, lógica; cuando un niño intenta ubicarse como un falo imaginario que completa a la madre es capaz de ser feliz, si la madre le hace falta alguien que le guste las mismas ropas, entonces es muy posible que hacia ahí accione el niño.

Cómo la lógica inconsciente no tiene lugar en las argumentaciones que da Mansilla en este caso, entonces todo es “leído” en términos de “deseo” de Manuel o Luana luego, pero no podemos coincidir en que se esté tratando del deseo inconsciente.

Así en la página 116 aparece claramente dicho como Manuel se identifica con una compañerita llamada Luana, lo que nos autoriza a leer como ese nombre nace en las palabras de Manuel nuevamente a partir de una identificación a una imagen de nena.

Hacia el cambio de nombre

En noviembre 2012, ya no lo llama, ni el niño/niña se llama a sí mismo, Manuel (Mansilla, 2014,119); y decimos aquí aun “niño/niña ya que hasta ahí mientras este sujeto y su mamá comenzaban a nombrarse y nombrar como la niña Luana, en su documento seguía siendo nombrado como ese nene llamado Manuel. Entonces Mansilla habla de Lulú quien estaba mal porque una muñeca llamada Ariel no tenía pene, entonces la madre le promete que le va a poner un pene a esa muñeca. Para esto compra porcelana fría y colorante y le construye un pene a esa muñeca, y es llamativa la insistencia en la aparición de este órgano genital en tantas escenas relatadas

Aparecen frases tales como “hay que querer al pene Lulú” (Mansilla, 2014,123) dicha por Mansilla, cuando Lulú no quería tener pene. O frases de Luana a los cuatro años, tales como

“mi penecito es nena, mamá”, “mi penecito es nena y está contenta” (Mansilla, 2014, 67). Donde la indiferenciación sexual se deja leer –según nuestra posición clínica-, al punto de ir corroborándose las hipótesis que venimos sosteniendo, ¿esa nena nace de una posición inconsciente de identificación al falo materno?

Luego, ante la desaparición del padre de Luana, Mansilla llega a decir que a ella cuando tenía la edad de Luana también le desapareció el padre (Mansilla, 2014, 125). Y nada de esto aparece analizado, como consecuencia lógica de un trabajo hecho desde otra posición clínica. Agregando, que no solo el padre de Luana desapareció, sino que, al irse a vivir a Santa Fe, está con otra mujer, con la que va a tener otro hijo. No haciéndose cargo de su paternidad, y la familia paterna también desapareciendo (Mansilla, 2014, 135). Con lo cual se puede leer a un padre siendo nombrado en el deseo materno, pero en estas condiciones.

Solamente vamos a citar algunos diálogos que se señalan en el texto entre Mansilla y su hija de ya, seis años:

Cuando dije que había una posibilidad de que hubiera otras tres niñas trans te pusiste tan contenta:

-Las quiero conocer, mamá.

-Hay que esperar Lu.

-¡Las vaginas a la basura, los penecitos a ser libres!-gritaste con los brazos extendidos hacia arriba.

Me hiciste reír, me contagiaste tu alegría, ¡las cosas que se te ocurren!

-¡todas las nenas con penecito!- seguías gritando.” (Mansilla, 2014, 204)

Y así, aparecen las fundamentaciones de la autora, donde el “deseo” de Luana, aparece siendo respetado, por la familia en su mayoría, y por especialistas: de lo que se trata es del “genero autopercibido” (Mansilla, 2014, 207), es decir, no se trata desde que posición inconsciente alguien dice lo que dice.

De esto se desprende lo siguiente, cuando en la misma página Mansilla alude a que sabe escuchar a su hija, esto no está en cuestión; solo que esa escucha lo es del género autopercibido, no es una escucha del deseo inconsciente.

Finalmente, el martes 8 de octubre del 2013 le entregan el DNI con su nuevo nombre: Luana. “Este DNI representa tu decisión, tu deseo y el valor que tuviste para mantenerte firme frente a todos en la elección de ser niña” (Mansilla, 2014,221).

Es para preguntar sobre las características de esta decisión, nacida según la madre en un ser con 20 meses de edad donde, cuando se habla de deseo, no se trata de deseo inconsciente, sino más bien, de una frase que da a leer a un yo en plena constitución: “Yo nena, yo princesa”, y una madre que toma esta frase como símbolo de esta autopercepción en una ser de poco más de un año y medio de vida.

El próximo año te espera la primaria. Estás creciendo y dentro de poco, menos de tres años, empezarán nuestras visitas al endocrinólogo para prever tu desarrollo hormonal y poder, por medio de un tratamiento, frenar la testosterona para que no desarrolles el cuerpo de un varón, y esperar a la mayoría

de edad para ver un tratamiento con estrógenos, y si vos deseas, una futura operación de reasignación de sexo. ¿Demasiado, no? (Mansilla, 2014, 232).

Respetuosamente

Entonces, no podemos coincidir en varias de las apreciaciones que se fueron formulando en ese texto, cuando de trabajo clínico se trata; no es objetivo del presente escrito señalarle a Mansilla o a Luana “cómo tienen que vivir”; los adultos fueron tomando sus decisiones (tanto los familiares, amigos, como algunos profesionales), y eso es algo que fue instalando un camino, inclusive autorizado por la ley. Lo que les da derechos, que como tales respetamos.

Lo que aquí planteo son una serie de importantes diferencias de lectura y práctica clínica, que por supuesto implican trabajar produciendo otras direcciones posibles de tratamiento de los malestares humanos; y para ello he venido planteando y desarrollando algunos de los conceptos que desde el marco clínico planteado por la enseñanza de Freud y de Lacan me permiten fundamentar el porqué de estos planteos clínicos diferentes a los señalados en el texto escrito por Mansilla.

Por ejemplo, con respecto a la sexualidad infantil Freud dejó dicho por escrito lo siguiente: “Pero la activación autoerótica de las zonas erógenas es la misma en ambos sexos, y esta similitud suprime en la niñez la posibilidad de una diferencia entre los sexos como la que se establece después de la pubertad” (Freud, 1995, 200)

Y en esto Freud fue consecuente durante toda su obra, recién con la denominada segunda oleada de la sexualidad que la metamorfosis de la pubertad señala, podemos comenzar a escuchar en el inconsciente una inscripción diferente a la infantil, donde las preguntas por la diferencia sexual ya se sostienen desde una posición donde los cuerpos en transformación de los púberes, le piden a lo simbólico y lo imaginario nuevos enlaces para ir construyéndose desde una posición o masculina o femenina. De aquí la viñeta presentada al comienzo.

Freud agrega años después que la organización genital infantil es diferente de la organización sexual en el adulto, dado que, en la infantil, para ambos sexos, “solo desempeña un papel *un genital*, el masculino. Por lo tanto, no hay un primado genital, sino un primado del *falo*.” (Freud, 1996a, 146).

Lacan subraya este planteo de Freud, en términos donde la práctica sexual en la infancia tanto en niños como en niñas, es una práctica signada por la lógica fálica, en relación a la castración.

Entonces sostenemos que lo que sucede en algunas elecciones transexuales es confundir el órgano real, con la función simbólica del falo. Dicha función implica que el falo en tanto valor simbólico se desplaza entre significantes encadenados por cada sujeto en relación a otros, indicando desde lo simbólico lo que le está haciendo falta a un hablante determinado.

Cuestión que un niño de 20 meses no está en condiciones de realizar, y en relación a lo cual es muy importante lo que un Otro desde su deseo inconsciente pueda hacer para orientar una construcción posible de su vía y vida deseante.

Para esto es muy importante entonces la posición inconsciente que tenga quién vaya encarnado ese Otro lugar para ese niño, ya que, en principio, será desde dicha posición que irá interpretando estas primeras frases vitales en ese pequeño ser.

¿Estamos diciendo que Mansilla al intervenir de esta manera comenzó a confundir el órgano real con el falo simbólico?; bueno, en un primer momento ella se relata junto a su marido confundidos; lo que luego sucede es lo que ya trabajamos; el deseo de una tía le propone imágenes a las cuales identificarse, y la estructura del estadio del espejo se realiza casi descarnadamente; allí terminaron de interpretar (...) desde el deseo inconsciente de ese Otro, que ahí estaba el problema de quién hasta esos días llamaban Manuel.

La problemática planteada aquí, seguramente amerite más desarrollos. El presente escrito, está desplegado teniendo en cuenta los límites del mismo, y entonces, podemos realizar estos planteos donde, con respecto a la categoría de género, podemos señalar – según nuestra lectura- que desde Freud no aparece en su obra dicha categoría siendo parte fundante de los procesos inconscientes de pensamiento, de manera que no aparece como un concepto que desde dicho autor se le haya otorgado algún estatuto a la hora de las elecciones sexuales; las mismas están determinadas desde lo inconsciente, entramándose con el preconscious, y la percepción conciencia en tanto operación.

Precisamente, el mismo Freud, ya en ese texto fundacional que es “Interpretación de los sueños” (Freud, 1996, 504), comenzaba a sostener y demostrar que alguien puede estar percibiendo algo sin hacer falta para esto “ser consciente”, dado que, entre percepción y conciencia, existe un Otro espacio, Otra escena, que denominó inconsciente y que determina hasta aquellas percepciones que podemos llegar a tener sin darnos cuenta, sin ser conscientes de ello. Percepciones determinadas por el inconsciente, por los deseos inconscientes, que en ningún momento Freud denominó autopercepciones, en términos de darle a dicha expresión un estatuto causal.

Y si estamos citando tanto a la obra freudiana, es porque consideramos que no está en discusión que así estamos hablando de Psicoanálisis; lo sabemos, alguien puede señalar, que lo escrito supone una lectura de la obra de Freud, con lo que estamos de acuerdo, solo puede haber lecturas de dicha obra, Freud ya no vive. Entonces es importante al construir dicha lectura ir fundamentándola, de manera de poder ir logrando precisar conceptos que nos permitan ir corroborando las hipótesis gestadas desde un marco clínico, en este caso psicoanalítico, donde la enseñanza de Lacan tiene una importante participación, pero, sosteniendo además que ya desde los textos freudianos se puede leer lo que fuimos planteando.

Las diferentes generaciones humanas generan hechos humanos, y al hacerlo la cultura se modifica. Sabemos que en este país se han logrado avances en el campo de los derechos humanos mediante la implementación de ciertas leyes tales como la ley de matrimonio igualitario, el derecho al cambio de identidad sexual en la documentación, y tantas otras que en tanto inscriben a cada sujeto en un lugar solicitado adultamente entonces respetamos.

Lo que hacemos al plantear diferencias de práctica e intervenciones clínicas es implicarnos con cada sujeto, y entonces implicarnos socialmente, transferencias mediante. Y señalamos nuestro desacuerdo con ciertas intervenciones, de acuerdo a cómo sostenemos que un sujeto se constituye. Esto implica por ejemplo que cuando hablamos de lo constitucional en la deter-

minación de la construcción de un sujeto, recordamos aquello escrito por Freud cuando dijo: “Uno podría atreverse a concebir la constitución misma como el precipitado de los efectos accidentales sufridos por la serie infinitamente grande de antepasados” (Freud, 1996b, 97).

Leemos, entonces, el concepto de “constitución” en términos de antepasados que mediante, sus frases y hechos significantes hablaron de sus experiencias a través de los años, transmitiendo así sus deseos; algunos de los cuales se inscribieron como mandatos; que, al combinarse con las propias experiencias de cada sujeto así condicionadas, logran que lo que se transmite entre generaciones sean deseos inconscientes. La categoría de “género”, y la categoría del “inconsciente”, desde diferentes marcos clínicos, hablan de generaciones generando, invito al lector a decir qué.

Referencias

- Freud, Sigmund (1994). *El malestar en la cultura (1930 (1929))*. Tomo XXI. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, Sigmund (1995). *Tres ensayos de teoría sexual. Tomo VII*. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, Sigmund (1995a). *Psicología de las masas y análisis del yo (1921)*. Tomo XVIII. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, Sigmund (1996). *La interpretación de los sueños (segunda parte) (1900)*. Tomo V. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, Sigmund (1996a). *La organización genital infantil (Una interpolación en la teoría de la sexualidad)(1923)*. Tomo XIX. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Freud, Sigmund (1996b). *Sobre la dinámica de la transferencia (1912)*. Tomo XII. O.C. Buenos Aires. Amorrortu editores
- Frignet, Henry (2000). *El transexualismo*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- Lacan, Jacques (2003). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia analítica*. Escritos 1. Buenos Aires. Siglo XXI editores
- Lacan, Jacques (1992). *El reverso del Psicoanálisis. Seminario 17*. Buenos Aires. Paidós.
- Mansilla, Gabriela (2014). *Yo nena, yo princesa (Luana, la nena que eligió su propio nombre)*. Buenos Aires. Ed. Universidad N. de G. Sarmiento.
- Millot, Catherine (1984). *Exsexo. Ensayo sobre el transexualismo*. Buenos Aires. Catálogo editoras.

CAPITULO 8

Las Vueltas del Humor

José M. Damiano, M. Cecilia Ruscitti y Lucía Ostoich

Resumen

En la actualidad, lo antaño conocido como 'Psicosis maníaco-depresiva' o 'Locura de doble forma' ha ido virando su nomenclatura hacia Trastornos del Humor pero, ¿qué nombra ese rótulo? La depresión, así concebida por la psiquiatría, es lo que el psicoanálisis llama los afectos, que retornan en lo real y se vuelven humor convirtiéndose de esta forma en todo lo que ocupa el primer plano de las representaciones del sujeto. Para intentar echar luz sobre este dilema, abordamos el caso Olga Blum, paciente de L. Binswanger en los años '30, caso que reabre el debate por el causal de la alternancia entre los estados maníaco y melancólico.

El síntoma analítico es un síntoma a ser leído, es una construcción subjetiva que cuenta con un atravesamiento por el lenguaje haciendo de ese sujeto que lo padece un ser singular, el parlêtre. De aquí la importancia o no que en el debate se plantea sobre la necesidad de establecer categorías diagnósticas, porqué y para qué nos servirían. Un humor para cada uno podríamos decir, nos llevará a encontrar sin pausa pero sin prisa, las variaciones del humor actuales que cambian y toman nuevas formas. Continuidad y discontinuidad entre el afecto y el humor, ¿Es posible establecer una regulación en la alternancia? ¿Puede la alternancia en si misma ser una regulación para el sujeto?

Variaciones del Humor⁴

Como sabemos, la Psicosis Maníaco-Depresiva se ha ido desmantelando, con el paso del tiempo y a medida que ha avanzado la investigación, en los Manuales de Psicodiagnóstico prevalentes desde los años '60 (la serie de los DSM) en aras de una clínica de los Trastornos Afectivos (*Disorders Mood*, en el DSM IV, traducido como 'Trastornos del Estado de Ánimo', 'Trastornos del Humor' en el CIE-10).

⁴ Miller J. A. y otros, 2015.

Sin embargo, tanto el afecto como el humor en este caso, nos interesan en la medida en que pueden ser indagados en función del variable sujeto, es decir, en función de la relación de ese sujeto con el inconsciente y con su propio goce.

En la actualidad, hablar de melancolía es hablar de aquellas depresiones que se hacen escuchar en la clínica contemporánea. Pero en realidad, nos preguntamos, ¿qué es la depresión? La depresión es una constatación clínica. En este sentido cabe reflexionar, cuando un analista habla de depresión, ¿se refiere a lo mismo que un psiquiatra? Podría responderse que sí, sin embargo, la clínica psicoanalítica presenta una dificultad: la depresión no es necesariamente el motivo por el cual el paciente llega a la consulta. El estado depresivo en un sujeto es algo que el analista debe pesquisar más allá de lo que es dicho.

Por lo general, la depresión o el comúnmente llamado, 'Trastorno del Estado del Ánimo', se presenta en la clínica como un estado y no como una queja, un síntoma, una inhibición o angustia. Es por esta razón, que la depresión desordena, por decirlo de alguna manera, la clínica psicoanalítica, ya que no se presenta como uno de los tres motivos de consulta descritos por Freud (1925), mencionados anteriormente: como una inhibición, un síntoma o bajo la forma de angustia.

El recorrido por las vías freudianas, nos revela que la melancolía es enigmática para Freud. Para explicarla aborda la noción de duelo. A partir de allí, Freud (1915) separa la melancolía de las depresiones neuróticas.

La depresión, así concebida por la psiquiatría, es lo que el psicoanálisis llama los afectos que retornan en lo real y se vuelven humor, convirtiéndose de esta forma, en todo lo que ocupa el primer plano de las representaciones del sujeto.

Al respecto, Lacan (1988) dirá que el humor es un disfraz del ser. Desde esta perspectiva, el humor es en realidad lo que acompaña al ser en su relación con el lenguaje. Ese afecto real que es el humor, se encuentra en relación con el significante. Desde el psicoanálisis, se considera al sujeto siempre preso entre lo simbólico (el significante, el pensamiento) y lo que no puede ser nombrado, aquello que llamamos el objeto *a*, el goce, etc. Tanto es así, que el sujeto se encuentra dividido entre dos extremos: por un lado, entre todos los nombres, el lenguaje que le es legado y, por otro, lo que no consigue ser pensado o ser dicho. El sujeto se angustia cuando predomina lo que no puede ser pensado ni ser representado.

Independientemente de la melancolía en el campo de la psicosis, podemos decir que el neurótico también se deprime. En el caso de la histeria, la depresión puede surgir cuando el sujeto fracasa en mantener su estrategia que apunta a asegurarse el deseo del Otro, de tal forma que el Otro desee y que el Otro piense en ser la causa de ese deseo. Por lo tanto, ninguna estructura clínica (histeria, neurosis obsesiva, perversión o psicosis) escapa a su posibilidad. Desde el psicoanálisis, podemos afirmar la existencia de una "melancolización" de las diferentes estructuras.

El Rechazo del Inconsciente en la Melancolía

En relación a la melancolía y la manía, Lacan (1984) las sitúa claramente en el campo de la psicosis, como dos manifestaciones distintas de los efectos de la forclusión. Por otro lado, Co-

lette Soler afirma en *Pérdida y Culpa en la Melancolía* (1992), que Lacan hizo de la forclusión, en tanto rechazo del Inconsciente, la causa primera de la psicosis. Al mismo tiempo, asevera que, como psicosis, la melancolía no se desencadena tanto por el encuentro de un Padre, como por el de una pérdida. Esta pérdida produce estragos: la mortificación del organismo.

Con respecto a la manía, Lacan la atribuye a la falta de intervención del objeto *a* del fantasma ($\$ \rightarrow a$); es decir, el sujeto, sin la mediación del fantasma, queda atrapado en la dispersión de sus propios pensamientos. En *Televisión* (2001) Lacan escribe que la manía es la falta de función del objeto *a*, es decir, es la no extracción de este objeto, lo que provoca, con el rechazo de todo desciframiento del goce por el Inconsciente, el retorno en lo real, de un goce que invade y, a su vez, sacrifica el organismo.

Mientras que, lo que se revela en la melancolía es el abandono del sujeto por el Otro (A) en una especie de dejar plantado como bien lo describe Schreber, especialmente en el caso de la melancolía delirante: "Nada más atroz que este dolor eterno que acompaña al más extremo desprecio de sí mismo identificado al desecho".

En 1953, Lacan asevera que la metáfora paterna sustituye al Nombre (el Nombre del Padre) en el lugar primeramente simbolizado por la operación de la ausencia de la madre. Esto indica claramente una encrucijada entre el momento del *Fort-Da*, o sea, de la simbolización primordial de la ausencia materna, y la metáfora paterna, que sustituye el Deseo de la Madre por el Nombre del Padre así simbolizado.

A todo esto, nos preguntamos cómo articular la forclusión del Nombre del Padre con el rechazo de esta simbolización primordial. En una psicosis no melancólica, el sujeto realiza el objeto del fantasma materno: él es quien colma el deseo materno conservando el objeto del goce del Otro. Aquí, el Otro no desaparece, el deseo materno está en el lugar y está satisfecho. No obstante, en la melancolía, el sujeto no logra completar al Otro materno; el deseo materno desaparece y el sujeto abandona ese objeto; es decir, rechaza el objeto de goce del Otro.

Por otro lado, nos parece importante también destacar, la Carta 73 que Freud le escribe a Fliess (i), asegurando que la ética consistía en un decir continuo, más allá del impedimento de los 'Estados de Humor' que obstruyen el avance del análisis. Es decir, dichos estados hacen obstáculo al inconsciente y a una exigencia ética: lo que Freud llamaba el buen decir.

Cuando hablamos de la clínica y las nuevas nominaciones, hacemos referencia a las posibles variaciones del humor, así como por ejemplo la inhibición o la angustia, que estarían ligadas, más bien, a las relaciones del sujeto con su falta. Es, quizás, en la falta de palabras donde la depresión halla su existencia. En la clínica se ha comprobado, que el sujeto, encuentra en reiteradas ocasiones, razones para explicar sus variaciones de humor, producto de un encuentro que resulta ser el encuentro con la falta, cuya consecuencia es la aparición de un acentuado sentimiento de impotencia. Ante dicha impotencia el sujeto no puede advertir otra salida que la de hacer algo.

Entendemos que el estado depresivo en un sujeto, es lo que se manifiesta cuando el síntoma ya no se sostiene como un arreglo estructural ante el desfallecimiento de la metáfora paterna. Por ende, la depresión o Trastorno del Estado del Ánimo, es la manifestación de la cara real del síntoma, siendo precisamente en la falla de ese síntoma donde ésta se aloja. Asimismo, creemos que en definitiva se trata, de recubrir el síntoma para que el efecto de separación

no se obtenga. El *'yo no sé'* del sujeto neurótico en análisis, se recubriría en este caso con el *'yo no digo'* del que padece dicho trastorno.

A modo de conclusión, podemos decir que la melancolía ha sido siempre, en mayor o menor grado, atribuida a la depresión. Se cree, que hoy en día la psicosis melancólica ha perdido la precisión de su diagnóstico clínico al quedar adosada en la depresión, ese significante universalizado por los intereses del mercado capitalista, pero que también, forma parte de la clínica y sus nuevas nominaciones.

Desde Lacan, sostenemos que el rechazo del deseo y el no querer saber nada sobre su inconsciente, es el punto clave de la posición subjetiva del deprimido. Es por ello, que la apuesta teórica de la melancolía se funda sobre un rechazo forclusivo de la falta.

Podemos pensar que la depresión es uno de los posibles recursos utilizados por el sujeto para no afrontar el riesgo del deseo. Ese deseo inconsciente, motor de la vida psíquica, que a su vez, imprime su huella en cada uno de nuestros actos y elecciones. Si bien es cierto que todo sujeto se encuentra, en cierta medida, dividido respecto a su deseo, el ser incapaz de reconocerlo de manera directa o el no poder apropiarse de él, sin dudas tiene un efecto. Claramente, la relación del ser humano con su deseo es conflictiva.

En otras palabras, la depresión, podría ser considerada como un modo de renuncia frente a ese deseo y un no querer hacerse cargo del conflicto que implica. Por ello, Lacan supone que se trata de una cierta cobardía moral que se expresa en la falta de entereza del sujeto para enfrentar la vida.

A lo largo del tiempo, la investigación ha demostrado que darle la espalda al inconsciente o no escucharlo o escucharse, tiene su precio. El sentimiento de culpabilidad que afecta con frecuencia al sujeto lo lleva, muchas veces, a procurarse un castigo por una falta que desconoce. Esta culpa no siempre se refiere al daño cometido a otros; en varias ocasiones estamos en falta con nosotros mismos; podría decirse que nos traicionamos cuando traicionamos el deseo que nos habita. De la misma manera que alegamos que la depresión es un obstáculo al deseo, podemos afirmar que es el deseo, el mejor remedio contra la depresión.

Una lectura del caso Olga Blum

A lo largo de 5 generaciones de manuales, los hacedores del DSM se esfuerzan por incurrir en la extraña contradicción de juntar a la vez q clasifican con minuciosidad. Juntan síntomas, como en puñados, forman categorías, clasificaciones, diagnósticos, enfermedades.

El mismo esfuerzo hacemos los que trabajamos desde el psicoanálisis por separar. Por poner un corte en ese amontonamiento lingüístico-sintomático, por detener la metonimia, para centrarnos en lo uno, lo singular, lo subjetivo y por ello, único. *Un* síntoma puede ser algo compartido, pero *el síntoma de un sujeto* sólo le pertenece a él, y dependeremos de su lectura, su vivencia y su constitución particular para hacer de ello material de trabajo analítico.

En esta línea se celebran cada año desde 1996, en distintas ciudades del mundo, conversaciones clínicas donde lo central es el caso. Cada analista lee su caso elegido, no necesariamente de su propia clínica, y al pasarlo por el tamiz de su singularidad se abre el comentario y posterior debate.

En esta ocasión tomaremos el caso presentado por Serge Cottet en la Conversación de 2007 titulada *Variaciones del Humor*, no sólo por la finura con la que ha sido desarrollado, sino también por la riqueza que ha aportado al debate del cual aún hoy hacemos eco.

Se trata de Olga Blum, paciente de L. Binswanger en los años '30, caso que reabre el debate por el causal de la alternancia entre los estados maníaco y melancólico, pregunta planteada ya por Freud en 1921 (*Psicología de las masas y análisis del yo*). Allí concluía que “El fundamento de estas oscilaciones espontáneas del talante es, pues, desconocido; nos falta toda intelección del mecanismo por el cual una melancolía es relevada por una manía.” (Freud, 1921, 125).

Lo que hoy el DSM denomina ‘trastorno bipolar’, hace algunos cuantos años atrás podíamos leerlo como ‘psicosis maníaco depresiva’, y si retrocedemos algunos años más, lo encontrábamos entre las llamadas ‘locuras de doble forma’. Esto, saliendo de las trilladas oposiciones entre una y otra teoría o doctrina, no nos reafirma más que una cosa: la legibilidad del síntoma. Poner en forma un síntoma es también leerlo, y no me refiero a interpretarlo, sino lisa y llanamente leerlo. El sujeto escribe por decirlo de algún modo su conflicto en el síntoma. Y el analista por su parte, lo toma en el total de su singularidad, en el caso único, y lo pone trabajar. Es por eso que, usando un mismo término, estamos hablando de cosas distintas. El síntoma analítico es un síntoma a ser leído, porque es una construcción subjetiva, que cuenta con un atravesamiento por el lenguaje haciendo de ese sujeto que lo padece un ser singular, el parlêtre. De aquí la importancia o no que en el debate se plantea sobre la necesidad de establecer categorías diagnósticas, porqué y para qué nos servirían. El mismo Miller explica que el diagnóstico en la actualidad sea quizás “un conflicto de interpretaciones” (Miller y otros, 2015, 10). Construir un caso no implica encasillarlo, encuadrarlo en la norma, sino más bien, hacer de y con él una norma. El paradigma comenzó por uno. Y algo de esto refiere también el título de la mencionada conversación, *Variaciones del humor*, no como término técnico psicoanalítico, al menos por ahora, sino jugando con aquel ‘sentimiento de la vida’ que menciona Lacan en *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis* (Lacan, 1987). Un humor para cada uno podríamos decir, nos llevará a encontrar sin pausa pero sin prisa, las variaciones de humores actuales que viran entre sí y toman nuevas formas. Abre también una puerta a plantearnos por la continuidad y discontinuidad entre el afecto y el humor. Concebimos habitualmente al efecto como discontinuo, puntual, mientras que el humor es considerado un estado continuo. Qué entonces para estas nuevas nominaciones que invierten los polos y tornan disruptivo el humor. Que viran sin previo aviso de uno a otro humor, o sentimiento vital ¿alternado? ¿Es posible establecer una regulación en la alternancia? ¿Puede la alternancia en si misma ser una regulación para el sujeto? Lo único que hasta ahora podemos aseverar, es que la angustia sigue siendo un afecto, base para todo aquello que ‘no engaña’, afirmación que en el terreno de los humores no podemos sostener. Si la angustia empareja con la verdad, entonces el humor empareja con el goce, donde no hay absolutos, sino pura singularidad.

El caso versa sobre el tratamiento de una mujer de 26 años hospitalizada en la clínica de Binswanger, divorciada y con un hijo, la cual padece de manera alternada de estados maníacos seguidos por estados melancólicos, alternancia que puede darse incluso a lo largo de un mismo día. El mencionado psiquiatra suizo, siguiendo los postulados de su maestro Sigmund Freud, explica dichos estados basándose en la Teoría de las Identificaciones, siendo la más primitiva forma de elección de objeto, derivada directamente de la fase oral. Predomina en el estado maníaco la total oposición al padre, “el domingo de la vida”, con episodios alucinatorios delirantes, mientras que en los momentos de alteración melancólica la identificación al padre la convoca a sumirse en un estado de brutal depresión, “no tiene el derecho a vivir ni de estar en relación con los otros” (Cottet, 2015, 157).

El historial confeccionado por Binswanger (1960) nos remonta a los 8 años de Olga, donde ya podía hablar 4 idiomas, mientras que a sus 16 años, tras presenciar un ataque epiléptico de su padre, sufre la primera crisis expresando haber perdido el derecho a vivir. A los 22 años, luego de su boda, sufre una depresión grave seguida de un período donde todo se vuelve repentinamente maravilloso, para retornar a un estado de profunda tristeza habiendo tomado ya conocimiento de su embarazo. Se divorcia poco tiempo después.

En sus fases maníacas, los fenómenos de cuerpo abundan, sintiéndose “tensa como un arco”, la despersonalización acapara gran parte de sus hábitos.

Siguiendo a Abraham, Binswanger interpreta la alternancia entre ambos estados bajo la dominación de idénticos complejos, basados en la identificación-desidentificación al padre, así ‘lo indigno del padre’ está presente en ambos estados. De este modo Binswanger pivotea entre el existencialismo y el psicoanálisis sin alcanzar una conclusión definitiva. Destacando como único don del padre el darle besos en la boca a Olga, Cottet localiza allí su goce, “sobredetermina el síntoma logorreico precoz y, tal como ya vimos, no cede en la fase melancólica. [...] El objeto oral alimenta la identificación con el padre” (Cottet, 2015, 33). En este contexto, Cottet postula que la alternancia de estados no sería lo esencial, siendo ambos delineados por la pulsión de muerte como en una banda de Moebius, reduciéndose el lazo temporal entre ambos. “La identificación y la separación de *a* se ofrecen aquí a la observación en estado puro” (Cottet, 2015, 142). Ella es como el padre en la melancolía y lo opuesto a él en la manía. “...el padre egoísta es un padre del cual ella no sería la falta. La culpa del padre sería su única certeza”. (Cottet, 2015, 142) Podemos así hablar de estados mixtos no como una forma de transición de la manía a la melancolía, sino como una entidad clínica en sí misma, siendo una diferencia entre más y menos, goce, significante y pulsión de muerte.

En un caso tan complejo, determinar un diagnóstico nos permitirá, como comenta Jean Claude Maleval (Miller, 2015, 105), localizar el goce en juego para poder contrarrestarlo. El abordaje no sería el mismo en un neurótico que en un psicótico por ejemplo. Tampoco en una paranoia o en una esquizofrenia. Siendo que en la mayoría de los casos lo que encontramos en la clínica son estados mixtos, es en extremo útil poder determinar la diferencia entre posición y estado. Posición melancólica y estado melancólico, en este caso. “Son estados en el interior de una estructura, porque posición refiere a la estructura. Decimos entonces posición estructural admitiendo que los fenómenos pueden no revelar inmediatamente la estructura” en palabras de Miller. La distinción no es simple, ni del todo clara aún. Pero propone un interesan-

te punto de partida para nuevos debates. Por lo pronto, localizar el goce permitirá orientar la cura, no siendo el diagnóstico un atributo para encasillar, sino una herramienta para trabajar.

Nos referimos hasta ahora a la identificación-desidentificación al padre, inicialmente establecida por Freud. Pero tratar la oposición manía-melancolía partiendo de dos identificaciones contrarias podría no ser aplicable a todos los casos. Es así como J. A. Miller (2015) propone al respecto una novedad: alienación/separación. La manía está del lado de la alienación, la melancolía del lado de la separación del sujeto de la cadena significativa. En la manía no hay S_1 que haga peso, hay un deslizamiento metonímico enloquecedor, que puede llevar a la muerte. Vemos así que lo mortífero de la cuestión no es en absoluto exclusivo de la melancolía. La pulsión de muerte está presente y atraviesa ambos estados, que ahora podemos llamar “estados distintos del goce” (Miller, 2015, 155). No sería adecuado entonces hablar de identificación con el objeto en la melancolía, sino más bien de identidad con el objeto.

Encontramos entonces más conveniente hablar del binomio alienación/separación cuando nos referimos a manía-melancolía que tomarlo desde la teoría de las identificaciones. Hecha luz entonces este aporte de Miller sobre el fundamento de las oscilaciones entre estados maníacos y melancólicos, aportando quizás una conclusión que reabra un nuevo campo de trabajo. “Sabemos ya que la íntima trabazón en que se encuentran los intrincados problemas del alma nos fuerza a interrumpir, inconclusa, cada investigación, hasta que los resultados de otra puedan venir en su ayuda.” (Freud, 1917, 255).

Referencias

- Binswanger L. (1987) *Melancolie et Manie*. En Cottet Serge. *La aversión del objeto en los estados mixtos*. En Miller J.A. (comp) *Variaciones del Humor*. Buenos Aires. Paidós.
- Cottet, S. (2015) *La aversión del objeto en los estados mixtos*. En Miller J.A. (comp) *Variaciones del Humor*. Buenos Aires. Paidós.
- Dessal, G. (1998) *La Depresión: Un Obstáculo al Deseo*. Pliegos. Sección de Madrid. Escuela Europea de Psicoanálisis.
- DSM-IV (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*. Buenos Aires. Masson.
- Freud S. (1976) Duelo y Melancolía. En *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud, S. (2004) Inhibición, síntoma y angustia (Tomo II). *Obras Completas*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923) Neurosis y psicosis (Tomo XIX). *Obras Completas*. Buenos Aires: Biblioteca Nueva.
- Freud S. (1976) Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas*, tomo XVIII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Freud S. (1886-1899) Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud (Tomo I). “Carta 73” (pág. 309) *Obras Completas*. Amorrortu Ediciones

- Grasser, F. (2001) *Psicosis y melancolía*. Colofón No. 20. *Boletín de la Federación Internacional de Bibliotecas del Campo Freudiano*.
- Harari, R. (1993) *El seminario "La angustia," de Lacan: una introducción*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1981). *Apertura de la Sección Clínica*. Ornicar, 3.
- Lacan, J. (2006). *El Seminario, Libro 10, La Angustia*. Buenos Aires: Paidós Editorial.
- Lacan, J. (1987). *Escritos II* (Cap. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis). Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. (1977). *Psicoanálisis Radiofonía & Televisión*. (Cap. 2: El inconsciente cosa bastante precisa). Barcelona: Editorial Anagrama
- Laurent, E. (1988) *Melancolía, Dolor de Existir, Cobardía Moral*. En: Estabilizaciones en las psicosis. Ornicar? No. 47. Buenos Aires: Manantial
- Miller J.A. y otros (2015). *Variaciones del Humor*. Buenos Aires. Paidós.
- Soler, C. (1992). *Pérdida y Culpa en la melancolía*. En: Estudios sobre las Psicosis. (pp. 34-43) Buenos Aires: Manantial.

CAPÍTULO 9

La Clínica y las Nuevas Nominaciones

José M. Damiano

Resumen

La existencia de nuevos síntomas y nuevos casos clínicos requieren de su construcción uno por uno. Hay una reformulación de la práctica analítica y a consecuencia de lo mismo, una nueva orientación en el real propio del Psicoanálisis. Esto es cierto también para la clínica vinculada a los DSM, quienes se embarcan en un nuevo proyecto, (que combinando cognición, emoción y conducta; al igual que la Genética, Neurociencias, Psicología y diagnóstico por imágenes) prometen acceder a un real medible para las enfermedades mentales.

El futuro de las disciplinas Psi se reparte entre el Uno numérico y el Uno real, que Lacan rescató del Parménides para fundar un nuevo Campo (al que podríamos seguir llamando Psicoanálisis).

Introducción

Si damos un vistazo general a la obra dejada por Freud, fundador de la clínica psicoanalítica, observamos que nos ha legado cinco grandes historiales clínicos que marcaron paradigmas de abordaje y de pensamiento tan precisos que nuestra reflexión se sigue orientando por ellos, y vuelve una y otra vez a sacar consecuencias para hacer progresar el conocimiento y la cura analítica en tanto tal.

El paso indubitable que significó la enseñanza de J. Lacan para el psicoanálisis, no fue sin volver a esos casos extrayendo enseñanzas inéditas. Recordemos que antes del comienzo de su enseñanza, había dedicado en privado un año de estudio a cada uno de los cinco grandes historiales clínicos freudianos. Sus señalamientos no hicieron sino engrandecer el valor de esas obras que nos siguen orientando en una lectura que parece infinita.

De esos cinco grandes historiales clínicos tres corresponden a las neurosis. El renombrado "Caso Dora" Fragmento de análisis de un caso de histeria (Freud 1905), paradigma de la neurosis histérica; "El Hombre de las Ratas" (Freud 1909), paradigma de la neurosis obsesiva; "El pequeño Hans" (Freud 1909), paradigma de la neurosis fóbica. Del otro lado "El Caso Schreber" Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Freud 1911), paradigma de la

psicosis; y “El Hombre de los lobos” De la historia de una neurosis infantil (Freud 1918), ¿paradigma de que es? Paradigma de un caso inclasificable.

Caso Paradigmático

Pero ¿Qué significa en el psicoanálisis que un caso sea paradigmático? Podemos postular al modo de la ciencia el caso clínico como ley universal, al que algunos casos particulares se ajustan, pero no se refiere a ello. Podemos postular también que cada caso será siempre único, excepcional y aún singular, y por lo tanto una refutación del paradigma en tanto ley universal, pero no se refiere a eso tampoco. La originalidad aportada al saber por el psicoanálisis en este sentido consiste en llevar la excepcionalidad de un caso a regla universal para algunos otros casos a cuyo campo se aplica. Es decir “una regla de excepción”, se trata de la elevación de un caso al estatuto de caso notorio, de ‘el’ caso. Así el hombre de las ratas es paradójicamente paradigmático por haber sido llevado en la elaboración de su estructura clínica a la máxima excepcionalidad, y “Joyce no es *un* sinthome, sino *el* sinthome”, en el sentido del notorio, como lo ha propuesto J.C. Indart.

Diagnóstico Estructural

Durante mucho tiempo el caso clínico quedó indisolublemente ligado al diagnóstico estructural. El operador que permitió esta clasificación clínica mínima pero imprescindible a los fines de la dirección de la cura en un tratamiento analítico, fue la existencia de un significante especial en el lenguaje, el Nombre del Padre, traducción reducción estructural de Lacan del Complejo de Edipo y su corolario el Complejo de Castración en la obra freudiana.

En el caso de la Psicosis, la forclusión en lo simbólico de la metáfora fundacional del Nombre del Padre determinará en el desencadenamiento de la enfermedad, los retornos en lo real del fenómeno elemental alucinatorio en sus distintas formas. Mientras que, en el caso de las neurosis, lo reprimido por ese significante fundamental, retornará en lo simbólico con la forma del síntoma histérico u obsesivo según el tipo clínico del que se trate.

Ahora bien, el paradigma freudiano del “Hombre de los Lobos”, puede ser forzado a pasar por neurosis y puede ser forzado a pasar por psicosis; pero si nos desentendemos un momento de tener que sostener las categorías clasificatorias, y nos atenemos rigurosamente a los fenómenos que se presentan, se trata de un caso cuya primera aproximación nos obliga a reconocer la presencia de fenómenos mixtos, fenómenos que se corresponden con la neurosis y fenómenos que se corresponden con la psicosis y nos conduce a reconsiderar la estabilidad de la clasificación propuesta o al menos a limitar su campo de aplicación.

Categorías como la de Borderlaine propuesta por Otto Kernberg intentan resolver este impasse. Este capítulo de la historia del psicoanálisis requiere una seria reconsideración.

El problema que nos presenta nuestra actualidad clínica, y que nos lleva a una reconsideración más profunda de este tema es en principio el simple dato de que lo que otrora era un caso excepcional y podía ser considerado una rareza, un caso atípico, inclasificable, se ha vuelto con el paso de los años algo mucho más frecuente, de manera tal que el problema no puede ser soslayado por más tiempo.

Y es que hay un acuerdo en las distintas agrupaciones, escuelas y/o asociaciones psicoanalíticas que siguen la enseñanza de Freud y de Lacan, y en el mundo de los intelectuales que reflexionan sobre la cultura en general; en considerar que uno de los rasgos distintivos de nuestra época consiste en situar que esa función simbólica fundamental llamada Nombre del Padre se ha deteriorado, declina, desfallece socialmente, culturalmente y discursivamente.

Sin pretender establecer aquí las razones de tal situación, cuando se le mira con más atención y precisión resulta que el problema no es tan simple como se plantea en la clínica tradicional, a saber, la aceptación o el rechazo de esa función.

Si apelamos a una enseñanza clásica, establecida y aceptada en nuestra comunidad, se encontrará que en su seminario Libro 5: *Las formaciones del Inconsciente*, Lacan (1999, Clase X y XI) reconstruye que el Complejo de Edipo freudiano se desarrolla y se constituye en tres tiempos lógicos y cronológicos y en consecuencia la declinación de esa función no se da de forma repentina de una vez y para siempre, sino de forma paulatina, con resurgimientos y desapariciones, siguiendo el camino inverso de su constitución.

Los síntomas neuróticos cuyo desciframiento inauguró Freud, eran síntomas articulados a la castración, es decir que el Complejo de Edipo había consumado su segundo tiempo fundamental, y las dificultades se presentaban para acceder a las conquistas del tercer tiempo, para lo cual se requería del sujeto una mayor y mejor aceptación de la castración propia y del Otro. Pero habiendo pasado el sujeto por ese Complejo fundamental en su constitución se contaba con un recurso operatorio clave en la terapéutica de los síntomas.

Podemos considerar que, en muchos casos de difícil diagnóstico y tratamiento para las formas clásicas del psicoanálisis, su problema radica en que el sujeto, no siendo francamente psicótico al estilo Schreber, tampoco ha constituido consistentemente una neurosis, pues habiendo consumado el primer tiempo del Complejo de Edipo, encontró severas dificultades para acceder al Complejo de Castración y su desarrollo según esa secuencia lógica se detuvo en ese paso. Es decir, que el rechazo o la "no operatividad" del Nombre del Padre y de la castración, no es equivalente a la forclusión en la Psicosis, que se refiere al rechazo de esa función en el primer tiempo del Edipo. Estas formas nos proponen una clínica de síntomas articulados, no a la castración, sino a la *frustración* en términos de Lacan (1994). Habrá que investigar, despejar y establecer en estos casos si los síntomas articulados a la frustración tienen una forma diferente que los síntomas articulados a la castración.

De la misma manera, otras formas de las psicosis actuales, merecen esa denominación porque rechazando la función paterna al modo de la psicosis clásica, no presentan sin embargo claros y distintos fenómenos elementales ni formas de delirio inmediatamente reconocibles y en su lugar se presentan extrañas formaciones sintomáticas, toxicomanía, severas anorexias y / o

bulimias, TOC, ataques de pánico, trastornos depresivos o maníacos, etc.; para tomar algunos diagnósticos que resultaron exitosos socialmente para nombrarlos.

Nombres del Padre

Del derrotero posterior seguido por el concepto de Nombre del Padre, en la Obra de Lacan diremos que es claro que las importantes modificaciones aportadas a ese concepto son consecuencia: por un lado, de la elaboración de la práctica del Psicoanálisis y por otro de las modificaciones acaecidas en la civilización y es una vía por la que se llegará a la necesidad del nudo. Haremos una rápida mención de los momentos que deben ser abordados con mayor precisión para un estudio del tema.

Un primer paso se da a partir del seminario Inexistente en donde la cuestión es la *pluralización* de los Nombres del Padre: del Nombre del Padre a *los* Nombres del Padre. A partir de aquí asistimos a una progresiva *semblantización* del Nombre del Padre. Es conveniente no olvidar la circunstancia por la cual al poner en cuestión el Nombre del Padre, Lacan es excomulgado de la IPA.

En un segundo paso ubicable a partir del Seminario 21 *Los Nombres del Padre o los no incautos yerran* (Lacan 1973-74, inédito) el Nombre del Padre ya no es más el punto pivote crucial en la estructura y será equiparado simplemente a una forma del *sinthome*, constituye una forma especialmente estable de anudamiento. Se promueve su uso en desmedro de su creencia. En el Seminario 22 RSI (Lacan 1974-75, inédito), introduciendo un cuarto anillo al nudo borromeo lo identifica con la "realidad psíquica" que para Freud es a su vez equiparable con el Complejo de Edipo. Pero lo crucial será entonces que en el Seminario 23 *El Sinthome* el Nombre del Padre es definitivamente equiparado al *Sinthome*, como una forma entre otras de anudamiento posible (Lacan, 2006). Y el *Sinthome* cualquiera que sea, es el punto de capitón de la lengua para el sujeto psicótico. En este sentido la última clínica de Lacan suplanta a la clínica de la forclusión pero no la invalida. De este modo casi imperceptiblemente hemos pasado de una clínica diferencial a una clínica universal en la cual el nombre del padre es un anudamiento posible entre otros.

El Síntoma

Si tomamos ahora de la noción de síntoma diremos que a lo largo de la obra de Freud y de Lacan se realiza un trayecto en relación a la misma que vale la pena recordar. Existe para ello enorme cantidad de textos freudianos, pero vale la pena tomar como enfoque las *Nuevas Conferencias de Introducción al Psicoanálisis*; principalmente la conferencia XIX sobre El sentido de los síntomas y la XXIII sobre Los caminos de la formación del síntoma (Freud 1976).

En primer lugar, el síntoma en psicoanálisis nos llega a partir de la escucha de la palabra de un sujeto y no a partir de la mirada como en psiquiatría o en medicina. En esa palabra el síntoma aparece operativamente como un disfuncionamiento, como lo que no anda y hace sufrir en exceso. El gran invento de Freud al respecto fue considerar a partir de la clínica de la histeria, que ese síntoma tenía un sentido inconsciente que era posible descifrar con la única condición de encontrar una vía de acceso al mismo. De esta manera en la primera clínica freudiana el síntoma forma parte de las formaciones del Inconsciente junto con el chiste, el lapsus, el acto fallido y el sueño. En la posibilidad de leer el sentido inconsciente del síntoma e interpretarlo en el marco de un tratamiento analítico residieron los principales recursos terapéuticos del psicoanálisis, que era así considerado como una cura por la palabra.

Pero en un segundo momento asistimos al acceso a un núcleo sintomático que se resiste a la interpretación y por lo tanto a la curación. Aparecen entonces las nociones del más allá del principio del placer fundándose principalmente en la observación del fenómeno de la repetición del síntoma y este comienza a mostrar que no es solamente una formación del inconsciente, sino que merece un lugar en la triada Freudiana Inhibición, Síntoma y angustia. De esta manera se revelará poco a poco al psicoanálisis que hay una satisfacción en el síntoma, en el sufrimiento sintomático que no puede ser eliminada, aunque sí reducida, por lo menos al punto que lo insoportable se vuelva soportable.

De esta manera el síntoma en psicoanálisis es una amalgama de dos caras, una cara Significante y una cara de Goce.

Finalmente es útil reconsiderar lo dicho sobre el síntoma en psicoanálisis con una sencilla y fundamental cita de J. Lacan en su escrito *Joyce el Síntoma*, “Dejemos al síntoma en lo que él es: un acontecimiento del cuerpo” (Lacan, 2012, 595) para una rápida ubicación en esta cita recomendamos la lectura del artículo de Bernard Lecouer titulado *Acontecimiento del cuerpo*, en *Scilicet: Semblantes y síntoma* publicado (Lecouer 2009).

Si volvemos ahora al problema de la presentación actual de los síntomas a luz del deterioro de la función simbólica del Nombre del Padre en nuestra civilización, encontramos que en los casos que pasamos a considerar en el campo de investigación de las psicosis actuales, los síntomas se presentan de entrada mostrando su cara de goce y de repetición; mientras que el costado descifrable (a condición de poder articularlo al orden simbólico del nombre del padre), parece no existir. De esta manera la vía clásica de desciframiento de los mismos se ve imposibilitada y exige una reformulación de los modos de tratamiento.

Nos abocamos así a la tarea resumida en la siguiente cita: “Le toca al psicoanalista encontrar la manera de dirigirse a la angustia del sujeto para mostrar que los síntomas inéditos de nuestra civilización son legibles”. (Laurent, 2013, 138)

Fin de una época

Por lo desarrollado anteriormente se entenderá que ante las crecientes epidemias de nuevos síntomas en el mundo globalizado actual hay una reformulación de la práctica analítica, y

en segundo lugar y a consecuencia de lo mismo, una nueva orientación en el real propio de su disciplina.

En el artículo titulado por E. Laurent *El fin de una época* (Laurent, 2013) nos enteramos que no se trata solo de la clínica psicoanalítica. La clínica vinculada a los DSM y su garantía la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) hace pocos años atrás vivió una profunda crisis en la que al recién nacido DSM5 se le decretaba la muerte a manos de sus mismos creadores con críticas más profundas que las que hubiese hecho cualquier detractor; reconociendo su falta de validez científica, los enormes problemas que trajo a los practicantes, a los pacientes, a los ciudadanos en general que comenzaron a diagnosticar su vida cotidiana con las categorías DSM, en particular con la niñez; las guerras con los laboratorios etc.

Recomendamos con una simple búsqueda en internet leer los artículos y opiniones críticas al DSM5 hechas por ejemplo por el Dr. Allen Frances uno de los principales responsables de la elaboración del DSM4.

Pero siguiendo a Eric Laurent en el artículo mencionado, encontramos que tras estas severas críticas se trata de que realmente el proyecto DSM ya no interesa tanto a estas disciplinas pues hay previstos otros nuevos rumbos:

“Ahora bien, el deber del NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) es sostener la investigación de ese Grial: un real medible para las enfermedades mentales. De ahí el recordatorio que lanzó su institución desde hace casi dos años, un proyecto muy diferente del DSM-5 para transformar verdaderamente los diagnósticos. Se trata de reunir, en un proyecto titulado Research Domain Criteria (RDoC), todo lo que se ha obtenido por la investigación de los signos objetivos de las funciones cognitivas y de sus circuitos objetivables, en los tres dominios esenciales: cognición, emoción y conductas. El RDoC tiene como objetivo establecer la cartografía (mapping) del conjunto de estos aspectos, a través de la continuidad del campo, haciendo caso omiso de las diferentes etiquetas y subgrupos del DSM en su división infinita”. (Laurent 2013, 1)

No se trata evidentemente de un repentino despertar de un amor por el saber y la verdad, se trata más bien de que un nuevo proyecto llamado RDoc se ponía en marcha. Se trata de la transformación en una disciplina ‘más científica’ basada en las neurociencias, la genética y las imágenes obtenidas por la tecnología. Para los más fanáticos biologicistas se renueva el deseo de subsumir a la Psiquiatría en la Neurología.

De esta manera tal como fuera planteado el tema para el X Congreso Internacional de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, el futuro de las disciplinas Psi se reparte entre el Uno numérico (mas ciencia, pero ahora ciencia del ser humano, ciencia del ser hablante) y el Uno real que en un nuevo y magistral pase de manos Lacan rescató del Parménides para fundar un nuevo campo (al que podríamos seguir llamando Psicoanálisis). Yad’lun.

De un lado el Uno del número con sus estadísticas, sus mediciones, su cuerpo organismo biológico, su real material, último referente y sede de todo lo que le ocurra al alma humana, y del otro el Uno Real, único antídoto contra la creciente compulsión de repetición desatada en el planeta. Eso son los nuevos síntomas.

El ideal de esta nueva ciencia como dice E. Laurent es que “piensan que han reabsorbido la psiquiatría en la neurología y que imaginan medir la intensidad del trastorno mental como se mide la presión arterial y el colesterol.” (Laurent, 2013,1)

Interrogado sobre estas cuestiones Lacan en *Televisión* es taxativo: “es imposible pensar el cuerpo del ser hablante en términos de alguna energética propiamente científica.” (Lacan, 2012, 548) No se trata de una opinión apresurada de un espíritu gustoso de la crítica de lo establecido, sabemos por J.A. Miller que al decir esto Lacan se apoya en los estudios del Premio Nobel en Física en el año 1965 Richard P. Feynman.

No hay enfermedades sino enfermos: El rescate de la singularidad

En este panorama de la actualidad y de lo que se avizora como el futuro de estas prácticas el síntoma se revela como lo real y las clínicas como un semblante. Semblante el Inconsciente y semblantes las categorías de los DSM.

“He constatado en forma recurrente entre mis colegas de otras orientaciones y de mi misma orientación también 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”. (Laurent, 2000, 25)

“Como orientarse hacia lo real del sufrimiento que conlleva el síntoma, esto es lo que nunca se puede olvidar y es lo esencial. A través de la tensión entre el artefacto de la clínica y la realidad del paciente, se continúa el debate hipocrático sobre las enfermedades y el enfermo”. (Laurent, 2000, 26)

¿Qué es la singularidad?

Resumimos en ocho puntos la caracterización de esta categoría lógica presentada por J.A. Miller en *Sutilezas Analíticas* (Miller, 2011):

La singularidad es una categoría lógica diferente del Universal y del particular que son las categorías que permitieron el armado de los tipos clínicos, las clases y las clasificaciones.

Lo singular es una categoría lógica en el límite de la lógica.

Lo singular es lo que no tiene nada en común (con otros). Es lo fuera de lo común. No tiene parecido.

Lo singular es lo incomparable.

Lo singular esta fuera del sistema y fuera del matema.

Lo singular esta fuera del sentido (fuera del sentido común)

La categoría lógica de lo singular pertenece a la teoría del Juicio y hace a la cuantificación. Desde el punto de vista de lo cuantificable el concepto de lo singular no tiene extensión, no se puede representar como un conjunto sino como un punto. No tiene más extensión que el individuo.

Como cuantificador lógico lo singular se escribe $\exists x$ (existencial-signo de exclamación-x) y se lee: "existe uno y solo uno"

Delimitada la categoría lógica de lo singular ¿Dónde está lo singular en el encuentro del psicólogo clínico con el enfermo? Lo singular está en el síntoma. Esto es cierto incluso para los síntomas clasificables como obsesivo, histérico, fóbico, pero se extiende a los síntomas inclasificables. Cada uno de ellos es considerado por el psicoanálisis como un invento subjetivo que es una solución, paradójica porque implica un sufrimiento insoportable, pero solución sintomática que podría no existir. ¿Qué pasaría si no existiese? El sujeto quedaría expuesto a la pura pulsión de muerte, hay datos y casos para verificar esto. Cuando el síntoma no es curable en el sentido de la disolución del mismo, desde el punto de vista de lo terapéutico queda hacerlo soportable. Pero esa no es ni la única, ni la más interesante novedad al respecto.

Referencias

- Freud, S (1905) Fragmento de un análisis de un caso de histeria (caso Dora) en *Obras completas*. Tomo VII. Amorrortur Ediciones.
- Freud, S (1918) De la historia de una neurosis infantil (caso del hombre de los lobos) en *Obras completas*. Tomo XVII. Amorrortur Ediciones.
- Freud, S (1909) Análisis de una fobia de un niño de 5 años (caso del pequeño Hans) en *Obras completas*. Tomo X. Amorrortur Ediciones.
- Freud, S (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso del hombre de las ratas) en *Obras completas*. Tomo X. Amorrortur Ediciones.
- Freud, S (1911) Sobre un caso de paranoia descrita autobiográficamente (caso Schreber) en *Obras completas*. Tomo XII. Amorrortur Ediciones.
- Indart, Juan Carlos y Otros (2009) *Entre Neurosis y Psicosis*. Fenómenos mixtos en la clínica psicoanalítica actual. Bueno Aires. Gramma ediciones.
- Kernberg, Otto (1992). *Trastornos graves de personalidad*. México: Manual Moderno.
- Kernberg, Otto (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lacan Jacques (2012). *El seminario libro 19: "...aun"* Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, Jaques (1984) *El Seminario 3: Las Psicosis*. Paidós ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, Jaques (1994) *El Seminario 4: La Relación de Objeto*. Paidós ediciones. Buenos Aires.

- Lacan, Jaques (1999) *El Seminario 5: Las Formaciones del Inconsciente*. Paidós ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, Jaques (2006) *El Seminario 23: El Sinthome*. Paidós ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, Jaques (2006) *El Seminario 23: El Sinthome*. Paidós ediciones. Buenos Aires.
- Lacan, Jaques. *El Seminario 21: Los nombres del Padre*. Inédito
- Lacan, Jaques. *El Seminario 22: R.S.I.* Inédito
- Lacan, Jaques (2012) *Televisión. Otros Escritos*. Paidós. Bs As
- Laurent Eric (2000). *Pluralización de las clínicas y Orientación hacia el síntoma. Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Tres Haches. (p.25)
- Laurent Eric (2013) *Fin de una época. Consecuencias n° 10*. Revista Digital. Bs. As.
- Laurent Eric (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Tres Haches.
- Laurent Eric (2013). *Fin de una época. Revista Digital Consecuencias n° 10*. Bs As
- Laurent, E.; J.C. Indart y Otros (2008) *Del cuerpo y el alma, en los debates diagnósticos actuales*. Cita Ediciones. La Plata.
- Laurent, Eric (2004). *La aurora del síntoma. Ciudades analíticas*. Buenos Aires. Editorial Manatíal
- Laurent, Eric (2011). *El sentimiento delirante de la vida*. Buenos Aires. Colección Diva.
- Laurent, Eric. *La Psicosis Ordinaria (2010) ¿Cómo se enseña la clínica?* Cuadernos del Instituto Clínico de Bs. As n° 13. Buenos Aires.
- Lecoœur, Bernard (2009) *Acontecimiento del Cuerpo en Silicet: Semblantes y Sinthome*. Gramma ediciones. Buenos Aires.
- Miller, Jaques-Alain (2006) *La Psicosis Ordinaria*. Editorial ICBA Paidós. Buenos Aires.
- Miller, Jaques-Alain (2010) *Efecto retorno sobre psicosis ordinaria*. En *el Caldero de la Escuela nro14*. Gramma ediciones.
- Miller, Jaques-Alain (2010) *Trece clases sobre el hombre de los lobos*. Unsam edita. Buenos Aires.
- Miller, Jaques-Alain y Otros (1999) *Los Inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Editorial ICBA Paidós. Buenos Aires.
- Vaschetto, Emilio (compilador) (2009) *Psicosis Actuales*. Gramma ediciones. Buenos Aires.
- AAVV. Cuaderno/7 CIEN (2014). *Centro de Investigación de Estudios sobre el Niño: Me incluyo desde afuera*. Buenos Aires Argentina.

CAPITULO 10

El envés de la burocracia

Ana Laura Piovano y Lucas Santiago Manuele

Si partimos de lo que se constata en esa elucubración de saber respecto de la práctica que constituye la clínica, hallaremos un hiato entre la coyuntura que hizo posible el nacimiento del psicoanálisis en lo que Musil llamó “los últimos días de la Humanidad” y el capitalismo de consumo actual que impone una burocratización creciente de los servicios de salud.

Con la civilización en un movimiento tan constante como acelerado, afirmamos que así como a Sigmund Freud en los tiempos de la caída del imperio austro húngaro le tocó el diagnóstico del malestar en la cultura y a Jacques Lacan, en la segunda mitad del siglo XX, ubicar sus impasses adelantándose a los efectos segregatorios, corresponde a los analistas de nuestro tiempo una acción específica, que es preciso interrogar.

Hace un siglo el padre del psicoanálisis aventuraba el momento en que su descubrimiento pudiera llegar a “grandes masas de hombres” y lo hacía saber en Budapest. En “Nuevos caminos de la Terapia analítica” manifestaba su preocupación por cómo habría de producirse la aleación entre el oro puro del análisis con el cobre de la sugestión.

Ya en la creación del instituto psicoanalítico de Berlín, había plasmado tres anhelos. El primero, que su descubrimiento sea accesible para aquellos neuróticos que no pueden pagarlo. El segundo, que pudiera transmitirse a las generaciones siguientes el método psicoanalítico y por último, que abierta la investigación, el psicoanálisis avance.

En 1918 Sigmund Freud atento a la “enorme miseria del mundo” (Freud, 1979) avizoraba un futuro para el cual habría que prepararse, en el que fuera el Estado quien tomara cartas en el asunto:

“Se crearán instituciones médicas en las que habrá analistas encargados de conservar capaces de resistencia y rendimiento a los hombres que, abandonados a sí mismo, se entregarían a la bebida, a las mujeres próximas a derrumbarse bajo el peso de las privaciones y a los niños, cuyo único porvenir es la delincuencia o la neurosis. El tratamiento será, naturalmente, gratis “ (Freud, 1979)

Obviamente, avizoraba la necesidad de “aunar la terapia anímica con un apoyo material” (Freud, 1979) y es muy interesante, cuando ubicamos la declinación de la imago paterna, como causa y efecto del psicoanálisis mismo, que a tal hora recordase al emperador José.

La adecuación técnica a las condiciones habría de constituirse en cierta deuda a saldar.

Pero con el paso del tiempo, los hospitales, los centros de salud, etc. se convirtieron, además del privilegiado modo de acceso a la atención por parte de un sector social vulnerable que hubiera quedado al margen si se restringiese al ámbito del ejercicio liberal, en el modo de inserción privilegiado de los analistas en su comunidad.

Así, los practicantes del psicoanálisis se inscriben a un tiempo como tales y como agentes de salud.

Interrogar las implicancias éticas del asunto no es una cuestión menor si consideramos que la tensión entre el “para todos” de la norma y la orientación a lo singular en el caso por caso, hace a la posición analítica misma.

En el universal institucional la presencia de un practicante que hace operar en función de su deseo el dispositivo analítico, introduce una negatividad. Así, en lo particular, los efectos transferenciales producen demanda, desplegándose la subjetividad de quien se acerca al hospital, servicio de salud universitario, etc. Así, en la medida en que sostenga otra ética, la del psicoanálisis, la negación de la negación produce una nueva positividad.

Se trata de una apuesta cuya producción no va de suyo.

Si y solo si el analista puede tener un lazo con el psicoanálisis por fuera del Ideal, o sea, más allá del furor tan universal como pret-a-porter, podrá orientar su acción a un nuevo modo de vivir la pulsión.

Hoy, la inscripción del psicoanálisis en la Salud Pública es un hecho. Un sinnúmero de practicantes del psicoanálisis, tenemos inserción en las más variadas instituciones y no es la sugerencia sino el “para todos” con las mejores intenciones aquello con lo que nos toca maniobrar.

En “La dirección de la cura y los principios de su poder” (Lacan, 1987) el joven Dr. Jacques Lacan ponía al analista en el banquillo y denunciaba el desvío pos freudiano que había de reducir su operación a una “reeducación emocional del paciente” (Lacan, 1987). Situaba allí, tomando como referencia al militar que tuviera a su cargo reordenar el ejército prusiano Von Clausewitz, que era imprescindible distinguir tres niveles: táctica, estrategia y política de la cura.

El analista goza de absoluta libertad a nivel de sus intervenciones, a condición de calcular o responder a los efectos transferenciales en los cuales el nivel de libertad disminuye y sabiendo que su margen de maniobra e la elección es casi nula a nivel ético. Instituida la OMS, esta diferenciación se vuelve central. El psicoanalista en territorio médico, no puede desconocerla.

Unos años más tarde, el 16 de febrero de 1966, en ocasión de la mesa redonda en el Colegio Médico en La Salpetriere, que conocemos como “Psicoanálisis y medicina” (Lacan, 1985) se preguntaba:

“ Si la salud se vuelve objeto de una organización mundial, se tratará de saber en qué medida es productiva. Qué podrá oponer el medico a los imperativos que lo convertirán en el empleado de esa empresa universal de de la productividad? El unico terreno es esa relación por la cual es médico, a saber: la demanda del enfermo” (Lacan 1985)

¿Cómo se ve afectada la acción analítica por su inscripción en el sistema de salud? Aventuraremos aquí la hipótesis de que cada analista, halla su sitio en las instituciones

poniendo en acto en valor la producción de una demanda subjetiva a contrapelo de la objetivación del protocolo.

Que la extensión se produzca no es sin una condición: consentir que no todo habrá de ser psicoanálisis para, a partir de allí, poder elucubrar algún saber respecto de su especificidad. También, de sus límites.

Así, la distinción entre el psicoanálisis puro (aquel que se dirige a la producción de un análisis) y el psicoanálisis aplicado a la terapéutica en distintos ámbitos institucionales en los cuales el discurso analítico se las arregla para existir, encuentra un punto de encuentro.

Subrayamos este dato no menor: La práctica en instituciones se constituye en la vía regia de acceso de los jóvenes profesionales a la hora de inscribir socialmente su accionar.

Con todo lo que conlleva de intersección de discursos y de requerimientos a nivel de la Salud Pública, se pone en el tapete la verificación de los efectos terapéuticos, intervenciones y marcas.

Es que los analistas no realizamos solamente asistencia, docencia y supervisión. En virtud de aquella "duplicidad" promovida por Jacques Lacan en la primera clase de RSI, en 1974, es que hoy podemos ubicar problemas y atisbar vías de solución.

El analista es al menos dos, el que practica y el que elucubra un saber respecto de su práctica. Eso es clínico. En eso estamos.

Del discurso del amo antiguo al discurso del amo moderno su incidencia en los dispositivos de salud

Interrogarnos por la intervención del analista en los dispositivos públicos implica circunscribir los efectos del discurso que rige la época en las instituciones a partir de lo que constituyen los motivos de derivación a consulta y situar cuál es la posición que, en la coyuntura actual, conviene al analista para, sin rechazar la demanda que desde el discurso institucional se le dirige, no quedar atrapado en el lugar al que es convocado.

La noción de discurso Lacan la establece en el seminario denominado El reverso del psicoanálisis, dictado entre 1969 y 1970. En el transcurso de ese año Lacan define el discurso como una estructura que subsiste en ciertas relaciones fundamentales, que se sostiene sin palabras pero no sin lenguaje (Lacan, 1992, 10).

La intervención del S1 (significante amo) en el campo del saber (S2) da lugar a la emergencia del sujeto, no sin un resto, a (conceptualizado a esta altura de la enseñanza como objeto plus de goce). Estos son los cuatro elementos que van a ocupar los diferentes lugares de la estructura de discurso: agente, otro, producción y verdad. Lacan destaca que de acuerdo al lugar que ocupen cada uno de los cuatro elementos mencionados se obtienen cuatro estructuras discursivas: el discurso del amo, el discurso histórico, el discurso analítico y el discurso universitario.

En el discurso del amo, la esencia del amo se apoya en el significante amo y al esclavo le corresponde el campo del saber. La operación del discurso del amo antiguo es la extracción

del saber del esclavo por parte del amo, de ahí que Lacan se refiera al Menon para dar cuenta de esta operación discursiva. Sin embargo, que le extraiga el saber no quiere decir que al amo le interese saber, como destaca Lacan: “un verdadero amo [...] no desea saber nada en absoluto, lo que desea un verdadero amo es que la cosa marche” (Lacan 1992, 22,).

Hay que destacar que el discurso del amo actual no se instala tal cual el discurso del amo antiguo, habrá que establecer cuáles son esas diferencias y por qué operación se produce dicha transformación. Se trata de establecer cuál es el discurso que domina en la época, en la medida que “el psicoanálisis no puede desentenderse de la implicación que la política a secas tiene sobre la clínica, ni de la influencia que las condiciones sociales tienen sobre su práctica” (Tarrab, 2009, 174)

Lacan destaca en *El Reverso del Psicoanálisis*, que el discurso del amo moderno no tiene la misma estructura que el discurso del amo antiguo; en el paso del discurso del amo antiguo al discurso del amo moderno, sitúa una modificación en el lugar del saber. Es en el parentesco del discurso filosófico con el discurso histórico, donde Lacan halla la causa de dicha transformación, en la medida que es aquel el que animó al amo con un deseo de saber. Lacan destaca que “la filosofía, en su función histórica, es esta extracción, casi diría esta traición, del saber del esclavo para conseguir convertirlo en saber de amo” (Lacan, 1992, 21).

Lacan destaca que es por la operación histórica de la filosofía que el saber deja de estar del lado del esclavo y se vuelve puro saber de amo y está a sus órdenes. El saber se desplaza al lugar del amo, agente del discurso:

Lo que ocupa el lugar que provisionalmente llamaremos dominante aquí es esto, S2, cuya característica es, no saber de todo, no estamos en eso, sino todo saber, Entiéndase lo que se sostiene en el hecho de que no es nada más que saber, y que se llama, en lenguaje corriente, burocracia” (Lacan, 1992, 31-32).

EL saber en el lugar de mando, no un saber particularizado, sino un saber que se ubica en el lugar absoluto de Todo saber. Un S2 aplicado sobre un sujeto que queda en posición de objeto a ser evaluado. En este discurso se sostiene el paradigma contemporáneo de las burocracias sanitarias: régimen anónimo donde nadie toma decisión sino que está dominado desde la administración, No hay ningún sujeto que se coloque en nombre de la ley porque el S1 ha sido sustituido por la administración burocrática, ya no hay sujetos que se presenten como garantes de un decir, sino personas que cumplen funciones o estatutos.

La Burocracia, según Weber, el filósofo alemán, es un modo de dominación legal-racional, donde la legitimidad de la autoridad se reconoce en las ordenaciones impersonales y objetivas formalmente estatuidas; en este tipo de dominación no se obedece a una persona sino a un conjunto de reglas estatuidas y que son aplicadas a todos los involucrados de igual manera (Gonnet, 2012, 6-7); como dicen los agentes kafkianos en diálogo con Josph K en *El Proceso*: “nosotros no somos otra cosa que humildes subalternos que apenas si sabemos de documentos legales” solo están para montar guardia y cobrar su sueldo (Kafka 1985, 22).

En la burocracia sanitaria, como modo de dominación legal-racional, el saber intenta ejercer su dominio sobre un elemento de goce con el fin de ordenar y regular la sociedad anticipando su porvenir, se trata del dominio del goce por el saber, con el fin de ordenar y regular, “dominar las emociones, los gustos individuales (fumar, tomar, comer, etc.) la singularidad de la experiencia por medio de un aparatito de saber ultrarreducido” (Miller, 2005). Se impone un mismo goce para todos. En definitiva el único objetivo es la “domesticación generalizada” (Milner, 2005) y la reducción del practicante a un técnico administrativo.

Esto mismo se evidencia en el campo educativo, Mauricio Tarrab destaca en su artículo *Le- yendo el periódico en el siglo XXI*, la sobremedicación en niños en edad escolar y hace referencia al coctel equilibrado entre diagnósticos científicistas, causas genéticas y terapias de reeducación de conducta que impregnan el discurso de las instituciones educativas, se ofrece tranquilidad a los padres y a las instituciones, desde un discurso que se autoriza en la ciencia, una solución química para lo que no encaja en las regulaciones sociales. Como sitúa el autor “hay que estar advertido de lo que será el programa social para el siglo XXI: el control de la conducta humana” (Tarrab, 2009, 182).

El lugar del analista en la época de la evaluación y el control burocrático

Entonces cuál será la posición que conviene al analista ante la demanda del amo contemporáneo, que es, conforme al programa social del siglo XXI, una demanda de evaluación y control a través de la aplicación de protocolos “para todos igual” que apuntan a la domesticación al tiempo que hacen del practicante una ‘técnico burócrata, que se dedica a la aplicación administrativa de los mismos a fin de “cubrirse legalmente”.

Jean-Claude Milner afirma que respecto del malvivir del sujeto se abren dos caminos diferentes que dan lugar a dos tipos de demandas: la de curación que se asocia al sufrimiento y la de peritaje que se asocia al control (Milner, 2005). En la actualidad se nos demanda como psicólogos corregir el síntoma en tanto que comportamiento anormal, adaptar al sujeto “al para todos igual”.

Las instituciones en general, y la educativa en particular, se sostienen en el discurso amo, lo que el amo quiere es que la cosa funcione, y que funcione “igual para todos”, es en el universal en el que se sostiene las políticas de inclusión, y es el sujeto y el síntoma lo que se impone como impasse en el universal. Ahí donde surge el impasse del sujeto y el síntoma, la institución educativa demanda la intervención del psicólogo, reduciendo el ser del sujeto a un “trastorno” y la solución a una solución química, se legitima desde el discurso científico el punto de falla e impotencia de la institución para armar colectivo, segregando la diferencia y haciendo uso del profesional como herramienta para que el sujeto quede reducido a una cosa a ser gobernada.

Esta misma demanda de evaluación e inclusión vía la normalización es la que se le dirige al psicoanalista, dependerá de cómo maniobre con dicha demanda si se vuelve agente de la evaluación y del control o devuelve la dignidad al sujeto

Lacan en el seminario 17 da una indicación de la posición del analista respecto del discurso del amo: la posición del analista es el reverso del discurso del amo, implica situar aquello que el discurso amo oculta, revelar su verdad, la mentira de la civilización, los disparates científicistas. Se trata de una posición que subvierta la demanda de evaluar, servirnos de la demanda de evaluación y control no respondiendo con el protocolo. Se trata de sostener la apuesta al sujeto, que es el sujeto forcluido por la ciencia, y la apuesta al síntoma en el que anida el goce singular que escapa de toda medida, el goce que es el goce que la ciencia excluye:

La ciencia hace hablar a los hechos para callar en él la voz del goce que sin embargo sigue hablando en los sueños y los síntomas. Escucharla, descifrar su sentido, preservar su irreductible singularidad, es la labor a la que le psicoanalista de hoy se ve más que nunca comprometido, si queremos seguir contribuyendo a esa peculiar forma de resistencia llamada psicoanálisis. (Dessal, Gustavo, 2009, 19).

En cierta ocasión, se hace presente una de las autoridades de la Dirección a la que pertenece nuestro departamento, solicitando atención psicológica para un estudiante que, habiendo consultado al médico del servicio, manifiesta haber padecido de una situación de abuso sexual en los días previos.

El médico le había indicado los pasos a seguir de acuerdo al protocolo, estudios pertinentes para estos casos y hablar con un profesional psicólogo. En este primer encuentro, se nos aclara que el estudiante no había manifestado la intención de hablar con nadie, pero que ambos profesionales, entendían que necesitaría de un espacio para hacerlo y que por otro lado así lo establece el protocolo para este tipo de casos.

Lo recibe un profesional del equipo en su consultorio. No habla, tenía en sus manos los papeles con los estudios asignados y los lugares a los que tenía que dirigirse. Pasado un lapso de tiempo, el analista le pregunta si quiere hablar, manifiesta que no. Ante esto, el analista dice que quizás no sea el momento y le da su número telefónico para que disponga de llamarlo cuando le haga falta, cuando lo necesite. Se le señala por otro lado, la importancia de que realice lo indicado por el médico, dentro de 48- 72hs.

Pasado un mes, se comunica con el analista pidiendo que sea él quien lo reciba. Ya en entrevista, angustiado, manifiesta que siente miedo, no quiere salir, necesita hablar. Comienza el relato de la situación que había atravesado, localizándose la culpa como aquello que insiste para el paciente. La intervención del analista apunta a descompletar ese argumento, operando de ese modo una primera reducción del malestar.

Era necesario dar respuesta a ese pedido, sin dejarse el analista arrasar por el protocolo, fue necesaria la pausa, un intervalo de tiempo, agujerear el protocolo para que aparezca algo del orden de una respuesta del sujeto, la emergencia de la angustia y el síntoma, y el pedido de hablar. Incluir lo singular como aquello que irrumpe como impasse en la aplicación universal de un protocolo es lo que evita que el analista reduplique el abuso, empujando a hablar a un sujeto que no puede o no quiere hacerlo en ese momento.

A modo de conclusión

Ante este “delirio de normalidad” que las burocracias sanitarias y educativas ubican como tapón del agujero estructural que el psicoanálisis revela, el analista cuenta para responder con un deseo que es el reverso de esa aspiración al control y dominio.

Será en la medida que el deseo del analista apunte a obtener la diferencia absoluta, devolviendo la dignidad al síntoma en lugar de pretender borrarlo en tanto que trastorno, que habrá ese pequeño margen de libertad que preserva lo más singular de cada uno, aquello que no encaja en las regulaciones sociales (Tarrab, M, 2009,181).

Hace algún tiempo, situábase en una clase universitaria la hipótesis de que parafraseando el título del Seminario XVII de Jacques Lacan “El reverso del psicoanálisis”, hoy nuestra praxis (a la vez ética y política) se sostenía como el envés de la burocracia. Una voz tan fresca como joven, desde el fondo, con insolente claridad, preguntó si acaso la apuesta podía ser un “analista intermitente”. Puesto a desarrollar su idea, hubo de manifestar su anhelo de no “practicar desde el margen” y ante todo, de no poner es stand by su costado “ciudadano”...recordando entonces a Diógenes, el cínico, en su tonel.

A contrapelo del cinismo que la época promueve y la burocracia afianza, promovemos otra cosa. Forzando la alienación a su extremo, provocar una elección forzada, de tal modo que sea el mismo recorrido el que cause la separación, la caída del Otro, a fin de que advenga allí la máxima singularidad.

Ajena a la noción de éxito, sigue tratándose para nosotros de inventar (el psicoanálisis en extensión ofrece una irresistible oportunidad para esto) una práctica que halle para cada quien el modo de fallar de la buena manera.

Con una ética propia, que es la del bien decir. Jamás sin amor al inconsciente, nos orientamos a saber hacer y arreglársela con el síntoma.

Con el síntoma de cada quien, aclaramos. Con la solución de cada quien, insistimos.

Nuestra apuesta, no sólo en los consultorios, sino también en los CPA, en las escuelas, en las cárceles, en las unidades sanitarias y en los hospitales es, a contrapelo de la burocracia, transitando por su envés, ofertar una apuesta por el encuentro con lo más singular de cada quien.

Nada más y nada menos.

Referencias

Dessal, Gustavo (2009) Gustavo Dessal (comp.) *Las Ciencias inhumanas*. Editorial Gredos, Madrid.

Freud, Sigmund (1979) Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica en *Obras Completas*, T. XVII, Amorrortu editores, Buenos Aires.

- Freud, Sigmund (1979) Prologo a Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut, en *Obras Completas*, T. XXI, Buenos Aires.
- Gonnet, Juan Pablo (2012) Organización y burocracia. Una revisión crítica de la interpretación de los planteos weberianos. En: <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>
- Greiser, Irene (2012). Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica analítica en los dispositivos jurídico-asistenciales. Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México.
- Kafka, Franz (1993). *El Proceso*. Editores mexicanos unidos. Mexico.
- Lacan, Jacques (1987) *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Escritos II, Edit. Siglo XXI , Buenos Aires.
- Lacan, Jacques (1985) Psicoanálisis y medicina en *"Intervenciones y textos I"* P. 98-99. Edit. Manantial, Buenos Aires.
- Lacan, Jacques (1992). El Seminario 17. *El Reverso del Psicoanálisis* (1969-1970). Ediciones Paidós, Buenos Aires-Barcelona-México.
- Lacan, Jacques: Clase 1 del 10 de diciembre de 1974 en: El Seminario 22 RSI, Inédito.
- Miller, Jacques-Alain (julio/agosto 2006). La era del hombre sin atributos. Virtualia #15. Año V, volumen 15. Recuperado de:
<http://virtualia.eol.org.ar/015/default.asp?destacados/miller.html>
- Miller, Jacques-Alain (2012). *Sutilezas Analíticas*. Paidos, Buenos Aires-Barcelona-México.
- Milner, Jean-Claude. *La política de las cosas*. Editorial Miguel Gomez.
- Musil, Robert (1973) *El hombre sin atributos*. Edit. Seix Barral, Barcelona.
- Tarrab, Mauricio (2009) Leyendo el diario del siglo XXI. En *Gustavo Dessal (comp.) Las ciencias inhumanas*.

Los autores

Suarez, Eduardo

Licenciado en Psicología, UNLP. Profesor Asociado Ordinario de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP. Director del Proyecto de Investigación de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes “Respuestas al trauma en la Época. De la clínica en lo social”. Acreditado por Secyt UNLP. Director del Proyecto de Extensión “El arte y la comunicación como Lazo social”. Acreditado por la Secretaría de Extensión de la UNLP. Director de la Sección La Plata de la Escuela de la orientación Lacaniana.

Garbet, Antonela

Licenciada en Psicología, UNLP. Ayudante Interina de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP. Coordinadora de Prácticas Profesionales Supervisadas. Psicóloga de Planta del H.I.E.A. y C. Dr. Alejandro Korn. Alumna de la Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica de Adultos, Facultad de Psicología, UNLP. Alumna de la Maestría en Clínica Psicoanalítica, IDAES, Universidad de San Martín. Colaboradora en Proyectos de Investigación de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, denominados “Las Elaboraciones subjetivas del trauma en la Clínica Psicoanalítica” y “Respuestas al trauma en la Época. De la clínica en lo social”. Director: Lic. Néstor Eduardo Suarez. Facultad de Psicología, UNLP. Coordinadora del Proyecto de Extensión El arte y la comunicación como Lazo social. Director: Néstor Eduardo Suarez. Facultad de Psicología, UNLP.

Ballesteros, Daiana

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de La Plata. Estudiante de la Carrera de Especialización Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica Universidad Nacional de Buenos Aires. Docente en la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Colaboradora en los proyectos de investigación: “Las elaboraciones subjetivas del trauma en la clínica psicoanalítica” y “Respuestas al trauma en la época. De la clínica en lo social” de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Residente de Psicología de cuarto año en el H.I.G.A “Gral. San Martín” de La Plata.

Battistessa, María Florencia

Licenciada en Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Adscripta graduada y colaboradora en investigación de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología UNLP. Residente de Psicología en Programa de Residencias Integrales Multidisciplinarias (PRIM), Florencio Varela.

Bracco, Anabela

Licenciada en Psicología, UNLP. Adscripta graduada y Articuladora Institucional de P.P.S. de la Cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP. Psicóloga del S.P.B.: P.I.A.T.J.A., U.P. N° 54, Florencio Varela. Alumna de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica con Adultos con Orientación Psicoanalítica, Colegio de Psicólogos de la Pcia. de Bs. As. Distrito XI. Colaboradora en Proyectos de Investigación de la Cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP: “Las elaboraciones subjetivas del trauma en la Clínica Psicoanalítica” y “Respuestas al trauma en la época. De la clínica en lo social”. Integrante de los Proyectos de Extensión de la Facultad de Psicología, UNLP: “Detección e intervención de problemáticas del lazo parento-filial: abordaje estratégico de síntomas actuales del despertar sexual” y “Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario”.

Cartier, Claudia

Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología. Maestría en Psicoanálisis. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. 100% de materias aprobadas. Tesis en proceso. Docente en Cátedra de Clínica de Adultos, Ayudante diplomado suplente. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Psicología. Psicóloga en Atención de la Demanda Espontánea y Consultorios Externos. Hospital Nacional en Red esp. en Salud Mental y Adicciones (Ex Cenareso). CABA. Colaboradora en Proyectos de Investigación de la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, denominados “Las Elaboraciones subjetivas del trauma en la Clínica Psicoanalítica” y “Respuestas al trauma en la Época. De la clínica en lo social”. Director: Lic. Néstor Eduardo Suarez. Facultad de Psicología. Residencia y Jefatura Terminadas: Hospital General Interzonal de Agudos Eva Perón. San Martín. Buenos Aires.

Damiano, José María

Licenciado en Psicología. Universidad Nacional de La Plata. Profesor Adjunto Cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes. Profesor Adjunto Seminario Optativo: Introducción de la Enseñanza de J. Lacan. Psicoanalista Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) Psicoanalista Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL) Sección La Plata.

De Cristofolo, Cecilia Mariana

Lic. en Psicología, UNLP. Ayudante Diplomado Ordinario de la cátedra Teoría Psicoanalítica, Facultad de Psicología, UNLP. Integrante del Proyecto de Investigación “Las variedades del autismo: sistematización y evaluación de la demanda asistencial. Segunda par-

te”, Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Colaboradora en el Proyecto de Investigación “Referencia a la función paterna en la caracterización psicoanalítica de las llamadas Presentaciones Actuales del padecimiento subjetivo”, Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Integrante del Proyecto de Investigación “El síntoma social en el psicoanálisis contemporáneo”, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, UNLP. Psicóloga Interina en el Servicio de Nutrición del Hospital de Niños Sor María Ludovica, en el área de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Gonzalez, Pablo

Licenciado en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Actividad Profesional: residente en el Hospital Mario V. Larrain de Berisso, Residencias del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Investigación – extensión: participación en proyecto de Investigación sobre la temática del trauma y las respuestas subjetivas, en la Universidad Nacional de La Plata; participación en proyecto de investigación sobre la temática de las variedades y variaciones del humor en la psicosis, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata.

Isasi, Mariana

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de La Plata. Maestranda en Clínica Psicoanalítica, UNSAM. Referente institucional de Prácticas Profesionales Supervisadas de la Cátedra Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología, UNLP en sede Hospital Prof. Dr. Rodolfo Rossi de La Plata. Psicóloga de Planta del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Prof. Dr. R. Rossi. Ex residente y Jefa de Residentes del H.I.G.A. Prof. Dr. R. Rossi. Docente del Seminario del Campo Freudiano de la Escuela de Orientación Lacaniana Sección La Plata. Asociada a la Escuela de Orientación Lacaniana, Sección La Plata.

López, Stella M.

Médica Universidad Nacional de La Plata. Especialista jerarquizada en Psiquiatría y Psicología Infantil. Jefa de Trabajos Prácticos Interina en la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Investigadora Categoría IV, integrante de proyectos de investigación de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Ex profesora adjunta ordinaria Cátedra de Psicopatología I UNLP. Ex jefa de Servicio de Salud Mental Sor María Ludovica La Plata. Ex Presidente del Comité de Ética en Investigación del IDIP. Asociada a la Escuela de Orientación Lacaniana, Sección La Plata.

Manuele, Lucas S.

Licenciado en Psicología Universidad Nacional de La Plata, Jefe del Departamento de Salud Mental de la Dirección de Políticas de Salud Estudiantil de la Universidad Nacional de La Plata, Referente Institucional de las P.P.S. de la Cátedra Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad

de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Asociado a la Escuela de la Orientación Lacaniana Sección La Plata

Moreno, Victoria A.

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de La Plata. Adscripta graduada y colaboradora en investigación de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Residente de Psicología en el H.I.G.A. General San Martín de La Plata.

Ostoich, Lucia

Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Atención en consultorio privado. Colaboradora en Investigación, Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Extensionista en consultorios de abordaje interdisciplinario. Facultad de Psicología, UNLP.

Pagano, María Beatriz

Lic. y Prof. en Psicología, UNLP (1992). Psicóloga, tanto en el ámbito privado como institucional, desde el año 1994. Institución de pertenencia, Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Colaboradora Docente de la Pasantía clínica de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes en el CPA de La Plata durante el ciclo 2009. Colaboradora Docente en el seminario optativo de la Licenciatura en Psicología "Toxicomanías" a cargo de la Profesora Adjunta Dra. Cecilia Pla. Segundo cuatrimestre 2005-2006. Colaboradora en la Cátedra Psicopatología I de la carrera Licenciatura en Psicología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (entre 1992 y 1994). Extensionista del Proyecto: "Toxicomanías, abordaje interdisciplinario", Centro de Extensión de Atención a la Comunidad, Facultad de Psicología de la UNLP (entre 2011 y 2015). Co-autora y Expositora en el 1° Congreso de Extensión Universitaria, Facultad de psicología, UNLP (año 2014)

Piovano Ana Laura

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de La Plata.(1993). En proceso de tesis para la Maestría en Clínica Psicoanalítica (IDAES-UNSAM) Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis y la Escuela de la Orientación Lacaniana. Miembro de la Red de Supervisores Institucionales del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs. As. Docente universitario con cargo rentado desde 1994. Actualmente, con dedicación semiexclusiva. Coordinadora de las Prácticas Profesionales Supervisadas en los CAPS dependientes de la Municipalidad de La Plata. Por concurso obtuvo los cargos de Residente en Psicología y Jefe de Residentes, trabajando en el Hospital de Berisso desde el año 1994 a 1999., en el marco los últimos años de las Residencias Integradas Multidisciplinarias . Ha participado como investigadora en los proyectos de la cátedra Clínica de Adultos y Gerontes desde el año 2006.. Ha presentado en congresos internacionales e internacionales y realizados publicaciones diversas.

Ruscitti, M. Cecilia

Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Psicóloga de Sala, Programa Médicos Comunitarios, Presidente Perón, Bs. As.; Atención en consultorio privado. Artículos Publicados en libros: Elaboraciones Post Traumáticas: '¿Cómo llenar ese 'hueco'? El trauma en la muerte de un hijo', ISBN 978-950-34-1264-0, 2015; 'Cuando sea grande quiero ser un chico normal'. ISBN 978-950-34-1027-1 pp. 591, 2013; 'Victimología y derechos. Normativas legales de un quehacer con el sujeto', ISBN: 978-950-34-0707-3, 2011. Colaboradora en Investigación, Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP. Ayudante en Investigación Psicopatología I, Facultad de Psicología, UNLP. Extensionista en consultorios de abordaje interdisciplinario. Facultad de Derecho y Facultad de Psicología, UNLP.

Sánchez, Mariela E.

Licenciada en Psicología Universidad Nacional de La Plata. Ayudante Diplomada de la Cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Investigadora Categoría V, integrante de proyectos de investigación de la Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes de la Facultad de Psicología de la UNLP. Articuladora Hospitalaria de las Prácticas Profesionales Supervisadas del Taller de escritura "Palabras que abren puertas" de dicha Catedra. Psicóloga Asesora de la Dirección Provincial de Salud Mental y Adicciones.

Sclani, Alfredo Eduardo

Psicólogo UNLP. Especialista en Psicología Clínica de Adultos. Ex Profesional (1977/2005) en el Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal Gral de Agudos "Gral San Martín" de La Plata. Ex Director Asociado (1989/92) del mismo Hospital. Ex Jefe de la Unidad de Psicología (2002/05) de Servicio antedicho. Analista Miembro de Escuela (AME) en la Escuela de Psicoanálisis de la Internacional de los Foros del Campo Lacaniano (2012). Jefe de Trabajos Prácticos Ordinario (con Perfil de Prácticas Profesionales Supervisadas) de la Cátedra Psicología Clínica de Adultos en la Facultad de Psicología de la UNLP, cargo prorrogado a partir del 2015. Investigador Categoría V Proyecto de investigación "Los Psicólogos en el ámbito público. Ayer y Hoy" (Proyecto de Incentivos de la Secyt UNLP2012/15) "Las elaboraciones subjetivas del trauma en la clínica psicoanalítica" (2013/14) PPIP Secretaría de Investigación e Instituto de Investigación Facultad de Psicología UNLP)

Soliani, Antonella

Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Psicología, psicoanálisis, salud mental. Psicología clínica de adultos y gerontes. Adscripta graduada. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Residente de Psicología en Hospital General José de San Martín de La Plata. Distrito XI

Vernengo, Luciana Magdalena

Licenciada en Psicología – UNLP. Adscripta graduada en la cátedra Psicología Clínica de Adultos y Gerontes. Extensionista en el proyecto “Consultorios de abordaje interdisciplinario” (UNLP). Colaboradora en la investigación “Respuestas al trauma en la época. De la Clínica en lo Social” Director: Néstor Eduardo Suárez (UNLP) y en “Historias de la psicología y el psicoanálisis en La Plata 1946-1990 (segunda etapa)” Director: Ariel Viguera (UNLP). Posgrado en “Políticas, Planificación, Gestión y Administración de Instituciones y Servicios De Salud Mental”. Institución: Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

Volpatti, Juan Carlos

Psicoanalista. Dr. en Psicología de la U.N.L.P. Mg. de la UBA en Psicoanálisis. Lic. en Psicología de la U.N.L.P. Docente en la cátedra “Psicología Clínica de adultos y gerontes” de la U.N.L.P. Docente a cargo del seminario: “Estragos posmodernos en la clínica” en la F. de Psicología (U.N.L.P). Docente a cargo del seminario de post-grado: “Sobre excesos y consumos en la clínica” en la F. de Psicología (U.N.L.P). Autor de los libros: “Espíritu marginal (Sobre el goce y la pulsión en la clínica) y “El amor como acto (en la clínica y en la obra de Lacan)”. Ex – residente y ex concurrente en el Htal. “Rodolfo Rossi” de La Plata. Con Guardias en el Htal. “Alejandro Korn” de Romero. Viene realizando tareas como supervisor y docente en instituciones hospitalarias de la prov. de Bs. As. A cargo y participando en cursos, seminarios y charlas en diferentes Instituciones Psicoanalíticas; como participado en congresos nacionales e internacionales. Publicó artículos en diferentes libros y revistas especializadas

Zanghellini, Maria Luz

Licenciada en Psicología, UNLP. Ayudante diplomada Interina Cátedra de Psicología Clínica de Adultos y Gerontes, Facultad de Psicología, UNLP. Proyectos de Investigación: Investigadora en “Respuestas al Trauma en la época. De la clínica en lo social”, Facultad de Psicología, UNLP. Colaboradora en “Las elaboraciones subjetivas del trauma en la clínica psicoanalítica”, Facultad de Psicología, UNLP. Proyectos de Extensión: “Demanda espontánea y urgencia subjetiva: recepción, admisión, evaluación, orientación y atención”, Dispositivo de Atención, Centro de Extensión de Atención a la Comunidad. “Toxicomanías: un abordaje interdisciplinario”, Centro de Extensión de Atención a la Comunidad. Consejera Directiva por el claustro de graduados, Facultad de Psicología, UNLP.

La clínica y sus debates actuales / Daiana Ballesterio ... [et al.] ; coordinación general de Eduardo Suárez ; Antonela Garbet. - 1a ed. - La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2017.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-950-34-1530-6

1. Psicoanálisis. I. Ballesterio, Daiana II. Suárez, Eduardo, coord. III. Garbet, Antonela , coord.
CDD 150.195

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata
47 N.º 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina
+54 221 427 3992 / 427 4898
edulp.editorial@gmail.com
www.editorial.unlp.edu.ar

Edulp integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2018
ISBN 978-950-34-1530-6
© 2018 - Edulp

S
sociales



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA