



EL DIAGNÓSTICO EN CUESTIÓN

Lucio Pierini

El diagnóstico en cuestión

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN LUIS

Rector:

Dr. Raúl Andrés GIL

Vicerrectora:

Mgtr. María Claudia BRUSASCA

Secretario de Imagen y Comunicación Institucional:

Téc. Ramiro Gabriel REZZANO KLEMENT

Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950

Edificio Rectorado - 2º piso - Pasillo A.

D5700HHW

Tel. (+54) 0266-4520300 int. 5197

unslneu@gmail.com

www.neu.unsl.edu.ar

El diagnóstico en cuestión

Autor
Lucio Pierini



Universidad
Nacional
de San Luis

Pierini, Lucio

El diagnóstico en cuestión / Lucio Pierini. - 1a ed.- San Luis: Nueva Editorial Universitaria U.N.S.L., 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-733-510-1

1. Diagnóstico. 2. Psicoanálisis. I. Título.

CDD 150

Nueva Editorial Universitaria

Coordinación General:

Lic. Mariano Daniel PEREZ

Dpto. Administrativo:

Tec. Silvia GARRO

Dpto. Edición:

Tec. Enrique SILVAGE

Lic. Cecilia RODONI

Edición Septiembre de 2026

Impreso en Argentina - Printed in Argentina

ISBN 978-987-733-510-1

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723. Prohibida la reproducción total o parcial de este material sin permiso expreso de NEU

© 2026 Nueva Editorial Universitaria

Avda. Ejército de los Andes 950 - Rectorado - 2º piso - D5700HHW

Tel. (+54) 0266-4424027 int. 5197

Índice

A modo de introducción o ¿De qué se trata esto?.....	7
Presentación y proyecto de trabajo.....	10
Parte 1 - El diagnóstico psiquiátrico y psicoanálisis.....	14
Capítulo N° 1 Clasificar en psiquiatría. Un aporte de Néstor Braunstein.....	15
Capítulo N°2 Néstor Yellati y Elena Levy Yeyati. Nociones de clasificación y epistemologías en pugna.....	22
Capítulo N° 3 Los Cormier y la orientación cognitivo-conductual.....	28
Parte 2 - El diagnóstico psicoanalítico y fundamentos.....	36
Capítulo N° 4 Sigmund Freud y los límites del psiquiatra.....	37
Capítulo N° 5 Arturo Frydman, Élica Fernández y Esteban Mordoh. Nociones que el freudismo aporta al diagnóstico.....	43
Parte 3 - Perspectivas actuales del diagnóstico en psicoanálisis.....	51
Capítulo N° 6 Paula Gil, Leticia García y Gerardo Arenas. Rudimentos de lo singular.....	52
Capítulo N° 7 Elena Bisso con Osvaldo Delgado.....	61
Capítulo N° 8 Esto no es una pipa ni un diagnóstico: Scheinkestel con Foucault. Primera parte.....	67
Esto no es una pipa ni un diagnóstico: Scheinkestel con Foucault. Segunda parte.....	74
Capítulo N° 9 Hétero diagnóstico y auto diagnóstico, Colette Soler y Gerardo Arenas.....	81
Capítulo N° 10 Diagnosticar al sujeto, la propuesta de Alfredo Eidelsztein.....	88
Capítulo N° 11 Una aproximación tangencial al diagnóstico desde la literatura: Kafka, Osmont y Fontanarrosa.....	93
Bonus track: Las paradojas de la despatologización.	96
Referencias bibliográficas.....	104

A modo de introducción o ¿De qué se trata esto?

Escribir un libro no es cosa fácil, lleva tiempo, se necesita una idea, un desarrollo... y menos en un ámbito académico, donde puede aparecer muchas otras dudas... ¿De qué voy a escribir? ¿Quién soy para decir algo nuevo? En fin...

Pero, al comenzar este trabajo sabía que -en principio- me interesaba que no se pierda o se desvanezca un trabajo de tres años, la preparación y ejecución de un seminario optativo, que no es uno más, sino que es un seminario sobre temas que intersectan el psicoanálisis con el acompañamiento terapéutico, no en general, sino en el punto de los diagnósticos.

Había un tema, una idea, un cúmulo de lecturas y preguntas posibles, ahora ¿Qué forma le podemos dar? ¿Cómo evitar la pose del autor, del que sabe? Entonces encontré una forma de responder a esas preguntas, y la respuesta estaba justo en mi biblioteca -y en la de la mayoría de los colegas-.

Por mi formación psicoanalítica, en relación a la Escuela de la Orientación Lacaniana, muchos de libros con los que nos formamos son, simplemente, desgrabaciones de cursos, jornadas, seminarios, los cuales aportan un acercamiento muy importante a temas, a textos, a la experiencia misma. Si pensamos en una figura como Jacques-Alain Miller, por ejemplo, la enorme mayoría -a riesgo de decir toda- su obra consta de textos, cursos enteros donde el vector es la oralidad, desgrabaciones de sus clases, de sus conferencias, etcétera.

Pero ese no es el espíritu de esta publicación. Dentro del seminario al que nos referíamos más arriba, una de las lecturas que atravesamos es la llamada *Conferencia dieciseis "Psicoanálisis y psiquiatría"* de Sigmund Freud.

En esta conferencia, que forma parte de las llamadas "Lecciones introductorias al psicoanálisis" o "Conferencias de introducción al psicoanálisis" (dependiendo de la traducción), que Freud escribió, se encargó de exponer y luego publicar, son una puerta de entrada a sus enseñanzas. La idea aquí es que, más avanzado en su vida y sin poder exponer, escribió una nueva serie de conferencias que se conocen con el nombre de "Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis", donde retoma el tono oral y expositivo, a pesar que esas clases nunca sucedieron en un aula o un estrado.

Sobre esta base, y utilizando el método bautizado -irónicamente- de *clases falsas*, es decir, retomando los impulsos de lectura que tomamos en las clases, algunos chistes, algunos comentarios, reescribiendo las partes que podría haber dicho o que podría haber explicado mejor, es que llevé a cabo una especie de reconstrucción de lo que fueron tres años de dictado del Seminario "El/los diagnóstico/s en cuestión", dictado entre el 2020 (modalidad virtual), 2021 y 2022 En la Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de San Luis en la carrera de Técnico Universitario en Acompañamiento Terapéutico.

En realidad, ese Seminario no se trataba solo de mi voz, o de exponer los textos desde un lugar del saber único, sino que se invitaba a los participantes del seminario,

estudiantes de todos los años de la carrera de Técnico Universitario en Acompañamiento Terapéutico a comentar, en duplas, cada uno de los textos, y finalizar con un trabajo donde relacionaran dos o más textos entre sí. Por lo tanto, en esta versión de lo que sucedió -o bien lo que podría haber sucedido en el seminario- hay una especie de *mix*, o para quien leyó -o leerá- este libro hasta casi el final, de *inmixión de otreidad* en la voz final del texto. Por otro lado, hay referencias a otros textos, a consumos culturales y ciertos nombres propios, los cuales en general aparecen explicados en el texto o bien a pié de página. Además, en el texto se utilizan dos recursos, que, si bien podría confundirse con una desgrabación y no entenderse, cumplen una función específica.

Muchas veces los capítulos -*clases* o *encuentros* en el original- comienzan con una breve recopilación, al estilo “lo que vimos la clase pasada”. Eso funciona de otra manera, ya que no hace falta que haya una especie de serie. Más de lo que se trata es de hacer referencia a qué otro texto se va a relacionar lo que se trabaja allí, como complemento o como oposición.

Asimismo, se encontrarán alusiones del estilo “vamos a anotar en el pizarrón” o similares. Estas referencias carecen de sentido en el texto que pretende ser oral, pero es la manera de introducir un aparato de lectura sin romper con la voz del escrito. Entonces, cuando aparece, se trata de introducir cuáles son las categorías con las que se está leyendo el texto en cuestión, sea un cuadro de doble entrada, las palabras claves, algún tipo de cuadro sinóptico, etcétera.

Como el tono general se parece bastante a mi estilo -supongo- es que surgió la idea de anexar la Conferencia “Paradojas de la despatologización” que se dio en el marco de la colaboración entre el Centro de Investigación y Docencia en San Luis y la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional de San Luis, en el marco de un ciclo de cinco conferencias. Nuevamente, está solamente el escrito, la conversación posterior, que fue muy rica ya que colegas de distintas disciplinas se acercaron interesados, quedará allí sin publicar.

Me gustaría agradecer en primer lugar a Jorge Rodríguez, el Profesor Responsable de la Cátedra “Psicopatología”, quien diagramó el Seminario en un principio, con su material bibliográfico, y que a fines de 2019 me ofreció continuarlo, a los colaboradores que tuve a lo largo de las distintas cursadas, Noelia Pallero, Franco Paredes y Noemí Lucero; a Nancy Godoy por ser una gran amiga y compañera; a Mariela de Marco, Coordinadora de la carrera de Acompañamiento Terapéutico y a Pamela Bianco por el empuje a terminar este proyecto.

Por último, algo que no está del todo escrito en el libro. La carrera de Acompañamiento Terapéutico de nuestra Universidad es una carrera de mucha importancia. Se trata de una disciplina nueva, muy joven. En nuestra casa de estudios durante este 2026 se cumplen 10 años del comienzo del cursado, y ya el tercero desde que también existe el Ciclo complementario para la Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico, el primero en nuestro país. Por su parte, la disciplina aún parece estar narrada *desde afuera*, teorizada más bien por médicos, psicólogos, psicoanalistas, etcétera y no tanto por los propios acompañantes. Si bien este es un libro escrito por

un psicólogo y practicante del psicoanálisis, la idea es respetar la distancia que los separa, no intentar definir *acompañamiento*, sino acompañar ese trazado de lo que es y lo que no es *acompañamiento*. Tal vez sea una oportunidad de establecer como una usina de desarrollos en Acompañamiento Terapéutico la Universidad Nacional de San Luis.

Lucio Pierini - Agosto de 2026

Presentación y proyecto de trabajo

Bienvenidos al Seminario “*El diagnóstico en cuestión*” o bien “*Los diagnósticos en cuestión*”. Este es un Seminario orientado a la cuestión del diagnóstico, es decir, de qué se trata, cómo se logra, etcétera, y al mismo tiempo, de cuestionar el o los diagnósticos. Es en estas -al menos- dos vertientes de *cuestión* que nos vamos a mover. No sé si es muy correcto, pero también se me ocurre *question* del inglés, que significa, en principio, pregunta, interrogante.

Hay otra *cuestión*: No es un seminario de psicoanálisis para acompañantes terapéuticos, ni para psicoanalistas, ni para una categoría que creo que no existe, que serían los Acompañantes terapéuticos-psicoanalistas.

Hay un problema eminentemente epistemológico allí, en esa intersección entre psicoanálisis y acompañamiento terapéutico. Si bien ambos nos encontramos en *la clínica*, tomando esa noción de un modo bastante amplio, podemos *diagnosticar* que en el acompañamiento conviven al mismo tiempo, y de una forma que llamaremos *pragmática* -a falta de una noción más específica- un paradigma *biologicista* y otro *lingüístico, cultural* si quieren, o de otra índole, al cual podría aplicar el psicoanálisis. Este seminario va a poner en tensión esa oposición, ya que al tomar los desarrollos del psicoanálisis, todos los autores van a optar por una de las dos vías.

A ese problema epistemológico lo hemos bautizado como *la bigamia epistemológica del acompañamiento*. ¿Conocen ustedes el tema de las familias paralelas? El ejemplo es un poco -bastante- heteronormativo, pero bueno, es lo mejor que tenemos. Supongamos un tipo que por motivos de trabajo pasa mucho tiempo fuera de su casa, unos quince días en su casa y el resto del mes afuera. Resulta que ese tipo tiene una familia acá, a los que llamaremos *los biológicos*, y otra u otras familias en otro lado, bajo otro nombre que sería, no sé, *los lingüísticos*. Él vive un rato acá y otro tiempo allá, y todo viene más o menos bien hasta que aparece alguna *cuestión*. El tipo se muere y ahí se arma, y en el entierro hay muchísimos herederos.

Pero no sería el caso del acompañamiento, ya que no tendría familias paralelas, sino más bien una bigamia: Está casado con dos al mismo tiempo... la pregunta sería, medio matrimonial ¿Cómo hace que funcione la cosa? Trataremos de arribar a una respuesta en algún momento, probablemente al final. No les prometo nada.

Pero no es tan fácil: Tampoco se puede decir, *bueno, elijo el psicoanálisis*. Esto lo digo a nombre propio: no hay una relación directa entre acompañamiento terapéutico y psicoanálisis. O de otra forma: no se puede hacer psicoanálisis desde el acompañamiento.

De todas formas, ello no quita que podamos establecer algunos puentes entre uno y otro, algunas importaciones y algunos contrabandos. También habría que especificar qué decimos cuando pronunciamos psicoanálisis. Más allá que desde la invención del mismo se lo dé por muerto, hoy en día, digamos la segunda década del siglo veintiuno, muchísimas disciplinas reivindican al psicoanálisis -o algún homónimo-

como fundamento. Podemos pensar en cosas dispares como la biodecodificación, la terapia de bonding e incluso las neurociencias. Todas, en algún punto reivindican al viejo Freud, tal vez a pesar suyo, tal vez fragmentariamente. También es cierto que dentro del psicoanálisis hay muchísimas líneas y nombres propios, y -que es lo más enloquecedor- no siempre Freud es igual a Freud. La cosa va variando.

La línea de este curso toma algunas cosas de Freud, cosas que dicen autores acerca de Freud, pero el tamiz, o la clave de lectura va por el lado de la enseñanza de Lacan y lo que se conoce con el nombre de lacanismo, donde podemos ubicar a Jacques-Alain Miller y a muchos de los autores del tercer bloque de textos. Por supuesto que no pecamos de soberbios -o al menos nos arrepentimos de ese pecado y a veces nos latigamos- y reconocemos que hay otros autores psicoanalíticos que no trabajamos, como Winnicott que es bastante leído -o al menos nombrado- en la carrera.

Entonces a lo largo del seminario tendremos encuentros, no clases, donde vamos a ir comentando distintos textos, discutiendo acerca de ellos y sus alcances, y de ser posible, trabajar en el análisis de algunos casos, ya que muchos autores optan por ilustrar su práctica a través de ellos. A veces esto es un problema porque por momentos no se entiende qué lógica está funcionando y parece magia. Trataremos de leer, de forma de captar lo que está en juego para obtener algo jugoso de los textos.

Tenemos una bibliografía muy amplia, por lo que vamos a agruparla en tres bloques conceptuales marcados a la manera de postas en un trayecto que no es lineal.

En el primero, nos remontaremos al diagnóstico en la psiquiatría, qué clasifica, cómo construye las categorías, etcétera. Esto lo continuaremos a la tradición DSM que podría ser la corriente hegemónica de la psiquiatría contemporánea, léase esto como de nuestros días, pero no necesariamente actualizada. Es la unidad más corta, también algo de esto hemos visto en Psicopatología, por lo que pasaremos rápido a la unidad 2. Acá hay algo personal ya que me aburre bastante hacer un contrapunto DSM-psicoanálisis al estilo bueno-malo. Argumentaremos este punto, pero hay cosas que son incomparables de uno con el otro.

En el segundo bloque, analizaremos el impacto del psicoanálisis en la tarea diagnóstica y cómo transforma la tradición psiquiátrica. Acá nos concentraremos en una conferencia de Freud donde parece comparar la psiquiatría con el psicoanálisis, pero más bien compara *psiquiatra* con *analista*. Los dejo con la intriga. Hay unos cuantos textos más acá, que son simples y bastante didácticos, si es que eso existe en psicoanálisis.

En el tercer bloque, profundizaremos en el psicoanálisis, en particular a partir de la obra de Lacan. Acá la cosa se pone peluda y vamos a tropezar muchas veces con cosas inentendibles. Es un estilo también, y hay que pensar que son textos de psicoanalistas para psicoanalistas. Acá me gustaría dejar algo que les comentaré al final del encuentro.

De estos bloques, las preguntas que podemos mantener a lo largo del curso son:

- ¿Hasta qué punto podemos tomar los conceptos de la psiquiatría, de la psicología y del psicoanálisis, y llevarlos al acompañamiento terapéutico?

- ¿Qué concepto de diagnóstico puede tomarse desde el psicoanálisis que tenga algún valor para el dispositivo de acompañamiento?

Antes de finalizar, es importante que definamos el trayecto epistemológico del curso.

En primer lugar nos encontramos con una fundamentación causal del diagnóstico, que podríamos graficarla con esta fórmula: $A \rightarrow B$.

La parte más fuerte, y clave de la fórmula, es la flecha que une las dos partes. Podríamos traducirla lógicamente como “es”, “implica”, “es causa de”, etcétera. Si recordamos la primera unidad de “Psicología general”, en particular del texto de Watson acerca del conductismo¹, el esquema tiene la misma lógica, es decir: $E \rightarrow R$.

Este esquema puede utilizarse de forma causal (A entonces que B) o bien como conexión entre dos partes, (A) es un particular de un universal (B) o viceversa. Si entre A y B ponemos una caja vacía o negra, según el conductismo, podemos saber algo de eso midiendo entre entrada y salida del sistema. De todas formas, lo que está en la caja poco nos importa.

Es un dispositivo fantástico si lo que hay ahí es un motor, como es el cálculo de rendimiento, o un aparato eléctrico, o casi cualquier cosa que no sea un humano -vamos a decirlo así, recursivamente- un humano humanizado, en tanto sujeto, hablante, etcétera. Si es un humano en tanto *homo sapiens sapiens*, podemos medir un montón de cosas, por ejemplo, un examen de glucemia funciona de maravillas con este esquema. Esta persona x tiene una glucemia normal y el del lado tiene diabetes. ¿Sabemos algo de ellos en tanto sujeto?

En el caso de la clínica, podemos establecer que se forma un bloque, es decir, una unión lógica entre diagnóstico y tratamiento. El tercero que queda oculto es la ética, que implica la posición que asume el clínico frente a la clínica. Muchas veces, este es el concepto oculto, del cual deberemos buscar sus coordenadas para ubicarlo.

Veremos cómo funciona este esquema, $A \rightarrow B$ en la psiquiatría clásica. En el caso de la tradición DSM, funcionaría de esta forma: $A \rightarrow \text{criterios estadísticos} \rightarrow B$. Tanto en la psiquiatría clásica como en la tradición DSM, el bloque diagnóstico $\rightarrow$ tratamiento funciona acoplado, y se invisibiliza la cuestión ética.

En este punto, si tenemos tiempo, quizá hagamos un alto y preguntaremos, con la Ley Nacional de Salud Mental², acerca de algunos planteos que se arrastran de la obra de Aristóteles, acerca de la dualidad que existe entre pensar los diagnósticos como *esencia* o como *accidente*, es decir “¿se es X? ó ¿se posee X?”. Si bien la Ley se inclina al *tener*, es decir, se ¿posee? se ¿tiene? una esquizofrenia... tal vez se ¿padece? una esquizofrenia, en general -desde el sentido común o desde el discurso común- se es esquizofrénico, bipolar, y demases. Este es un problemón, ya que ¿Cómo *cambiamos* la esencia? ¿Es posible? Con la introducción del psicoanálisis freudiano se perturba la relación causal a partir de plantear la causalidad inconsciente de los

1- Se refiere al Capítulo ¿Qué es el conductismo? La vieja y la nueva psicología en oposición. Disponible en http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/informacion_adicional/311_escuelas_psicologicas/docs/Watson.pdf

2- Ley de Salud Mental 26657. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977/texto>

síntomas y del diagnóstico bajo transferencia. El analista, a diferencia del psiquiatra, se ubica dentro de la escena, al contrario de ser un ojo que mira desde afuera. Veremos de qué se trata el diagnóstico en psicoanálisis, así como las entrevistas preliminares al análisis.

Volviendo a la cuestión clínica, diagnóstico → tratamiento, en psicoanálisis, se ve perturbado por la introducción de la interpretación y la transferencia, además de lo que se conoce con el nombre de “*puesta a punto del síntoma*”. En cuanto al diagnóstico, orienta al tratamiento, y siempre involucra la ética del diagnosticador/analista.

A partir de la obra de Lacan, por alguno de sus movimientos teóricos, se termina por romper la causalidad directa entre A y B que planteaba la flecha. Este planteo de Lacan puede ubicarse en el Seminario 11 cuando expresa que “sólo hay causa de lo que cojea” (Lacan, 2010, P. 30) o cuando expresa, un poco más adelante en su obra que “no hay relación sexual” (Lacan, 2008, P. 17), en el sentido de que la cosa no cierra, no hay un punto donde se estabiliza el sistema. Pero, aún en ese terreno un tanto escurridizo veremos que los textos de orientación lacaniana nos proveen de algunas construcciones que nos permiten obtener coordenadas para pensar el diagnóstico, y de cómo se puede orientar el tratamiento. Es de máximo interés aquí la ética del que diagnostica, que pasa de ser el tercero oculto al comienzo del trayecto, a pasar al frente.

Por último, había dejado un puntito en suspenso... Acá vuelve a aparecer algo personal. Siempre me pregunté acerca de cómo ingresar al psicoanálisis, no en tanto paciente, sino cómo acercarse a la lectura, a la investigación, o al menos de poder aprehender algo de eso sin salir corriendo espantado. Hay varias cuestiones ahí.

En principio, para el psicoanálisis no existe la pedagogía, lo que nos obliga a dar muchas vueltas a la hora de enseñar. En nuestro uso, se acerca mucho más a la cuestión de mostrar, hacer aparecer algo. Por otro lado, no hay -o no conozco- un trayecto que los deposite en sé -de saber- psicoanálisis. Es una referencia del siglo pasado, 1999, hablo de Matrix 1, cuando Neo entrena y le van descargando programas, no es que le van a instalar las Obras Completas de Freud y ya va a saber psicoanalizar. Parece funcionar de otra manera.

¿Cómo entrar al psicoanálisis? Mi apuesta es que lo hagan intuitivamente, que lean lo que puedan, que tropiecen, que busquen lo que no entiendan, que traigan recortes que entiendan que son centrales pero que no terminen de entender, etcétera. Después acá le daremos algún tipo de sentido, traduciremos algo que esté muy en *lacanés*, o como decía Ernesto Derezensky *lacraneano* y veremos hasta qué punto puede o no tener algún impacto en su disciplina.

Bueno, supongo que es bastante por hoy. La reunión que viene estaremos trabajando el libro de Nestor Braunstein “Clasificar en psiquiatría”. Nos vemos la próxima.

Parte 1

El diagnóstico psiquiátrico y psicoanálisis

Capítulo N° 1

Clasificar en psiquiatría. Un aporte de Néstor Braunstein

Buenas tardes, hoy nos reunimos a trabajar en este Seminario que hemos denominado “El diagnóstico en cuestión”. Podemos comenzar trazando al menos tres formas, hoy embrionarias, de leer el título. Tal vez al finalizar el recorrido tengamos algunas conclusiones de estas vertientes, pero eso pasará dentro de un tiempo, no hay que adelantarse.

Un primer acercamiento es por ejemplo, con la pregunta ¿De qué se trata el diagnóstico en cuestión? Aquí *cuestión* aparece como una especie de señal, de indicación.

Ese es un acercamiento -vamos a decirlo así- amistoso. El segundo es más bien *el diagnóstico en cuestión, cuestionando el diagnóstico, poniendo en cuestión el diagnóstico*. Supongo que esta será la línea que más seguiremos, ya que siempre se pone en tensión el diagnóstico, más teniendo en cuenta que *en general* ustedes reciben un paciente o usuario *ya diagnosticado*.

Una tercera vía, un poco más rebuscada, es pensar *cuestión* desde algo que parece estar cerca, al menos fonéticamente, que es la palabra en inglés *question*, que significa pregunta, interrogación. Más o menos tirando de este hilo podemos elaborar algo alrededor de la noción de diagnóstico como pregunta, hipótesis, plan de trabajo, etcétera.

Pero vamos al texto por el que elegimos comenzar, que son algunos capítulos de “Diagnosticar en psiquiatría” de Néstor Braunstein.

Braunstein es un psicoanalista argentino que se exilió en México en los tiempos de la dictadura militar, y que desde el 2015 reside en Barcelona. El texto del que tomamos es del año 2014 y de alguna forma es la continuación de un libro de 1980 donde trabajaba críticamente la noción de trastornos mentales, o como lo escribe él, ~~trastornos mentales~~. ¿Qué es esta forma de escribir?

Si prestamos atención a la nota al pie que aparece en la página 16, el autor se ampara en dos filósofos del Siglo XX, Heidegger y Derrida, para escribir y tachar con lo que no está de acuerdo, pero que necesita expresarlo tal como se expresa en el discurso social. Esto se llama *sous rature, under erasure, o bajo el tachado*. Lo usan estos filósofos, Braunstein y el blog *en una baldosa*. Vemos que es una forma de tomar partido a la vez que se opera sobre los conceptos.

Aunque les recomiendo leer el prólogo para entender la intención del libro, en particular el uso que va a hacer de la cita de Borges, a fines *pedagógicos* vamos a saltarnos de punta a punta el prólogo y pasamos directamente al capítulo 1 “¿Qué es clasificar?”.

Ya de entrada nos descoloca un poco al comentarnos acerca de aquella vinculación -ahora esclarecida- entre las clasificaciones psiquiátricas y la botánica. Si bien mantiene a Linneo -botánico- como el antecesor, nos habla de una obra anterior de

éste en las que clasifica enfermedades, en tanto entidades *conceptuales*, y no plantas. Sólo a partir de esta pequeña salvedad la cosa vuelve a los carriles conocidos a partir de Pinel. Es decir que, a pesar de trastabillar un poco, podemos sostener una frase que nos pueda orientar como *las enfermedades mentales no crecen en los árboles*, ya que, si fueran entidades *naturales* serían un poco más fáciles de identificar y clasificar.

En estos dos verbos en infinitivo hay algo del *diagnosticar* para la psiquiatría. Pero la clave viene a continuación, no es sólo *identificar y clasificar* sino que también *alojar*, es decir, reclasificar una serie de individuos y crear espacios donde ubicarlos. El primer nombre de esto es el *psiquiátrico, manicomio, loquero, etcétera*.

Me gusta cómo lo dice Braunstein

Fue precisamente en el siglo XIX cuando los locos pasaron a ser patrimonio, objeto y problema de la “higiene pública” y encomendados a la medicina. Apareció entonces (después de algunos necesarios precedentes) el manicomio como edificio necesario en todas las grandes ciudades y en todos los países tomando como modelo el “panóptico” carcelario de Bentham y se confió a los médicos (“alienistas”) la investigación y la definición de las formas de la locura que antes pertenecían al discurso teológico centrado en la posesión demoniaca y el pecado. (2013. Pág. 20)

A partir de allí es cuando plantea su idea de *dispositivo psi* con la articulación de teoría, institución y profesionales. Es importante en la lectura posterior cómo va marcando todo el tiempo cómo desde el inicio de la psiquiatría hasta hoy se sostiene una idea, vamos a llamarla, biologicista, asentada en el órgano, llámese *cerebro*.

Es un detalle menor, pero presten atención a cómo escribe y cuál es el referente, con respecto a la clasificación, que es la “*enciclopedia china*” que propone Borges en “*El idioma analítico de Jhon Wilkins*”³ (1952), cuando viene hablando de Kraepelin y nombra los *casos oscuros* y pone “(¡Viva Borges!)” (Braunstein, 2013, P. 22). Es una forma de hacer caer o de mostrar el límite interno de las clasificaciones.

Entre la página 22 y 23 hay algo que no podemos dejar pasar. Fíjense cómo argumenta. Habla desde este punto de vista de la comunidad psiquiátrica donde se equipara a Kraepelin con Linneo. Pero marca en qué punto Linneo (que efectivamente clasificaba plantas) clasifica y pone la verificación en lo observable, pero en lo que otro puede observar y corroborar. Ahora bien, cuando clasificamos *enfermedades*, y no de las enfermedades -vamos a decir- de causa orgánica, sino *psicológicas* ¿Cuál es el observable? ¿Puede un tercero dar cuenta de ese observable? Acá es cuando se apela a la tríada “*inteligencia-afecto-voluntad*”. Si recuerdan lo que vimos en Psicopatología I y II recordarán cómo eran esas descripciones psiquiátricas. Por ejemplo, en la paranoia no está afectada la inteligencia, pero sí los afectos, en la depresión está afectada la volición y la afectividad, etcétera. A eso se lo reemplaza en tiempos del DSM con test autocompletados por el paciente o un familiar. Hay un paso muy

3- Disponible en <https://repensartedipr.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/04/el-idioma-analitico-de-john-wilkins.pdf>

grande el de estar comparando entidades reales -plantas- a buscar esa objetividad en el procesamiento de datos de auto-evaluaciones. El problema es -claro- que se pasa de entidades presentes a supuestas.

Vamos a la página 26, más en particular con esa idea que empieza diciendo “*En psiquiatría no hay conocimiento de las causas...*” (Braunstein, 2013). Empieza calmado ¿no?

Allí es importante tomar en cuenta el movimiento teórico que hace. No se trata de negar, *cancelar*, el cerebro como causa, sino que más bien, en el cerebro se asientan, o se producen los procesos necesarios, tal como lo dice el autor, da la *posibilidad* de que eso ocurra. Hay que apreciar la distancia entre causa y posibilidad. Y en lugar de dejar en blanco la causa, ubica allí la relación con los otros, sean estos otros individuos, su época, su historia, etcétera. Se desplaza de lo biológico al lazo con el Otro, así con mayúsculas como hablamos los que leemos a Lacan.

A partir de allí la cosa gira en torno a estas ideas que les vengo presentando. Tal vez haya algo ahí que Braunstein no nombra que es la característica del lenguaje que es la *performatividad* de Austin, o *enunciados performativos*. ¿De qué se trata, sintéticamente?

De la propuesta que el lenguaje no sólo describe un objeto, sino que su misma enunciación *crea* un objeto o hace que cambie su estatuto. Por ejemplo, en el texto hay una idea que es más o menos así: Antes que Bleuler enunciara su conferencia acerca de la esquizofrenia, no existían los esquizofrénicos. Proponer la esquizofrenia *hace existir la esquizofrenia y a los esquizofrénicos*. También hay cambios de estatuto, por ejemplo, cuando Pinel propone la *enfermedad única* o *alienación mental*, muchos *poseídos* o *delincuentes* pasan a ser *enfermos* y a obtener *ciertos* beneficios.

Sobre el final del capítulo les recorto dos citas interesantes. La primera es durísima: “El modelo que hoy la rige [A la psiquiatría] en el mundo entero, norteamericano, es de un empirismo ramplón (...) lejos de los desvelos de quienes intentaban entender al ~~enfermo~~ a partir de sus coordenadas existenciales.” (Braunstein, 2013, P. 31). La noción de *empirismo ramplón* sería una construcción del saber, de teorías, tomando solamente *lo que hay en la realidad*, sin cuestionar qué es la realidad, sin preguntarse mucho más.

Una yapita de este capítulo, que es una cita que siempre me dejó en cortocircuito, si la pasan rápido, se la pierden, pero es un problemón. Está en la página 31 y dice así:

es discutible que los ~~trastornos mentales~~ que se clasifican, diagnostican, estudian y tratan sean entidades médicas. Si se llega a demostrar que alguno de ellos tiene una base biológica (como, por ejemplo, la epilepsia o el Alzheimer) se lo deja de considerar como objeto de la psiquiatría y se lo transporta a otro campo de la medicina, principalmente la neurología. (Braunstein, 2013)

Ustedes dirán (este es un gesto del Freud de las Conferencias⁴, hacer decir al público algo contrario para enunciar lo propio) *bueno, no pasa nada, qué sé yo*, en fin... Pero de lo que está hablando Braunstein es de una suerte de suicidio, o de auto-mutilación de la psiquiatría, o si no les gusta esa idea, del *vaciamiento* en el sentido empresario del término.

¿Cómo es la cosa? Acá se habla de que se insiste en la búsqueda de una base biológica de las patologías mentales, pero ese movimiento produce que, al detectar esa base biológica si existe, salgan del campo mismo de la psiquiatría. Braunstein habla del Alzheimer, pero un buen ejemplo es la epilepsia. Siempre estuvo en el campo psiquiátrico, pero para los que nos formamos luego de que se descubra que se produce por alteraciones eléctricas en el cerebro, nos aparece muy lejos de la psiquiatría y más cerca de la *medicina general*. Imaginen ese proceso con el *autismo*. Es muy probable que hayan escuchado muchas versiones acerca de la causa del autismo, en las cuales no vamos a profundizar. Supongamos que se descubre que se origina en un sector muy específico de la corteza cerebral que, por alguna razón x, funciona *autísticamente*. Eso haría que el autismo deje de ser incumbencia de la psicología, psicoterapia o psiquiatría y pase a ser exclusivamente, del ámbito neurológico. Bueno, tal vez esa privatización ya sucedió.

Pasemos entonces al capítulo 4 “¿Qué clasifica la clasificación?”.

Buscando una respuesta a la pregunta, consulta con los manuales de clasificación vigentes al 2012, que son el DSM IV (de la sociedad norteamericana de psiquiatría) y el CIE-10 (de la Organización Mundial de la Salud). El primero clasifica “*mental disorders o trastornos mentales*” y el segundo “*enfermedades*”.

Veamos la definición de *trastorno* que aparece en la página 70: “... la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de un malestar o interfieren con la actividad del individuo” (Braunstein, 2013).

Luego toma un artículo indio donde trata de ubicar la palabra *trastorno* en la utilización psiquiátrica del término, entre otras dos que serían *enfermedades* y *síndromes*: *síndromes* sería una noción amplia de un perfil sintomático cuya etiología (*relacionado a la causa*), significación clínica o severidad es variable. Otra definición, por fuera del texto, es la del *conjunto de síntomas*. Por su parte *enfermedad* remite más claramente a una condición con una etiopatogenia bio-médica (por ejemplo: virus, bacteria, infección, traumatismo, respuesta alérgica, etc.)

Lo que dice Braunstein es que la noción de *trastorno* queda a mitad de camino entre uno y otro. Entonces emprende un rastreo etimológico para pensar los alcances del término:

Entonces encuentra que las raíces de los términos son diversos en español, francés e inglés (*trastorno*, *trouble*, *disorder*)

- *Disorder* vendría a ser lo contrario al orden, tanto en género masculino (el

4- Se refiere a las “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis”

orden) como en femenino (la orden). En otros puntos del significado del diccionario pueden ser: confusión y alteración del orden; alboroto o motín; exceso o abuso.

- Trouble: deriva de turba, multitud confusa de gente. Es similar a turbulento, turbio, perturbar, disturbio.
- Trastorno proviene de tornar, dar vuelta, girar, invertir, perturbar el sentido, inclinar, algo que gira fuera de eje, girar sin eje.

Para Braunstein esta polisemia es reflejo de la imprecisión epistemológica de los llamados trastornos. Toma a continuación la definición de trastorno para la OMS

Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera fuera su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental mental, psicológica o biológica. Se considera síntoma cuando aparece asociada a un malestar (por ejemplo dolor) a una discapacidad (deterioro de un área de funcionamiento) o a un riesgo aumentado a morir o a sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. (Braunstein, 2013, P. 75)

De modo irónico, recorta una afirmación de la APA donde dicen no clasificar gente, sino patologías de los que las padecen. Según Braunstein, esto genera un corrimiento desde las conductas apartadas de la media, a considerar un grupo de personas como trastornados de la personalidad.

En el año 2022 tuvimos unos diez encuentros trabajando el Manual de Técnicas para Acompañantes Terapéuticos de Tolosa y Jozami, y nos encontramos todos los gestos que denuncia Braunstein. Éste en particular, la idea que se puede separar *individuo* de *padecimiento*. El Manual... decía algo así como que los acompañantes trabajan con las manifestaciones del autismo y no con autistas. En fin...

Pasemos a un tema espinoso: ¿Qué significa el calificativo “mentales”?

Mente deriva de memoria (mens ligado a la diosa de la memoria mnemosine, madre de las musas) existe como mind en inglés pero no como sustantivo en francés y alemán, pero sí el adjetivo mental.

Cita un texto de la universidad de Oxford, que en su título menciona la palabra mind, pero que en su cuerpo no alude al concepto en sí, sino sólo en relación: cuerpo y mente, cerebro y mente, problemas del cuerpo-mente. Braunstein concluye expresando que el problema de la mente se mantiene desde la época de Cicerón (Antigua Roma) y remite al problema del alma y el cuerpo.

Dice Braunstein: “la “mente” es la heredera de esa sustancia metafísica, con una milenaria historia en filosofía idealista y en teología que es el alma. (...) los trastornos son la “patología del alma” de cuyo cuidado deben ocuparse los nuevos sacerdotes que saldrán de las escuelas de medicina como antes salían de las escuelas de teología” (2013. P. 77) Como diría Blue One en su batalla contra Chili Parker, *es una tras otra*.

Entonces, retoma a James (recordemos, el fundador del conductismo) que define a la psicología como “la ciencia de la vida mental”, aunque tenga algunos problemas para definir qué es mente. Reduce a una figura oximorónica que reúne lo obvio y lo misterioso, pero aun así, clasificable en normal y anormal. Volviendo a la definición del principio, Braunstein resalta la cualidad de ser entidades razonablemente discretas, es decir, clasificables. Aquí se encuentra una de las claves del texto.

Las clasificaciones, en este caso, de la psicopatología, derivan del modelo botánico (que estudia las plantas) o bien del entomológico (que estudia los insectos). Según Braunstein, tienen tres características:

1. siempre son arbitrarias y conjeturales. (Aquí cita el texto de Borges “El idioma analítico de Jhon Wilkins”) y de un carácter eminentemente performativo (es decir, que adjudican las características que enuncian)
2. Incluyen diferencias entre lo incluido y lo excluido. Deben ser específicas las diferencias entre una categoría y la siguiente, evitando solapamientos.
3. “válidas y confiables”, es decir, que deben asegurarse de la “existencia” de los rasgos que definen, y que los cuales deben ser intuitivos a la observación de los observadores. Asimismo, debe pulirse la definición del objeto de estudio para que esté al alcance de los operadores de la clasificación.

Con respecto a la cita de la pagina 83... no haremos caso a lo que dice, de volver al final del curso cuando tengamos las herramientas suficientes para leer allí. Vamos a intentar leer de qué se trata. Dice Braunstein:

La OMS y la APA funcionan como el amo que promulga la clasificación y la impone como ley de la corporación de los psi; el manual y los glosarios adjuntos actúan como la universidad que repite el discurso a través de los maestros en las escuelas de medicina, los funcionarios que los aplican actúan como los sujetos en el discurso de la histeria y los “casos” diagnosticados, portadores de la etiqueta, como el *objeto*, el objeto clasificado y reducido al silencio, el residuo de la operación significativa, sin voz ni voto. (Braunstein, 2013, P. 83)

Entonces, si seguimos leyendo, la clave de lectura allí son *los cuatro discursos* de Lacan, propuestos alrededor del Seminario 17 “El reverso del psicoanálisis” (Lacan, 2008B, P. 11). Allí Lacan formaliza lo que llama *el lazo social* alrededor de la escritura de cuatro discursos que se relacionan uno con otro, y son, el discurso del Amo, el discurso universitario, el discurso histérico y el discurso analítico. Lo interesante de este planteo de Lacan es que son cuatro los elementos (Significante Uno, significante Dos, sujeto barrado, objeto a), cuatro lugares (Agente, verdad, Otro, producción) y ciertas relaciones entre los lugares, encubrimiento, relación, imposibilidad.

Disc. Amo $S1 \rightarrow S2$ $\$ // a$	Disc. Histérico $\$ \rightarrow S1$ $a // S2$
Disc. Universitario $S2 \rightarrow a$ $S1 \rightarrow \$$	Disc. Analítico $a \rightarrow \$$ $S2 // S1$

En esta cita, Braunstein toma tres de los discursos, el del Amo, el de la Universidad y el histérico. La primera oración se puede leer tal que la OMS y la APA se ubican en la posición donde ordenan que la cosa marche, influyendo sobre lo que el autor llama *la corporación psi*. La parte universitaria, repite ese supuesto saber y forma *sus sujetos*, que repiten ese saber. Acá hay una cuestión, ya que los *estudiantes, astudados* según Lacan, en el discurso universitario se ubican como producto, sin posibilidad de acceder a la verdad.

Pero Braunstein retuerce un poco y ubica a los agentes, exactamente en el lugar del agente del discurso histérico, en un lugar donde se reniega de la relación con la verdad, con la causa, y se dirige a la falta en el Otro, como forma de encontrar(se) con el deseo. Se me ocurre que una manera de leerlo es que estos *funcionarios* se mueven *esquivando* la división subjetiva, pero topándose con ella en el Otro, que podría ser el objeto a del Discurso amo, producto, objeto caído, resto de goce, inaccesible.

Si dejamos ahí, queda medio incompleta la cosa ¿No? El discurso analítico pone en el lugar del agente la verdad subjetiva, ¿Ven como aparece arriba a la izquierda el objeto *a*? Es distinto a ubicar allí una orden ¡*Normalícese*! Además que ese Discurso del Amo se encuentra en crisis, ya no funciona acertadamente, *no se sopla y se hacen botellas*.

El último punto a destacar del texto es el desplazamiento (que veremos en otro texto más adelante también) del modelo médico al modelo veterinario, ya que para Braunstein, los psiquiatras reducen lo humano a un animal que habla, sin que esto sea muy importante, y que considera las patologías mentales como órganos enfermos a ser curados mecánicamente.

Este texto de Braunstein, medular de la unidad y del curso, podemos ir haciéndolo chocar con otros textos, y ver cómo dialogan entre sí.

Capítulo N°2

Néstor Yellati y Elena Levy Yeyati. Nociones de clasificación y epistemologías en pugna

Buenas tardes. Hoy vamos a trabajar dos textos que se encuentran en este primer bloque. Comencemos con el texto de Néstor Yellati “El DSM y las epidemias diagnósticas” (Sánchez, 2013, P. 47), que se encuentra publicado en el libro “La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones” y que tiene esta portada tan distinguida, que es una de las peores que recuerdo. Es un libro que contiene varias ponencias en unas Jornadas, de las cuales veremos cuatro.

Néstor Yellati es médico, de especialidad en psiquiatría, y es miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y la Asociación Mundial del Psicoanálisis. Tiene algunos libros publicados, generalmente en colaboración, ya que participa en la Revista Efecto mariposa o E-mariposa, que es una revista de psiquiatría y psicoanálisis. Entre sus libros se destaca “Lo que el psicoanálisis enseña a las neurociencias”.

Vamos al texto. Yellati se plantea tres interrogantes: ¿Por qué clasificar?, ¿De qué se trata el impasse de las clasificaciones psiquiátricas? y el DSM como producto de la cultura actual. Esos tres ejes nos darán respuestas hacia el final.

Con respecto a la primera cuestión, cosa que ya vimos con Braunstein acerca de las características de las clasificaciones, Yellati desde otro autor, en este caso el antropólogo Levi-Strauss, dice que “la clasificación no toma su valor fundamental de su precisión o su exhaustividad, sino porque es superior al caos” (...) “*clasificar es una operación necesaria, es la introducción de un orden simbólico en lo real concebido como naturaleza. Es la suposición de que en ese real hay un saber; la clasificación es un modo de precisarlo.*” (2013, Pág. 48)”.

Esta cita en dos partes es importante, en primer lugar para descompletar el lugar de privilegio de las clasificaciones, en todo caso, solamente son *preferibles* al caos, entendiendo caos por algo informe, sin forma. De nuevo ¿Las clasificaciones clasifican en su totalidad el caos? No, sólo son preferibles al caos, funcionan un poco mejor.

Por el otro lado, si bien es poco exacta la expresión *lo real concebido como naturaleza*, la frase da a entender el carácter puramente lingüístico de las clasificaciones, es decir, ponen nombres a eso que no lo tiene, describen y a partir de esas descripciones arman categorías, con la *esperanza*, vamos a decirlo así, de que esos nombres apunten a algo interno a esos objetos, a algo de su esencia. ¿Lo logran? Lo intentan.

En este sentido, refuerza lo que veníamos viendo con Braunstein. Si descartamos esa característica de dar cuenta de una esencia, y más bien que de lo que se trata es de adjudicar un orden en base a ciertas características, armar series y clasificar. Lo que se puede ir observando es que hay algo inclasificable en esa operación.

¿Recuerdan a Braunstein? Él hablaba de la clasificación de las especies vegetales por características que eran visibles al ojo o por medio de otros dispositivos, como una lupa. Ve uno, ve el otro y ven -más o menos- lo mismo. El problema es el factor humano del humano, permítanme la recursividad. Ahí se pone en juego la subjetividad, o la personalidad o cosas que no son tan fácilmente observables.

Pasemos al segundo punto. Este es un poco más embarullado a nivel argumentativo. en realidad son dos ideas.

El texto dice que en algún momento la psiquiatría siguió el modelo médico, el cual no fué el momento príncips de la psiquiatría. Tratar de adaptarse al modelo médico es algo que todavía parece ser una gran dificultad. Si recordamos a Pinel, en ese primer modelo de la psiquiatría, el movimiento es inverso adonde estaba yendo la medicina. Es en el segundo modelo, paradigma según Georges Lanteri-Laura, donde se acompaña el movimiento de la medicina al pensar la causa, el proceso y el final de las enfermedades.

Pero eso no es tan importante, lo importante es el movimiento de pasar de considerar las enfermedades mentales como *cosas de la naturaleza* a las cuales adjudicarles nombres a pensar que su causa y desarrollo es equiparable a las enfermedades orgánicas, de tal modo adaptar esos padecimientos al régimen médico: diagnosticar y tratar en un mismo acto, como dice en la página 48. La cuestión no es solamente repetir lo que dice Yellati acá. Pensemos ¿Por qué desde ese modelo clasificar y diagnosticar es lo mismo? Tiene mucho que ver con el aporte de Austin que veíamos la vez anterior. Se relaciona con esa idea de que diagnosticar es etiquetar, esto es esto y chau. Pepito es esquizofrénico y lo será siempre. Hay una cuestión allí de tratar de inmovilizar algo con una categoría y que no se mueva de allí.

Y con respecto a lo inmóvil, es una forma de intentar -y fracasar al mismo tiempo- que las clasificaciones sean estables, que lo que esté ahí adentro permanezca adentro y no vayan apareciendo nuevas clasificaciones que vayan aumentando el número. Bueno, como sabrán, y como decía Tusam "puede fallar".

Le vamos a poner nombre, a bautizar esta forma del diagnóstico que es el diagnóstico-clasificación o diagnóstico inmóvil. Se lo clasifica en un lugar y listo. No es un punto de partida, o una hipótesis o un proceso, sino que es un punto de llegada.

También hay algo de lo que plantea Yellati que remite a un excursus que haremos en algún momento ¿se es enfermo o se posee una enfermedad, en este caso, mental? Hay algo en juego allí entre el ser y el tener, que son categorías que nos acompañan desde el siglo IV antes de Cristo, les doy una pista... son las categorías de Aristóteles. En la Ley de Salud Mental hay una elección en este sentido. En algún momento haremos una pasadita por ahí.

La otra conclusión, que es una idea que es tipo consecuencia de la primera, a la que llega Yellati es que hay una -mala- suerte de multiplicación de los diagnósticos, como dice al final de la página 48: para la CIE en un siglo las enfermedades pasaron de ser 150 a más de 2000. ¿Aparecieron nuevas enfermedades? ¿Mutaron a algo nuevo? ¿O es que cada caso desafía la idea de clasificaciones -y diagnósticos- estancos?

Vamos a la frase con la que concluye

en tanto que la ciencia aprehende progresivamente el saber que supone en lo real, la psiquiatría, intentando seguir sus pasos, pero sin ser una ciencia, infinitiza sus clasificaciones cuando intenta aprehender lo real por lo simbólico, [ya que] aprehender lo real por lo simbólico no hace más que tocar un imposible. (Sánchez, 2013, P. 49)

Es una buena frase, podrían usarla en una peña universitaria para conquistar a quien les guste, o mejor no; pero nos va a llevar un poco de esfuerzo diseccionarla y traducirla del psicoanálisis al lenguaje que usan los humanos.

En primer lugar, no sabemos muy bien a qué tipo de ciencia apela Yellati cuando habla de extraer saber de lo real, pero podemos suponer -por experiencia leyendo textos de psicoanalistas- que puede ser la física de Newton el referente de esta forma de pensar verdad y real.

Sería largo de explicar, pero ¿Qué sería esto de “existe un saber en lo real”? Da cuenta que el investigador supone que hay algún tipo de sentido o inteligencia al interior de ciertos fenómenos. Es el “pasa por algo” “Dios así lo quiso” “Algo habrá hecho”, etcétera, pero llevado del sentido común al pensamiento científico. ¿Les parece una locura? Yo creo que no, Darwin trató de aislar ese real en los seres vivos al plantear la supervivencia del más apto, Descartes sostiene la experiencia del yo individual y su conciencia en la existencia de Dios, en la física newtoniana hay leyes de la naturaleza, como la gravedad, etcétera. En un debate por carta, don físicos importantísimos, como Albert Einstein y Niels Bohr se debatían acerca de lo que podemos pensar que sería ese real, preguntándose acerca de que si Dios jugaba o no a los dados, es decir, si hay una programación en lo que existe o si es solo azar. En fin...

Todo ello da cuenta que se supone (no quiere decir que exista) que tras el fenómeno, lo que podemos captar, hay algo más que lo orienta. Ahora bien, la idea es que no siempre se puede dar cuenta de eso y el investigador se va acercando de a poco. Ahora bien, si se hace un zoom out y se ve el desarrollo posterior de las ciencias, en particular de la física, todo lo que vino después, la física cuántica tiende a oponerse a la idea de la asociación de verdad y este real. Más bien en ese lugar ubican la paradoja, la posibilidad o directamente la elección del investigador.

Volvamos. Yellati excluye la psiquiatría de la ciencia, quizá la ubique como una práctica, como un saber-hacer. En ese caso, tiene sentido lo que dice. ¿Por qué se infinitizan las clasificaciones? Una respuesta sería, porque van de uno en uno tratando de llegar al todo. Y acá estamos hablando de la parábola de Zenón de Elea, el de la granja no, el griego, conocido también como el mito de Aquiles y la tortuga.

Zenón demuestra que hay infinitos números entre el 0 y el 1, y que es imposible aprehenderlos (tomarlos, contarlos) uno a uno. ¿Qué quiere decir, entonces? Las categorías se infinitizan, ya que cada particular remite a un universal, así que se pueden sumar infinitos números y nunca llegar al 1, es decir, al todo. Un ejemplo cabal de esto es la sección de *consumos problemáticos* del DSM-5, que, como se guía por la *sustancia*, incluye una categoría por cada tipo de ella. Si se puede ser *adicto* a

cualquier sustancia, e incluso *hacer sustancia* cualquier tipo de consumo, ¿no es esta categoría infinita, o al menos, tendiente al infinito?

Respondiendo -ocultamente- a la pregunta que origina este apartado, el impasse de la psiquiatría es la relación universal-particular o bien particular-universal, como vimos antes, que podemos escribirla como $A \rightarrow B$ y/o viceversa. Veremos cómo funciona esto en el DSM en el apartado 3.

En este apartado, Yellati critica el ateorismo del DSM. En la página 49 dice que el ateorismo es una respuesta a la falta de resultados de su postura epistemológica, digamos, biologicista, que no puede ofrecer como respuesta a todos los padecimientos un origen en un disfuncionamiento de un órgano, en este caso, del cerebro.

Lo que dice con respecto a la conjunción capitalismo-ciencia tiene que ver con la creación y reproducción de nichos de negocios para algunos participantes del sistema, como por ejemplo, los laboratorios privados. Aquí se puede retomar la característica performativa de los diagnósticos, en palabras de Yellati

“Se generan las condiciones para la creación de nuevas “falsas epidemias”, o quizás (...) “nuevas epidemias”, dado que todo nuevo diagnóstico agrega otro semblante que produce nuevos efectos de verdad, nuevos sentidos que son los que en definitiva se expanden epidémicamente” (Sánchez, 2013, P. 51) A esto hay que agregarle el móvil que ofrece internet. Habría que repensar la categoría de epidemia luego de la pandemia del coronavirus. Por supuesto, este texto es anterior, pero de ninguna manera puede ser leído desde una postura antivacunas, o de que las enfermedades se crean en laboratorios y esas cosas.

Bueno, si les parece, pasemos al texto de Elena Levy Yeyati. Ella es psiquiatra y psicoanalista en Buenos Aires; miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana, de la Asociación Mundial del Psicoanálisis y de la Fundación Descartes. a partir de su investigación alrededor del Estrés Postraumático es que realizó su Tesis Doctoral publicada como “El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de estrés postraumático” y también compila en un libro llamado “La casuística de Lacan” publicado el año 2013.

El texto en cuestión, “DSM-5 versus NIMH: Ciencias, cultura y política en salud mental.” es un texto cortito, más bien informativo. Relata los pormenores de la salida del DSM-5 en 2013, y cómo hay un grupo de interés económico y científico que se ubica más allá del enfoque categorial y estadístico del DSM. Es decir, si veníamos planteando que alrededor del DSM hay un círculo de profesionales y otros grupos de interés, este texto nos presenta grupos que están más allá del enfoque estadístico y categorial del DSM.

Es interesante repasar las críticas que este grupo realiza al DSM: “a diferencia de otras enfermedades, los trastornos psiquiátricos categorizados por el DSM carecen de mediciones objetivas de laboratorio y sólo se basan en el consenso entre clínicos” (Levy-Yeyati, 2013, P. 57).

Acá la disputa no es entre psicoanálisis y DSM, si no entre DSM y otros grupos que van más allá, que acá se llaman BRAIN. Está de más decir que brain significa cerebro en inglés. En fin, Levy Yeyati cuenta que un Instituto gubernamental de los

Estados Unidos llamado NIMH va a poner una torta de guita en investigación en salud mental ¿Todos contentos?

Veamos la propuesta: “incorporarán la genética, el estudio de imágenes cerebrales, las ciencias cognitivas, y otros” (Levy-Yeyati, 2013, P. 57). La idea era -porque tenemos el diario no del lunes sino de diez años después- reemplazar los métodos del DSM por otros más afines a las neurociencias. Todo eso al momento de salida del DSM 5, también tensado por críticas internas, que es el caso del editor del DSM 4, Allen Frances, que criticó los trastornos del espectro autista, el duelo y la relación con la depresión y las formas de diagnosticar los llamados trastornos de la personalidad. Si buscan por internet el artículo se llama “Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM V”.

Volvamos al texto de Levy Yeyati. En algún punto, haciendo una especie de retrospectiva, el tema ahí parece ser el rol central que ocupa el DSM -sea cual sea- en el *ecosistema psi*. Ya que dijimos antes que el NIMH iba a poner -o puso- mucha plata en investigación, lo que se discute acá es una cuestión política al interior de la salud mental, que, a fin de cuentas, es una cuestión económica, de negocios, digamos.

Que haya contendientes políticos a la hora de competir por ese lugar da cuenta que es un espacio de poder donde se mueve mucha plata. Piensen -o googleen- cuántos norteamericanos consumen medicación recetada y cuánto dinero se mueve. Es una locura.

Me encanta esta cita, plagada de ironía “Los positivistas sueñan que una nueva raza de neurocientíficos reemplazarán a los viejos clínicos porque revolucionarán la comprensión acerca del funcionamiento cerebral, el comportamiento normal y las enfermedades mentales” (Levy-Yeyati, 2013, P. 57 y 58) Spoiler: No sucedió, o bien sucedió de una manera más rudimentaria y marginal.

Lo que podemos pensar es que hay algo del positivismo que no funciona para acaparar el objeto de estudio, el ser humano. Es cierto que la tradición deeseeme, para volver un poco a Braunstein, y ese *empirismo ramplón* es deficitario usado a la escala y con la fe en la que se usa, pero tener mejores imágenes, una doctrina un poco más contemporánea y demases, tampoco resuelve el problema. A pesar de los esfuerzos -y las inversiones- podemos ver un déficit en el enfoque humano del asunto. Lo humano se rebela frente a esta idea de encorsetarlo.

Por eso, para concluir, es muy gráfico lo que dice la autora en la página 58

querer reducir a la biología cerebral lo que emergió como objeto de la salud mental en general y de la psicopatología en particular es (...) un procedimiento tan absurdo y pseudocientífico como querer explicar el sentido de las damas de Aviñon de Picasso por medio de un análisis molecular de la tela y la pintura. “ (Levy-Yeyati, 2013)

Esta cita es de Bassols, psicoanalista español. Es bastante clara como para explicarla.

Por último, y esta si es la última, quedémonos con esta definición: “la práctica

del diagnóstico continúa siendo conversacional, lingüística y por eso fastidia tanto a quienes detentan ideales biomédicos”” (Levy-Yeyati, 2013, P. 58)

Conversacional y lingüística son dos categorías que nos alejan del diagnóstico como estanco. Yo dejaría por acá, como dicen los que saben, y nos veremos la próxima con un texto bastante alocado, en el mal sentido del término.

Capítulo N° 3

Los Cormier y la orientación cognitivo-conductual

Bienvenidos nuevamente. Me gusta que sigamos en este barco, transitando las aguas inquietas del diagnóstico. Ya que estamos en el mar embravecido les recuerdo, consultando mi bitácora, más o menos el recorrido. Comenzamos por Braunstein y seguimos por Yellati y Elena Levy Yeyati. Ellos tres critican la forma, a la que bautizamos “*diagnóstico quieto*” o algo así, que es clasificar, diagnosticar y listo. Por eso me interesa que hagamos una pasadita por un texto que teoriza acerca de eso, es decir, es una *guía para obtener un diagnóstico*.

Estoy hablando del texto de los Cormier. Es un texto nuevo para mí, ya que viene de la tradición cognitivo-conductual, y lo saqué de la bibliografía de la cátedra de “Clínica I” de la Orientación Cognitivo-conductual de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis.

Si googleamos a los autores, lo que nos arroja es solamente su edad y los libros que han escrito, siendo “Estrategias de entrevista para psicoterapeutas” el artículo más citado. Yo supongo que son estadounidenses.

Si vamos a la reseña de google books del libro nos dice lo siguiente, lo voy a resumir un poco porque es redundante:

“La utilidad de este libro reside, sobre todo, en la selección comprensiva de las destrezas asociadas a las cuatro fases fundamentales de la terapia efectiva en el consejo con individuos (relación, evaluación y establecimiento de metas, selección y aplicación de estrategias y evaluación y conclusión) (...) el libro se centra fundamentalmente en las interacciones “uno a uno”. Otra característica de la obra es el énfasis en la aplicación práctica. El contenido del libro está diseñado para ayudar a los consultores y terapeutas a adquirir y refinar un repertorio de conductas terapéuticas efectivas.”⁵

¿Por qué incluir este texto? En principio a modo de demostración, aquello que hablábamos en el primer encuentro. Esto podría tomarse como un caso de lo que veíamos como la línea teórica a partir del modelo DSM. Podemos leer acá cómo se piensa el objeto a diagnosticar, cómo se entiende la ética del diagnosticador y para qué sirve el diagnóstico. Con extraer esas tres cosas quizá podamos quedarnos contentos con nuestro herbario.

También quizá podamos encontrarnos con alguna sorpresa, algo que no esperaríamos y es de utilidad, o algo a desplazar, a descontextualizar, etcétera. De nuevo, la idea, como con todos los textos, es usar la lectura como una herramienta clínica, y si reemplazamos algunas letras, crítica, y si sacamos una letra, clínica. ¿Les gusta esa idea, clínica, crítica y clínica?

5- (https://books.google.com.ar/books/about/Estrategias_de_entrevista_para_terapeuta.html?id=B-8YiSAAACAAJ&source=kp_book_description&redir_esc=y)

Por supuesto que no estoy inventando nada, hay toda una tradición que lee los textos como material clínico, en sus dobleces, en lo que dice, lo que no dice y en lo que equivoca en decir. También hay que prestar atención a que se trata de una traducción, por lo que no tenemos el discurso de primera mano (o de segunda, ya que es escrito), y a veces puede haber errores o malas traducciones. Esto último podría incluirse en otro binomio de desplazamientos: traducción/traición, pero ese sería otro seminario.

Volvamos un poco. Por otro lado, he notado leyendo algunos de los trabajos monográficos que entregan al final del seminario que a veces hay un uso totalmente pragmático -aunque a veces esta expresión se queda corta- de los textos. A veces es divertido, por ejemplo, cruzar a Alfredo Eidelsztejn con Érida Fernández, pero a veces es un ejercicio -epistemológicamente- bastante raro. A veces me recuerda a la técnica del collage, o si fuera una referencia a Lacan, al montaje surrealista. Mezclar como continuados a los Cormier con Braunstein o Yelatti sería un ejemplo de poesía surrealista académica, en este caso.

Tal vez meter este texto sea forzar ese efecto cómico o del orden de lo inconciliable al máximo, la llamada comedia de incomodidad. De todas formas, también lo agrego atendiendo a cierta demanda de cosas “entendibles” o “simples” que “puedan usarse en la práctica”. Veremos qué significan esas comillas.

Del libro no sabemos mucho, sí sabemos que la psicología americana es bastante positivista (recuerden el texto fundante del conductismo de James, donde llamaba metafísica a la auto-observación), y que cuando quiere decir algo lo dice con todas las letras, en este caso, estrategias de entrevistas para psicoterapeutas. Es eso y nada más.

Como pueden observar, arrancamos en la página 242 del capítulo VIII que se llama “*Definición de los problemas del cliente mediante una entrevista de evaluación*” (Cormier, w. y Cormier, S., 2000). Volvemos a la letra de lo que dice: vamos a definir los problemas del cliente (subrayamos definir, problemas y cliente) mediante una entrevista de evaluación. Entonces vamos al subtítulo: Once categorías para evaluar los problemas del cliente. Ok, perfecto, tenemos un cliente y tenemos once categorías que veremos si funcionan escalonándose o bien como los círculos del infierno de Dante, que eran nueve, ordenados según los pecados a partir del segundo círculo (lujuria, gula, avaricia, ira y pereza, herejía, violencia, fraude, traición).

Tenemos anotados en el pizarrón alguno de los sustantivos centrales de este texto, que usaremos como polos de decantación, es decir, trataremos de ir viendo qué tipo de significaciones atraen. Esto sería electrólisis, cosas que veía en la industrial.

Ellos son, por supuesto, lo que resulta más chocante a nuestra tradición en la órbita de la salud pública de cierta ingenuidad y desinterés económico: *El cliente*, nótese que lo anoto en masculino. Por otro lado, terapeuta; luego una palabra que no está en el texto, que sería *ética*, o en este texto más bien, en qué lugar ubica al efector su acción.

En general, también respondiendo al modelo de comunicación de Palo Alto, que surgió en la Universidad de San Francisco, California, se piensa la comunicación en términos de emisor y receptor, comunicados a partir del mensaje. Por eso ponemos,

comunicados por una línea, el cliente y terapeuta, pero armamos un triángulo con un vértice superior que dice ética, que define uno y otro. Esto no está en el texto pero podemos extraerlo, hay muchas pistas de cómo se piensa uno y otro.

Vamos a un panorama general del texto. Me enloquece el uso de algunas palabras y su repetición, como es la noción de guías. Guías para el cliente, guías para el terapeuta, muchas guías. Guías son las líneas por las que se llega del punto a al punto b, como así también donde corren los cajones o los portones. En uno de los márgenes del texto hice una anotación, tal vez en la categoría 6 o 7, cuando se vuelve un tanto recursivo el uso de los seis componentes de la conducta (afectivo, cognitivo, contextual, somático, conductual, relacional) de la característica de seis cajones de la persona, y luego unas páginas más adelante, supongo, un poco aburrido, dibujé ese chifonier en el centro de la página. Hay algo de *encajonar* dando vuelta en el texto... ¿*Cajonear*? Eso desplaza el sentido.

¿De qué se tratan estas once categorías? En principio, y si nos dejamos llevar por la pretendida exactitud de las palabras, no parecen ser muy homogéneas entre sí. Hay algo del uso *borgiano* de la clasificación, como decía Braunstein. Pero sigamos adelante.

Hay tres categorías iniciales: 1) Explicación del propósito de la evaluación, 2) Identificación del tipo de problema, que se divide en primarios y secundarios, ya veremos a qué apunta cada uno. y 3) Priorización y selección de los aspectos y los problemas.

Según lo que dice el texto, forman lo que se llaman pautas lógicas del inicio, donde se dará una explicitación teórica del proceso, se identifican los problema y se arma una especie de orden de prioridades. Resaltemos que hasta acá, el terapeuta *ayuda* al paciente, quiero decir, al cliente.

Los ocho pasos siguientes se arman a partir de estos problemas y del orden de prioridades. Fíjense cómo lo dice “estas ocho categorías se emplean para definir y analizar los parámetros del problema (...) En cada entrevista surgirá una secuencia natural y el terapeuta deseará aprovechar las guías asociadas a estas categorías de contenidos según un patrón que respeta el curso de la entrevista y que se corresponde con el tema que inicia el cliente”.

Vamos al primer paso. Se le explica al cliente qué vamos a hacer, y tras recibir el visto bueno de éste, en términos de consentimiento informado, profundizaremos en identificar los problemas del cliente basándonos en obtener la confianza a base de expectativas. Los detalles que van dando, como el tema del dolor, son fantásticos.

Vamos al segundo. Nos metemos a buscar los problemas del cliente. Algunos los va a decir el cliente y otros los vamos a encontrar nosotros. Buscamos una “imagen total”. Se ve que esta imagen total es bastante difícil, ya que los clientes se resisten a entregar y aceptar sus problemas. Me copa el esquema de los dardos, acá llamado de “los círculos concéntricos” de Lazarus. Más allá del sesgo irónico que le estamos dando, se puede ir perfilando cómo piensan al cliente, como si fuera un objeto con profundidades, capas, un ser humano-cebolla. Lo que sigue en el texto, es decir, establecer y definir qué va en el círculo A, o qué está en el C o D, es simplemente una locura, en tanto *locura de la clasificación*.

Después hay una vueltita que podemos encuadrarla en el tema de la responsabilidad subjetiva. Más adelante en el Seminario profundizaremos en eso, pero acá reemplazan *responsabilidad* por *interés en resolver el problema* y, cosa que es muy importante, la ubicación geográfica del problema ¿Está en el cliente o en los individuos alrededor del cliente? Me encantaría -o no- leer el capítulo de clientes involuntarios, al que nos reenvían pero que no disponemos.

Pasemos a la tercera categoría, “Priorización y selección de problemas”. Además de venir un problemón, que es si hay o no cliente y quién es, una pregunta que todos nos podemos hacer en la situación diagnóstica, acá se juega una especie de huevo y gallina. Veamos la pregunta “¿Qué situación conflictiva específica ha seleccionado el cliente para trabajar?”

Del huevo y la gallina pasamos rápidamente a “el que mucho abarca poco aprieta”. Cómo pueden ir viendo, la relación entre terapeuta y cliente está signada por una perspectiva algo paranoica, que por momentos se soluciona con la derivación del paciente, es decir, del cliente.

Vamos a los consejos: Primero, trabajar con el problema inicial que plantea el cliente. Sino, trabajar con el problema que el cliente considera más importante. Otra opción es medio *bilardista*, intentar solucionar el problema más *resoluble*. Por último, el otro consejo es resolver un problema que permita destrabar otros problemas.

Avancemos a la cuarta categoría, que es la identificación de las conductas problemáticas. Estamos en la página 248.

Esta categoría busca, paradójicamente, ser exacta pero a la vez es bastante inexacta. Se trata, como bien dice el título, de identificar las conductas problemáticas, y este *identificar* es discriminar los componentes *afectivos*, (sentimientos), *somáticos* (fenómenos corporales) y *cognitivos* (pensamientos y opiniones), como así también el *contexto* en que se producen las conductas problemáticas, ya sea en qué lugar o lugares (casa, trabajo, escuela, etcétera) o en qué coyuntura.

Si la cosa quedara ahí y el humano fuera unidimensional, no tendrían los problemas que se enumeran un poco después, con respecto a ideas *encubiertas* o de la interacción del individuo con otros que lo ubican en un lugar particular, sea un jefe, por ejemplo. Si tomamos el ejemplo del libro, de problemas en el trabajo y en la relación con los otros, en ningún momento se habla de las relaciones de poder, del cansancio, o bien de cuestiones que exceden a lo *racional del asunto*: “*Me cae mal tal compañero y no sé por qué*”.

Dos cosas más: Según dice el libro, habría una lógica que va desde la identificación del problema a la selección de estrategias y enfoques de la intervención, como si hubiera una *estrategia a medida*. Lo que se observa más a menudo es una inversión de esta lógica: El problema se *acomoda a las estrategias de intervención*, ya que el repertorio es un poco escaso. ¿Se entiende? En lugar de pensar en una intervención adaptada al cliente en cuestión, o más bien a su problemática, se va filtrando el cliente para amoldarlo a una de las intervenciones existentes.

Por supuesto, lo que no está contemplado en este modelo es una pregunta -a decir verdad- bastante simple: ¿Para qué le sirve al cliente esta problemática? ¿Sirve para algo? Lo que uno puede pensar es que esta pregunta está obviada por la orien-

tación moral -a falta de una palabra mejor- que se puede leer: la salud es buena, el problema es malo malo malísimo.

Por último, hay un intento de cientificidad en tanto *objetividad*, cuando hablan de los problemas del cliente y la posibilidad de que dos observadores coincidan en su identificación. Es un criterio más bien débil científicamente, más teniendo en cuenta que -volvemos al texto de Braunstein- no son dos personas observando y comparando hojas, raíces, flores, sino que se trata de una *reducción de la subjetividad* a un *protocolo*, es probable que vean lo mismo.

Avancemos. Ahora nos vamos a ir metiendo en estas cuatro esferas para diagnosticar la conducta: Afectiva, somática, cognitiva y contexto. Vamos a dedicarle un párrafo a cada uno.

Con respecto al afecto y estados de ánimo, se refieren a *lo que describe el propio paciente*, aunque recortan tres “depresión”, “ansiedad” y “alegría”. Como venimos viendo, la cosa funciona hasta que aparece otra dimensión, la de lo oculto, lo encubierto. Parece que los clientes no saben qué sienten o mienten o bien ocultan sus sentimientos... Acá podemos romper con el personaje y pensar seriamente: ¿No es acaso esto lo que justifica nuestra existencia como trabajadores de la salud mental, de que haya un factor irracional en el ser humano que le traiga incomodidades? En fin

En cuanto a lo somático podemos observar cómo se pisa con el anterior. Primero presenta la imagen *del campo de juego*, de dónde hasta dónde va *lo somático*. En una punta pone el cliente hipocondríaco, el que se queja o cree estar enfermo de todo, mientras que del otro lado pone el cliente *desenchufado*, sin cuerpo. Esta idea no está tan mal, en algún momento tendremos un Seminario acerca del *cuerpo* y podemos retomar esta dualidad hipocondríaco/desenchufado. En esto último no estoy siendo irónico, el tema es preguntarle al texto si está hablando de cuerpo, mente, de lo que comunica, etcétera.

Pero la felicidad dura poco. Los autores presentan tres ejemplos que nos dan la pista de lo *somático*: Disfunción sexual (¡Bien!), ansiedad y depresión (¿No eran afectos?). A estos tres los clientes pueden referir cuestiones en el cuerpo, dolores, mareos, o bien cuestiones que atañen al cuerpo pero que están un poco más lejos, como la nutrición, el ejercicio, el consumo de sustancias, etcétera. Recomiendan ver al médico.

Acá hay un problema de enfoque: efectivamente hay un cuerpo y de ese cuerpo se tienen sensaciones. Habría que romperse la cabeza -no literalmente- para ver si los afectos proceden o no del cuerpo, pero cuando los autores dan esa vuelta, pasan de las sensaciones del cuerpo a lo *que afecta el cuerpo*, ¡se están perdiendo una parte clínica fundamental!

Por ejemplo, un síntoma que no nombran pero que me parece que va en esta línea: Insomnio. *El cliente no puede dormir*. Si, el que *duerme* es el cuerpo, es una función del cuerpo. Ahora, ¿Nos dice algo que sea *algo que afecta al cuerpo* que la persona en cuestión no pueda dormir? ¿O más bien tiene que ver con otra cosa?

Me voy a saltar el apartado *Conductas manifiestas o respuestas motoras*, ya que se trata de eso, quitando todo tipo de afecto o pensamiento, conductas.

Vamos a cogniciones, creencias y diálogo interno. En la página 252 dice *“parte del tratamiento resultante suele estar dirigido hacia este componente e implica la modificación de las ideas y creencias irracionales y las distorsiones o malinterpretaciones cognitivas.”* (Cormier, w. y Cormier, S., 2000) Se trata de un terapeuta que puede ubicar cuáles son las cosas que piensa el paciente, cuáles son racionales, cuáles irracionales, cuáles exageradas o catastróficas, y cómo y cuándo reemplazarlas por algunas más civilizadas.” Dos cosas para pensar acá. En primer lugar, es claro cómo podemos llevar este ejemplo a cierta consideración ética acerca de que se plantea un escenario donde el terapeuta está ubicado en un lugar de saber y de discernir acerca de la realidad, y más específicamente, de establecer qué realidad le conviene al cliente.

Podemos ver allí la traza del modelo médico -usted es el enfermo, yo el sano y lo curo- pero adaptada a la psiquiatría, usted no es cuerdo, yo sí.

Por otro lado, se plantea la cuestión del pensamiento en una dimensión ajena a lo que sería la estructura del lenguaje, si quieren que lo llevemos a lo que plantea el psicoanálisis, sino más bien como procesamiento de la información. Por eso es que clasifican cómo sería la forma de percibir y pensar del cliente (kinestésica, en imágenes, etcétera) y descuidan que de lo que se trata no es del dato en sí, en este caso, cierto tipo de proceso cerebral, sino de lo que la persona pueda decir de eso.

Con respecto al contexto, acá le vamos a dar la derecha, no hay mucho para criticar, ya que es una obviedad que un “problema” -así lo escriben- depende del lugar y el momento en que se producen. Por supuesto que es importante saber en qué lugar y bajo qué condiciones ocurre una situación que el paciente encuentra problemática. El tema es poder encontrar qué del contexto hace que eso se signifique como un problema, para quién es un problema y cuál es el grado de participación de la persona en ese escenario. Lo mismo podemos decir del apartado siguiente, que se refiere a las personas involucradas. Acá lo que me gusta, que puede serles de ayuda en sus acompañamientos, o bien de lo que puedan observar en el domicilio o en la escuela de un acompañado es la sutileza de prestar atención tanto a la presencia como a la ausencia de alguna -o algunas- personas de referencia.

Antecedentes. Si lo leemos así suena policial ¿No? Antecedentes acá significa lo que antecede al problema, y luego están las consecuencias. Como si el modelo fuera la flecha del tiempo, primero uno, luego el otro, y finalmente el tercero. Bueno, no siempre la cosa funciona así, ni tampoco es tan clara al observador, incluso tampoco al cliente, que es quien debe hablar de ella.

Juguemos un poco -no mucho sino se va a hacer infinito este encuentro- quiero decir, juguemos un poco con la cuestión de los antecedentes. Desplazo de antecedente a precursor, que va más o menos en línea. Hay un texto de Borges que se llama *“Kafka y sus precursores”*⁶ donde relaciona la obra del citado con otros textos de distintos momentos de la historia -La paradoja de zenón, un escrito chino, dos relatos de Kierkegaard, etcétera- textos que no tienen una relación explícita, es decir, nunca Kafka admite haber sido influenciado o ubicarse dentro de esa corriente, sino que lo

6- Publicado también en “Otras Inquisiciones” de 1952.

que propone Borges es que el acto que produce un escritor introduce a sus precursores ¿Se entiende?

Les voy a dar un ejemplo y luego les explico de qué tipo de operación se trata. Si nos guiamos por la línea del tiempo, está establecido que el nacimiento del punk se ubica en Londres entre el 1976 y el 1977, y se piensa que el hito es la salida del primer disco de los Sex Pistols "Never mind the bollocks". Ahora bien, ese hito genera que se empiece a pensar que hay un proto-punk, una especie de precursores en bandas como The Stooges o The Kinks, o que incluso hay quienes digan que en realidad nació en Perú ¡10! años antes.

Cortito: De lo que se trata es una operación del lenguaje que hace que se partan dos líneas de tiempo. Hay una línea de tiempo progrediente, el tiempo que pasa, pero a la vez hay una línea que va en contra que es la significación o resignificación. ¿Qué sucede? En la línea progrediente el acto es posible, ahora bien, cuando sucede, la línea regresiente instituye lo necesario. Es decir, cuando Kafka se convierte en Kafka es cuando podemos hablar de precursores. Cuando hay "problema" podemos instituir los antecedentes. La pregunta es ¿Volverá a pasar lo mismo cuando aparezcan nuevamente algo similar a los antecedentes? Ese es el tema, una cosa es describir algo que sucedió y otra es intentar predecir el futuro usando eso que se extrajo antes.

Vamos a las consecuencias. Este sería el punto 6 y el 7. Medio que se pisan entre sí, ya que en las consecuencias lo que se busca examinar es si hay algo en lo que sucede al acto que hace que este se mantenga o se debilite. Ahora bien, aparece un bucle cuando se dan cuenta que muchas de las consecuencias, aunque sean indeseables o molestas... ofrecen satisfacciones. En fin, lo humano se impone a lo racional. De todos modos no se los nota muy preocupados por haberse topado con una de las paradojas más interesantes de la salud mental.

Respuestas previas. Es muy interesante, pero la orientación acá me parece la mejor. Ubican dos cosas, explorar las soluciones previas para poder llevar a cabo algo distinto, o bien para determinar si esa solución ha llevado a nuevos problemas. Es como si ya dieran por sentado el fracaso de la persona que consulta. No siempre es así, incluso a veces, si se da ese fracaso, habría que examinar porqué se fracasó.

Dos cosas más, ya que se ha hecho largo el trayecto. Sobre el final se buscan los puntos de fortaleza del cliente y en qué se lo puede apoyar, aunque no lo sepa el propio cliente, y luego hay una esquematización del problema en frecuencia, duración, etcétera.

En fin, yo calculo que debe haber quedado bastante claro el panorama de qué implica esta orientación, a qué apunta y cómo resuelve algunos problemas y otros no.

La conclusión final es que nos conduce a una reducción paradójica del asunto. Por un lado, reduce a la persona a un dispositivo que tiene un problema, que procesa información de una x manera y al que hay que encarrilar en algún tipo de normalidad que el terapeuta considera. Es una reducción paradójica, ya que, al mismo tiempo que reduce, nos da un sinfín de categorías y subcategorías que se vuelven problemáticas en sí mismas, y que los pueden llevar a sendas contrapuestas. Por otro lado, lo que se propone como una personalización del tratamiento es más bien una decanta-

ción de un grupo de personas en una cantidad finita de tratamientos, es decir, más que adecuar el tratamiento a la persona parece lo opuesto.

Parte 2

El diagnóstico psicoanalítico, fundamentos

Capítulo N° 4

Sigmund Freud y los límites del psiquiatra

Buenas tardes, bienvenidos a este nuevo encuentro. Hoy vamos a ver un gran texto, uno que vengo arrastrando hace tiempo. Hoy hablaremos del texto de Sigmund Freud “16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría”. De Freud no vamos a decir mucho, más allá de ser el que inventó el psicoanálisis a fines del S XVIII, el cual perdura, no sin cambios, hasta la actualidad.

Me gustaría compartirles un texto que escribe la poeta María Negroni en “Pequeño mundo ilustrado” que habla de un rasgo bastante particular de Freud, los detalles. Agradezco a Maite Esquerré por presentarme esta autora... y el libro.

¿Qué dice Negroni? El texto se llama “Expedición a siempre: Sigmund Freud”

Quien haya visitado la casa donde vivió en Londres -hoy transformada en museo- puede corroborarlo: Los cuartos están saturados de piezas de colección. Al parecer, había comenzado el acopio en 1896, año en que murió su padre. Intuyendo, sin duda, que hay un fervor regresivo -un intento de remediar una falta- en la sustitución y manipulación de objetos. Freud se lanzó a componer un bastión privado. Hay que pensar su interés en la mitología desde esta perspectiva: Esos objetos antiguos, fetichizados como reliquias, no constituye sólo un botín clasificable, a salvo de la angustia de la praxis y el tiempo; son también, por su irrealidad profunda, un repertorio de la realidad esencial del fuero interno.

Un detalle: Freud no sólo coleccionaba máscaras o piedras de otras eras; también catalogaba historias clínicas de mujeres, perversiones sexuales, sueños, anécdotas judías, lapsus y, en general, todo aquello que nos devuelve mágicamente a la escena de origen. Con este sistema centralizado, diseñó una cartografía de la mente -una teoría del deseo, la libido y las pulsiones- para captar una posible lógica de las pasiones. Intuyó también que una “serie” de recuerdos exhumados lo llevaría directo a la temporalidad del inconsciente.

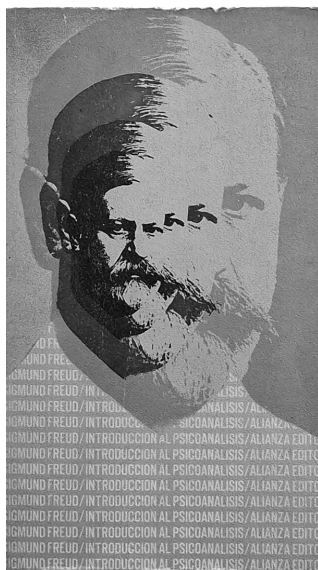
Vistas desde la literatura, las afinidades entre psicoanálisis y novela gótica resultan conmovedoras. ¿No es acaso también la psiquis humana una casa atormentada por el pasado, llena de recámaras oscuras, invariablemente clausuradas, que la figura del analista “abre” -como si fuera el alter ego de la muchacha curiosa- para construir un nuevo tipo de subjetividad?

No sólo eso: ambos discursos promueven, sin duda, una interrogación del lenguaje, una palabra menos atada a la Palabra que a otras posibilidades no lingüísticas del sentido, como los sueños, la “locura” o los gestos del cuerpo. (Negroni, 2022. P. 71 y 72).

Bueno, pasemos del autor al texto. Esta conferencia se inserta en lo que se llama “Las conferencias de introducción al psicoanálisis” que se extendieron entre el año 1915 y 1917 en la Universidad de Viena, divididas en tres bloques, los cuales eran: “Los actos fallidos”, “El sueño” y “Doctrina general de las neurosis”. A esta altura, Freud ya cuenta con una teoría bastante establecida, y se ubica un momento antes de generar un cambio drástico en su teoría, que es el giro de los años '20 con textos como “Más allá del principio del placer” y “El yo y el ello”. En vida de Freud, el psicoanálisis no fue exitoso en términos comerciales, más allá de la fama de Freud en el círculo europeo, pero la edición de estas conferencias fue uno de los libros más vendidos del autor.

Si por alguna razón, no sabemos cuál, se les ocurre empezar a leer psicoanálisis, estas conferencias son una gran puerta de entrada. Supongo que el mismo Freud podría haber pensado eso mismo. Hay algo de la estructura de las conferencias que tiene ese estilo introductorio, se trata de los temas centrales de la teoría, hay ejemplos, y vamos a ir viendo que Freud se ubica en un lugar muy particular con respecto al público (y a los lectores), donde arma una especie de argumentación y contraargumentación. La última y me calmo: las conferencias de esta parte “Doctrina general de las neurosis” son fantásticas, dan para sentarse, leerlas y quedarse pensando de qué se tratan. En fin. Si bien el material que compartimos es de la edición de Amorrotu de las obras completas, traducción de Etcheverry, los famosos libritos verdes, pero acá traje una rareza de mi biblioteca, que es una edición que trae todas las conferencias, en la traducción de Luis López-Ballesteros, que se titula “Introducción al psicoanálisis” y era de mi tía, Aida Pierini. La tapa -quizá se vayan a llevar la impresión que soy un sommelier de tapas de libros- es sencillamente fantástica, ese Freud hipnótico me enloquece.

Vamos, entonces, a lo interesante de esta conferencia y más aún -como diría el profesor Hugo Klappenbach- qué podemos tomar para las cuestiones del diagnóstico.



Ya en el primer párrafo Freud habla de los puntos en común entre actos fallidos y sueños, a decir verdad, sus mecanismos, con los mecanismos de las neurosis. Esta es una idea de Freud que se emparenta con aquella que expresara en “Una dificultad del psicoanálisis”, con respecto hacia dónde va a buscar el material que hable acerca de lo psicológico. Si recuerdan cuando veíamos ese texto en Psicología general, lo contraponíamos al de Skinner donde denunciaba la introspección como superstición. Acá está claramente una diferencia fundamental con respecto al conductismo y otras orientaciones en psicología. ¿Importa la conducta? Si, por supuesto. Pero no en el sentido de *adaptada o no adaptada* a algún tipo de norma social, sino en tanto es *síntoma* para el que consulta.

En el modelo de la caja negra, nos resulta de gran importancia la flecha que va de la respuesta a la caja,

para dar cuenta de lo que habría - usemos ese condicional - dentro de la caja. En el modelo conductual, solo interesa restar la respuesta al estímulo, o bien comparar entre sí las respuestas. Lo que está dentro de la caja, bien gracias. Hay un texto de Freud muy interesante que se llama “La indagatoria forense y el psicoanálisis” donde propone un método de asociación de palabras a un estímulo, donde, al repetir las palabras observa si hay un cambio en las respuestas, en busca de lo que allí llama “respuestas de complejo”, que sería exactamente esa flecha que vuelve a la caja.

Volvemos al texto. Si leen con atención se darán cuenta cómo Freud observa los mismos mecanismos tanto en el *sano* como en el *enfermo*, y la importancia que le da al síntoma más allá de lo estrictamente diagnóstico. No vamos a volver a lo que planteábamos en la unidad 4 de Psicología general, sólo recordarles aquel texto de Marco Focchi acerca de servirse del síntoma para el tratamiento en lugar de buscar eliminarlo.

Hay un punto que me resulta interesante, que es cuando solicita tanto al paciente como al que estudia o se inicia en el psicoanálisis un “*benévolo escepticismo*”. Para mí, esta es la clave de lectura de la conferencia. Incluso se lo puede leer a Freud exponiendo en una postura confrontativa de sus ideas con el público. Les ruego a ustedes que lean los textos con un *benévolo escepticismo*, incluso podríamos renombrar a esto que hacemos “*Seminario de benévolo escepticismo*”, “*El o los diagnósticos en cuestión*”.

Freud comienza su argumentación con dos recortes, a priori, bastante alejados del sentido común, ¿no?

Primero habla de la configuración de las puertas del consultorio y cómo está atento al primer pantallazo de su paciente, si cierra o no las puertas a sus espaldas; y el caso que llamaremos “de la mujer que tiene la certeza de ser engañada por su marido”.

¿Qué podemos decir del tema de las puertitas del Doctor Freud? Bueno, si lograron comprender cuál es el punto al que se refiere, lo que está en juego allí es un primer pantallazo de un dato transferencial. Freud se propone obtener algún dato que lo oriente en pensar qué lugar puede tener su presencia, su consultorio, podemos incluso decir, su reputación como médico en relación al paciente. ¿En qué lugar me ubica esta persona? Podría ser una pregunta que apunte a un dato transferencial. Allí Freud parece pescar si el paciente está interesado en él en el sentido de poseer un conocimiento, un saber, o si, por el contrario, lo rebaja. Es algo así como esa estrategia de los bares y boliches: Si el lugar tiene fila a la entrada, debe ser bueno, después vemos.

Si vamos un poco a la historia, él mismo lo dice, no podemos decir que Freud fue exitoso en vida. Más aún en estos momentos de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), que son momentos muy difíciles a nivel económico. Hay un libro que se armó en base a entrevistas a una paciente de Freud de esta época, nombrada como Sidonie Scillag, donde relata cómo Freud sufría el frío y el hambre en esa época. El libro se llama “Sidonie Scillag, la “joven homosexual de Freud”. Un poco más tarde, ya bien entrados los años ‘20 si creció su fama como el único médico que podía curar enfermos graves en Europa, lo que puede leerse en sus textos de esa época. También

se hizo bastante conocido por los surrealistas. Todo esto a pesar que fue una de las figuras más importantes del Siglo XX.

El punto que nos interesa, comienza a aparecer en la página 229, cuando Freud se pregunta acerca de la opinión del psiquiatra frente a lo que presenta la señora que guarda certeza del engaño de su marido, y también a lo que marca como un indicador en la presentación del paciente, con la doble puerta antes del consultorio. Allí dice, haciendo hablar al psiquiatra acerca de las ideas de la mujer sobre su marido:

la declara una contingencia sin interés psicológico, y no le da más importancia". Pero esta conducta ya no es viable en el caso patológico de la señora celosa. La acción sintomática parece ser algo indiferente, pero el síntoma se impone como importante. Va conectado a un intenso sufrimiento subjetivo, y objetivamente amenaza la convivencia de una familia; es, por tanto, un objeto insoslayable del interés psiquiátrico. El psiquiatra intenta primero caracterizar el síntoma mediante una propiedad esencial. (...) para sus celos, y así se lo dice; no obstante, sufre como si admitiera la total justificación de esos celos. A ideas de este tipo, inaccesibles a argumentos lógicos y tomados de la realidad, se ha convenido en llamarlas ideas delirantes. La buena señora padece, pues, de un delirio de celos (...) si una idea delirante no puede ser desarraigada refiriéndola a la realidad, no ha de provenir de esta. ¿Y de dónde vendría entonces? (...) Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero aquí mismo nos deja en la estacada. Se internará, exclusivamente, en una sola de las cuestiones que hemos planteado. Investigará en la historia familiar de esta señora y nos aportará quizás esta respuesta: «Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones psíquicas».. Con otras palabras, esta señora ha desarrollado una idea delirante porque estaba predispuesta a causa de una transmisión hereditaria. (Freud, 1991)

Después Freud sigue insistiendo en esta idea, en particular, de porqué resulta insatisfactoria este diagnóstico (y pronóstico) que no explica mucho. Este tipo de argumentos, el que Freud pone en boca del psiquiatra, se conocen como *argumentos ad baculum*, es decir, argumentos que se sostienen en tener un poder y ejercerlo. Ad baculum es algo así como *creeme esto o te pego con el báculo*, que es como un bastón grande.

Entonces, Freud se pregunta ¿Puede el psicoanálisis desempeñarse mejor? Veremos. Resuelve el caso con dos indicios, que las ideas de celos ya estaban antes de hacer que le escriban la carta anónima, y que estas ideas de infidelidad son un desplazamiento, y encubren el enamoramiento -inconciliable con su ideas concientes- hacia su yerno. Es decir, Freud haciendo hablar a la paciente da con estas dos hipótesis, que no vienen del lado de la causa y efecto (esquemáticamente $A \rightarrow B$) sino que tienen que ver con preguntarse, y preguntarle al sujeto acerca de su síntoma. Si bien parece

un gesto pequeño, tiene mucho que ver con reubicar dónde se encuentra el saber, si en el profesional (psiquiatra o analista) o en el paciente.

Este es un movimiento fundamental, ya que Freud se detiene cuando la paciente dice hasta acá. En el caso se puede leer cuando la mujer se desembaraza de lo que tiene para decir y corta el tratamiento.

En la página 233 Freud vuelve a preguntarse por la psiquiatría y el psicoanálisis, de cuál puede ser la relación entre ambos. Esto nos brinda un panorama de cómo se desplaza el diagnóstico a otra parte desde la psiquiatría cuando aparece el psicoanálisis, cosa que veremos en el encuentro siguiente. ¿Qué dice Freud? Concluye haciendo una analogía entre anatomía y fisiología, siendo el psicoanálisis la disciplina que le puede aportar a la psiquiatría el conocimiento de los procesos del alma (que bien podríamos poner aquí psiquis, mente, etc.) que son los procesos inconscientes, a una mirada un tanto más superficial. Es decir, la anatomía se ocupa de la forma, la articulación de los órganos del cuerpo, o más bien las partes del cuerpo, pero desde una mirada superficial; y la fisiología de cómo funcionan dinámicamente -aunque no parezca, esto es recursivo- esos órganos.

Entonces, a partir de este texto podemos recortar que en la transición de la psiquiatría al psicoanálisis hay dos puntos. La psiquiatría, en este texto, en lo que llamamos *clínica de la mirada* y bajo un paradigma de la degeneración, sólo aplica diagnósticos que se clasifican sin tener en cuenta la subjetividad. Si nos queremos ubicar en lo que propone Georges Lanteri-Laura acerca de los paradigmas en la psiquiatría, estamos hablando del segundo paradigma, el de las enfermedades mentales, y del pasaje al paradigma de las estructuras mentales.

Lo que podemos observar, entre líneas, es que Freud plantea una nueva superficie no homologable con la corporal donde se juega la cuestión psicológica. Explico: Tanto en el primero como en el segundo paradigma lo que está en juego a nivel del padecimiento mental se ubica a nivel del órgano, llamémoslo cerebro, nervios, genes, etcétera. En Pinel tal vez la cuestión moral se refiera a una situación del contexto, pero la explicación se apoya en la cuestión orgánica. Lo que introduce Freud es una nueva dimensión, a la que llama aparato psíquico, que no se apoya en el órgano, y que a partir de allí propone lo inconsciente, el síntoma, la represión, etcétera. Es a partir de acá, entre otros aportes, que se cimenta la noción de estructura que será el cambio que propone Lanteri-Laura a partir de los aportes de Bleuler en relación a la esquizofrenia.

Por otro lado, para Freud, tal vez desde una perspectiva que podemos llamar *política*, dice que los que se oponen al psicoanálisis son los psiquiatras y no la psiquiatría. Para él, el psicoanálisis puede aportar un panorama que la psiquiatría no ha explorado, que es la causa inconsciente de los síntomas. Con el diario de más de un siglo después, efectivamente no se verificó tal transición. Si bien hay muchísimos psiquiatras influidos por el psicoanálisis, Lacan es uno de ellos, en Argentina y España hay muchos, pero no hubo una corriente psicoanalítica en psiquiatría hegemónica, mucho más después de la introducción de los psicofármacos y la tradición DSM.

Entonces ¿Qué sacamos de acá para pensar en el diagnóstico? En primer lugar, yo destacaría el lugar desde el comienzo de la transferencia, es decir, el lugar que uno

ocupa en la consideración del paciente. Esta puede recaer en la persona del tratante, sea médico, psicólogo, acompañante, psicoanalista o incluso en la institución a la que forme parte. ¿Es un dato definitorio? No, pero puede arrojar algunas primeras ideas, de cómo ingresa ese paciente al dispositivo, si consulta por su cuenta, si es traído, si es desconfiado, si solicita ayuda o se rehúye, etcétera.

Por otro lado, podemos ir perfilando una especie de reducción, es decir, no vamos a la caza de una patología sino a constatar si hay o no hay un síntoma constituido o no. Es una primera orientación hacia el qué hacer, o el quehacer. Pero, lo veremos más adelante, el diagnóstico no se constituye en una primera etapa, en un primer objetivo, sino que más bien se configura como algo que va acompañando todo el tratamiento, como una hipótesis que se cierra al finalizar el lapso de tratamiento, como una pregunta abierta.

Por último, y que capaz tendríamos que poner en primer plano, rescatando aquello que decía Elena Levy-Yeyati, que lo que está en primer plano de esta orientación es la dimensión conversacional del asunto... Lo que importa es lo que el paciente puede expresar de su padecimiento y no solamente lo que vemos y/o pensamos. Acá la cosa está al revés, con respecto a la psiquiatría, en cuanto a la distribución del saber y el poder. En la psiquiatría clásica, y sus sucedáneos, poder y saber (y salud) se encuentran del lado de los guardapolvos, mientras que de los chalecos no hay ni poder ni saber (y menos salud). Acá el que sabe y el que decide es el paciente y la medida de ello es su discurso. Los invito a duelar por su posición de poder y saber. Bueno, dejamos acá, como se dice.

Capítulo N° 5

Arturo Frydman, Élica Fernández y Esteban Mordoh. Nociones que el freudismo aporta al diagnóstico

Buenas tardes, volvemos a reunirnos en el Seminario. La vez pasada charlamos acerca del texto de Freud y hoy veremos tres textos que se refieren al legado freudiano con respeto al diagnóstico.

Comencemos con el texto de Arturo Frydman “El diagnóstico en los albores del psicoanálisis” que habla de algunos problemas con respecto al diagnóstico. Arturo Frydman es psicoanalista, miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y docente de las Universidades de Buenos Aires y de Mar del Plata. Participa en varios libros, y publicó uno llamado “La subversión de Lacan”.

¿De qué se trata el texto de Frydman? Si vemos la estructura del texto, es un paper, que se produce en el marco de un proyecto de investigación. Por lo tanto, es imprescindible comenzar por el resumen, donde se agrupan las ideas principales del texto.

Si no me equivoco, hay al menos cuatro ideas en ese resumen. La primera, que es el marco del texto, es cuando dice *“se relevan las consecuencias del encuentro de la clínica, de origen médico, y los inicios de la práctica psicoanalítica, a nivel de las transformaciones que se producen en el diagnóstico.* (Frydman, 2005 Pág. 1)”

La segunda es *“se indagan en las dificultades para diagnosticar, más allá de las confusiones entre los modos de presentación, se verifica la hiancia entre la causa y sus manifestaciones.* (Frydman, 2005 Pág. 1)” Acá hay que prestar atención a esa palabra que aparece, hiancia. Está bueno que nos detengamos en esta palabrita porque es capital entenderla ya que es un concepto en sí misma.

Hiancia viene de la tradición lacaniana, más precisamente de la traducción al español de la obra de Lacan. Si no saben, les cuento. Es todo un tema la traducción de un idioma a otro, y en el caso de la obra de Lacan, es muy difícil traducir, ya que usa muchos neologismos y explota los múltiples sentidos y resonancias de las palabras, y muchas veces es polémica, ya que se pierden muchas cosas en el camino. Bueno, hiancia... La palabra en francés que usa Lacan es *béance*, que está tomado del francés antiguo y de la literatura, que significa agujero. También hay un uso que es beer que hace referencia a la boca cuando uno está sorprendido, como en el emoticón =O. Según algunos autores, yo se lo escuché decir a Alfredo Eidelsztejn, la traducción más correcta sería *oquedad*, que tiene resonancias poéticas... *en la oquedad de ese árbol/ se guarecieron los pájaros* podría decir un poema ¿No? De todas formas, los traductores eligieron crear un neologismo que tenga algún parentesco fonético. Entonces, *hiancia* remite a un agujero, a un vacío, a una distancia, a una discontinuidad entre una cosa y la otra.

Volvamos al texto, reformulándolo un poco: “*hay un agujero, una hiancia entre la causa y sus manifestaciones, lo que puede producir confusiones en el modo de presentación y, finalmente, dificultades para diagnosticar.*” (Frydman, 2005 Pág. 1)” ¿Qué podría estar diciendo? En principio, que el esquema E-R, acá bajo los nombres causa y manifestaciones, no es estable, está agujereado, y que esto puede producir confusiones en el modo de presentación ¿De qué? de las patologías, de los pacientes. Paciencia, ya llegaremos a esto.

Seguimos con lo que dice a continuación “*una paradoja: el diagnóstico que es necesario al comienzo sólo se legitima, o no, en el marco o al finalizar el tratamiento.*” (Frydman, 2005 Pág. 1)” Esta no parece tan difícil. Está diciendo que el diagnóstico no es al principio y para siempre, sino que acompaña al tratamiento (marco) o se legitima al final. Es una idea simple, pero acá se nota cómo funciona políticamente una disciplina que trabaja con un diagnóstico inmóvil, clasificatorio, y cómo trabajamos en las disciplinas donde se debe evaluar y tomar decisiones todo el tiempo, y que esas decisiones van cambiando al acompañado.

Y la última, que es un poco más técnica “se describe al diagnóstico como operación de significación que requiere la distinción de Frege entre sentido y referencia, lo que posibilita correr el objeto del diagnóstico: ya no será solo lo que se muestra, sino lo que se dice de eso”. Tendremos una segunda vuelta a esta idea cuando leamos a Scheinkestel en algunos encuentros, pero esta idea es fundamental cazarla. El síntoma no es un ente natural que anda por ahí y hay que atraparlo como si fuera un pokémon, más bien se lo atrapa a partir de lo que se dice de él. Es el mismo esquema que leíamos en Freud criticando al psiquiatra.

Para el psiquiatra, las ideas delirantes serían como un pokémon... ¿Qué hace ahí? ¿Cómo la combatimos? Vamos a tensar esta metáfora -delirante- sólo para gente que vio o que sabe de pokémones... El psiquiatra saca su pokédex y le informa que esa idea delirante viene hereditariamente, o por degeneración, y un psiquiatra más moderno le recetaría risperidona, por ejemplo. Ahora bien, lo interesante es hacer existir ese síntoma haciéndolo hablar, tomando nota de lo que se dice de él.

Bueno, salgamos de pokémon. ¿Por qué hablamos de cierto *marco* en relación al encuentro entre clínica y psicoanálisis? A ver, es por ahí donde el texto se orienta, en esa tensión entre clínica médica y psicoanálisis, y más precisamente se dirige a los textos donde Freud testimonia acerca de ese encuentro, al principio de su obra.

Por eso es tan importante la segunda idea. ¿De qué se trata? Si siguen la línea de las citas que toma Frydman de Freud, se puede leer como está en una especie de ida y vuelta entre la presentación del paciente, por ejemplo, *histeria*, y las dificultades en el tratamiento, así como el caso *inverso*, no exactamente, pero habla de ciertas ideas obsesivas y el buen resultado terapéutico. Freud cuando abandonó la neurología y comenzó a interesarse en las *enfermedades nerviosas*, estuvo un tiempo en Francia, con un médico muy conocido, Jean-Martin Charcot, quien se especializaba en ello.

Hay una especie de anécdota, que no viene al caso acerca de Charcot, capaz después se las cuento. ¿Qué pasaba con Charcot? Bueno, en algún momento hacía una especie de revista de sala, hacía pasar a las histéricas y que muestren todos los signos de su padecimiento: contracturas, desmayos, cegueras, cosas verdaderamen-

te raras en el cuerpo. Freud estuvo presente en estas presentaciones, y su invención del psicoanálisis viene de darles voz a las histéricas, de que hablen acerca de lo que les pasa.

Pero, como ven en este texto, a veces... muchas veces, el diagnóstico ligado a los signos observables falla, y en el tratamiento uno se topa con dificultades, o al revés, frente a un diagnóstico *difícil*, por decirlo de alguna forma, le encuentra la vuelta por medio de lo que el paciente inventa para sí mismo.

Sobre las diversas paradojas está construido el texto. Comienza diciendo algo así: Los psicoanalistas valoran positivamente el diagnóstico pero no saben muy bien por qué y para qué, sólo saben que es importante. Después plantea lo de la afinidad entre tratamiento y síntoma. Por supuesto, el problema es que para modelizar, para dar forma al síntoma se necesita cierto tratamiento, y ese tratamiento va desplazando el síntoma. Fijense cómo se va corriendo la cuestión...

Entonces, retoma la idea de Freud de un diagnóstico por la vía de aplicar un psicoanálisis de prueba, para decidir si es un paciente apto o no para el psicoanálisis. En la obra de Freud, dice explícitamente neurótico (apto) psicótico (no apto). Ahora bien, ese diagnóstico no es fácil. Lo dice así:

es necesario determinar si el individuo que demanda es apto para el tratamiento. Este punto (...) se funda en la noción de causa. Es necesario aplicar un tratamiento adecuado a la especificidad de la causa del padecimiento. Es decir que debe haber afinidad entre síntoma y tratamiento (Frydman, 2005 Pág. 1).

¿Cuáles son las dificultades que plantea esta idea? *“El diagnóstico no siempre se lo discierne con certeza plena. (...) El distingo -diagnóstico diferencial- no siempre es fácil ni puede hacerse de primera intención en cada fase. (Frydman, 2005 Pág. 2)”* y agrega

para la verificación de la afinidad entre síntoma y tratamiento, y es esto lo que permitiría concluir cabalmente respecto de la estructura. (...) Esta falla es suplida mediante la institución de un diagnóstico llamado presuntivo. Este diagnóstico provisional, aunque carente de certeza, aspira a orientar al practicante en su tratamiento (Frydman, 2005 Pág. 2).

y por último *“El diagnóstico no sólo debería ser previo al comienzo del tratamiento, sino que el tratamiento mismo es el que, en tanto método de investigación, hace diagnóstico (...) El diagnóstico que es necesario al comienzo sólo se legitima, o no, en el marco del tratamiento. (Frydman, 2005 Pág. 2, 3, 4)”*

El autor dice que nos encontramos -políticamente, agrego- frente a un diagnóstico de un ser que habla y un diagnóstico desconectado del habla. En nuestro esquema, es la división entre el diagnóstico psiquiátrico y psicoanalítico.

Veamos el proceso desconectado del habla:

El diagnosticador tipo utiliza para su operación una interpretación clásica del signo. Es decir, el signo es una cosa que representa otra cosa. Esto indica que arribar a un diagnóstico es atribuir un sentido a cierto signo o conjunto de ellos. Los signos que se muestran del padecimiento son una cosa que representan a otra cosa, y esta última es la entidad mórbida o el tipo clínico. Y esta entidad o tipo se hace el sentido unívoco para todos los individuos que pudieran pertenecer a esa clase (Frydman, 2005 Pág. 4).

Podríamos emparentarla, por supuesto, con el diagnóstico que se propone la tradición deeseeme, a tantos signos, tal patología.

Pero, en el caso de Freud:

implica un desplazamiento del signo. Ya no es el dolor, sino los modos del decir del paciente. Ya no son las cualidades del dolor, sus momentos de aparición, etc., con el fin de encontrar su referencia: la enfermedad que los ocasiona, sino que es a partir del discurso que se hace el diagnóstico, en tanto revela ese entramado de dolor, sensaciones y pensamientos. (Frydman, 2005 Pág. 4)

Bien, no sé si lo que pudimos exponer fué ordenado, pero pudimos extraer varias cosas del texto. De todas formas, me parece que son temas en los cuales estaremos volviendo una y otra vez.

Si les parece bien, pasaremos ahora al texto de Mordoh y Gurevitz, y recortaremos algunas citas que me parecen el hilo central del texto, y las comentaremos. Podría estar articulado a algunas preguntas ¿Cuál es la diferencia entre el diagnóstico psiquiátrico y el diagnóstico en psicoanálisis? ¿Cómo se articula el diagnóstico y el tratamiento? ¿A dónde apunta el diagnóstico psicoanalítico?

Nuevamente, estamos frente a una comunicación científica, un paper. En el resumen nos explicitan de qué se va a tratar el documento y allí hay dos definiciones muy interesantes.

La primera dice

el proceso diagnóstico psicoanalítico, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico, conlleva de por sí efectos terapéuticos, en el punto en que el sujeto puede (...) determinar su participación inconsciente en la etiología del síntoma que lo aqueja. (...) advertir su implicación en la formación y en el mantenimiento del mismo (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 200).

Es claro, pero hay que ver qué está diciendo. El proceso diagnóstico en psicoanálisis conlleva efectos terapéuticos, esa es una afirmación, ahora bien, ¿De qué manera? Ubicando en ese proceso cuál es la participación -acá hay que ir por las piedras, despacito- inconsciente (es decir, no desde el yo consciente) del sujeto (no leer persona o paciente acá) en la formación (etiología) y el mantenimiento del síntoma que lo aqueja.

Seguimos y damos un ejemplo retomando el texto que vimos la vez pasada, el de Freud. ¿Qué es este *proceso* -palabra poco feliz- diagnóstico? ¿De qué se trata? Dice que es *“el trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece”* (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 200). Acá lo que dice es que el analista (pongámosle diagnosticador si les queda más cómodo) se ubica como un objeto de la transferencia del paciente, para operar desde allí una presentación más nítida -más *pura*, para seguir con las expresiones poco felices- del síntoma, que se presenta como una expresión de un saber no sabido, que *incomoda* a la persona, que lo enfrenta a algo propio y ajeno al mismo tiempo.

Esa es un poco la idea de *la división subjetiva*, cuando uno experimenta una especie de pequeño desencadenamiento, de estar frente a algo que podría ser traumático, pero que le pertenece. Por ejemplo, cuando Freud habla de la señora que tenía un delirio de celos, Freud la escucha, sabe que andan dando vueltas esas ideas de que en algún momento de la vida del hombre *las fuerzas menguan* y se buscan *un modelo más nuevo*, la cuestión de la insatisfacción histórica y todo eso, pero Freud contrapone a la paciente a lo siguiente: *Usted hizo que la otra empleada le escriba la carta anónima y todo el biri biri porque es usted la que está enamorada de su cuñado, el tipo más joven*. Obvio que la paciente, en lugar de dividirse dijo *Listo, nos vemos* y cortó el análisis.

Vamos al apartado *“¿De quién es el diagnóstico?”*, y de entrada nos volvemos a encontrar con la postura que va a hacer contrapeso en la argumentación *“el diagnóstico psiquiátrico, estilo DSM IV, tiende a dejar al sujeto en una posición pasiva, o peor aún, lo pasiviza en el punto en el que recibe desde el exterior un saber clasificatorio preestablecido*. (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 200)” Si, ven que acá la crítica no es al armado del deeseeme, ni a la metodología estadística, la crítica es clínica: Deja al paciente en una posición pasiva. Ilústrerlo con una flecha que dice *usted está aquí*, no se mueve más... ¿Por qué tengo este diagnóstico? ¿Hice algo para tenerlo? ¿Soy este diagnóstico? F41.1 trastorno de ansiedad generalizado... y luego, como dice Eric Laurent *¿Cómo tragarse la píldora?*

Entonces, ya tenemos uno de los lados del subibaja ocupados, vamos al otro:

El proceso diagnóstico que se constituye en la situación transferencial, ubica un punto por fuera de cualquier intento sugestivo del terapeuta de “catalogar” el malestar del paciente mediante un saber exterior. Pensamos que el dispositivo analítico habilita la emergencia de un sujeto capaz de ubicar y advertir su responsabilidad en el padecer que lo aqueja. (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 201).

Acá empieza a dibujar una figura que tiene un adentro y un afuera. Imaginariamente, la figura más simple que nos ofrece esa manera de pensar es la de un círculo. El diagnóstico psiquiátrico se ofrece como un saber exterior, que proviene desde afuera. En cambio, podemos ubicar dentro del círculo al analista-diagnostica-

dor y al paciente, unidos por el lazo transferencial. Entonces *“El proceso diagnóstico de la clínica psicoanalítica es el que le permite al sujeto, en la escena transferencial, dar cuenta y modificar su posición ante la enfermedad misma.* (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 201)”.

Pero tiene otra vuelta la cosa, fíjense: *“La clínica psicoanalítica precisa su efectividad, paradójicamente, en el punto en que sitúa aquellos lugares en que el analista no posee un saber dado de antemano sobre la implicación del sujeto en su propio padecer.* (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 201)”

¿Qué está diciendo? Que el analista-diagnosticador no tiene una idea prefabricada del paciente, es decir, ningún saber *exterior*. Lacan llamaba a esta postura *docta ignorancia*, es decir, el paciente supone que el analista sabe, probablemente el analista haya leído y estudiado mucho mucho, pero en ese momento hay que entregarse a lo que el paciente sabe -y al mismo tiempo no sabe- de su padecimiento.

Los autores se valen de otra palanquita para proponer los efectos terapéuticos del tratamiento, que es la palanquita de la *responsabilidad subjetiva*, que es una propuesta de Freud, y que por supuesto, es bastante debatible. Lo dicen así *“tratamiento y proceso diagnóstico no estarían separados, en el punto en que el advertir su propia responsabilidad en el padecer sintomático ya tiene de por sí efectos terapéuticos.* (Mordoh y Gurevitz, 2007, Pág 201)”. Acá podemos hacer un Freud con Nathy Peluso, al neurótico *le hace falta corashe* podría decir Freud.

Entonces, para pensar el adentro y el afuera, los autores citan a Colette Soler, psicoanalista que luego leeremos en el texto citado, quien opone hétero-diagnóstico y autodiagnóstico, al que, para mantener la lógica y hacerlo más divertido podemos llamarlo *homodiagnóstico*. Es decir, el heterodiagnóstico sería el de la psiquiatría, como saber externo al sujeto, que se le adhiere, se le impone; y el homodiagnóstico resultante del diagnóstico del propio paciente sobre su padecer. De paso les cuento que veremos dos textos más acerca de este punto, uno de Adrián Scheinkestel y otro de Gerardo Arenas.

Pasemos rápidamente al final, en el apartado “¿Cómo responder?” dice, como conclusión

El padecer en el paciente tiene que volverse síntoma. Ese es uno de los resultados del proceso diagnóstico que estudiamos aquí. Pero este resultado no es el efecto de una operación sugestiva sobre el paciente sino de la utilización de una vía estrictamente analítica. (...) Lacan nos dice que la posición del analista es la de aquel que “tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda (p. 201).

Me parece una cita muy buena para comenzar el trabajo final de este Seminario, esto de llevar al sujeto a dirigirse al lugar opuesto de su demanda. Lamentablemente, el texto se va en fade con respecto a la práctica que llevan a cabo los autores.

Por último, veremos dos textos, la presentación de la Revista Imago agenda, a cargo de Santiere, y el trabajo de Élide Fernández.

Alberto Santiere, a modo de presentación de la revista, aporta a pensar cuáles son las coordenadas actuales del diagnóstico, tomando, como Yellati, *“Siempre han constituido necesidades del hombre el establecer categorías, clasificar, hacer previsibles y manejables los avatares mundanos.* (Santiere, A, 2007, Pág. 3)” es decir, la relación entre el saber teórico y la práctica clínica, y cómo ese ejercicio, podemos seguir la metáfora que usa, cartográfico, va dibujando fronteras y bordes, los cuales son problemáticos. Pero, a la vez dice que: “Sin escucha, el síntoma no habla. Si el sujeto queda velado la confusión está clarísima –podrían sugerir el “Sr. TOC” o la “Sra. Bipolar”, con el ser colgando de una etiqueta–. (Santiere, A, 2007, Pág. 3)”

Es decir, algo se juega entre ese *mapa trazado* y el caso particular. También no me parece azarosa la cita, donde dice que la obra del pintor lo refleja, y que el modelo es solo un accidente. Si extrapolamos, es cierto, se dice *este es un Picasso, este es un Goya*, ahora... cuando leemos un caso ¿Se dice *Este es un Freud, este es un Juan Pérez*, etcétera”? Y más aún ¿Podemos decir que el caso que cierra el texto de Élica Fernández es un *Élica Fernández*? La verdad que no tengo una respuesta.

Esto nos da paso a lo que propone la ya citada Élica Fernández. En *“Diagnosticar en psicoanálisis”* comienza hablando de dos posturas de *los psicoanalistas* con respecto al diagnóstico. La primera sería, como forma de oponerse al modelo deesee-me, rechazar el diagnóstico en tanto nombre de una cosa; Por otro lado, dice que en ciertos espacios clínicos, es importante y urgente establecer con qué tipo de sujeto estamos trabajando para darle una orientación al tratamiento. Un ejemplo de esto -no específicamente del psicoanálisis- es G. G. de Clérambault.

Si recuerdan, lo estudiamos cuando vimos cuestiones en relación a las psicosis, en particular, al delirio. Este psiquiatra, que tenía un modo muy personal de trabajar, estaba en lo que sería una especie de penitenciaría en Francia. Entonces, le llegaban un montón de personas detenidas por la policía y tenía que decidir si eran delincuentes o locos, entonces, estaba entre la celda y el manicomio. De allí es que inventa el *pequeño automatismo mental* para determinar esas cuestiones sutiles que dan cuenta de la presencia de la psicosis.

Ahora bien, Fernández dice lo siguiente: *“es necesario sacar el concepto de diagnóstico de la praxis médica para pensarlo con sus diferencias y su especificidad dentro del campo del psicoanálisis.”* (Fernández, 2007, Pág. 3) Sería abrir “diagnóstico” a una significación distinta al uso médico, para llevarlo al ámbito analítico. Sería diagnóstico $\neq$ diagnóstico.

El diagnóstico se ubica dentro de los tiempos lógicos de la escucha como una conclusión necesaria aunque conjetural para decidir cómo vamos a encarar el tratamiento, si lo vamos a encarar o no, si nos sentimos dispuestos, si tenemos deseos de hacernos cargo de la dirección de ese tratamiento o no. (...) es ese sujeto en cuestión el que nos interroga: cómo enfermó, qué lo hizo angustiarse o desencadenarse o pedir ayuda o hacer el acting o el pasaje al acto que lo trae o lo hace traer a la consulta. Es en este sentido que el poder acercarnos a la inteligencia de ese sufrimiento, que hace que

ese sujeto nos convoque, hace del proceso diagnóstico un acto ético (Fernández, 2007, Pág. 3 y 4).

Fijéense cómo pone bien al frente la cuestión ética del diagnóstico, si lo recibo, si no, cómo voy a operar, etcétera.

Ahora, también se desliza algo que podíamos venir pensando de los textos anteriores, pero me gusta cómo lo dice acá:

Diagnosticar en psicoanálisis es pensar qué hace que ese sujeto que se las venía arreglando sin analista, de pronto aparezca frente a nosotros intentando balbucear alguna razón por la cual la cosa ya no funciona más, porque para que alguien consulte o sea traído a la consulta algo distinto y/o nuevo ha debido operar en ese sujeto, en esa vida, o en esa familia, o en la escena o en el análisis anterior en el que esa persona estaba. Algo ha vuelto al síntoma, al delirio, al agujero del que se trate, a la relación anterior analista- paciente: insoportable, algo hace que se piense que la palabra debe ser escuchada por otro desconocido al que a veces se le supone saber y otras no, pero cuya presencia va a posibilitar o a testificar algo que haga el padecimiento un poco más soportable, o simplemente diferente (Fernández, 2007, Pág. 4).

No está hablando de una lengua extraterrestre, algo de esto ya lo veníamos pensando, pero es muy específica en preguntarse, que quizás sea la posición inicial del diagnosticador ¿Qué le sucedió a esta persona que solicita tratamiento? Apuntando a que algo del trauma, tal vez, se le hizo presente e insoportable. Este es un dato más bien clínico, que probablemente no encuentren siempre, por ejemplo, si trabajan en dispositivos judiciales, por ejemplo.

Y podemos seguir pensando cuál es la postura ética del diagnosticador:

toda consulta tiene algo de acontecimiento, en el cual es esperable que nos dejáramos sorprender, que estuviéramos abiertos a la sorpresa, al descubrimiento desde la posición más rica en la que podemos estar: admitir que de ese que viene a narrarnos algo de su vida nada sabemos, pero nos promueve curiosidad. No sólo no sabemos de su estructura, sino tampoco sabemos de sus recursos, de sus limitaciones y de sus habilidades. Qué lo hace padecer, cómo se las ha arreglado con lo que le tocó en suerte, cómo jugó sus cartas (Fernández, 2007, Pág. 4).

Hasta acá la autora define, en general, de qué se trata la tarea diagnóstica. ¿Les parece que dejemos acá? Les encargo que lean el caso que plantea en los últimos párrafos y tal vez el próximo encuentro lo charlamos al comienzo.

Parte 3

Perspectivas actuales del diagnóstico en psicoanálisis

Capítulo N° 6:
Paula Gil, Leticia García y Gerardo Arenas.
Rudimentos de lo singular

Como bien indica el pizarrón, estamos en el sexto encuentro de este Seminario y nos concentraremos en el trabajo alrededor de tres textos, *“El diagnóstico, entre lo político y la práctica”* de Paula Gil, *“Clasificaciones. Los trastornos vs. el síntoma. Psicoanálisis y Salud Mental”*, un título bastante largo de Leticia García y *“Once reflexiones sobre la singularidad”* de Gerardo Arenas.

Volvemos al pizarrón: la idea es trazar algunos rudimentos de lo que llamamos *lo singular*, que es una de las orientaciones actuales más preponderantes dentro de eso que se llama la *Escuela de la Orientación Lacaniana*.

Vamos a hacer una pregunta bastante básica... ¿Para qué articular diagnóstico y singularidad? La respuesta es bastante simple, por ahora, y va por el lado de que si logramos esa articulación, podríamos diagnosticar lo propio de un sujeto, y sólo de ese. ¿Es posible tal fineza, tomando un término que usa Tomás Rebord? A ver, podemos plantearla, diferenciarla y establecer los caminos por los cuales llegar a tal singularidad, al menos en el lenguaje eso no es difícil. Es decir, podemos recortarla, oponerla a otros conceptos, etcétera, el tema es ¿Existe? ¿Bajo qué estatuto de existencia? Ese es un problema casi matemático, se plantea algo, se demuestra *en los papeles*, pero pueden pasar años hasta que se compruebe la existencia en *la realidad*, término complejo si los hay.

Pero ese no es el único problema. Hay otro que se anticipa en el texto de Paula Gil que tiene que ver con *orientaciones* en el diagnóstico. Se los presento: el diagnóstico estructural, que metafóricamente - o a modo de chiste - llamaremos *cassata congelada*, y el diagnóstico nominalista, no estoy seguro si llamarlo así o diagnóstico por lo singular, al que llamaremos *cassata fuera del congelador*.

¿Saben a qué me refiero cuando hablo de cassata, no? Estoy hablando del postre helado cuadrado medio de cumpleaños de quince menemista que trae tres gustos: Chocolate, crema americana y frutilla. En términos de diagnóstico estructural serían neurosis, psicosis, perversión, en ese orden, resaltando que perversión es frutilla ¿no?

¿Cuál es el tema? Si recién lo sirven, es decir, si recién sale del congelador, se diferencia claramente donde empieza un gusto y donde termina, y, a no ser que seas daltónico, no se confunde uno con otro: marrón, blanco, rosa. Ahora bien, lo que sucede es que si nos orientamos por lo singular, es como si dejáramos la cassata fuera del congelador. Si abrimos el paquete va a salir un líquido amarronado, súper dulce y donde no se va a diferenciar casi nada. En esa tensión va a transitar este bloque.

Pero vamos a los textos así no se hace largo.

Arranquemos con el texto de Paula Gil “*El diagnóstico, entre lo político y la práctica*” publicado en el mismo libro que el artículo de Yellati. Gran portada ¿No?

¿Por qué incluir este texto en el Seminario? A mi criterio, es un texto que habla de la perspectiva interdisciplinaria en salud. Y lo que dice es bastante interesante. No es algo que deberían hacer en todos los textos, pero acá pueden reemplazar *psicoanalista* por *acompañante terapéutico*, o *psicoanálisis* por *acompañamiento terapéutico*.

Supongo que ustedes leen y estudian acerca de interdisciplina y demases en la carrera. Ahora, por momentos ¿No les parece un poco ingenuo el abordaje? A veces se presenta la interdisciplina como una reunión a tomar el té, buena onda ¿Usted qué opina señor neurólogo? ¿Está de acuerdo la señorita acompañante terapéutica? ¿Y usted, señor psicólogo? No, a mi me parece, con el mayor de los respetos, que el paciente podría -lo digo en condicional, por supuesto- estar medicado de manera equivocada, y así ¡No!. O bien como en esa escena de *Los Simpson* donde el abogado imagina un mundo sin abogados, y están todos jugando a la ronda, muy felices.

Bueno, lamento informarles que no es así. Nos apoyamos en Foucault para establecer que -aunque sea lo mínimo que podemos decir- ahí, tal como ocurre en todas las relaciones humanas, y más aún en las relaciones donde se pone de relevancia las relaciones con el *saber*, lo que circula son relaciones de *poder*.

No nos extendamos ¿Ustedes como acompañantes se le paran de manos al médico o al neurólogo con un diagnóstico? Y si se paran de manos, las otras disciplinas que están en esa mesa ¿A quién responden? Y eso que ustedes lo más probable es que al paciente lo vean todos los días, en su casa, en la escuela, lo paseen, lo toquen, es decir, lo manipulen, hablen con él o ella, conozcan a su familia, etcétera; y con suerte el neurólogo lo va a ver en persona, le va a hablar, no va a ver otras cosas que manchas en una pantalla. Ahora ¿Quién sabe más, El Doctor o el acompañante?

En fin, vamos al texto. Empieza en tono *Black Mirror*, me hizo acordar al capítulo “*Arkangel*” de la cuarta temporada. Les recomiendo las primeras dos temporadas, las otras medio que Netflix las llevó a otro lado. En ese episodio se relata cómo una madre le implanta un dispositivo a su hija para medir los signos vitales y luego puede acceder a lo que ve, le avisa si se está intoxicando, etcétera. Si pensamos este arranque por el lado de la singularidad, aunque no sabemos qué significa esto, habría dos tendencias, lo actual, el mercado, la época que tiende a achatar lo social, a igualar en tanto consumidores; y lo propio de cada uno que resistiría. Por eso viene la parte donde ubica al psicoanálisis como *sobreviviente* en las márgenes del paradigma.

Tomando esta idea, hace esa figura de estar dentro de las instituciones, pero tomando *casos marginales*, es decir, tomando lo que las disciplinas deciden que son casos difíciles. De ahí es que dice que el psicoanálisis es el reverso del discurso del amo. Sería un tanto difícil resumir lo que dice Lacan en el Seminario 16 y 17 acerca de este punto. Pero, a modo introductorio, tomemos esa tensión entre el aplanamiento de los individuos y lo propio de cada uno.

Salteemos el caso, poco importa. Vamos a una frase a discutir “*el avance del DSM es proporcional al retroceso de los diagnósticos de la psiquiatría clásica y del diagnóstico estructural. (...) ¿Qué posición conviene al psicoanálisis?* (Gil, 2013, Pág. 89).”

Acá hay algo que llama la atención, esto de la posición y la conveniencia. Por supuesto que acá está hablando de *política*. Acá viene el versito: *obvio que no habla de política partidaria*. Habla de política en cuanto a los discursos y en el diagnóstico, es decir, desde qué ideas nos plantamos en la clínica, qué idea de sujeto, de la práctica, del síntoma, de la enfermedad, etcétera. El juego de fuerzas que propone a nivel *ideológico*, digamos, es que el DSM triunfa allí donde se corre el discurso psiquiátrico clásico (Kraepelin, Bleuler, etcétera), un movimiento que resulta claro a partir de la introducción de los psicofármacos en los tratamientos psiquiátricos, y del desbande de la opción antipsiquiátrica. Lacan la llamaba irónicamente algo así como *el siamés antipsiquiátrico*. Lo que me llama la atención es que la autora habla de un retroceso en el diagnóstico estructural, es decir, el que plantea la estructuras neurótica, psicótica y perversa, que se puede construir a partir de la obra de Freud y Lacan.

Lo que es cierto es que, a partir de mediados de los '90 empezó a ceder lugar a lo que sería un diagnóstico y una clínica orientada por lo singular, en particular con dos temáticas que desafían las estructuras, el autismo y las psicosis ordinarias, pero no me parece que tenga relación directa con el avance del DSM. El DSM viene apalancado en otras instancias.

Pero veamos la siguiente cita

es posible que el actual rechazo al diagnóstico estructural (...) se relacione con el temor a que, tras la estructura, se pierda el modo singular con que el parlêtre se las ha arreglado con el traumatismo de la no relación. La práctica, si es lacaniana, no puede dejar de orientarse por el modo de goce singular e intransferible. Sin embargo, sería poco conveniente para la política del psicoanálisis que esta clínica de la singularidad (...) licuase una nosología con peso propio (Gil, 2013, Pág. 89).

Primero no hay que asustarse con los términos, vamos a ir de a poco, es decir, traduciendo del lacanés a un esbozo de español. Intentaremos. Dice que es posible que el rechazo al diagnóstico estructural - digamos, la cassata congelada - tenga que ver con una postura clínica -la autora dice temor- de que tras esa supuesta cuestión teórica, se deje de lado cómo el sujeto -ella dice *parlêtre*- se las ha arreglado con su trauma -es decir *el traumatismo de la no relación*-. Y sigue con que, si la práctica tiene que ver con lo que propone Lacan, se orienta por lo que ese sujeto goza, que es propio, habla sólo de él y de nadie más -*singular e intransferible*-. ¿Qué podemos ubicar en este lugar del goce del sujeto? Por ejemplo, su síntoma. Después veremos cómo es éste el lugar clave de la cuestión: ¿Qué nos permite leer lo singular de este sujeto?

El tercer punto, psicopatológicamente, me parece fantástico... y aterrador. ¿Qué dice? Bueno, está *todo piola* con orientarse por lo singular, pero eso licúa la psicopatología, es decir, nos enfrenta, en el extremo, a una psicopatología del caso único. En mi Tesis de Maestría, que versa sobre estos temas, llamaba a esta consecuencia *litoralización* de la psicopatología, es decir, se arma un litoral en las categorías, no se sabe dónde hay tierra ni donde hay agua. Entonces a lo que apela es a una posición

institucional de sostener el diagnóstico estructural, pero a la vez no dejar de lado la orientación singular.

¿Qué decir? Leyendo este texto haciendo la Tesis y un tiempo más, podría decir que esa postura es imposible de sostener. Tiempo después de eso ablandé un poco la posición, se puede buscar un punto en común entre ambas posturas, pero es verdaderamente difícil. Es más bien un campo a estudiar. Pero, de todas maneras, es una postura a la que se puede llegar ejerciendo la política, esa me parece una clave.

Pasamos al texto de Leticia García "*Clasificaciones. Los trastornos vs. el síntoma. Psicoanálisis y Salud Mental*".

Nuevamente, estamos frente a un paper, por lo que, religiosamente, tenemos que empezar por el abstract, por el resumen de lo que vamos a leer. Es un poco complejo lo que plantea, pero verán que se refiere a esto que empezamos a poner en cuestión hoy bajo el título "Rudimentos de lo singular". Ahora que me doy cuenta, la palabra *rudimentos* estuvo todo el encuentro en el pizarrón y no hablamos de eso. En fin, me tomo un ratito.

Rudimento se refiere a *rudimentum* que tiene que ver con un estado embrionario, casi con la génesis de un organismo, como así también los primeros pasos en el desarrollo de un estudio, de un concepto. También, en el estudio de los instrumentos de percusión son los primeros golpes que se agrupan de distinta manera para armar un ritmo. Hay de los tres a la hora de pensar el título completo *rudimentos de lo singular*. En el primer texto hay una oposición e incluso una opción política hacia lo singular, en este texto, y más específicamente en el siguiente veremos de qué se trata *lo singular*, un tema que nos tendrá reflexionando hasta el final de este seminario.

Volvamos al abstract. Plantea un nudo conflictivo y a la vez de articulación entre el psicoanálisis y la salud mental. Entonces, en el marco de esa tensión ubica varias otras tensiones. Primero, la -en aquel entonces- nueva Ley de Salud Mental y sus efectos en tensión con el DSM 5. Si hiciéramos una especie de ejercicio combinado, de matemáticas, a este paréntesis (Ley : Clasificaciones) podemos encontrar como respuesta esta frase "*A más ley, más síntoma* (García, 2013, Pág. 72)", que se emparenta con aquella idea de Yellati, acerca de las epidemias diagnósticas. Pero lo que me interesa es esta otra tensión, asociada que es *derecho a la salud mental para todos / Todo el mundo es loco*.

Con esas líneas de investigación, vamos a comentar lo que dice en el texto. Como pudieron leer, en los primeros párrafos comentan lo que ya vimos en el abstract. Lo nuevo aparece cuando retoman lo que plantea Eric Laurent, cuando dice que de lo que se trata a la hora de las clasificaciones tipo deeseeme es una operación que separa el síntoma (como signo) del inconsciente, y más específicamente, de la causalidad inconsciente, que en este texto se pisa con la responsabilidad subjetiva. Es decir, se listan una n cantidad de observables de los cuales se excluye al sujeto en tanto puede preguntarse qué le está sucediendo y porqué. Pero agrega que, según Laurent, el ordenador de las categorías es el medicamento. Con lo de *estilos de vida* y *derechos*, por el momento, dejemoslo de costado.

Si leemos el apartado siguiente, vemos más o menos lo que hablábamos antes, oponer un diagnóstico estructural a los diagnósticos fenoménicos u observables, lo

cual daría cuenta de un acercamiento por el lado del eje universal-particular. Es decir, la casatta congelada: En este sujeto, por cuestiones ligadas al caso, por ejemplo, alucinaciones, delirio y un desencadenamiento en un momento x de su historia, puedo suponer una estructura psicótica, es decir, que en su caso particular suponemos la forclusión de un significante clave, el del Nombre-del-Padre. También sabemos que este sujeto *ideal* no es o se va a convertir en neurótico o perverso. Ahora viene la cuestión. El texto dice

Pero en lo que nombramos como la última enseñanza de Lacan con el planteo de un anudamiento singular de los registros determinando el síntoma de cada sujeto, la clasificación se vuelve continua y en términos filosóficos nominalista —en tanto cada sujeto hablante es distinguido por la singularidad de su anudamiento sintomático- (García, 2013, Pág. 72).

Calculo que no se entendió. Si se entiende la función del *pero*. *Yo te quiero pero... ; No te quiero lastimar pero...* En fin, hay una función clave en la oración que borra, niega o desmiente lo que estaba antes del *pero*. Entonces, lo que plantea es que luego de esta parte estructuralista de la enseñanza de Lacan hay otra enseñanza que apunta hacia otro lado, el nominalismo. Lo que yo puedo decir -y lo digo en mi tesis- es que hay dos puntos flojos en esa afirmación, o como dicen en Los simpsons cuando los muchachos salen del cine de ver “*El almuerzo desnudo*” *hay por lo menos dos mentiras en ese título*.

En primer lugar, Lacan nunca admitió el nominalismo para el psicoanálisis, pero sí sus continuadores, aunque lo digan y no lo digan. Fijense que estamos en el mismo punto que en el texto de Gil ¿Qué hacemos con el diagnóstico estructural? Por otro lado, la cuestión de los anudamientos o de los nudos, no es nominalista, es totalmente estructuralista, ya que Lacan especifica qué nudos corresponden a la neurosis y a la psicosis, por lo que tampoco es continuista, es decir, hay discontinuidad entre unos y otros.

La continuidad la podemos pensar si salimos del marco abstracto de las estructuras y reducimos a sólo dos dimensiones el campo, por ejemplo, goce y defensa del goce, entonces pasamos de un *esto o lo otro* a una cuestión de *grados* entre 0 y 1.

A todo esto ustedes se preguntarán ¿Anudamientos de qué? Paciencia... Lo que rescato es la última frase “*cada sujeto hablante es distinguido por la singularidad de su anudamiento sintomático*” (García, 2013, Pág. 72). Por acá va la cosa.

Saltamos un párrafo -perdón Enrique Acuña, me quedaría hasta diciembre peleando el punto que planteás, pero se termina el ciclo lectivo- y, por la ventana nos entra un concepto: el, los, lo inclasificable o inclasificables ¿Por qué lo digo de esa manera? Porque es distinto leer *lo* inclasificable, que es un concepto, de *el* inclasificable o *los* inclasificables, que remite al caso o a los casos. En mi lectura hay una confusión entre ambas, ya que la frase acerca de que una buena clasificación tiene que incluir lo inclasificable remite a los casos, y la explicación ulterior remite a lo inclasificable. Se hace lío ¿No?

De ahí al final del apartado la autora está retomando explícitamente lo que plantea Miller al final de *“Los inclasificables de la clínica psicoanalítica”*, solo que le agrega la cuestión de entendernos entre nosotros.

De acá al final del texto hay varios retorcimientos argumentativos. A ver si los puedo recorrer. En psicoanálisis, al menos como lo plantea la autora, tenemos un caso y dos maneras de alojarlo, que no son excluyentes, por un lado la estructura, que ubica a un caso en relación a un universal, y por el otro ese rasgo que hace a la singularidad de ese caso. Ahora bien, insertos en un sistema de salud, interdisciplina, etcétera, tenemos que hablar y hacernos entender, sin que por eso el caso quede aplastado por la burocracia sanitaria ni el discurso de época, es decir, alienarse a un nombre que deviene de una clasificación.

Pero pero pero -como diría Jorge Pinarello- en la clínica tengo que evitar el despegue síntoma-inconsciente, y a la vez sostener y ubicar como causa ese indecible -hay algo de lo singular acá- que habla sólo del caso en cuestión.

Si de todo este merengue extraemos dos ideas, me quedo contento: lo singular en relación a algo que acontece en la clínica psicoanalítica, y en relación a un indecible.

Pasemos a Gerardo Arenas, que entiendo que nos va a dar un rastro muy preciso. Este texto, *“Once reflexiones sobre lo singular”* lo encontramos en el mismo libro que el texto de Paula Gil y el que vimos hace un tiempo de Néstor Yellati, que es un libro donde se recopilan algunas presentaciones de las Jornadas de la EOL de 2013 tituladas *“La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones.”* Les recuerdo algo que comentamos alrededor de lo que dice Yellati, que en aquel entonces, 2013, tal vez la palabra *epidemia* no tenga las mismas resonancias que hoy, a partir de *pandemia* y demases. Pero bueno, vamos a Gerardo. Pero antes ¿Les dije algo de la tapa de este libro?

Algunas cuestiones preliminares. Como muchas de las cosas que leemos acá, este texto es otro ejemplo de un psicoanalista escribiendo para psicoanalistas: No se entiende a menos que entiendas el idioma psicoanalítico.

Pero un poco de eso se trata, de la pregunta -sin respuesta correcta- de cómo se *entra* al psicoanálisis. Yo me inclino a pensar que es a los tumbos, tratando de ir agarrando de a poco. Este es un texto con el que hay que pelearse para obtener un punto, entrar en la lógica para ver de qué se trata. Pero no se desanimen, algo vamos a sacar de acá.

Hablemos del título, porque -capaz ya se hayan dado cuenta- soy bastante molesto con el tema de qué significan las cosas. Arenas escribe *reflexiones*, así con la letra x. Rápidamente uno puede enlazar a *estoy reflexionando acerca de la vida*, en pose filosófica, por ejemplo. Pero también *reflexión* remite a un fenómeno de la luz, no sé si recuerdan del secundario -*si es que eso sigue existiendo*- la *refracción y la reflexión*. Ahí se me ocurrió que podía haber un error de ortografía o de imprenta, que lo que quería escribir Arenas era *reflecciones*, pero esa palabra, escrita así, no existe.

Veremos entonces, si hay once reflexiones en tanto conclusiones parciales, o si alguna es un reflejo causado por la luz sobre una superficie.

El primer párrafo es una declaración de principios: retoma la lectura que hace Jacques-Alain Miller de la obra de Jacques Lacan, y en particular de lo que llama *el*

giro de los setenta. Esto lo desarrolla bien en detalle en un libro que se llama “*En busca de lo singular*”. Lo que nos importa, y es en lo que tratamos de agarrar algo, es en la lógica que promueve, tomar lo singular como brújula. Veremos luego si esta indicación lleva a algún lugar, ya que la brújula es el aparato que sirve para orientar, no dice *lo singular es el norte del psicoanálisis*, que sería algo distinto. Pero sostengamos esta ambigüedad, al menos de lectura.

Arenas realiza once reflexiones acerca de lo singular, que detallaremos y ampliaremos. Tienen cierta característica acumulativa, como si fueran escalones de una escalera:

1. “*Lo singular está en el centro del descubrimiento freudiano, cuyo aporte clave (...) [fue] formular cuál es el núcleo del ser y crear una técnica capaz de disipar, mediante la palabra, la oscuridad que lo envuelve*. (Arenas. 2013. Pág. 11)” Como explica a continuación, se refiere a la causalidad inconsciente. Es interesante cómo se refiere a *voluntad inefable*, es decir, no podemos decir nada de esa voluntad.
Por otro lado, cuando dice *xenopatía* se refiere a un fenómeno que veíamos cuando estudiamos las psicosis desde el punto de vista de la psiquiatría, como una alteración del pensamiento, que es cuando el pensamiento se vuelve ajeno, como si alguien lo puso allí, o lo están transmitiendo desde otro lugar a la cabeza.
Si unimos las partes, podemos ver que lo interesante es que Arenas se refiere al descubrimiento freudiano, la causalidad inconsciente como *un acto gratuito de terrorismo filosófico*, si el mismo Freud no hubiese definido, en el mismo gesto, el método para abordar ese centro, lo singular, del que habla y de cómo funciona esa causalidad.
2. Acá retoma por donde dejó en el peldaño anterior. *Caso por caso* no es necesariamente apuntar a lo singular. Tal vez a ustedes no le signifique mucho pero es toda una declaración al interior del psicoanálisis, que muchas veces saltó el tema de cómo acceder a lo singular solamente por apelar al uno por uno, un caso por vez. Para Arenas, apuntar a la singularidad es adaptar el análisis a la peculiaridad de cada paciente, pero “*la meta que se propone con cada analizante es una x propia de ese y de ningún otro* (Arenas. 2013. Pág. 12)”. Acá se puede leer que cada paciente es una ecuación donde hay una incógnita a calcular. Esa x, es lo singular del caso, que no se resuelve cada vez con las mismas operaciones, siguiendo con la analogía matemática.
3. Acá hay dos reflexiones. Aristóteles, el filósofo griego discípulo de Platón, propone los atributos universales, que son propios de más de uno, y los atributos singulares, que pertenecen a un solo individuo. Si pasamos a proposiciones (es decir, lógica), hay proposiciones universales, que apuntan a la totalidad de un conjunto (*todos los planetas del sistema solar orbitan el Sol*), particulares, de una parte del todo (*algunos estudiantes estudian de mañana*) y singulares, de un solo individuo (*Alfonsín fue el presidente en la vuelta a la democracia en 1983*). Lo que resalta Arenas es que Aristóteles

no se interesó por el vacío, lo que es propio de ninguno. En psicoanálisis lacaniano, el vacío es el sujeto, que surge en la intersección de dos significantes. Arenas dice que *la experiencia analítica resulta tener tres dimensiones lógicas: El sujeto vacío, el significante universal y el núcleo singular del ser*. ¿Qué podría estar diciendo? Por ejemplo, que estas tres dimensiones sean la estructura del lenguaje, el sujeto producto de esa estructura, y el núcleo singular del ser que se diferencia de ese vacío. Vamos sumando: Inefable, vacío...

4. El psicoanálisis opera allí donde hay dos rechazos, el rechazo aristotélico al vacío, y el rechazo de la ciencia moderna por el sujeto, que es uno de los pilares de la lectura de Miller, que es algo así como *“la ciencia forcluye al sujeto”*, a la ciencia no le interesa el sujeto en tanto subjetividad, como deseante. Podemos pensar, en un extremo, la cuestión de la medicalización ¿A la ciencia detrás del medicamento, le importa qué quiere decir un sujeto x, o -como diría Marina Recalde- *nos prefieren a todos bailando al mismo ritmo?*.

Dice Arenas que el sujeto vacío alcanza el núcleo del ser (kern) a través del significante universal (podríamos proponer, hablando, ejerciendo el lenguaje, o dejando que él ejerza sobre nosotros), de acuerdo a la *regla fundamental, asociación libre y atención flotante*. Es decir, que este núcleo, tal como lo plantea en la reflexión 1, es inventada por Freud, y se accede a él por el método que él también inventó.

5. Profundiza en la asociación libre, donde el paciente adhiere a hablar de los significantes que lo representan, mientras que el analista los lee en su singularidad. Esto orienta al sujeto *en transferencia* hacia el núcleo. Acá aparece, un poco por debajo, otra de las ideas de Miller, que es que uno debe *responsabilizarse* de sus síntomas, que acá se escriben como *los significantes que lo representan*.
6. Ese núcleo, según Freud, es un deseo que incluye al Otro. Lo singular se distingue de lo subjetivo (que es vacío) y de lo individual (que no incluye lazo con ese Otro). No se arriba por el colmo de la particular ni por vaciar la clasificación a un solo elemento. Esta última propuesta es interesante, ya que da por tierra dos maneras de intentar acceder a lo singular, es decir, por el lado de afinar al máximo lo particular; y por el otro, el de hacer una clasificación de un solo elemento, la categoría de “Lucio” por ejemplo.
7. Arenas resalta el carácter *contingente* (sorpresivo, azaroso) que destaca Aristóteles, y también *necesario, que no cesa de escribirse en síntoma*. Esa expresión, da cuenta de la repetición en el síntoma. Según él, ambos están en lo cierto. Acá hay dos pistas fundamentales, ya que veníamos de inefable y vacío, acá nos da un poco de tela: Resalta el carácter contingente, es decir, azaroso, inesperado de un acontecimiento; y por el otro de lo necesario, es decir, lo que se repite en el síntoma. Si bien podemos clasificar los síntomas en obsesivo, histérico, etcétera, lo que lo produce y lo que allí se repite va más por el lado de lo singular y no de lo particular.

8. Acá resalta los desplazamientos que realizan Freud y Lacan en cuanto a lo singular. Termina el camino en el *sinthome*, y dice *lo singular con-siste (lo imaginario, habla de lo que es, y de que adquiere consistencia, forma) en una x cuyo goce ex-siste (lo real, se lee como sostiene por fuera) al inconsciente, re-siste al significado (acá es una parte de lo simbólico) e in-siste en el síntoma (acá la otra parte de lo simbólico, lo que insiste, repite)*. Es una fórmula que fija *lo singular* a los registros que propone Lacan. Si quisiéramos -por ahora no- podríamos hacer un seminario que se llame *sinthome* y estudiarlo, conceptualizarlo. Como no vamos a hacer ese trabajo, podemos tomarlo como un concepto terminal de la enseñanza de Lacan, donde se estabiliza la cuestión del síntoma. Se usa tanto para pensar el final de análisis en la neurosis, como las estabilizaciones en las psicosis, pero resaltamos esa característica singular, de propia invención. No habría dos *sinthomes* iguales, y lo que podemos leer allí es que el goce existe -con la vueltita del ex-siste-, resiste al significado, es decir, va por el lado de lo inefable, e insiste, que tiene que ver con la repetición. Pero es la x de la ecuación de más arriba.
9. Entonces, atención acá: El analista, en transferencia, encarna, pueden pensar, se posa sobre esa x en cada caso. Acá relaciona transferencia, que es la vía del amor y el saber, y también del amor al saber, con *lo singular*, cómo se mueven armónicamente y se reúnen en el *sinthome*. Algo de esa reunión se puede poner a trabajar en un análisis.
10. La orientación del análisis es hacia lo singular, no necesariamente a lo real.
11. Hay que afinar lo que se considera lo real.

Si podemos concluir, Arenas destaca el deseo del analista y el valor del pase como dispositivo del final de análisis, que dé cuenta de lo singular. Hay otro texto del autor que profundiza el problema de la reflexión 10 y 11, que se llama "*Una brújula defectuosa*", donde se pone a trabajar sobre la reflexión 10 y 11. Pero eso es cosas de psicoanalistas.

¿Suficiente, no? Nos vemos la próxima.

Capítulo N° 7

Elena Bisso con Osvaldo Delgado

Hola nuevamente. Hoy vamos a comentar el llamado *texto maldito*, que casualmente no es el de Elena Bisso sino el del gran Osvaldo Delgado. Vamos a ir despacio y por las piedras para no resbalar.

Veremos unos párrafos del libro de Elena Bisso “*¿Quién diagnostica en psicoanálisis?*”, del capítulo “*Del azar y la ingenuidad*”, donde hay una multitud de conceptos apretados en un par de párrafos, veremos cuál es la lógica.

Primero retoma la cita de Freud en “*Consejos al médico*” donde separa las dos actitudes con respecto al material de parte del analista, la analítica y la sintética, que una sería qué hace el analista en la sesión y la otra cómo la conceptualiza. Lo importante acá es que son dos momentos distintos, uno en la práctica no tendría que tener el peso de la teoría, y en la conceptualización no forzar el material a la teoría. Si esto se respeta, es una de las maneras de encontrar algún tipo de novedad, de dar lugar a la sorpresa. Ese es el movimiento que plantea la autora ¿Cómo hacer para no quedarse en lo conocido? ¿Cómo ir de lo conocido a lo desconocido, si es que lo desconocido puede entrar bajo la forma del *relámpago*?

Sigamos. Luego recalca lo que decía Freud con respecto al “período de prueba con motivaciones diagnósticas”.

Vemos cómo articula ambos conceptos:

en el período de prueba (...) la escucha se entrega al azar y a la ingenuidad, para poder esperar un momento previo a la decisión, y que no es puramente deductiva (esto sería forzar un concepto a la particularidad de un caso), ni inductiva (no hay modo de obtener tantos datos como para representar el razonamiento en éste modo de pensamiento).

El analista se encuentra con el texto del enfermo y contrasta con su saber técnico, para realizar un diagnóstico diferencial (Bisso, 2006, Pág. 34 y 35).

Esto ya lo veníamos viendo, Freud estaba preocupado por la efectividad del psicoanálisis, y sometía a los candidatos al análisis a algunas semanas de prueba donde podía concluir si un psicoanálisis podría tener un efecto o no. En general se lee que acá es cuando se diagnostica si el candidato es neurótico o psicótico, y, en el caso de Freud, recomendaba no atender psicosis. Después la cosa cambia, se amplía.

Más bien se trata de ubicar la consistencia del síntoma, si hay síntoma o bien hay que construirlo, o si hay demanda o no hay demanda. De todas formas, ven cómo Bisso, con otras palabras, se orienta por la indicación de Miller de una actitud nominalista al principio (acá se lee como azar e ingenuidad) y luego una actitud estructuralista, cuando se contrasta el material del paciente y el saber técnico.

Hasta ahora, todo marcha de acuerdo al plan, viento en popa porque estamos en territorio conocido. Después de acá se empieza a complicar el asunto.

Toma a la inducción y a la deducción como operaciones propias del positivismo, vamos a decir, del método científico, pero propone un tercero que sería la *abducción como inferencia, la cual “admite una escucha “abierta” y expectante a los fines de decidir, (...) si ese paciente es admisible, qué evitar y cómo intervenir de acuerdo con la estructura supuesta* (Bisso, 2006, Pág. 35)”. Acá es cuando vamos a tener que pasar-nos al texto de Osvaldo Delgado, para entender de qué se trata la abducción, en este caso, no se trata de abducción alienígena, sino que algo más cercano a la intuición.

Antes de pasar a comentar ese texto, nos quedamos con el párrafo que articula deducción, inducción y analogía a la garantía del Otro (veremos qué significa esto) mientras que la abducción se refiere al S (A) barrado, solidario con la caída del velo del horror al saber. Podemos agregar que esta es una referencia al deseo de saber, que, como estamos en pantanos lacanianos, se trata del deseo como deseo del Otro.

Vamos a Delgado. En realidad hay dos textos de Osvaldo que podemos tomar, voy a recortar de los dos. Uno se llama “*Abducción y pragmatismo*”, publicado en virtualia, la revista virtual de la Escuela de la Orientación Lacaniana, y el otro es inédito, se lo pedí por mail a la secretaria de Osvaldo, que muy gentilmente lo envió, y se llama “*Reflexiones sobre la abducción*”. Empezamos por este último que es tan enigmático como fantástico.

La cita de Bisso se concentra en la Reflexión II, ya que la Reflexión I tiene esa referencia al Tao y al saber producido por una investigación causada que es la del cartel, que es la manera de investigar en psicoanálisis lacaniano. Si les interesa qué es un cartel, les recomiendo pasarse por la página de la Secretaría de Carteles de la Escuela de la Orientación Lacaniana donde hay varios textos que dan cuenta del funcionamiento. ¿Podríamos dar un paneo general?

Bueno, se trata de un dispositivo donde se juntan, en principio, cuatro participantes que se interesan en investigar un tema específico, por ejemplo, el diagnóstico. Luego se busca otra persona que se ubica en una posición particular que es el más uno, que se encarga de causar -no de dirigir- la investigación, y cada uno de ellos, incluso el más uno, eligen un rasgo de investigación, que vendría a ser qué parte del tema general le convoca a cada uno. Podría ser, tomando el tema del diagnóstico, que el rasgo sea el diagnóstico de psicosis en la infancia. El cartel, una vez inscripto dura uno o dos años y luego se disuelve. Es una práctica muy interesante, en la que uno puede investigar con gente que conozcan o que no conozcan e intercambiar. Para Lacan, el proceso termina en la publicación de los resultados de la investigación.

Volvamos a Osvaldo. Dice

Existen cuatro modos de producción de conocimientos: La deducción, la inducción, la analogía y la abducción.

Los tres primeros son reconocidos como tales por el positivismo; el cuarto lo agujerea. En nuestros términos, los tres primeros tienen la garantía del Otro, el cuarto refiere al S/(A)- Lo considero solidario con la caída del velo del horror al saber. y a continuación encontramos esta frase “La abducción como capacidad de adivinar funciona en el límite de lo ya sabido.” y un

poco más abajo, luego de nombrar a Freud y Pierce, dice “La abducción se orienta hacia la contingencia causal (Delgado, Inédito, Pág. 1).

Bien. Entonces, deducción, inducción y analogía se sostienen en la garantía del Otro. ¿Qué significa? Que se sostienen en lo ya sabido, bajo la forma de la biblioteca, o de la comunidad científica o de organismos que dan cuenta que eso vale. Ahora bien, lo que dice Delgado es que con la abducción estamos en un borde lógico que indica una causalidad ligada a la contingencia, algo que no puede abordarse desde la deducción ni la inducción. Con lo cual estamos por fuera de la garantía.

Por eso resalta la causa en psicoanálisis, discontinua en relación a la represión. Un poco más abajo nos entrega un poco más de sentido, cuando dice *“Para Bar, la abducción relaciona algo observable con algo que probablemente nunca será observado. Específicamente conecta dos planos, conectándolos con nexos causales. Se trata de una relación del efecto, en tanto observable con la causa que permanece oculta.* (Delgado, Inédito, Pág. 2)” Más abajo dice

abducción implica “una decisión” del sujeto epistémico, “acto que se sustenta en su praxis, primero como impronta cultural, y luego como científica “Decisión”, debemos agregar como cuanto a la serie despejada. (...) La abducción es una inferencia no necesaria, no obstante, señala un camino a seguir, y ese camino es el más probable entre otros posibles (Delgado, Inédito, Pág. 3).

No sé si se sigue, pero como ven se relaciona con algo en relación al propio investigador, a su decisión, *ahí hay algo*, podemos decir, y eso nos orienta.

Ya en la reflexión III, donde trabaja los postulados de Daniel Gil, que presenta dos formas de pensar la verdad en psicoanálisis, científicista y mística, nos da la siguiente frase *“Para nosotros el atravesamiento del horror al saber en un análisis y la saber expuesto se anudan éticamente.* (Delgado, Inédito, Pág. 4)”.

Entonces, como verán la cosa está bastante enrevesada, para tomar una decisión clínica, que podemos leer como diagnóstica, nos tenemos que meter en este lío. Como podrán adivinar, de lo que estamos hablando tiene que ver con una opción epistemológica de salir del esquema E-R y quebrar la causalidad directa. Acá nos estamos introduciendo en los confines de la elección subjetiva, eso que en algún momento escucharon, probablemente cuando estudiábamos autismo como *“la insondable decisión del ser”*. Bueno, por acá estamos.

En el otro texto, bastante más largo, titulado “Abducción y pragmatismo”, Delgado también lo organiza por partes. Solamente vamos a ir recortando lo que nos interesa en relación a los diagnósticos, la causa, etcétera, ya que es un texto amplio, que se orienta por la cuestión del *obstáculo*, ¿Qué hacer con el obstáculo propio de la disciplina?.

De la parte A, donde está trabajando más epistemológicamente, podemos resaltar los primeros dos axiomas, por un lado apoyando el psicoanálisis en la singularidad de cada análisis, y, en consecuencia, que esto produce un saber abierto, no cerrado

sobre sí mismo. A la vez, es importante tener en cuenta el propio análisis del operador, vamos a decirlo así, que marca un límite en el saber.

A partir de allí aparece esta afirmación de Miller “*en psicoanálisis la causa es doble. Más precisamente entre la causa y el efecto hallamos la defensa.*” (Delgado, 2008, Pág. 2)”, que nos remite a la siguiente afirmación “*Freud parte de ubicar un “hecho” como traumatismo, luego un dicho que da un sentido, finalmente el síntoma que es un sentido.*” (Delgado, 2008, Pág. 2)”, lo que nos remite a la retroacción, a la resignificación... a la construcción del síntoma en términos del psicoanálisis. Le sumamos la siguiente “[El] sujeto psicoanalítico [es] *aquel que es excluido por la ciencia, es la división entre verdad y saber (...) da cuenta de ubicar a la verdad como causa.*” (Delgado, 2008, Pág. 2)”. La pregunta que podemos hacernos es ¿Dónde está la *verdad* como *causa*? ¿En el *dicho* o en el *hecho*?

En la parte B y C toma referencias de la epistemología, como Karl Popper y Nubiola, estudioso de Pierce y Wittgenstein, que son dos filósofos/lógicos/lingüistas, para intentar introducir la cuestión de la abducción desde una perspectiva científicista. Como ven es un terreno árido, ya que de lo que se trata es de darle cuerpo teórico, a hacer existir, una anticipación, una intuición anticipatoria. Vean como lo dice, en la parte C

en la comprensión de la creatividad, se encierra una de las claves para poder ir más allá del materialismo cientista todavía dominante en nuestra cultura, que tiene como consecuencia relegar al ámbito de lo a-científico aquellas dimensiones de la actividad humana no reducibles a un lenguaje fiscalista o a un algoritmo matemático (Delgado, 2008, Pág. 3).

Acá podemos leer cómo se intenta hacer entrar un proceso mental que no tiene correlato *fiscalista*, que no se puede medir ni observar, o a un *algoritmo matemático*, como algo que no se puede atrapar en una fórmula. No sé si les interesan las entrevistas con músicos o artistas. Bueno, en muchas de ellas tratan -no siempre pueden- dar cuenta de cómo surgió tal o cual cosa, tal canción, tal obra. Muchas veces se refieren a un proceso de acumulación de referencias, o de haber visto alguna cosa, y luego un relámpago y la cosa aparece, la melodía, o el concepto.

Hay muchísimos ejemplos. ¿Conocen *Under pressure* de Queen y David Bowie? Bueno, lo resumo: La agrupación Reina estaba en un momento complicado, en Munich grabando el disco *Hot space*, un disco flojardi, y se la estaban pegando bastante, Munich, boliches, sustancias, etcétera. Consiguen a Bowie, que estaba en la ciudad rehabilitándose -me encojo de hombros- y se juntan a hacer un tema. ¿Qué pasa? El bajista, Jhon Deacon hace una línea de bajo, cortan para irse a comer, y a la vuelta se olvida lo que había compuesto. Entonces se pone a improvisar y *le sale* la línea de bajo característica del tema. Hay algo de invención acá, muy difícil de establecer.

Sigamos, de la creatividad, la cosa da un vuelco y se va para la perplejidad, algo así como ir de la sorpresa a la perplejidad. Dice Samaja “*la analogía que habla de un caso concreto y ya no de universales. Caso concreto “que tiene la virtud de haber sido traído por la mente por una resonancia, por la semejanza que resuena en el elemento*

que le presentan los rasgos que nos dejan perplejos (Delgado, 2008, Pág. 4)". De ahí Samaja propone dos momentos, el de la analogía y el de la abducción, donde está la anticipación, cosa que se confirma, o no, supongo, en la inducción. Lo que podemos leer es que hay algo que se introduce entre una y otra que es esa anticipación que es la abducción.

Pasamos al punto E, justo después de lo que dice Umberto Eco. No es acá donde tenemos que tomar esos cuatro puntos, pero son a tener en cuenta para escribir una tesis. Desde allí verán cómo fundamenta epistemológicamente Delgado a Freud como teórico de una disciplina nueva, asentada en la experiencia del inconsciente.

El punto F está escrito igual al texto que veíamos antes, la función del más uno en el cartel, que es quien, en un grupo que busca investigar, se ubica en el lugar de provocar el interés, no en sí-mismo (como el que sabe) sino hacia lo que no se sabe, recortado al punto de investigación. Luego, la abducción en relación al significante del Otro barrado, solidario de la caída del velo del horror al saber, saber que desestabiliza ¿Qué? la solidez de lo ya-sabido, lo agujerea.

Fijense como cita a Freud

Esta "capacidad de adivinar" se presenta en Freud del siguiente modo, dice el 25 de Mayo de 1895: "Durante éstas últimas semanas he dedicado a este trabajo cada uno de mis minutos libres. Todas las noches, entre las 11 y las 2, no he hecho más que imaginar (Phantasieren), transponer (Übersetzen), adivinar (Erraten) y sólo me detenía cuando se topaba con una absurdidad o cuando ya no podía más (Delgado, 2008, Pág. 7).

Nos quedamos con las últimas citas del texto y nos vamos a dormir: "*La abducción se orienta hacia la contingencia causal. (...) la causa que funciona como tal en tanto permanece oculta. (...) en Psicoanálisis, hay una relación discontinua entre causa y efecto: entre una y otro está la represión.* (Delgado, 2008, Pág. 7)"

¿Les dije que nos íbamos a dormir? No, seguimos con Bissio. Dice, y acá se pueden enojar: "*Si el diagnóstico preliminar que se rectifica según marcha el tratamiento es provisorio y puramente operativo, ¿Se puede decir entonces que todo analizante es literalmente inclasificable hasta que finaliza su análisis?* (Bisso, 2006, Pág. 35)"

¿Qué nos está diciendo? Que todo diagnóstico es provisorio hasta que la experiencia cierre y nos permita, a su vez, concluir acerca del diagnóstico. Esta frase es del estilo *la experiencia es un peine que te dan cuando estás pelado* pero funciona en dos sentidos, para evitar precipitarse en el diagnóstico o no quedarse pegado a un diagnóstico anterior, y a su vez, para ubicar al diagnóstico como una orientación, como un mientras tanto hasta llegar al final. De todas formas, acá estamos hablando de psicoanálisis, por eso habla de final de análisis, que no es análogo al trabajo de acompañamiento.

Pasamos a "El diagnóstico: de la lógica trascendental a la lógica dialéctica". La autora intenta pasar de un diagnóstico en categorías, al diagnóstico en su devenir, entonces intenta reconstruir una lógica desde los inicios:

1. El primer diagnóstico, sumido en el azar y en la ingenuidad, lo hace la angustia al señalar la presencia del objeto.
2. Diagnóstico diferencial sugerido por Freud en las entrevistas preliminares. Se procede a ubicar, provisoriamente, al consultante en una clasificación. Se procede a realizar un acto.
3. Instalación de la transferencia a través de la interpretación, lo que pone a prueba el momento 2.
4. Amplificación y reducción del sentido, en el camino de la estetización del síntoma. Se procederá a nuevas rectificaciones clasificatorias, siempre provisionarias.
5. En el fin de análisis, será el *sinthome*, quien señale con un “nombre exacto” el más allá de lo que la angustia señalara en el primer diagnóstico mudo.

¿Qué tenemos acá? Bueno, podría ser una trayectoria de análisis, desde el principio hasta el final, hasta incluso se lo puede pensar en forma circular o de bucle. ¿Qué es lo que nos interesa? Bueno, el dato que da acerca de la presencia de la angustia que nos señala un objeto. Podemos pensar que de esa manera se refiere a que el sujeto que consulta nos señala *es por acá*.

De ahí es cuando inicia -aunque ya esté iniciado, en cierto punto separar uno y dos no tiene sentido más que pedagógico- el período de entrevistas preliminares, donde se puede bosquejar si estamos en presencia de neurosis -por el síntoma, por ejemplo- o de psicosis -si aparecen fenómenos elementales, alucinación, delirio- o si estamos en un interregno, el de la duda diagnóstica. Al menos por como sigue, se entiende que se refiere a la neurosis, se interpreta, se entra al dispositivo, aparece la transferencia. Luego comienza el despliegue transferencial, se amplía y se reduce el material, hasta que decantan algunas cosas fundamentales ligadas a la causa, y aparece eso que llama *sinthome*, que es un nuevo nombre.

Ahora bien, ¿Qué nos interesa de todo esto? Yo calculo que a los fines del acompañamiento, podemos tomar los momentos del uno al tres, es decir, de cómo pensar el diagnóstico entre azar e ingenuidad, para obtener una certeza módica -¿Y a este paciente cómo puedo acompañarlo?- de en qué lugar me tengo que ubicar para llevar esta experiencia hasta el final, por supuesto, usando ese diagnóstico como timón, vamos para allá, doblamos, giramos, etcétera. Ahora, el punto que intenta teorizar Delgado es fascinante, intentar tener en cuenta también ese momento de intuición, de anticipación en el encuentro ¿Qué les parece? ¿Existe? Yo creo que sí y es un elemento muy valioso en la clínica, el de poder anticiparse, aunque sea una fracción de segundo, pero evitando la anticipación que traemos de casa, léase, el prejuicio. Ahora sí, a dormir.

Capítulo N° 8

Esto no es una pipa ni un diagnóstico: Scheinkestel con Foucault. Primera parte

A continuación tomaremos a Adrián Scheinkestel, en su libro *“Esto no es un diagnóstico.”* libro editado en 2017 que recopila textos que el autor ha ido publicando en revistas y libros diversos de 1980 a la actualidad.

De allí me pareció interesante recortar el prólogo y los capítulos 1, 2, 3, 4 y 5. Veremos los puntos de vista del autor y sus argumentaciones con respecto a los problemas, y cómo nos encaminan en la dirección a la que queremos llevar este seminario. Como es bastante, vamos a dedicarle dos encuentros ya que también pasaremos los ojitos por un texto de Foucault.

Comencemos con el prólogo, a cargo de Verónica Berenstein, que de alguna manera viene a sintetizar de qué se trata el libro:

Desde ya, el título es muy interesante *“Esto no es un prólogo”*, que juega con la idea de Scheinkestel, que toma a su vez de Magritte (Esto no es una pipa), que a su vez toma Foucault, y que de allí parte la clave. Es como un ¿Teléfono descompuesto? pero haremos una lectura que nos aporte alguna pista. Paciencia.

Vamos a la página 9. Allí dice:

[El autor] Aborda la cuestión del diagnóstico, donde se pone en juego el acto de juzgar. Este acto, alejado de la tendencia contemporánea, no es universalizable ni automatizable. (...) En el psicoanálisis partimos de la ausencia de una regla general, para todos, que Lacan establece como “no hay proporción sexual”. A partir de poner en juego este real, este “no hay...”, se plantea el diagnóstico con el arte de ensamblar lo particular y lo general a la vez. (...) Se diferencia de la clasificación automática del DSM, disociado del real en juego, que tiende a eliminar el juicio subjetivo. (...) En contraste con el diagnóstico generalizado de “trastornos”, surge el síntoma y la satisfacción en juego, como aquello que encarna lo más singular. (...) El síntoma no es un diagnóstico y no puede entrar en una generalización, ya que es opaco a toda significación. (...) El real en juego, ineliminable en todo síntoma, nos orienta hacia lo “inclasificable” (Scheinkestel, 2017)

Aquí tenemos un recorrido posible, que podemos escribir en la pizarra como una flecha, desde lo no universalizable del acto de juzgar, que finaliza en lo inclasificable del sujeto en singular. Entonces, se pueden armar dos columnas, por un lado la tradición psiquiátrica, devenida en el DSM, y la idea del psicoanálisis, que podríamos llamar “ética del psicoanálisis”, ya que involucra una posición particular respecto a su objeto de estudio. Entonces, debajo de estas columnas podemos poner universal en

una, y singularidad en la otra. Y continuamos, podemos poner “trastornos” y del otro lado *síntoma - satisfacción*, así con un guión. Por supuesto, nos quedan en la columna del psicoanálisis la cuestión de lo real y de la opacidad de la significación. De nuevo, paciencia, ya verán de qué se trata.

Son temas que profundizaremos en la segunda y tercera sección del seminario.

En la página 10 hay una cita que sostienen muchos autores “*Esta imposibilidad de incluir todo en una clasificación se refleja en las infinitas reediciones del DSM.* (Scheinkestel, 2017)” que se refiere a un problema más bien lógico, de que no se puede cerrar el conjunto de lo universal, sin que se deslice algo de lo imposible. Es el problema que se refleja en la parábola de Zenón de Elea “Aquiles y la tortuga”, o que existen infinita cantidad de números entre el 0 y el 1. El problema es el mismo y sólo podría resolverse si se hacen infinitas reediciones del DSM con infinitas categorías, e infinitas sustancias a las cuales ser adicto, gran problema, por ejemplo, del DSM 5. Si les suena, es un problema que vimos en varios textos.

Otro tema que retomaremos es eso que llama punto de partida, en tanto ausencia de una regla general. Veremos que, palabras más o palabras menos, remite a lo mismo, a la ausencia de cierre, a no esperar que más allá venga algo a decir “¡En-caja!”.

¿Qué dice acerca del rol del analista, que medio que leemos allí *el que diagnóstica*?

Hacer lugar a la dimensión subjetiva en juego. Así, se logra que pase de una posición en la que está ubicado como objeto a cierta responsabilidad subjetiva en relación con lo que le pasa (...) Se tratará de crear las condiciones para que el individuo que consulta dé lugar al surgimiento del sujeto del inconsciente. (...) Esta posición del analista, más allá del lugar donde ejerza su práctica, implica el pasaje de la posición asistencia a una clínica del caso por caso, en la que se apuntará a dar lugar a lo más singular de cada uno, a lo diferente más allá del diagnóstico común (Scheinkestel, 2017, Pág. 9).

Entonces, en la columna de psiquiatría ponemos “individuo/objeto de la asistencia” y en la otra “Sujeto/Responsabilidad subjetiva”.

Por último, algunas diferencias entre psicoanálisis y psiquiatría:

La transferencia en psicoanálisis es instrumental, a diferencia de la psiquiatría que la considera un obstáculo, ya que su objetivo es diagnosticar al paciente sin considerar los efectos de la presencia del médico. (...) Muchas veces, la consulta psiquiátrica apunta a diagnosticar como trastorno aquello que se aleja de “lo normal” y a buscar un fármaco para retornar al “punto de normalidad” (Scheinkestel, 2017, Pág. 10).

En cambio, el psicoanálisis “*ubica como brújula de la práctica analítica la contingencia, un acontecimiento de cuerpo.* (Scheinkestel, 2017, Pág. 11)”. Veremos en la parte 3 de qué se trata el *acontecimiento de cuerpo*. Si, adivinaron, en la columna

A ponemos “transferencia como obstáculo a eliminar en el diagnóstico” y “medicamento para recuperar una normalidad”; y en la B “Transferencia como instrumento” y “Contingencia/Acontecimiento de cuerpo”

Estas columnas nos van a servir como una especie de clave de lectura, nos van a permitir ordenar un poco la lectura de lo que quiere transmitir el autor, que a veces es confuso o no entrega demasiado sentido.

Vamos al Capítulo 1 “*La lectura de un cuadro (clínico)*”

Dice el autor: “*en todas las épocas hay distintas formas de padecimiento. (...) Si bien los diagnósticos proliferan, no es tan sencillo discernir lo que les ocurre a los sujetos. (...) El lenguaje tiene sus límites para nombrar. ¿Cómo diagnosticar con una palabra plena, con una palabra que se definiría por su identidad con aquello de lo que habla?*” (Scheinkestel, 2017, Pág. 13)” A continuación, presenta como ejemplo de la *disonancia* el cuadro de Magritte “Esto no es una pipa”, en cuanto a cómo aparece el referente y la palabra.

Cuando pasemos por Foucault, en su análisis de la obra de Magritte podremos apostar a qué quiere decir con esta *disonancia*. Fíjense que acá el problema es *foucaultiano* si se quiere, es decir ¿Hay relación entre las palabras y las cosas? ¿Las palabras captan en su totalidad la cosa? ¿O más bien algo de la cosa se escapa o las palabras *se devalúan*, pierden valor? Y peor aún ¿Qué pasa cuando las cosas -en su sentido filosófico- no remiten a materialidades -mesa, fibrón, ventana, por ser vagos ¿No?- sino que indican un ente supuesto, una construcción ideal -esquizofrenia, coeficiente intelectual, trastorno delirante, etcétera-?

Saltamos la parte etimológica para ir a la página 15, luego volvemos. Este problema lo vamos a encontrar bastante y estoy preparando un escrito acerca de todas las acepciones etimológicas acerca de la palabra *diagnóstico*, que cada autor la lleva para un lado distinto. Para Scheinkestel “*Diagnóstico*” viene de “*diagnosis, que quiere decir discernimiento, pero también juicio, fallo, decisión. Se trata de algo del orden del acto. Es decir que, más allá de la remisión a una clasificación preexistente, a una estructura preestablecida, nos confrontamos con el sin nombre de lo excepcional, de lo inclasificable.*” (Scheinkestel, 2017, Pág. 14)

Entonces diagnosticar es ejercer una acción, romper cierta inercia de la cosa, cambiar-la de estado y cambiar (el diagnosticador) de estado, algo se mueve hacia un lugar x.

Entonces:

¿Qué es leer un síntoma en la experiencia analítica? Es algo que va más allá de la escucha. Por medio de ella, le damos ser a algo que no lo tiene; porque son seres hechos de lenguaje. (...) Hay en la práctica del análisis, un imperativo de decir que el analista encarna. Lo que se dice se escucha y se puede equivocar, puede tomar más de un sentido. Esto es entrar en la dialéctica del deseo y de la falta. Desde esta perspectiva, el síntoma es descifrable, tiene una cara mensajera que se dirige al Otro. Allí algo se desplaza, y el síntoma, tratado en la transferencia, puede desaparecer. (...)

Sin embargo, (...) localizamos lo ininterpretable, que él (Freud) denominó “restos sintomáticos”. Esto nos lleva de la escucha de lo equívoco a lo inequívoco de la lectura de lo que está escrito; o mejor dicho, de lo que no cesa de no escribirse. Esta es la cara de goce del síntoma, que no es interpretable. Pasamos del ser/no ser del síntoma a su existencia, a su real. Ahí ya no se trata del deseo y su interpretación, sino de la fijeza de un goce en su opacidad (Scheinkestel, 2017, Pág. 15).

Acá está aludiendo, es más, por momentos parafraseando una conferencia que se llama “*Leer un síntoma*” de Jacques-Alain Miller. Concluye con una frase a trabajar “*el síntoma no es un diagnóstico: es, incluso, algo que puede contradecirlo*” (Scheinkestel, 2017, Pág. 15)”. Capaz que hasta acá, con algún tropezón más o menos elegante, veníamos entendiendo y acá nos sorprende.

Entonces ¿De qué se trata? Podemos pensar que el diagnóstico es decidir acerca de algo que se nos presenta bajo una forma sobre la cual tenemos que elegir de qué se trata. Esto ya nos da una idea de la no-naturalidad del acto de diagnosticar, como algo que no puede tomar al todo, sino una parte. Ahora bien, esa no-naturalidad tiene que ver con que no se trata de entidades naturales, sino mediadas por el lenguaje, y que, por un forzamiento propio de la experiencia del psicoanálisis, se trata de que el individuo ¡atención! el individuo hable acerca de su padecer, intente cernirlo en palabras.

Por eso es que pasa rápidamente del diagnóstico a hablar del síntoma, ya que el síntoma es lo que aparece cuando el individuo habla acerca de lo que le pasa, si hay síntoma, entonces podemos hablar de sujeto, ya que, vamos a decirlo así, el síntoma divide al individuo, ya no es una unidad. A esta división Freud intentó escribirla como *eso que es más fuerte que yo*, como algo por fuera de lo volitivo, de lo racional, es decir, y medio a las apuradas, lo inconsciente como lo que tiene el timón, no el yo. ¿Se entiende? ¿Recuerdan “Una dificultad del psicoanálisis”? Freud decía -con la humildad que lo caracterizaba- Galileo Galilei sacó al hombre (leamos el hombre, en masculino, es más divertido que *ser humano* acá, está hablando de un conjunto bastante patriarcal) del centro del Universo, Darwin lo sacó de la filiación divina: El hombre viene del mono ¡Del mono!; y él mismo, Freud viene a contarnos que en su último reducto, su casa, sus decisiones, su racionalidad, no, lo maneja el inconsciente, y que la verdad está en su síntoma. Bueno, nos fuimos un poquito pero vale la pena.

Volvamos al carril, o si quieren, al surco. Si tomamos como clave de lectura “*Leer un síntoma*”, allí Miller trata de extender el confín del psicoanálisis más allá de la escucha, en sus equivocidades, ya que se puede estar toda la vida jugando al y con el inconsciente. Miller da cuenta que hay algo allí que llama *inconsciente intérprete* que, básicamente, interpreta cosas y las ofrece a la interpretación del otro, por ejemplo, de un analista. Sería como una especie de maquinaria de interpretar según un modelo que es *del fantasma*, el marco de la ventana por la que vemos la realidad: La vecina me mira mal, el colectivero me mira mal, el profe me mira mal, soy *malmirada*. ¿Y tu mamá? Me contó que la abuela *la miró mal* cuando le contó que estaba

embarazada... Ah! soy *malmirada*! Dejamos acá y nos vemos la semana que viene y las próximas n semanas ¿No? Esta es -caricaturizada- la cuestión que propone Miller es ir más allá de lo inconsciente, hacia el *goce opaco* que subyace al síntoma.

Lo que se plantea allí es que más que escuchar, o que la escucha es un momento del proceso; que lo que se debe hacer es *leer lo que está escrito*, tomando al síntoma, que es lo inequívoco, que en términos de Miller nos conduce a lo que llama el goce opaco, eso que escapa a la palabra y más bien se trata de rodearlo. Por eso es que habla de *restos sintomáticos*, que es lo que Freud observaba al final de los análisis, como esa parte que no se cura, que resta a la intervención. Si hablamos de estos confines estamos hablando de lo que ocurre al final del análisis, si volvemos a lo que planteaba Bisso, allí está el verdadero diagnóstico, el nombre que aparece al final, y que además es *inclasificable* ya que es singular. Ahí se van acomodando las piezas

Si estamos todos a bordo, vamos al Capítulo 2: “*Actualidad del diagnóstico y la clasificación.*”

Dice el autor que va a retomar los que dice Miller a propósito de la epistemología del diagnóstico y la clasificación. Si *epistemología* les parece una palabra desafiante, les recomiendo “Dilema de amor” de Les Luthiers. En fin.

Miller toma un cuento de Borges, “*El ruiseñor de Keats*”, donde se opone el individuo (el *efímero ruiseñor de esa noche*) y la especie (el *ruiseñor de Keats que es el mismo ruiseñor que cantó ante Ovidio*). El dato es que ambos son poetas separados por siglos) y se resalta de Borges cuando dice “*el inglés (...) rechaza lo genérico porque siente que lo individual es irreductible, inasimilable e impar*”. (Scheinkestel, 2017, Pág. 17) Agregaremos que “*en el animal (...) el individuo realiza íntegramente la especie en cuanto ejemplar de ella* (Scheinkestel, 2017, Pág. 17)” pero

El hombre, en cuanto hablante, puede integrarse a la especie y contarse como uno más, en la medida misma en que el lenguaje lo designa como mortal. (...) La vida del ser hablante está ligada a aquello que resta en la extracción de un goce respecto de una mítica vida animal. Ese resto hiere mortalmente la total pertenencia del individuo a la especie, la total coordinación del particular al universal, del caso a la regla. Ese mismo resto -que en psicoanálisis llamamos objeto a- es el que divide al sujeto. (Scheinkestel, 2017, Pág. 17 y 18)

¿Qué nos está diciendo? Muchas cosas, es cierto, hay una comprensión de conceptos brutal, pero lo que podemos sacar en limpio es que hay dos tipos de personajes en las escenas, el ruiseñor y los poetas. El ruiseñor, por fuera del lenguaje es un ser sin tiempo, es el mismo ruiseñor el que cantó ante Ovidio entre el 47 A.C. y el 17 D.C. y el que cantó ante Keats entre 1795 y 1821, lo único que nos hace ruido es que sabemos (por el lenguaje, por el saber) que los ruiseñores no viven siglos, ahora, ese es el punto, lo que introduce el transcurso, la mortalidad, el período es el lenguaje, por lo que del lado de los poetas, el canto del ruiseñor es el mensaje de la finitud. Y como están de este lado del lenguaje uno se llama Ovidio y el otro John Keats. ¿Se entiende?

Ahora bien, se desliza un problema, o un problemón de este texto, que despega tanto los diagnósticos de lo universal que los acerca -a mi gusto- demasiado al nombre propio. Es como si fuera así: intentar ordenar y alinear el borde del cuaderno y los fibrones al borde de la mesa, y la mesa a las baldosas no es un *pequeño síntoma obsesivo* sino que es Lucio Pierini.

Entonces, aclara el autor: *“El sujeto es esa disyunción que hace que Keats no sea ni Ovidio ni Shakespeare, mientras que el ruiseñor de Keats sí es el mismo que el de Ovidio y Shakespeare (...) el objeto a es esa “voz imperecedera del invisible pájaro”; es decir, esa constancia, esa perpetuidad de un resto que testimonia de una pérdida.* (Scheinkestel, 2017, Pág. 18)”

Entonces, según este autor, *“Tenemos, de un lado, el objeto a y su fijeza; del otro, el sujeto y su efecto de desplazamiento hacia un particular que no encajará nunca en un universal.*

Entonces, se trata de sostener una clínica acorde con los tiempos que corren. Estos son los de un universal que, paradójicamente, sólo admite excepciones. (Scheinkestel, 2017, Pág. 18)”

¿A qué nos lleva esta orientación? Más bien, en lugar de una estasis, unas categorías estáticas, a una dinámica clínica orientada hacia lo que hace que este sujeto sea una excepción a esa categoría, a buscar el rasgo de excepcionalidad que hace que Keats, Ovidio, Pierini sean -poetas- Keats, Ovidio, Pierini y no cualquiera.

Volvemos a la etimología: *“(...) Diagnosis significa distinción, discernimiento, medio para distinguir o discernir. Consiste en un conocimiento en juicio, en una decisión, en un fallo. Desde su etimología, el diagnóstico implica un juicio.* (Scheinkestel, 2017, Pág. 18)” Pero acá agrega algo *“Se trata, entonces, de entender el diagnóstico como un arte: como un arte de juzgar un caso sin regla y sin clase preestablecida; de combinar en un pensamiento lo particular y lo general a la vez.* (Scheinkestel, 2017, Pág. 18)”. Anotamos esto, que nos da más dudas que certezas: Diagnosticar es un arte. ¿Qué tipo de arte? ¿Pintura, escultura, escritura, cine, arquitectura, danza, música, etcétera?

Continúa con las consecuencias:

En este punto, la práctica no es la aplicación de la teoría. Está la práctica, está la teoría, y se trata de hacer la teoría de la hiancia que las separa. Entre una y otra se necesita una intermediación, se necesita agregar el concepto que contiene la regla, un acto de juzgar que permita al practicante decidir si el caso entra dentro de la regla, la clase o el universal. El acto de juzgar no es universalizable, no es automatizable. (...) Frente al universal negativo -la ausencia de una regla (no hay relación sexual)- se impone el acto de juzgar, justo ahí, en el lugar del imposible. (...) El DSM se propone como la posibilidad para un diagnóstico automático. A este diagnóstico se arribaría sin que nadie necesite pensar. (Scheinkestel, 2017, Pág. 17 y 18).

Este párrafo me incomoda un poco, va como por muchos lados y cierra fallidamente -al menos en mi lectura-. Veamos... Es como que plantea que entre teoría

y práctica hay un agujero (una hiancia) y que en ese agujero de saber habita un saber-hacer ausente, el de diagnosticar. En ese hueco ubica la decisión ¿Cuál? la de decidir si el caso remite a una regla, a una clase, a un universal y -por lo que entiendo- a partir de allí buscar el rasgo de excepción. En ese hueco ubica, como otro tipo de respuesta, las categorías del DSM, como tildes conductuales para tratar de fijar a alguien allí donde no hay un saber, y -de paso- no tener que pensar ¿Por qué tal comportamiento?

Y ya para el postre: Para Scheinkestel, *“Se trata de situar dos momentos en la clínica: uno nominalista, en el que recibimos al paciente en su singularidad, sin compararlos con nadie, como lo inclasificable por excelencia.; Y otro estructuralista, en el que nos referimos a tipos de síntomas y a la existencia de la estructura, pero sin olvidar que esta estructura a la que nos referimos no es sin un real, sin un imposible de demostrar cada vez.”* (Scheinkestel, 2017, Pág. 19). Menudo problemón. No los voy a aburrir, ya nos estamos yendo. Este es un párrafo extraído de “Los inclasificables de la clínica psicoanalítica” al que le dediqué mi Tesis de Maestría.

En un párrafo: Esto es un intento de aferrar la deriva nominalista -es decir, no hay nada firme más allá de las palabras, Keats es igual a Keats, por ejemplo- a algo un poco más estable: Existe la estructura, es decir, hay algo real -en el sentido de lo escrito- que nos ofrece un punto del cual agarrarnos y que no se vuela por los aires todo. Mi conclusión en la Tesis es que son dos cosas incompatibles, o se va por el lado nominalista, o se cree en la estructura, y que eso tiene implicancias. Volveremos a este punto que es un pro-ble-món. Vayan a hacer epistemología y nos vemos la próxima.

Esto no es una pipa ni un diagnóstico: Scheinkestel con Foucault. Segunda parte

¿Cómo les va? Seguimos en la senda del diagnóstico, perdiéndonos en el bosque a la espera del lobo feroz. Entonces, seguiremos con el Capítulo 3: *“Ser psiquiatra, existir psicoanalista.”*

¿De qué nos habla el autor? No es una senda desconocida, está afirmando teóricamente el pasaje de la psiquiatría al psicoanálisis, pero no hay que descuidar que se trata de su camino personal. Ojo ahí.

Luego de una introducción donde hace referencia a tres frases u obras, se refiere a la *operación* psicoanalítica: *“En eso consiste la gran operación freudiana: hacer pasar de un Uno que es síntoma, en relación con lo juzgado como normal, al Dos que implica la llamada asociación libre. En otras palabras, se trata de introducir el binarismo del lenguaje.”* (Scheinkestel, 2017, Pág. 19)”

Síntoma → Asociación libre

¿Qué quiere decir? Que el síntoma como *especie silvestre* no nos sirve si no hay alguien que hable de él, que lo moldee por medio del lenguaje. Entonces ¿Qué es la asociación libre? *“Esta invitación fué un corte fundamental con la psiquiatría, que se limitaba a la observación, la clasificación, y a echar mano de recursos terapéuticos que no tenían nada que ver con la palabra.”* (Scheinkestel, 2017, Pág. 22)”. Acá vemos la cara *especie silvestre* del síntoma. ¿Y en el psicoanálisis? *“Este Dos también localiza un destinatario, aquel que encarna esa escucha, y entonces, el síntoma considerado como una formación del inconsciente incluye al psicoanalista para, a partir de ahí, formar parte de aquel. Esa es la transferencia de la cual el psiquiatra no quiere o no puede saber nada.”* (Scheinkestel, 2017, Pág. 22)”.

Entonces, podemos expresarlo de esta forma

Uno -----> Dos

Síntoma -----> Asociación libre; analista; transferencia.

Lo que remata en lo siguiente:

La psiquiatría clasifica y diagnostica al paciente, sin considerar la presencia del diagnosticador-experimentador. (...) El psicoanálisis evidencia que el acto de diagnosticar es también un juicio íntimo separado de las pro-

puestas clasificatorias. (...) Así, la práctica del análisis no es la comprensión empática del paciente. El psicoanálisis enseña que se debe mantener una distancia respecto del otro, que el humanismo de “tu eres mi hermano” es la vía opresiva de la dominación, y que no se sabe de antemano cuál es el bien para el paciente (Scheinkestel, 2017, Pág. 22).

Recuerden que hay un texto invisible y tácito por acá, flotando en el aula, que sería “¿Que podemos llevarnos del psicoanálisis al acompañamiento?”. Ahí ahora está escrito 1) *no es la comprensión empática del paciente* 2) *Tu eres mi hermano* → *vía opresiva de la dominación*. “Pobrecito” dicen, y lo ubican en un lugar al paciente. Ojo ahí.

Sigue: “*Para ello, es necesario investigar cuál es el deseo del sujeto, que no coincide con su demanda. Por eso, Freud decía que el analista no debe tener la pasión por curar sino de investigar. La cura será por añadidura. Debemos tomar distancia de la tendencia a imponer al otro nuestro propio síntoma. No hay clínica sin ética (Scheinkestel, 2017, Pág. 22)*”.

Me hace acordar a un momento chistoso de una clase de un colega de Córdoba, José Vidal, que hacía este diálogo: “-Doctor ¡Quiero tener novio! -Pedímelo bien”. ¿Quería novio la paciente? Tal vez, pero esa era su demanda, hay que ver cuál es el deseo, y para ello tiene que hablar (*pedímelo bien*). ¿Es el objetivo de esa *cura* que la paciente consiga novio? No lo sabemos, pero sí sabemos que Vidal -supongamos- no tiene que tener como ideal *tener pareja*, ¿Se entiende?

De esta cita se desprende que existe una ética del diagnosticador, así como existe la ética del psicoanálisis. ¿Qué rasgos podemos extraer de esta *ética*?

1. La inserción del diagnosticador en el diagnóstico. No es un observador fuera de plano, se incluye, forma parte de la transferencia.
2. Implica un juicio, un acto, una decisión. Un antes y un después. Una orientación: *Hacia allá*.
3. No implica suponer un bien al otro, ni formas autoritarias de dominación. Tampoco se debe imponer el síntoma al otro.
4. Es necesario movilizar un deseo (el del analista) para que aparezca el deseo del sujeto, no coincidente con su demanda.

Luego de algunas menciones clínicas, recorto la idea con la que termina el capítulo: Si bien es cierto que a partir de Lacan el psicoanalista retomó su lazo con el diagnóstico y si disciplina en ese arte (...) cabe preguntarse, en la actualidad, a qué abstención debe entregarse, ya que no es sencillo separar el diagnóstico de un juicio de valor. No es sencillo limitar el diagnóstico dentro de lo que es un proceso de investigación, lograr cada vez un vacío conceptual que abone a una clínica que está siempre por construirse (Scheinkestel, 2017, Pág. 24).

Podemos extraer varias conclusiones, a pesar que parece una cita en construcción. Me parece que se refiere a un momento de vacío teórico antes del juicio diagnóstico, en articulación con el momento de singularidad al que aludía en capítulos anteriores. El tema que aparece acá complicando es que ese vacío debe articularse, al mismo tiempo, a una teoría de la clínica, y a una teoría de las clasificaciones. Allí es donde se arma el nudo, y tal vez lo que viene a salvar la aporía es la referencia al *arte de diagnosticar*, que nos mete en otra lógica. Señalemos esto como un problema y no como una solución. Hay algo que funciona, y que al mismo tiempo no funciona.

En el Capítulo 4: “*interfaz psiquiatría y psicoanálisis*.” El autor va a articular psicoanálisis y psiquiatría a partir de un imposible que las separa. Llama a eso, esquizia.

La esquizia (...) entre psicoanálisis y psiquiatría ha perdido su razón de ser (...) se disuelve cada vez más en la actualidad, sobre todo a partir -o al menos- de dos cuestiones.

En primer lugar, en la práctica psiquiátrica, el acto médico está cada vez más restringido a la exploración del paciente utilizando los últimos avances tecnológicos y limitándose a la invitación psicofarmacológica de acuerdo a una relación unívoca entre manifestación sintomática y medicamentos. El acto analítico ha quedado por fuera de la clínica psiquiátrica misma.

En segundo lugar, en el campo psicoanalítico, la investigación sistemática del psicoanálisis aplicado fue extendiendo los límites de su empleo situando el acto analítico en los lindes mismos de la práctica psiquiátrica.”

La clínica psiquiátrica de nuestra época es, cada vez más, una clínica de la medicación. Se trata de una clínica organizada en torno a los efectos que los medicamentos producen sobre el malestar y el sufrimiento de los pacientes. Son los fármacos los que van reorganizando los cuadros clínicos según su eficacia, disolviendo las estructuras de la tradición psiquiátrica y psicoanalítica. Está psiquiatría se quiere cuantitativa, estadística, biológica, y con todo ello se siente más afín con el discurso de la ciencia. Su horizonte es la biología molecular. Es una práctica en la que se habla cada vez menos. (...) Frente a esta clínica del medicamento se ubica otra clínica: la del significativo. En esta se acepta gustosamente la presencia de la subjetividad y se la alimenta. Se trata de una clínica sostenida por el intercambio de palabras, pero donde ninguna de ellas reconoce su anclaje y su orientación por lo real. Esta clínica da lugar a todo tipo de psicoterapias y, dentro del psicoanálisis, a las corrientes intersubjetivistas. (Scheinkestel, 2017, Pág. 25 y 26)

Acá podemos observar ese *divorcio* entre una disciplina y la otra, y cómo se articulan en una suerte de pareja dispareja.

La propuesta del psicoanálisis podría ser la siguiente: “[Por otro lado] el síntoma como un mensaje que no llegó a destino. Se trata, en efecto, de hacer hablar al

paciente. (...) Eso requiere de la construcción de un partenaire inédito, capaz de escuchar; es decir, de responder (Scheinkestel, 2017, Pág. 26)”.

Por último, deja este párrafo que podemos poner debajo de la pregunta acerca de qué de todo esto puede ser de interés en un formación de acompañantes terapéuticos: *“La apuesta es despejar una clínica en la interfaz entre la psiquiatría y el psicoanálisis considerando su orfandad. Huérfanos por adopción decidida, los psicoanalistas y los psiquiatras [¿y los Acompañantes terapéuticos?] de estos tiempos debemos asistir a la caída de las tradiciones afrontando lo desconocido, sin dejar de intentar descubrir la transmisión de la que hemos sido objeto (Scheinkestel, 2017, Pág. 27)”.*

No hay mucho que comentar, felizmente es un capítulo bastante claro: Somos huérfanos, el DSM y la medicalización mataron a nuestros padres.

En el capítulo 5 *“Psiquiatría y psicoanálisis”*, resaltamos lo siguiente:

En la página 29 hay ejemplos de cómo se fué dando la relación entre el psicoanálisis y la psiquiatría. Como pueden leer allí, no ha sido una pareja feliz. *“Siempre hay quilombito en un cielo de dos”* dice el Indio Solari. Me gustaría que vayamos directamente al apartado *“Inclasificables”*.

Allí da el primer acercamiento al concepto *“lo que no es clasificable, o discernible por el momento. Por ejemplo, cuando estamos ante un diagnóstico problemático y no lo podemos definir con precisión. (Scheinkestel, 2017, Pág. 32 y 33)”* para luego aludir a cómo esta *inclasificabilidad* infinitiza los diagnósticos del estilo DSM, que no pueden agotar eso por su propia estructura, digamos *de Aquiles*, se le escapa la tortuga, maradoneanamente.

Lo que nos lleva al último párrafo:

esta problemática, no solo de los *inclasificables* sino también de la ubicación de lo *inclasificable* en todo diagnóstico, de buscar un tipo clínico tiene su importancia. Cuando el análisis se despliega, el que encarna ese lugar de objeto extraño, de no estar encasillado en ningún lugar, de *inclasificable* es el analista. Este permite que lo singular se vaya bordeando y despejando, para finalmente, llevar el análisis a su término, y así poder nombrar lo inamovible. (...) esto es posible gracias a ese operador que descompleta cualquier clasificación (Scheinkestel, 2017, Pág. 33).

En esta cita se puede hallar, comprimido, buena parte del recorrido. Es en el encuentro con el analista donde se puede ir bordeando algo de lo singular, que se aloja en el análisis, para poder nombrarlo, no a partir de una clasificación, sino en relación a esa singularidad, a eso *inclasificable*, que de alguna manera, cierra la infinitización.

Bueno. Llegó el postre tempranito y es buen postre: Los dos capítulos que le dedica el pelado Foucault a *Esto no es una pipa* de Magritte. Antes: Foucault, filósofo, escritor, probablemente uno de los pensadores clave del Siglo XX. Más allá del revisionismo y de sus posturas que la derecha le reprocha, uno de los escritores más picantes, un artesano de los dobleces de lo escrito. Si no me creen, que es lo mejor

que pueden hacer, les recomiendo que lean las primeras 10, 15 páginas de “*Vigilar y castigar*”.

Entonces, ¿Qué podemos sacar de “Esto no es una pipa. Ensayo sobre Magritte”. En primer lugar, se trata de un ensayo, que es un género literario en sí mismo, que se trata de la exposición de algún tema que a un autor le interese, su argumentación, como si intentara reproducir una especie de diálogo interior. Acá Foucault ensaya sobre “*Esto no es una pipa*” de Magritte.

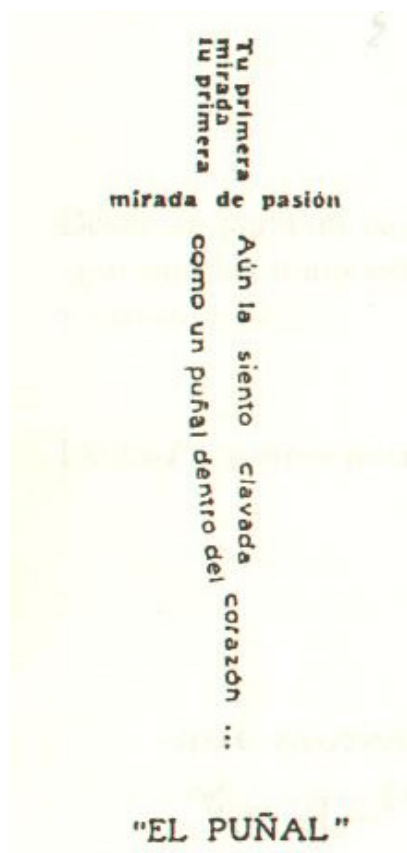
El primer capítulo es incomprensible si no tienen en cuenta que está trabajando dos dimensiones. Como leyeron, se refiere a una suerte de reescritura, está el cuadro al principio y su re-pintado. Él trabaja sobre el segundo, donde hay un cuadro-dentro-del-cuadro y una pipa gigante flotando. ¿Cómo lo trabaja Foucault?

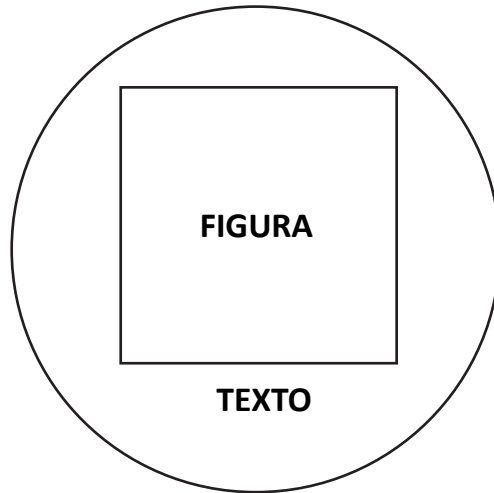
Bueno, una manera de leerlo es que el cuadro-dentro-del-cuadro viene a ser la *captación por el lenguaje* de la pipa salvaje que vuela por ahí, y que esa captación le imprime una *negativización*, la hace desaparecer bajo el *esto no es una pipa*, ya que es la *representación de una pipa* o el *dibujo de una pipa*, no se puede fumar con esa pipa -y lo más importante- es que *no es la pipa salvaje*. Está enmarcada, sostenida por tres patas, indicada por un texto, se va a caer, dice Foucault. ¿Se entiende el pasaje de *esto no es una pipa* a *esto no es un diagnóstico*? Es irrepresentable ¿No? Pero

ubiquen *la patología mental* en lugar de la pipa salvaje -si tuviera forma- en el papel diría *Esto no es un diagnóstico*.

Ahora viene lo bueno, en el capítulo II “El caligrama deshecho”. Si entendemos lo que dice acá nos da un pequeño *brainxplode*, ese meme donde explota la cabeza. Acá Foucault avisa que vuelve a la versión más simple del cuadro. Entonces dice que la operación de Magritte es construir un caligrama y deshacerlo en secreto. ¿De qué se trata? Primero, un caligrama es una manera de escribir un poema y hacerlo jugar con su forma, con la silueta del mismo en el papel. Acá les escribo algunos ejemplos bastante conocidos, como “El puñal” de Juan José Tablada.

Ahora bien, y acá es cuando aparece lo que no se estaba viendo. Foucault propone que el caligrama encierra una especie de lógica cerrada, donde la figura y el texto responden a un mismo sentido. Fijense que dice algo así que así funcionan las figuras en un manual o una enciclopedia. Entonces podemos hacer el siguiente gráfico. Un caligrama es esto:





Donde el círculo representa la unidad de sentido, es decir, cuestión que veremos a continuación, el texto remite a la figura y la figura al texto, funcionan en una especie de soldadura. Como ven, toma algo que nos parece totalmente natural para meter una disonancia. Si el caligrama del puñal tuviera forma de caracol, sería rarísimo ¿No? Hay algo hasta casi gestáltico, de la buena forma en juego, una satisfacción de que la cosa cierre.

Cuando habla del caligrama, fíjense qué sutileza, dice Foucault que el caligrama redobla el intento de captar el objeto. Si solo estuviera escrito “Esto es una pipa” sería bastante extraño, nos quedaríamos pensando ¿Qué pipa?, y si solo hubiera dibujada una pipa tal vez diríamos “Ah! una pipa”, cuando más bien la idea es que lo que hay allí es una representación, una imitación en dos dimensiones de un objeto. Hay de la naturaleza -si es que eso existe- del caligrama uniendo esos dos enunciados lo que intenta acorralar al objeto de la realidad.

Bueno, Magritte arma el caligrama escondiendo la estructura, vemos que es distinto “El puñal” a “Esto no es...” aunque no mete en el círculo que une texto y figura, como dando a entender que se trata de cosas en relación directa. Ahora bien, rompe con esa armonía al ubicar en la figura la silueta de un objeto conocido (pensaba por ejemplo, que esto no se sostiene con el sombrero/serpiente que se comió un elefante de “El principito”, ya que la figura es equívoca), objeto que provoca el reconocimiento (“Ah! Una pipa”) y el texto, que tendría que decir “Pipa” dice “Esto no es una pipa”, lo que produce la sorpresa de encontrar una cosa donde tendría que haber otra. Y ese movimiento de la mirada es clave en el análisis de Foucault, porque no se puede mirar la figura y leer al mismo tiempo, es algo que sucede en momentos sucesivos, y está en el artista la sagacidad de hacer esos movimientos contrapuestos de sentido. Por último, y es bastante interesante, es que Foucault profundiza, ya que dice que no son dos textos contrapuestos reunidos por una suerte de contigüidad “*Hola, soy una pipa*” y “*No sos una pipa vos*” sino que hay unas flechitas invisibles, ya que Magritte escribe “*Esto*” que puede remitir a la pipa dibujada arriba, al cuadro, al mismo texto, pero que al tomar el centro de la obra, hace desaparecer la pipa.

Hay un montón más de detalles. Lo que me interesa es que usemos esto tal como ¿Lo uso? ¿Podría haber usado? -No me queda claro- Scheinkestel en su libro. Yo lo pensé en dos niveles. En el primero -acá van a tener que usar la imaginación- tenemos *el diagnóstico* flotando haciendo las veces de la pipa *salvaje*, un diagnóstico en el cuadro y abajo “*Esto no es un diagnóstico*”. El otro nivel -tal vez es el mismo pero más específico- tenemos una ~~patología mental~~ y la vamos a escribir así en homenaje a Néstor -Braunstein- ¿Qué les parece poner *autismo*? Entonces en el cuadro estaría la representación del autismo -su figura- y abajo “*Esto no es un autismo*”.

Este pequeño dispositivo nos puede orientar en las dificultades que posee la clínica y la psicopatología. En primer lugar, que vendría a ser la *codificación del fenómeno*, hay un pasaje del fenómeno ~~patología mental~~ a las categorías, por ejemplo *autismo*. Hay una especie de captación de rasgos que pueden hacer una representación, un retrato o una caricatura, etcétera. Ahora bien, cuando nosotros comparamos cada caso que recibimos, o si, por cuestiones del tratamiento, entramos en una duda diagnóstica con un caso, cuando comparamos ese caso con la representación del cuadro, claramente vamos a empezar a sentir disonancias... “*Esto no es X, esquizofrenia, autismo, etcétera*”. Tal vez tenga la forma, se parezca, se ajuste, pero *esto no es una pipa*, hay que buscarle el rasgo de excepción. ¿Qué sucede si no hacemos ese pasaje? Bueno, el DSM funciona como un caligrama, un Trastorno de ansiedad generalizado y su figura (los ítem comportamentales) atrapan la cosa y la borran.

¿Algo se entendió? Bueno, nos quedan unos pocos encuentros, les recomiendo que lean para la próxima el texto de Colette Soler, más que nada la primera parte, y el texto de Gerardo Arenas. Nos vemos la próxima.

Capítulo N° 9

Hétero diagnóstico y auto diagnóstico, Colette Soler y Gerardo Arenas

Buenas tardes, ya estamos llegando al final de este seminario. Hoy estaremos punteando dos textos, uno de Colette Soler y otro de alguien a quien ya leímos, Gerardo Arenas. Para la próxima leeremos a Alfredo Eidelsztein, a modo de cierre de la parte teórica, digamos, y luego viene la parte lúdica o algo así, donde intentaremos hacer un cruce entre los textos que leímos y tres cuentos. Veremos qué sale.

Bueno, vamos a la cosa. Colette Soler es una practicante del psicoanálisis de nacionalidad francesa, discípula directa de Lacan, ha escrito una infinidad de libros y, si bien pertenece a lo que podemos llamar *lacanismo*, no pertenece a la Escuela de Miller, ya que ella y su grupo decidió distanciarse a fines de los años '90. Lo que leímos para hoy es la publicación de un curso dictado entre el 2003 y el 2004 en Francia bajo el título "*La querella de los diagnósticos*".

Uno puede leer este texto como cualquier hijo de vecino, para interesarse en el diagnóstico, en la clínica lacaniana, etcétera, pero es importante indicar que, en esa época -2003, 2004- hubo una gran movida de los psicoanalistas para oponerse a lo que se llamó *La enmienda Accoyer*, que era una disposición del Estado francés para regular las psicoterapias, quien puede y quien no atender y bajo qué condiciones, cuál es la psicoterapia indicada por el Ministerio de Salud, etcétera. Toda esta movilización tuvo consecuencias, digamos que todos las figuras se vieron llamadas a hacer algo, lo que repercutió también en la enseñanza, algo de lo social se cola en la producción teórica.

Por eso no me parece casual el tema, y particularmente el tono con que Soler les habla a sus colegas. En un libro de la misma época, que es una especie de diario o de conversaciones consigo mismo, que se llama "*El secreto de los dioses*", Miller dice claramente que la Enmienda Accoyer sacó al psicoanálisis del consultorio privado y lo hizo exponer -y exponerse- en lo público, en el espacio político.

Bueno, finalizada esta introducción, vamos al texto. Vemos este especie de *disclaimer*, de explicación de cómo viene la cosa con la Enmienda Accoyer desde el principio de la clase, pero me parece central lo que dice en el párrafo de la página 11, simplemente, acerca de qué se trata el psicoanálisis, a nivel epistémico y clínico, a diferencia de otras psicoterapias.

Bueno, vamos a lo que vinimos "*Un siglo de diagnóstico psicoanalítico*".

Empieza tranqui, con una declaración de principios: "*En tanto seguimos la enseñanza de Lacan no podemos prescindir del diagnóstico*" (Soler, 2016, Pág. 12). Excelente ¿Seguimos la enseñanza de Lacan? Bueno, entonces no podemos prescindir del diagnóstico. Acá hay una sutileza, ya que no dice *los diagnósticos* en tanto categorías,

sino más bien cerca de la tarea diagnóstica. Parece lo mismo pero no lo es.

Entonces se pone a tensar ambas acepciones a través de la historia del psicoanálisis (que por suerte ¡dura un siglo!). Dice Soler “*El psicoanálisis ha tenido (...) evoluciones en el nivel de la sintomatología* (Soler, 2016, Pág. 12)” porque “*los síntomas cambian según el contexto de discurso, son históricos* (Soler, 2016, Pág. 12)”.

Entonces intenta armar el proyecto de Freud, de elaborar una clínica asociada a una psicopatología que sea psicoanalítica. Entonces dice “*una clínica psicoanalítica propia, en sentido fuerte, suponía dos cosas: una nosología propia, es decir una identificación de los síntomas propia; y también, en segundo lugar, teorías explicativas propias (...) Freud y Lacan (...) retomaron la nosología psiquiátrica, sus términos, el mapa de trastornos aislados por la psiquiatría, y procuraron construir una teoría psicoanalítica de esa nosografía* (Soler, 2016, Pág. 13)”.

¿Se entiende? En muchos casos se trata de tomar categorías establecidas por la psiquiatría, la psicología, incluso otras disciplinas, para construir una *psicopatología clínica psicoanalítica*. Algo de eso vimos -fragmentariamente- en la materia Psicopatología, donde, en general, las unidades remiten a un clásico de la temática, la postura de la psiquiatría, del psicoanálisis, y una paginilla del DSM 5. El tema es que el psicoanálisis tiene su propias maneras de explicar el porqué tal o cual patología, incluso sus propias categorías nosológicas, por ejemplo, *psicosis ordinaria*.

Si bien nos estamos desviando por la vía *psicopatología o clínica*, me parece interesantísimo este párrafo:

Lacan no se refiere en absoluto a los nuevos síntomas que nos obsequia el capitalismo, estos síntomas que (...) llaman “los nuevos síntomas”. (...) Lacan subrayó la historicidad del síntoma e incluso produjo el neologismo de escritura *hystorie*. (...) Así es que tenía una poderosa conciencia de la evolución de los síntomas, de su relatividad en función del estado del discurso. (...) Hoy en día se hace mucho hincapié en los nuevos síntomas en la serie depresión, abulia, toxicomanía, trastorno de la oralidad, pasaje al acto... y hay preocupación porque presentan manifestaciones rebeldes, más rebeldes a la transferencia, resistentes para emprender un análisis. (...) Toda la serie designa trastornos de conducta que afectan directamente al deseo o a los goces pulsionales (...) no son síntomas que tengan que ver con el desciframiento. (Soler, 2016, Pág. 15)

¿Esto qué quiere decir? Que estos síntomas no responden al desciframiento inconsciente, que van por otro lado, que hay que encararlos de otro modo.

Después se desvía por cuestiones que son interesantes ¡pero interesantes para los psicoanalistas! La verdad que no creo que les llegue un caso diagnosticado como *Psicosis lacaniana* o *Histeria rígida* o *Enfermedad de la mentalidad*, que son diagnósticos del último Lacan.

En el apartado “*Polémica sobre el uso del diagnóstico*” hay cosas para nosotros, que vienen al tema que venimos trabajando desde el principio. Dice Soler que primero se va a ocupar de “la necesidad del diagnóstico en psicoanálisis. Algunas personas

piensan que el diagnóstico es inútil en el discurso psicoanalítico (...) pero también, y es enrevesado, están quienes denuncian el uso del diagnóstico como un abuso (Soler, 2016, Pág. 18)".

Soler ubica que es a partir de la obra de Foucault, en particular de "El nacimiento de la clínica" donde se empieza a desconfiar del diagnóstico. Dice "para Foucault, la actividad diagnóstica es hacer entrar el caso singular en una especie general. El diagnóstico se hace por un motivo de racionalidad; pero es un poco homólogo a lo que se hace cuando se clasifican las especies animales o vegetales (Soler, 2016, Pág. 18)" pero aclara que se trata del diagnóstico psiquiátrico, en tanto que

la sintomatología de la mirada siempre es una sintomatología del Otro, establecida por el médico. En la psiquiatría se hace hablar al paciente (...) pero en la medida es que a través de los que dice pueda entregar los signos de la especie mórbida a la que pertenece. En su palabra no se buscan las huellas de un sujeto, sino las huellas de su enfermedad. Es por lo tanto un hetero-diagnóstico, un diagnóstico que viene del Otro (Soler, 2016, Pág. 19).

Retengamos esta expresión: Hétero-diagnóstico. Como algo que viene de afuera, que remite a un distinto al paciente. Ahora bien, allí ubica que en el psicoanálisis se busca trabajar con el síntoma de otra manera. El verbo que usa es *acoger*, tal vez nosotros utilizamos *alojar*.

Entonces, dice que

el síntoma que puede tratarse está constituido de modo muy distinto, es un síntoma necesariamente auto-diagnosticado. En el psicoanálisis es un síntoma aquello que el sujeto considera como síntoma. Mientras no considere un rasgo como síntoma, este permanecerá inerte, permanecerá como un enclave en la palabra analizante. (...) sólo es síntoma tratable aquel que se presenta como un significante de la transferencia, es decir, que suponga un sujeto (...) El hecho de fabricar la forma analítica del síntoma, es una transformación (Soler, 2016, Pág. 19).

Soler no lo dice, pero -con cierto filo irónico- diremos que el diagnóstico que nos interesa, con el que podemos trabajar es el homo-diagnóstico, en contradicción con el hétero-diagnóstico. ¿Homo-diagnóstico? Claro, el que el sujeto denuncia como lo que no funciona, lo que estorba, lo que le da qué hablar, y en definitiva, por lo que demanda atención -psicológica-. Por eso es que después Soler habla de la demanda, sobre la que tendremos que operar *alla ju-jitsu* para *alojarla* en el dispositivo.

Sobre el final, contesta a la primera de las posiciones frente al diagnóstico cuando dice que esta cuestión del síntoma "explica por qué ciertos analistas piensan que el diagnóstico previo es inútil, ya que es en la elaboración de la palabra donde el síntoma puede desplegarse, pero el síntoma que se observa en la entrada no es interesante para el psicoanalista, y que en el fondo sólo interesa aquello que se revela bajo transferencia en los dichos del sujeto (Soler, 2016, Pág. 20)."

El apartado *“La ética de los diagnósticos”*, comienza con una par de palitos a Foucault, en especial a su Seminario *“El saber psiquiátrico”* de 1974. Soler ubica el espíritu universitario e intelectual luego de los eventos de mayo del ‘68 en París y confiesa haberse defraudado por la postura de Foucault en ese Seminario. Luego se refiere a un libro de un colega influenciado por Derrida, otro intelectual de la época, en una línea cercana a Foucault.

Pero, a la hora de responder a quienes denuncian el diagnóstico como una cuestión de abuso, dice

nosotros, en tanto que alumnos de Lacan, estamos persuadidos de la necesidad del diagnóstico previo para saber si la persona que recibimos puede o no beneficiarse por el proceso analítico y de qué modo.

La necesidad del diagnóstico es solidaria del racionalismo de la orientación lacaniana, es decir, del postulado según el cual la relación analítica con su experiencia de palabra y el instrumento del lenguaje por un lado, y por el otro el campo que ella trata, a saber, los síntomas, ambos (...) están regulados; es decir que hay leyes, mecanismos, y por ello un cálculo posible. (Soler, 2016, Pág. 22)

En este punto, podemos ver cómo vuelve al lugar lo que planteaba Freud con respecto al análisis de prueba, donde lo que se evalúa es la posibilidad o imposibilidad del consultante a qué pueda sacar provecho del psicoanálisis. Digamos dos cosas, en primer lugar no es una decisión fácil, y tampoco es para siempre, hay algo de la temporalidad que juega acá. Por eso dice a continuación que “evidentemente, el cálculo no lo es todo, no excluye la incidencia de la causa subjetiva singular propia de cada uno donde reside lo incalculable. Lo mejor que se puede hacer en el psicoanálisis es un cálculo que dé lugar a lo incalculable (Soler, 2016, Pág. 22 y 23).”

Y sobre el final, tenemos un acercamiento a lo que planteaba Scheinkestel, al menos en la cuestión etimológica “El diagnóstico (...) implica siempre un juicio ético y un juicio ético no es un juicio de saber (Soler, 2016, Pág. 23).” donde podemos leer que se trata de un acto. Y una cita importante, que también conversa con ese texto, o más bien con *“El ruiseñor de Lacan”* de Miller, cuando dice *“el diagnóstico es lo opuesto al nombre propio (...) como un nombre que identifica los rasgos de uno mismo como singulares, único, impredecibles justamente, y que no se promueve sino por la vía de los actos y las obras. Es lo que permite decir que el nombre propio existe al Otro: no es un significante del Otro (Soler, 2016, Pág. 23)”*.

Para cerrar este texto, una más de la diferencia entre psiquiatría y psicoanálisis:

“La ética del diagnóstico no es la misma en el psicoanálisis y en la psiquiatría. Esto no es sorprendente. Para el psiquiatra en tanto que agente de la salud mental, los diagnósticos, poco o mucho, en último análisis, refieren siempre a la adaptación social, a la peligrosidad o no. La evaluación ética del diagnóstico psicoanalítica no tiene ese referente, sino que se refiere a lo que apunta el psicoanálisis: A saber encontrarse en el inconsciente –ese

es el deber analítico-. Es un deber relativo a su discurso, ¡No es un deber general! Podemos interrogarnos en efecto en cuanto al diagnóstico, acerca de la forma en que un sujeto singular responde al destino que le arma su inconsciente, cómo se sitúa respecto de su verdad, y cómo se ubica respecto del goce real que él tiene tendencia a desconocer más o menos (Soler, 2016, Pág. 25).

Muchas gracias Colette Soler, pasemos entonces al texto de Arenas. Capaz me repita cuando lo presente la vez pasada, pero no importa. Gerardo es un autor que a mí me gusta mucho. Me gusta su estilo y cómo, a la manera de *una vueltita más*, va profundizando en distintos temas. En general escribe para psicoanalistas, por lo que tiene mucha complejidad, y por otro lado, es muy productivo, se puede seguir año a año y libro a libro qué cosas le van interesando. En fin.

Entonces: ¿Cómo leer este texto? Al ser escrito, el tono se lo pone el que lee. Les cuento cómo lo leo yo. El tono me parece que es algo desafiante, está toreando a sus interlocutores. En fin, no sé como lo leen, pero lo que transmite es algo que trae polémica, al menos en donde lo está presentando.

Si vamos al título, *“Como veterinarios o como analistas”*, ya desde allí ofrece una elección, una dicotomía. Veremos de qué se trata esa dicotomía.

Ubica el problema en *“el problema ético que diagnosticar plantea* (Arenas, 2019, Pág. 175)” y que

se entronca con que la agencia biomédica estadounidense desató al dejar de lado los clásicos DSM días antes que saliera su quinta edición. Para diagnosticar una enfermedad mental, esa agencia ya no apelará a la agrupación de síntomas por consenso de expertos (propia de los DSM), sino en neuroimágenes, tests cognitivos, genes y datos fisiológicos –lo que en el citado decreto llama evidencia científica (Arenas, 2019, Pág. 175).

Esto es lo que leíamos en el texto de Levy Yeyati más al principio del Seminario. Diario del recontra lunes: No sucedió así tal cual, más bien eso se llevó a cabo de una forma bastante rústica desde la neurología y con ciertas patologías –hola Néstor– como el autismo, mezclado con la autopercepción y demases. Ese es otro Seminario, no éste.

Sigue Arenas: *“Reducir el síntoma a signos medibles e independientes del criterio del médico es una objetivación indispensable para crear máquinas de diagnosticar.* (Arenas, 2019, Pág. 175”.

Hasta acá define el diagnóstico tipo DSM, pero acá les habla a los psicoanalistas, presten atención a lo que dice:

¿No sabemos que el único diagnóstico que nos incumbe es el que hace el paciente, ya que solo él puede indicarnos dónde paga en exceso por su satisfacción? Lacan insistió en que nada justifica nuestra acción sino ese penar de más. Los analistas ansiosos por diagnosticar, ¿no captaron que

el diagnóstico que importa sólo tiene sentido bajo transferencia y que no hay transferencia sin interpretación? Si sólo interesa el diagnóstico bajo transferencia –o sea, después de una interpretación primera que inaugura la experiencia analítica-, el analista apurado olvida que siempre debe interpretar antes de obtener del analizante su diagnóstico. (Arenas, 2019, Pág. 176)

Acá está la cuestión por la que quería hacer conversar este texto con el de Soler. Arenas da en el mismo lugar (hetero-diagnostico versus homo-diagnostico) pero introduce lo del *penar-de-mas*, concepto que introduce Lacan en el Seminario 11. ¿Qué quiere decir? Habilitar el espacio para que el que demanda pueda indicar dónde paga de más, con una satisfacción que se le presenta sufriente, y que a partir de allí se pueda construir un síntoma bajo transferencia.

Acá se profundizan las dos vertientes, la de los veterinarios y la de los analistas... Un poco más de cómo funciona la lógica:

Pero las cosas funcionan así porque la medicina no se ocupa de los seres hablantes en lo que tienen de hablantes, sino en lo que tienen de animales. Y, como el médico es una suerte de veterinario especializado en homo sapiens, su discurso suele situarse en un nivel distinto al de los cuerpos que trata. El discurso del analista, en cambio, jamás lo hace. Y el del psiquiatra puede pretenderlo, pero no lo logra (Arenas, 2019, Pág. 176).

¿Ven cómo se articula la ética en su vertiente de autoridad, cómo el veterinario se autoriza a estar en otro lugar, cosa que el analista no hace, y al psiquiatra le cuesta? Hilando fino, hay una versión casi compasiva de los psiquiatras, como si intentaran considerar al otro un semejante y no les saliera...

Seguimos con la ética

La diferencia entre el diagnóstico veterinario (ontológico) y el diagnóstico psicoanalítico (ético) surge de que, por ser hablantes, somos únicos. Esta implicancia de nuestra naturaleza hablante es tan clave como otras dos, despejadas por el psicoanálisis: 1) hablar nos hace sujetos del significante 2) como eso anula la determinación que el instinto sexual impondría si existiera, debemos inventar nuestras propias soluciones, y ello abre la caja de Pandora de donde saldrá esa enorme diversidad de goces que nos caracteriza.

Singularidad, sujeción al significante, y pluralidad de goces: convendría no olvidar los tres corolarios de la condición de seres hablantes. Si ésta nos hace singulares y nuestros síntomas (esas invenciones) son contingentes, no hay normalidad ni es racional encasillar síntomas en mapas nosográficos. La locura de cada uno es única. Esto dismantela toda aspiración clasificatoria basada en una supuesta psicopatología psicoanalítica (Arenas, 2019, Pág. 176).

Todo nos conduce a una frase de Lacan en un texto marginal que se llama *“Lacan por Vincennes”* donde escribe *“Todo el mundo es loco (Arenas, 2019, Pág. 177)”*.

Luego toma una referencia a Miller cuando dice que este *“la comentó diciendo que, en el discurso analítico, para el cual cada uno es incomparable, el diagnóstico no tiene cabida. (Arenas, 2019, Pág. 178)”*. Este es un punto difícil, en mi lectura, acá va por la senda nominalista, que hace caer los diagnósticos. Es más, en el comentario que hace luego de la estructura, refuerza más este punto.

Arenas también le tira al análisis de prueba *“Las entrevistas preliminares no están hechas para averiguar si el paciente es o no neurótico (como si eso fuera crucial y fácil de zanjar), sino para que él mismo defina el campo quirúrgico donde el analista estará autorizado a actuar (Arenas, 2019, Pág. 178).”* Entonces, el análisis de prueba no nos sirve para elegir entre neurosis o psicosis, o para saber si el paciente puede o no servirse del psicoanálisis... aunque sí, ya que sí puede indicar *el campo quirúrgico* es porque podría servirse del análisis ¿No?

Luego se mete en lo universal, lo particular: *“lo singular no es el colmo de lo particular, (y con más razón, a todo universal) que quiera englobarlo. El analista que sitúa por encima de lo singular lo universal suelta la única brújula útil que puede orientarlo en la experiencia. Y así no sólo se desorienta, sino que cambia de discurso, ya que, sépalo o no, deviene agente del discurso del amo. (Arenas, 2019, Pág. 179)”*

Pero, en fin *“es posible hacer un buen uso analítico de algo que también merece llamarse diagnóstico, aunque no sea la brújula de nuestras curas. (Arenas, 2019, Pág. 179)”*

Entonces, ¿cuál es esta no-brujula? *“la sumisión a lo singular (...) no exime de interrogar en qué estructuras universales se inscribe un analizante, pero establecerlas no es principio ni guía de nuestra acción. Hace medio siglo, Lacan señaló que el rótulo diagnóstico hace de barrera de protección, pues nos permite creernos ajenos a lo que ocurre en la transferencia, y juzgar al paciente como si fuera un bicho raro cuya naturaleza investigamos (Arenas, 2019, Pág. 180).”*

Podría cerrar acá y dejarlos con una sensación de enigma, pero esto que dice al final tiene que ver con otro texto -lamentablemente marginal- que se llama *“Pequeño discurso a los psiquiatras”* donde Lacan ubica cierto uso de las categorías psiquiátricas para alejar al loco, al enfermo, una suerte de protección frente a la locura.

De nuevo y juro que es la última, ya veo que quieren guardar sus cosas y salir corriendo de la Universidad, tal vez yo también. Vean como Arenas da unos pasos más que Soler, en especial como se vale del hetero-diagnostico para pensar toda una lógica del análisis. Nos vemos la próxima.

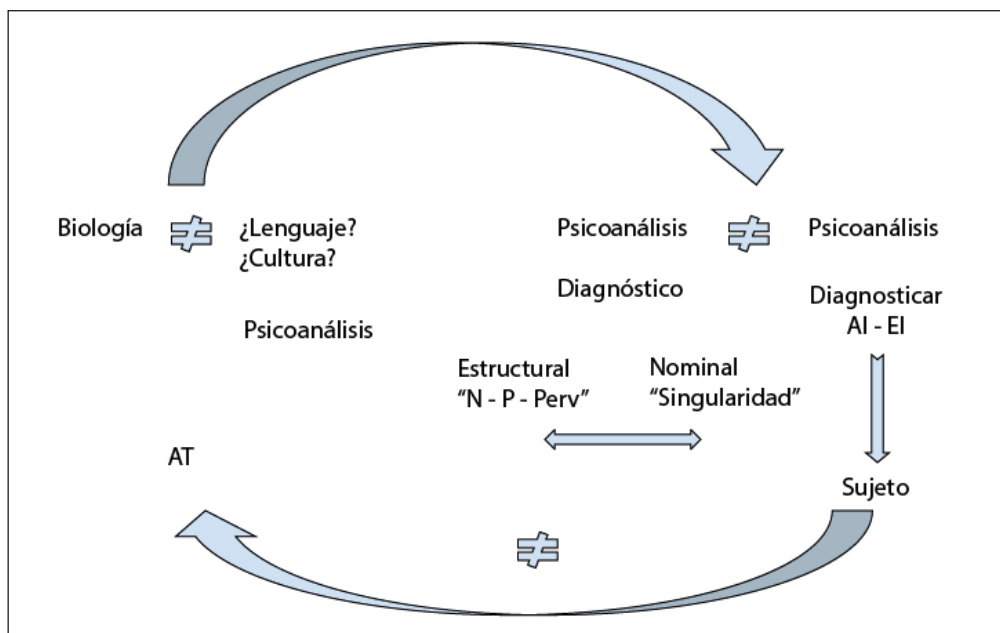
Capítulo N° 10

Diagnosticar al sujeto, la propuesta de Alfredo Eidelsztein

Bueno, buenas tardes. Ya estamos hacia el final de nuestro recorrido.

Luego del texto que comentaremos hoy será momento de extraer algunas conclusiones del trayecto, las cuales no hacen falta que sean conclusivas. Calculo que la mayoría apuntan más a abrir que a cerrar, y pueden ser buenos pies para continuar investigando.

En el encuentro anterior escribí algo en la pizarra para ir ubicándonos en la jungla del psicoanálisis y no perdernos. A modo de no perder eso que estábamos armando, volví a escribirla. De alguna manera es la trayectoria del Seminario.



Teníamos, de izquierda a derecha, algo así como las dos oposiciones que nos orientan, en primer lugar *biología* y *lenguaje o cultura*, que los escribíamos entre signos de pregunta porque quizá haya un nombre mejor para eso. Esa es la pregunta que abre nuestro Seminario, recuerden que escribimos abajo una llave que tomaba ambas propuestas epistemológicas y ahí ubicamos el acompañamiento terapéutico. De alguna manera, al menos en la práctica, el acompañamiento terapéutico se las arregla para ¿tamizar? ¿encastrar? ambas, es decir, individuo y sujeto. En la teoría la cosa no funciona tan fácilmente.

De ahí hicimos una flecha que nos lleva al bloque III de textos, donde confrontamos psicoanálisis con psicoanálisis, y allí surgen al menos dos tensiones: Al interior de lo que hoy, a tono con el autor que trabajamos, llamaremos *lacanismo*, como la lectura en clave milleriana de la obra de Lacan, en la tensión entre el diagnóstico *estructural* y *nominal*, o bien entre *estructuras* y *singularidad*, que acá llamamos *cassata congelada* y *descongelada*. Si leen esta tensión desde los textos *lacanistas* parece no haber tensión, pero dan por sentado que hay una flecha ida y vuelta entre *realismo* y *nominalismo* que, al menos filosófica y epistemológicamente, no existe. Al menos eso lo puedo sostener yo mismo desde mi tesis de maestría y me apoyo en el libro de Alejandro Méndez Parnes “*Los nombres del diagnóstico*” del 2014.

Ahora bien, el texto que picaremos a continuación nos plantea la diferencia entre sujeto e individuo. Dicho así parece una idea bastante simple -la es, por supuesto- pero ataca varios prejuicios, que derivan de una posición bastante aristotélica, que nosotros llamamos *sentido común*.

Por ejemplo, podría sernos indistinto hablar de individuo, persona, hombre y sujeto. A veces se usa sujeto como una forma moderna de referirse al ser humano en singular, pero este texto, y toda la obra de Alfredo Eidelsztein atacan esos puntos.

Vamos a los puntos más destacados:

En medicina y psiquiatría (que es más o menos lo mismo, pero que tiene algunas diferencias) “*diagnóstico coincide con el arte de descubrir e interpretar los signos de una enfermedad*. (Eidelsztein, 2019, Pág. 1)” y si desde el psicoanálisis hacemos eso, o bien, en donde van esos signos utilizamos conceptos como “*estructura clínica*” o “*modalidad de goce*”, lo que podrían estar haciendo es *aumentar el sufrimiento, en el sentido de incremento del malestar originado en la cultura* (Eidelsztein, 2019, Pág. 1)”. ¿A qué responde esta idea?

Si bien es un texto anterior a la publicación de lo que en la asociación que preside Eidelsztein -APOLA, Apertura para otro Lacan- llaman Programa de Investigación Científica (PIC), allí van a encontrar la respuesta a esta idea.

En el PIC, luego de exponer los fundamentos epistemológicos que sostienen APOLA, en la página 15 aparece el “*diagnóstico de las tendencias que operan como origen del sufrimiento que enfrenta el psicoanálisis*”, y allí figuran tres que nos interesan, que son “1- *individualismo*; 2- *biologización*; 3- *Nihilismo* (Eidelsztein, 2023)”.

Lo interesante es que, al diagnosticar cuáles son las fuentes del malestar a las que se enfrenta el psicoanálisis, y luego hacen un cuadro donde, sobre esos puntos diagnosticados ubican el “*Posicionamiento del psicoanálisis actual*”, y ubican en *individualismo* la idea “*No hay Otro*”, la *responsabilidad subjetiva*, que el *aparato psíquico sea interno*, es decir, una persona, un sujeto, una persona, un aparato psíquico, una persona, un inconsciente, como si fuera una suma $1+1+1+1+n$.

En biologización ubican el *vitalismo*, que todo se origine en un cuerpo vivo, ya sea el goce, las pulsiones, etcétera; y que este cuerpo, tomo algo del punto 6, sea el cuerpo tridimensional, o sea, la carne.

Por último, en *nihilismo* ubican que para las pulsiones, no hay sentido, no hay valores, solo satisfacción o insatisfacción.

Entonces, para cerrar la idea y abrir a lo que sigue: Para este autor, si diagnosticamos en consonancia con las tendencias que llevan al malestar (*individualismo, biologización, nihilismo*) aún desde el psicoanálisis, podemos aumentar ese malestar, y de allí es que sería una intervención iatrogénica.

Por eso es que plantea que esto es diagnosticar al sujeto, leámoslo así, encorsetar al sujeto en los malestares establecidos, mientras que lo recomendable sería diagnosticar el sujeto.

Por eso el texto hace una curva y comienza a definir qué es sujeto. Toma las dos acepciones de Sujet, en francés que “*significa, fundamentalmente: 1. sujeto, sometido, expuesto, propenso; 2. asunto, materia, tema.*”

La primera acepción es bastante usada, sujeto como *sujetado* a una historia, al lenguaje, a la época, al trauma, etcétera. Pero Eidelsztein rescata la segunda acepción, tenemos que diagnosticar cuál es el *asunto, el tema* que da lugar a la posición del analista. Les recomiendo, si andan por el PIC, que vayan a la entrada *Sujeto* que está entre las páginas 22 y 24.

Tomando desde allí, el punto 5), la noción de *sujeto local* (Eidelsztein, 2023, Pág. 24) deja por fuera cualquier intento de asimilar estas ideas a cualquier práctica que no sea el psicoanálisis. Es algo que hace un tope a la idea de *importación* desde el psicoanálisis.

Si seguimos el texto original, volvemos un poco atrás, a lo que ya vimos que anticipa el PIC.

Vamos al párrafo donde Eidelsztein enuncia su posición:

[El sujeto] “a) coincide en la práctica analítica con el asunto, tema o materia que se trama entre los dichos del analista y de la persona que lo consulta, que dado el caso de una entrada en análisis pasa a ser el analizante y no el sujeto; b) existe siempre en una localización “entre-dos”: entre significativo y significado, coincidiendo así con la barra del algoritmo S/s-, entre S1 y S2, entre las dos cadenas-escenas del enunciado y la enunciación y, al menos, también entre las lógicas del 0 y del 1.

Así el “sujeto lacaniano”, como Lacan mismo lo indica, requiere siempre de inmixing de otredad para ser establecido. (Eidelsztein, 2019, Pág. 2 y 3)

En esta idea nos tendríamos que detener un poco. Eidelsztein considera que Freud definió al individuo como si fuera un *huevo*. Con una membrana que marca interno y externo, y un núcleo. Si leemos “*El yo y el ello*” de Freud, cuando dibuja el aparato psíquico a esa altura, la década del ’20, el núcleo del individuo sería el yo. Es como la yema del huevo.

Lo que propone Eidelsztein, a partir de la lectura de Lacan, que éste tiene una idea distinta a la de Freud al ubicar un agujero en el núcleo de ese huevo, que rompe con la idea de interior-exterior, y que ubica algo *externo* como yo, por ejemplo, es lo que leemos en “*El estadio del espejo...*”. Si pensamos cómo algo que se ubica en un centro vacío pertenece a Otro, es aquí donde juega el concepto de *inmixing* del inglés o inmixión. Según Bruno Bonoris, otro participante de APola, “*supone una mezcla de*

elementos en la que la esencia misma de tales elementos está disuelta y participa de la mezcla. Esta condición impide, una vez disuelta la esencia, volver al estado anterior. (Bonoris, 213. Pág. 83)”

“Ese sujeto sólo existe si se ofrece un espacio “inter”, que implica fundamentalmente la articulación de lo uno y lo otro de los dos partenaires en juego en la escena requerida en la práctica analítica. (Eidelsztein, 2019, Pág. 3)”

¿Cuáles son las consecuencias de usar este modo?

Diagnosticar el sujeto, tal como lo concibe Lacan, implica la erradicación del uso, a su respecto, de categorías tales como: sexo, edad, estado civil, etc. Estrictamente hablando, en psicoanálisis no se pueden sostener sin contradicción las expresiones: “sujeto mujer”, “sujeto niño”, “sujeto soltero”, etc.

Además hay que dejar establecido que tal concepción del sujeto implica que el mismo no progresa ni madura, tan sólo evoluciona, “revolucionaria” en la medida en que se repite en forma de línea cerrada en la lectura compartida de los textos donde se encuentra entramado. (Eidelsztein, 2019, Pág. 3)

Y la última vueltita del texto es muy buena. En lugar de la flecha de los *freudolacanianos*, que va y viene de realismo a nominalismo, acá Eidelsztein dice que *“Una vez diagnosticado el sujeto, (...) la utilización de las nociones de las estructuras clínicas se inscribe en la lógica de la clínica en transferencia. En psicoanálisis, “neurosis obsesiva”, “histeria”, “fobia”, etc., tipifican modalidades del lazo entre analizante y analista y no deben servir para establecer modalidades o tipos individuales.* (Eidelsztein, 2019, Pág. 3)” ¿Qué quiere decir? Lo primero es situar el tema, el asunto, de qué se trata la demanda. Luego, lo que se construyó como *estructuras clínicas* no responden a *la estructura*, sino más bien a tipos clínicos en transferencia. La duda que me queda es si se opera desde allí o no.

Bien. Hagamos una suerte de pequeño balance de todo lo que hemos trabajado, en particular con lo que presentamos hoy con respecto al sujeto.

Sin dudas, algo que sabíamos desde el principio, la noción de sujeto es privativa del psicoanálisis, es decir, que necesariamente se imbrica en condiciones que son propias del despliegue de la subjetividad en el dispositivo analítico, desde lo más básico, de un espacio al que el paciente -llamémoslo así- va a hablar y a tratar de encontrar desde su discurso cuáles son las condiciones que tienen que ver su sufrimiento y su posición frente a ese sufrimiento. Este dispositivo no es el dispositivo de los acompañamientos, cuando se pretenda restringir la función del analista al de un acompañante. Entiendo -entiendo poco también- que la figura del acompañante terapéutico es una figura en construcción, todavía muy hétero-hablada por psicólogos, pedagogos, médicos y varios etcéteras. Con algunos de ustedes hablamos de armar un Seminario acerca de “Las figuras del acompañamiento” donde fuimos tirando ideas de todo tipo, desde las figuras más maternas, al doble en la psicosis, yo les proponía la figura del *escort* para tensar un poco con la sexualidad e infinitos etcéteras.

Entonces. No hay acompañamiento terapéutico psicoanalítico, pero -podemos

teatralizar diciendo peeeeero- hay cuestiones que podemos tomar con pinzas y aplicarlas al acompañamiento.

Voy a tratar de ir en el orden que fuimos trabajando los textos. Creo que una primera cuestión a tomar, o a des-naturalizar es la *naturalidad de las enfermedades mentales*. Todo el desarrollo gira en torno a esa cuestión. No tienen que ver exclusivamente con lo orgánico, sino que muchas veces con una cuestión de época, de elecciones del sujeto, de dificultades, que a veces son de la persona y a veces del entorno -familiar, educativo, social, etcétera-. Por lo que una primera cuestión es cuestionar los diagnósticos, en especial en la situación en que un paciente llega a consulta, generalmente ya diagnosticado. Hay numerosos ejemplos de cómo pensar esa cuestión.

Otra cosa, y casi a consecuencia de esta última, diferenciar persona, individuo, cuerpo, subjetividad, síntoma, nombre, etcétera. Lo que dicen Soler y Arenas funciona, como así también lo de Eidelsztein. Es cierto que vivimos en una etapa horrible del capitalismo tardío y senil, donde todo es mercancía, incluso uno mismo. Ahora, se puede frenar esa locura y darle valor a lo que la persona puede nombrar como *su problema*. ¿Esto garantiza el éxito de un tratamiento? No lo sabemos, pero al menos trabajaremos con un ser humano, con la parte humana de un ser.

No se me ocurren más cosas, tal vez la próxima, cuando traigamos -si es que funciona- algunas aplicaciones de lo que vimos a la literatura, y que podamos charlar acerca de esta temática. Los dejo el fin de semana con Kafka, Osmont y Fontanarrosa.

Capítulo N° 11

Una aproximación tangencial al diagnóstico desde la literatura: Kafka, Osmont y Fontanarrosa

Bueno, aquí estamos en el último encuentro del Seminario. La idea, un tanto delirante, es que tratemos de relacionar lo que podemos leer en material literario, en este caso, tres cuentos -supongo que son cuentos- que son "*Informe para la academia*" de Franz Kafka, que lo tengo compilado en esta edición de Edhasa de Cuentos Selectos, por Diego Erlan y con traducción de Ariel Magnus -gran apellido-; "*La observación de los pájaros*" de Roberto Fontanarrosa, de Editorial Planeta; y "*Mi negro*" o "*Mi sudanés*" -depende la traducción- de Edouard Osmont, de este librito hermoso que se llama Antología de humor y terror, de 1971. Si alguna vez se edita una novela corta que escribí, hay todo un capítulo donde cuento cómo este libro aparece y desaparece sucesivamente con los años. Ahora lo tengo ubicadito para usarlo en clases.

No sé si hay un orden natural de los textos, me gustaría que arranquemos por el de Kafka. Hablemos un poco del autor. Si ubicamos a Kafka como uno de los escritores clave del Siglo XX, por su tono, por sus temáticas, bien que el Siglo XX podría no haber tenido una de sus figuras claves. En teoría, la obra de Kafka se publica por una traición de su amigo Max Brod a su mandato, el de quemar todos sus papeles. Brod junta todo lo que puede y se decide a construir a Kafka, quien era una especie de oficinista gris, tremendamente lector y escritor. No se vive de anécdotas -a no ser que hayas sido mánager de Maradona- pero una que me gusta mucho es la de la escritura de "*La condena*", que Kafka escribió durante la noche del 22 de septiembre de 1912. Es el texto con el que empieza esta recopilación y se merece un *Maratón Kafka* de escribir un texto de pe a pa desde la noche a las 8 de la mañana.

En fin... Informe para la Academia. ¿De qué se trata? Simplemente, un mono, o ex-mono, va a la Academia, supongamos, viene a la Facultad a exponer acerca de su vida anterior como mono, y cómo se las ingenió para convertirse en un ser humano. ¿Es una locura? Sí, sin dudas, pero hay muchos trazos de brillantez de Kafka.

Lo primero que notamos es que el mono habla, cosa que nos va a contar un poco más adelante. Es decir, puede -a veces con dificultad- hablar de cómo pensaba antes de adquirir el lenguaje. Entiendo que hay un mono que habla, todo bien, pero ahí hay un punto ficcional ¿Cómo hablar de pensamientos pre-lingüísticos? Es genial cuando dice que los monos piensan con el estómago, que la cuestión de los cálculos es de humanos, esto de que si escapa en el barco lo van a agarrar las serpientes o se va a ahogar.

Pero lo más interesante es el punto donde de alguna manera decide *humanizarse*. Lo que es cuenta que ser humano, tal vez podamos decir ser normal, implica imitar a los demás. ¿Qué hace? Comienza a escupir y a fumar, cosas que hacían los

marineros. Y el punto de quiebre es cuando toma el aguardiente como esa suerte de profesor que le indica cómo debe hacerlo.

Y ahí es cuando se transforma en un ser hablante, se baja la botella, dejando atrás el asco que le daba el aguardiente y grita "Hola". A partir de allí es cuando puede elegir si va a vivir en un zoológico o si va a tener una carrera artística, y entre la jaula y la no jaula elige... la no jaula. Acá es cuando se puede observar la pluma sagaz e irónica de Kafka, cuando el mono dice que reparte sus días entre actuar y dar testimonios en la academia. Al fin y al cabo, un mono podría ser un humano normal si dejara atrás su pensamiento simiesco y se pareciera a un ser humano normal, escupiendo, fumando, tomando, es decir, teniendo un comportamiento normal. La viñeta del final todavía no puedo cerrarla en una idea. Dice algo así como que vive con una chimpancé amaestrada con la que hace sus cosas, pero que ve algo en su mirada, como si algo de ella estuviera aún anclada en lo simio. No lo sé, me trajo algo así como una sensación de vacío, como algo enigmático. En fin. Gran texto.

Pasemos a Fontanarrosa. Me encanta como arma una historia allí donde no hay historia. Estamos en el fútbol, pasamos de la Academia a la academia rosarina, Rosario Central contra Newell's old boys, canallas contra leprosos. Y este personaje tan particular que elige, porque elige, no ir a la cancha para ver el partido -les recuerdo que en otra época ambas hinchadas iban al partido, no solo los locales- no ver el partido por la tele ni escucharlo por la radio. Acá también nos encontramos con un personaje particular, con sus cositas. Se ve que tuvo una especie de frustración con la radio, un amague o algo así, y decidió no escuchar el segundo tiempo y escapar del partido, aunque no puede, no puede escapar ya que el partido que se desarrolla en el Parque -hoy el Coloso Marcelo Bielsa- es la referencia de todo el cuento.

Entonces tenemos a este personaje caminando por una ciudad de Rosario, un domingo a la siesta, desierta por el clásico, y el tipo sale a la calle a buscar signos que le digan cómo va el clásico. Y acá viene el link, para mí con el diagnóstico, que es que en cualquier situación uno elige qué signos le hacen sentido, como en el caso del personaje, del cual leemos su diálogo interior. Y acá observamos cómo, a la par de que él va interpretando -en clave del clásico- los signos que se le aparecen, cómo va variando -vamos a decirlo así- cómo va leyendo la realidad desde su *ventana*. Por ejemplo, escucha un grito, es una casa humilde de lo que él considera un barrio de Central, pero ya no se puede confiar en que los humildes son de Central y los chetos de Newell's, por lo que le parece más bien que es gol de ñuls, está todo mal, mañana se va a tener que bancar las cargadas, etcétera. Y así con todo.

Fíjense cómo se describe a sí mismo el personaje, yo lo tengo en la página 156 *"Uno es un radar, es una antena, un cervatillo frágil que eleva el morro húmedo en la espesura, el oráculo que adivina el destino en la lectura sutil de los guijarros"*.

Estruendos, pasa un tipo en auto que le dice que pierde Central 1 a 0, el mundo es un lugar horrible, todo es lo peor. Estruendos, muchos estruendos, seguro Newell's nos goleó, Rosario va a ser una ciudad peor de lo que era hace 90 minutos, como dice por ahí, hay que meterse 20 días en la cama y no salir, escucha un grito, un muchacho le confirma que Central lo empató en la última jugada -que los entiendo si no son futboleros- es una sensación increíble, no lo dice Fontanarrosa acá pero seguro

que estaría de acuerdo, empatar en la última jugada es mejor que ganar 2 a 0 en un partido choto.

El personaje, fiel a su construcción se alegra, su discurso pasa a la felicidad todo, nada le importa, atrás queda todo el pesimismo, aunque lo que más me gusta es que no se rompe el registro, no pasa a narrar en tercera persona y dice “Entonces Roberto se subió a una rama y gritó: “¡Central nomá!”. No, el personaje sigue ahí, pensando, hablando consigo mismo, de cómo no haría eso, de subirse a una rama, vuelve a su casa. Ha envejecido mil años. Lindo texto. Este es un gran libro, calculo que casi toda la literatura de fútbol es un hallazgo, de contar una historia en paralelo a esa cosa tan extraña como lo que sucede en un partido. Si les gustó este, les recomiendo “19 de diciembre de 1971”, un cuento que se maneja en un registro increíble.

Y cerramos con un texto bastante polémico. Si les pareció fuerte la línea de Fontanarrosa en la 151 “*Pero ahora uno ve conchetos de Central y unos grones impresionantes que son leprosos*” preparense. Bueno, en realidad es polémico si leemos literalmente -cosa que se acostumbra bastante en esta época-. Más bien es un texto irónico que apunta al corazón racista del europocentrismo, que puede ser el corazón prejuicioso de cualquiera.

Entonces. Al personaje le llega una carta de Tombuctú -que en la actualidad pertenece a Mali, África- de un tal Latapy, que le comenta que próximamente llegaría un muchacho que quiere conocer París, que no es cualquiera sino que es un sudanés, que como dice el título es negro. Podría ser cualquier cosa distinta a un europeo, pero Osmont elige que sea un muchacho negro. Fijense lo sutil de la escritura “*Si aceptas albergarlo y alimentarlo (...) te servirá de buen grado sin reclamar pago alguno.*” ¿De qué estamos hablando? ¿Qué tipo de trabajo es uno donde te dan lugar y comida pero no te pagan? ¿Una pasantía? Bueno, el personaje no se va con vueltas y dice “*Un sirviente gratis ¡Buen negocio!*”

Entonces, y acá viene la clave, cuando se encuentran, el personaje diagnostica que el sudanés está sucio, que hay que hacerle un tratamiento para que vuelva a la normalidad, es decir, ser blanco.

Está pareja podría ser blanco-negro, psiquiatra-loco, medico-enfermo, etcétera, pero para poder aplicarle la hipérbole -es decir, la exageracion- blanco y negro, europeo y africano funciona, ya que en el europeo hay una convicción inamovible, una certeza de que el otro está sucio, y de paso -que es idiota-. Entonces lo lava, lo hierve, lo raspa, lo pinta, lo dora, hasta niquelarlo y de paso -cosas que pasan- martarlo. El cuento termina en que el muchacho termina de pisapapeles, con el gesto irónico de tapar sus partes pudendas con una hoja. Y todo esto surge del encuentro con ese rasgo desconocido que se traduce, diagnósticamente, en que el otro está sucio y no lo sabe.

Bueno, hasta aquí llegamos, espero que con más preguntas que al principio, con alguna que otra hipótesis, y con el saldo de al menos habernos divertido mientras nos metíamos en estos textos. Nos vemos.

Bonus track: Las paradojas de la despatologización.

Lucio Pierini - 3/10/2025

Me gustaría comenzar esta conferencia agradeciendo al trabajo realizado por la Secretaría de Formación del Centro de Investigación y Docencia de San Luis, con quienes nos reunimos un montón de veces, y asimismo, al laburo realizado desde la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Económicas, Jurídicas y Sociales de La Universidad Nacional de San Luis, hoy a cargo de Nazarena Echandía, y con quien trabajamos codo a codo para realizar este encuentro, Pamela Bianco. Hasta la realización de estas conferencias, contando la anterior, a cargo de Patricia Lucero y Nicolás Katzer, era descabellado pensar en armar una actividad de psicoanálisis en Villa Mercedes. Agradezco el acompañamiento de Fernanda Manrique, con quien nos juntamos algunas veces a hacer esto más entendible.

Bueno, "*Paradojas de la despatologización*": Quise empezar esta conferencia delimitando el concepto de *paradoja*, lo que podría ser una conferencia en sí misma. Es verdaderamente amplio el concepto, así que para no marear, tomaremos una de las tantas definiciones que hay, para afinarla a lo que queremos transmitir. Vamos a tomar a la paradoja habitando un hecho de lenguaje, el cual crea un espacio simbólico, pero que implica una contradicción al interior de ese espacio. Entonces, intentaremos dar cuenta de algunas contradicciones al interior del discurso de la despatologización, sin que ello implique estar en contra de la despatologización.

Iremos entonces desde la *patologización* como el nacimiento de la psiquiatría, como apertura de un espacio simbólico nuevo, a la despatologización como movimiento político, a la llamada *despatologización neuro* y a la propuesta lacaniana *todo el mundo es loco*. Sobre el final, haremos algún comentario acerca de los llamados *estilos de vida* y la *responsabilidad subjetiva*.

Para comenzar con esto, debemos ubicar de qué hablamos cuando hablamos de despatologización. El primer movimiento es comprender qué significa la *patologización*, que vamos a tratar de captar como un término que aparece en un momento de la historia, que crea un espacio simbólico, nombra a un número de individuos, y entra en el discurso común.

Una práctica habitual que tenemos en la psicopatología es pensar el fenómeno de la locura como intrínseco a la experiencia humana, de la que podemos dar cuenta a través de la historia. Ahora bien, cuando hablamos de psicopatología, en términos de patología mental, de lo que damos cuenta es de un intento de atrapamiento de ese fenómeno que es la locura en términos científicos. Por lo tanto, siempre va a haber una especie de reducción. En ese sentido, locura y psicosis, por ejemplo, no son sinónimos, psicosis viene al lugar de lo que podemos elaborar de una experiencia más vasta que es la locura.

Otro punto a destacar es que cuando hablamos de patologías mentales, por un lado se sostiene una diferencia entre patologías médicas, mediadas por un número

especificado de agentes, que alteran un proceso de salud, y que la cura es una vuelta al estado de salud, que en el caso de las llamadas enfermedades mentales no se sostienen esas causas, por lo que no se subsumen las enfermedades mentales a las médicas. Por otro lado, la herencia epistemológica hacen que el concepto de *lo mental* sea el lugar donde antes estaba el alma o el espíritu, parcialmente recubierto por la razón o la conciencia. Por estas cuestiones, ligamos las enfermedades mentales a hechos que tienen que ver con una época o con un estado del lenguaje más que con una inmutabilidad orgánica. La frase que se me ocurre es *las enfermedades mentales no crecen en los árboles*, destacando su no naturalidad. Pasemos entonces a la patologización:

Ubicamos como el creador de la patologización al Doctor Phillipe Pinel (1745-1826 81 años), quien trabajó en el hospital de Bicêtre, al sur de París entre 1793 y 1795, y luego en la-salpetriere hasta su muerte. Observamos que el legado de Pinel comienza durante la Revolución Francesa y luego con el período imperial de Napoleón Bonaparte. Antes de la Revolución, en lo que se conoce como *El antiguo Régimen*, existía la figura de los insanos, bajo jurisdicción Real y condenados al encierro, junto con un número heterogéneo de otros grupos, como eran otros enfermos, delincuentes, mendigos, prostitutas, presos políticos, etcétera. No es en vano recordar que una parte no menor de la Revolución Francesa y sus distintas etapas tuvieron en primer plano lo que pasaba en cárceles y hospitales.

¿Qué hace Pinel? Frente al panorama que encuentra en el hospital, crea una categoría, una nueva patología que se llama *Alienación mental*, que aplica solo a un grupo de los que estaban el hospital, a los cuales se les llamará *alienados*, que recibirán un *tratamiento moral* en una instalación que es el *Hospital de Alienados o asilo*.

Estamos hablando del momento germinal de la psiquiatría como disciplina médica, como una manera de acotar eso que llamamos *locura*, que parecería habitar al ser humano, y que en cada período algo de la cultura viene a intentar acotar. En este caso, algo se inscribió desde la medicina.

Más allá que se trate de un movimiento humanista, igualitarista, tal vez podríamos hasta decir *qué bien, alguien vino a ayudar a este grupo de personas*, tenemos que destacar dos cuestiones que tiene que ver con una perspectiva más ligada a los usos del lenguaje. En primer lugar, lo que ocurre es un proceso de *segregación*, de un grupo se corta una parte, se los individualiza y se los aísla. Los alienados no son enfermos, no son delincuentes, no son mendigos, etcétera, pero deben ir a un lugar x, llamado asilo, loquero... Por otro lado, aparece una contraposición, constitutiva a la psiquiatría entre locura y razón, entre sano y enfermo. Los que tienen el delantal blanco son sanos, representan a la razón; y los otros son locos, sinrazón. Lo que también pasa al discurso social: existen los locos, pero también *los normales*.

Para poder pasar al siguiente momento y no enroscarnos tanto, indicaremos que esta contraposición desde el discurso médico indica también el horizonte del tratamiento. ¿Qué quiere decir? Que el objetivo es la cura, que el enfermo deje de ser enfermo y pase a ser normal, sano, es decir, normalizarlo por medio de un tratamiento, sea cual sea, para eliminar ese accidente (en términos de Aristóteles) que recubre la esencia del individuo. Veremos que *lo neuro* se ubica en paradoja con este punto.

Nos salteamos al menos dos eventos que históricos de importancia en la historia de la psiquiatría, que son el movimiento de psiquiatras de la llamada anti-psiquiatría y la aparición de los psicofármacos como tratamiento. Probablemente vendrían a modular un poco ciertos planteos.

¿De dónde surge la despatologización? Podemos ubicar el surgimiento de este signifiante en la presión de grupos LGBTIQ+ frente al DSM para que la homosexualidad y otras cuestiones en relación a la sexualidad, como el travestismo dejen de ser considerados parafilias o perversiones, logro obtenido alrededor de la década de 1990 (se tardaron un poquito los muchachos). ¿Qué vemos acá? Más bien una vertiente política en la despatologización, que dejen de considerarse *patológicos* ciertos comportamientos sexuales, específicamente la homosexualidad.

Pero hablemos de la despatologización *neuro*, como la llama Eric Laurent. Tomando este empuje de la despatologización en la sexualidad, más cierta acumulación que tuvieron las terapias cognitivo conductuales en la década del '80 con la idea de erradicar las teorías de inspiración psicoanalítica (Bettelheim, Mahler, Tustin, Meltzer) y también con la novedad de la publicación de testimonios de algunos autistas, como Temple Grandin, Birger Sellin y Donna Williams, se comenzó a presionar a una despatologización *neuro*, es decir, que deje de considerarse *patológico* al autismo.

Si tomamos lo que plantea Eric Laurent (2022), hay algo así como dos partes en el asunto. Por un lado, lo que podríamos leer como que deje de considerar *enfermedad* a lo que pasará a llamarse TEA en el DSM 5, Trastorno del espectro autista, y que pasará al uso social como *neurodivergencia*. No resulta un problema, ya que como veremos, es un desplazamiento nominal del asunto.

Lo otro que deduce Laurent es el efecto de segregación, que ya está presente en el proceso de patologización, pero que produce un fraccionamiento cada vez más estrecho en lo social. Es decir, que los individuos se organizan alrededor de un rasgo para quedarse ahí y exigir reconocimiento. Entonces, donde teníamos un fraccionamiento sano/enfermo, luego hay una atomización del conjunto. No es difícil ver ahí la mano del mercado y de parte del saber científico.

Pero volvamos al asunto de la nominación: Si bien podemos decir que nominalmente es un traslape, un traslado de una cosa en otra, de sano/enfermo o de normal/patológico a neurotípico/neurodivergente hay un movimiento interesante.

Típico y divergente remiten más bien a una cuestión estadística, que es una lógica de campana de Gauss. En lugar de fraccionar, se ubican a lo largo del eje X un continuo que representa un rasgo, que podríamos pensar *socialización*, o desde un autismo profundo a la izquierda a una especie de *normopatía* a la derecha, mientras que en eje Y la cantidad de casos de la población. La relación entre típico (o normal) y divergente (patológico) responde al criterio de ubicarse al centro del gráfico, y de tener un mayor número de representatividad. Lo divergente se ubica en los sectores marginales, a la derecha y a la izquierda, aunque se tienda a llamar *neurodivergencia* a lo que está en el sector izquierdo del gráfico.

Más allá del pasaje a la lógica estadística, la cuestión importante es lo *neuro* como etiología, lo que nos lleva a lo paradójal de este modelo.

Pequeña digresión: Hace un tiempo, armamos un seminario en acompaña-

miento terapéutico que intentaba invertir la lógica de otro seminario que dábamos. En el primero, se trataba de leer y comentar algunos textos psicoanalíticos para alumbrar la cuestión diagnóstica y cómo podríamos llevarla a la experiencia del acompañamiento. La propuesta entonces fue la de tomar algún texto específico de su disciplina para entrever la función del AT y el diagnóstico, y entonces propusieron el “Manual práctico de técnicas y estrategias de modificación de conducta para Acompañantes terapéuticos” de Tolosa y Josami Nassif, un manual inspirado en las Teorías Cognitivo Conductuales.

Entonces nos topamos con un apartado que se llama “modificación de la conducta”, donde hacen una operación muy interesante. Estamos en la página 16 y 17 del manual. La operación es la siguiente: “Lo que se modifica es la conducta, no una característica personal o un rasgo, y que esta modificación no va por el lado del *etiquetado*. Entonces dicen “[La modificación de la conducta] no se utiliza para cambiar el autismo (una etiqueta) sino que la modificación del comportamiento se utiliza para cambiar los comportamientos exhibidos por los niños con autismo” (Tolosa y Jozami, 2016). Después esbozan una teoría del exceso o el defecto de una conducta que sería índice de la gravedad de la enfermedad (¿O de la etiqueta?).

Tenemos muchas críticas que hacer a esta perspectiva, pero podemos ubicar acá que hay algo así como dos órdenes, la de la patología, probablemente en algún lugar orgánico, y el de las manifestaciones, sobre las cuales se puede operar para atenuar o normalizar. ¿Qué sucede? Que ya ni siquiera importa el paciente, solamente operar en la parte de las respuestas, no como una cuestión verbal sino simplemente en comparación con un supuesto normal.

Volvemos: Esta idea de que la etiología está asentada en un órgano es una de las corrientes de la psiquiatría, el organicismo, que ha tenido resultados infructuosos a lo largo de la historia, y peor aún, como lo indica Néstor Braunstein en “*Clasificar en psiquiatría*”, que cuando se encuentra el asiento orgánico de alguna patología, pensemos en el parkinson o la epilepsia - las cuales estuvieron muchos años en el dominio psiquiátrico/psicopatológico-, rápidamente salen del campo e ingresan al dominio de las enfermedades orgánicas. También fue y es un discurso hegemónico dentro del espacio psiquiátrico, ya desde el mismo Pinel, contrapesado por momentos con el discurso ambiental de las patologías.

Entonces, lo *neuro* funciona como un campo especulativo y temporal mientras no se descubre una evidencia orgánica sospechada o aludida, para luego ingresar a la lógica sano-enfermo.

Si hay algo que tenemos que rescatar de lo que planteaban Tolosa y Nassif es el uso inocente de “*etiqueta*”. Si bien hay un uso despreciativo, efectivamente, *autista* y *neurodivergente* son estampas, palabras que se le adosan a uno o varios individuos, las cuales no carecen de importancia, ya que están al servicio de clasificar para no querer saber nada de ellos.

Por otro lado, lo *neuro* le da toda una fachada *cientificista* a la cosa, pero sus métodos no llevan *necesariamente* a una comprensión. El colega catalán Miquel Basols hace una analogía que describe esta fachada *cientificista*: Es como querer saber algo de una obra de arte, él hace referencia a Las Meninas, podemos tomar la imagen

con la que empezábamos esta exposición “Philippe Pinel (1745-1826) liberando a los lunáticos de sus cadenas en el asilo de la Salpêtrière en París en 1795 “, haciendo un examen químico de la pintura que aparece en el lienzo. ¿Eso nos dice algo de la obra? ¿Del artista? ¿Del estilo?

Para contraponer, hay un autor que se llama Giovanni Morelli quien influyó en Freud, quien proponía ver la marca del autor en detalles insignificantes de la obra, en particular para detectar copias o adulteraciones, por ejemplo en cómo pintaban las manos, las uñas, detalles del pelo, etcétera.

Entonces, hagamos un pequeño resumen. La llamada despatologización *neuro* amplía el espectro de la patologización, ya que cada vez más individuos pueden incluirse en esa categoría, pero a la vez que implica nominaciones algo alejadas de la lógica psiquiátrica (neurodivergente en lugar de autista, psicótico, etcétera), bajo la idea que esas clasificaciones son operativas, es decir, que son un destino en sí mismas, refuerzan una orientación científica que no quiere saber nada de la subjetividad en juego y sólo se contenta con ubicar la anomalía en el órgano.

Calculo que *tum tum sahur* o *tralalero tralalá* barrieron el espacio de esto en redes sociales, pero también operan aquí muchas manifestaciones actuales, como reels o publicaciones del estilo “¿Sabías que tenés TDAH y no te diste cuenta?” que refuerzan un empuje identificador. De todas maneras, la forma de socialización que propone la despatologización no es negativa, podemos observar que muchas de ellas reúnen a los individuos para reclamar sus derechos, solicitar representatividad y ocuparse de sus tratamientos. Pero, hay que recordar, como dice Laurent, que el tema allí es la soledad de la segregación, que ese fraccionamiento de lo social deja a los individuos solos.

“La nuestra”: Así como recorté como usa Laurent *despatologización neuro*, también voy a recortar como nombra la despatologización del psicoanálisis cuando la nombra: *La nuestra*.

Voy a intentar hacer esto lo más entendible que se pueda tomando distintos momentos e ideas del psicoanálisis, pero si hay una expresión despatologizante es la que pronuncia Lacan en el folleto que lleva el título ¡Lacan por Vincennes! del 22 de octubre de 1978, es decir, hace casi 47 años, donde dice “*Todo el mundo es loco, es decir, delirante.*”

Esta comunicación de Lacan se produce a pedido del departamento de psicoanálisis de París VIII, que surge luego de los eventos del mayo francés de 1968, quienes tenían un cierre. Todo el mundo es loco, es decir, delirante, con esto vamos a trabajar.

Algunos contrapuntos antes de meternos acá. Cuando hablábamos de la comunidad LGBTQI+ presionando a la Asociación de Psiquiatras Americanos, en el psicoanálisis Freud ya a principio de siglo se preguntaba acerca de la homosexualidad, y no ubicaba allí un enigma sino más bien en que la pregunta es el porqué de cualquier elección sexual, en particular la heterosexual. También Freud desaconsejaba las consultas acerca de cambios en la elección sexual del paciente, cosa que Lacan era conocido por continuar. Hay una lógica allí, paciencia. Con respecto al autismo, muy temprano en su enseñanza Lacan retoma a Freud, e indica que en todo sujeto hay una elección en relación a dirigirse o rechazar al Otro, en dejarse o no dejarse atrapar

por el lenguaje. Y esto antes que se constituya lo que llamamos *un cuerpo*. Lacan lo llama *insondable decisión del ser*.

Bien. Vamos al punto de la patologización. Para el psicoanálisis no hay sano y enfermo, en el sentido que no existe la llamada *normalidad*. No hay normal, ni aún habiendo terminado o finalizado el análisis. De más está decir que el analista, figura para la que tampoco hay una definición estabilizada, no ocupa el lugar del delantal blanco, del sano, sino que opera con su estilo o con su deseo, los cuales hunden sus raíces en el síntoma propio.

Más bien podemos pensar en conceptos como estabilidad, cuando no hay manifestaciones ruidosas de un síntoma, y de desestabilización o desencadenamiento cuando estamos en presencia de manifestaciones sutiles o ruidosas de ese síntoma. A partir de Lacan es que podemos, un tanto esquemáticamente, proponer el concepto de *estructuras clínicas*, que si vamos a la definición es un conjunto cerrado de elementos covariantes, es decir, elementos que se ordenan de una manera y que si varían cambia todo el conjunto, y que se ubican en una lógica especulativa superior a otros elementos. ¿Qué sucede? ¿Se pueden afectar las estructuras? No, pero se puede trabajar con su producto, en particular con el sujeto, al que no tenemos que confundir con el individuo.

Estas estructuras se organizan alrededor del mecanismo en juego con un elemento central en la enseñanza de Lacan que es el significante del Nombre-del-Padre, que viene a estabilizar la relación entre las palabras y las cosas. Entonces tenemos tres estructuras: Neurosis, psicosis y perversión, tres mecanismos, represión, forclusión y desmentida. Lo podemos pensar como ese postre helado bastante noventoso, la cassata, donde tenemos tres gustos de helado: chocolate para la neurosis, americana para la psicosis y por supuesto frutilla para la perversión.

Ahora bien, esto no resuelve el problema, ya que se llega a mediados de los '90 a tres conversaciones cruciales para el tema que estamos trabajando: Efectos sorpresivos de la psicosis en el '96, Los inclasificables de la clínica psicoanalítica en el '97, la psicosis ordinaria en el '98. Acá se ubica un quiebre que estudio en mi Tesis de Maestría y que continuó en mi Tesis de Doctorado. ¿Qué sucede? Que en esta tripartición, que en estos textos se trabaja más a nivel de la frontera entre neurosis y psicosis, los casos que no responden a esta lógica comienzan a reunirse en la frontera. Casos que no son ni neurosis ni psicosis, en los que no se observan funcionamientos o síntomas neuróticos, pero que tampoco hay grandes desencadenamientos delirantes o alucinatorios; y casos donde hay una estabilización frágil sostenida en el uso de objetos, como en algunos casos de adicciones, etcétera.

Es a partir de estas conversaciones que comienza a cambiar la perspectiva desde preguntarse ¿Cuál es la estructura de este sujeto? a ¿Qué sostenía a este sujeto, que dejó de sostenerlo y qué podremos ubicar, inventar allí? Vamos a decirlo así, una perspectiva más pragmática, sin un finalismo ligado a la estructura.

Ahora bien, ¿A qué alude este "*todo el mundo es loco, es decir delirante*" de Lacan? ¿Para qué nos sirve? En principio, Lacan hace referencia a un universal negativo, el cual se expresa como *no hay relación sexual*. Más allá de que parezca que tiene una fachada picaresca y fácilmente falsable, a lo que Lacan se refiere es que no hay com-

plementariedad entre el sujeto y el Otro, entre los sexos cualquiera sea la orientación sexual, en definitiva, que no hay un cierre a la estructura. La cosa no cierra, siempre hay un abismo insalvable, un agujero.

Esto se puede poner a la cuenta del pesimismo psicoanalítico, pero es más bien una condición de posibilidad ¿Por qué? Porque, si prestamos atención a la segunda frase, es decir delirante, es que por lo general, sobre ese abismo se construye un delirio, no necesariamente psiquiátrico, sino incluso socialmente aceptado. También allí donde no hay, se puede ubicar una invención, un modo singularísimo de ser o un estilo.

Entonces, lo que plantea Laurent con respecto a la despatologización *alla nostra* es que recibimos y trabajamos a la par de un sujeto que trata de darse maña con *eso que no hay*, donde en el mejor de los casos hay un síntoma o un arreglo, para que pueda entablar una relación más satisfactoria, pero no *normal* sino *singular*, es decir, de ese sujeto. No siempre funciona, es cierto, sería una locura plantear un *para todos*, pero funciona. De todas formas, lo que Laurent recalca es que podemos reconstituir la clínica estructural en lo que se repite en cada caso, lo que sería, intentar reunir nuevamente aquello que se pensaba como estructura, no como un a-priori, sino como un dato segundo. Por eso es que Francesca Biagi-Chai dice que “*despatologizar no consiste en aplanar la clínica sino en mantener sus aristas* (2022, Pág. 1)”.

¿Cuáles son las aristas, las rugosidades? Bueno, el cada quien de cada quien, y para eso tenemos que conocerlo, que pueda expresar a su modo cuál es su problemática, cuáles las formas en que ha intentado solucionarlas, y entrever cuál podría ser, para ese sujeto, la manera de arreglárselas. Por eso hablamos de singularidad, como concepto distinto al de particularidad.

Esta forma de pensar la clínica permitió una apertura al estudio y alojamiento clínico de casos en los cuales el acceso desde las categorías clínicas de la clínica estructural estaba dificultado, por ejemplo del autismo, donde muchas veces se encuentra el límite del acceso al lenguaje o la direccionalidad al otro, de las adicciones, donde en algunas ocasiones el uso de un objeto dificulta el diagnóstico y el tratamiento, o de estos casos que desafían las fronteras clasificatorias.

Repetimos que desde el psicoanálisis el eje es el caso por caso, interesarse por lo que un sujeto puede decir de sí mismo, de su padecimiento, de sus respuestas acertadas y fallidas, de su manera de actuar o de elegir no actuar, porque ese es el punto, sostener una clínica que revalorice la palabra, la posibilidad de que un sujeto testimonie lo que fue la travesía del lenguaje en su vida y qué hizo con esas marcas; para que, a partir de allí pueda intentarse una manera de relacionarse con ese *no hay*, con la locura de cada uno.

Para terminar, abro una ventanita para que podamos dialogar con los presentes. Cuando hablamos de la despatologización neuro en general hablamos de grupos de interés que militan para que lo que se consideran *patologías* dejen de serlo. Por supuesto, al menos en este ámbito, lo que atañe a la sexualidad ha sido *despatologizado* excepto lo que se encuentra en conflicto con la ley, es decir, lo que infringe la mayoría de edad y el consentimiento mutuo. En relación a los autismos, se los considera una elección tomada por el sujeto, y más allá del momento en que fue tomada

esa decisión, el punto valioso allí es pensar *un sujeto allí*, cosa que otras perspectivas en autismos eliminan de cuajo. Pero en la actualidad del psicoanálisis surge una problemática que son los *estilos de vida*, que vienen al lugar de tomar un rasgo de lo social, para gozar en él. La pregunta sería ¿Son *patologizables* los estilos de vida? La respuesta obvia es no, hay que ver caso a caso. Por otro lado, es un tema que se toca muy de cerca con los llamados *síntomas actuales*, donde no se observa la presencia del *inconsciente*, y que hace tiempo están en la picota, bajo el término *desabonados del inconsciente*, que el procesador de texto de drive me corrige como *desafinados del inconsciente*, que es una interpretación interesante.

Por último, arrojo un chasquibún. Sobre la base de la insondable decisión del ser y de un apartado de la interpretación de los sueños que se llama acerca de la responsabilidad moral de los sueños, donde Freud responsabiliza al soñante del contenido de sus sueños, tenemos algo así como un universal que es el de la *responsabilidad subjetiva*, en la que el sujeto debe responsabilizarse de su padecer. ¿Esto se puede sostener en todos los casos? Los escucho y les agradezco.

Referencias bibliográficas

- Arenas, G. (2017). ¿Como veterinarios o como analistas? En Camaly, G; Glaze, A. Comp. (2019) La locura de cada uno. Buenos Aires, Argentina. Editorial Grama.
- Biagi-Chai, F. (2022) La despatologización lacaniana y la otra. Disponible en <https://elpsicoanalisis.elp.org.es/numero-42/la-despatologizacion-lacaniana-y-la-otra/>
- Bisso, E. (2006) ¿Quién diagnostica en psicoanálisis? Figuras en tres campos teóricos. Ed. Grama.
- Bonoris, B. (2013) El sujeto como intervalo: De la intersubjetividad a la inmixture de otredad. disponible en <https://www.aacademica.org/000-054/663>
- Borges, J. L. (1952) Otras Inquisiciones. Ed. Sur.
- Braunstein, N. (2013) Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI Editores.
- Cormier, W. y Cormier, S. (2000) Estrategias de entrevistas para terapeutas. 3° edición. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales. Desclee de Brouwer.
- Delgado, O. (2008) Abducción y pragmatismo. Revista Consecuencias N° 1. Disponible en <https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/001/template.php?file=arts/dossier/delgado.html>
- Delgado, O. (Inédito) Reflexiones sobre “la abducción”.
- Eidelsztein, A. (2003) Diagnosticar el sujeto. En Imago Agenda N° 73.
- Eidelsztein, A. (2023) Programa de investigación científica. Disponible en <https://apola.online/pdfs/PicEsp2023.pdf>
- Fernández, E.. (2007) Diagnosticar en psicoanálisis. Revista Imago Agenda N° 111. Julio de 2007.
- Fontanarrosa (2013) Puro fútbol. Ed. Planeta.
- Foucault, M. (1993) Esto no es una pipa. Ensayo sobre Magritte. Ed. Anagrama.
- Freud, S. (1991) Obras Completas, Tomo 16. Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). Amorrortu.
- Freud, S. (1992) Obras Completas, Tomo 17. (1917-1919) De la historia de una neurosis infantil y otras obras. Amorrortu.
- Freud, S. (1992) Obras Completas, Tomo 19. El yo y el ello y otras obras (1923-1925). Amorrortu.
- Frydman, A. (2005). El diagnóstico en los albores del psicoanálisis. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.
- García, L. (2013). Clasificaciones: los trastornos vs. el síntoma. Estrategias-Psicoanálisis Y Salud Mental-, (1), 71-73. Recuperado a partir de <https://revistas.unlp.edu.ar/Estrategias/article/view/1479>
- James, H. (1972) ¿Qué es el conductismo? La vieja y la nueva psicología en oposición. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/informacion_adicional/311_escuelas_psicologicas/docs/Watson.pdf
- Kafka, F. (2018) Cuentos selectos. Edhasa.
- Lacan, J. (2003) Escritos 1. Ed. siglo XXI.
- Lacan, J. (2013) El seminario de Jacques Lacan: Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2016) El seminario de Jacques Lacan: Libro 20. Aun. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2008) El seminario de Jacques Lacan: Libro 17. El reverso del psicoanálisis. Ed. Paidós.

-
- Laurent (2022) La despatologización neuro del autismo y la nuestra. Disponible en <https://es.scribd.com/document/745094479/La-despatologizacio-n-neuro-del-autismo-y-la-nuestra-Eric-Laurent>
- Les Luthiers. Dilema de amor. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=p9ZdeAR-KTzE>
- Lévy-Yeyati, E. (2013) DSM-5 versus NIMH: ciencias, cultura y política en salud mental.
- Méndez Parnes, A (2014) Los nombres del diagnóstico. Jacques Lacan, Jacques-Alain Miller y el problema de los universales. Ed. Letra viva.
- Miller, J.-A. (2012) Leer un síntoma. Publicado en Revista Lacaniana de psicoanálisis N° 12. Ed. Grama.
- Miller, J.-A. (2005) El secreto de los dioses. Colección diva.
- Miller, J.-A. y Otros (2011) Del Edipo a la sexuación. Ed. Paidós.
- Mordoh, E. y Gurevich, M. (2007) El proceso diagnóstico en psicoanálisis. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología.
- Negrón, M. (2022) Pequeño mundo ilustrado. Caja negra.
- Pérez Millán, J. (1971) Antología de humor y terror.
- Sanchez, B, Compiladora (2013) La clínica de lo singular frente a la epidemia de las clasificaciones: XXI Jornadas Anuales de la Eol. Grama Ediciones.
- Santiere, A. (2007) Presentación. Revista Imago Agenda N° 111. Julio de 2007, 3.
- Scheinkestel, A. (2017) Esto no es un diagnóstico. Unsam edita.
- Soler, Colette (2016). Del diagnóstico en psicoanálisis. En "(2016) La querella de los diagnósticos". Ed. Letra Viva.
- Tablada, J. J. (1920) Li-Po y otros poemas. Imprenta Bolívar.
- Tolosa y Jozami Nassif (2016) Manual práctico de técnicas y estrategias de modificación de conducta para Acompañantes terapéuticos. Ed. Akadia.

