

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA.

TESINA DE LICENCIATURA

¿Clasificar en psicología?

Una perspectiva psicoanalítica sobre las
clasificaciones diagnósticas

Tesista: Tomás Coria

Legajo: 26.373

Directora: Lic. Pilar Serrani Aznar

Fecha: 12 de noviembre de 2015.

Agradecimientos

A mi viejo, Daniel, por empujarme siempre que necesité un empujón.

A mi vieja, Elisabeth, por saber comprenderme cuando los vientos soplaban fuertes.

A mi hermano, Julián, otrora compañero de cuarto, hoy compañero de vida.

A mi sobrino, León, por esas sonrisas que me enternecen el alma.

A Paula, por acompañarme y darle una pizca de amor y alegría a mis días.

A Julián, Guillermo, Nadia y Fer, por su invaluable compañía y momentos vividos.

A Pilar, por su predisposición y valiosas enseñanzas.

A Luis, por brindarme una cobija cuando el invierno se acerca y el frío comienza a apretar.

A Lucas y Emiliano, por estar siempre a pesar de los años.

A mis amigos y compañeros de vida, por tener siempre sonrisas y lágrimas para compartir.

A la jaula, por hacer mucho más bello este largo camino.

¡Gracias!

Hoja de Evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Lic. Pilar Serrani

Nota:

Resumen

La presente investigación surge como consecuencia de un interés particular acerca de las clasificaciones diagnósticas, y sobre cómo éstas influyen en las subjetividades actuales, en referencia principalmente al DSM. Tiene como objetivo poner en cuestionamiento el rol de las clasificaciones en la psicología actual, desde una perspectiva clínica e histórica. La intención será comprender los efectos que el ejercicio de las clasificaciones ejercen en las personas considerando a los manuales diagnósticos como establecedores de la normatividad.

El objetivo general de este trabajo será poder acercarse al entendimiento de los procesos que sostienen las clasificaciones diagnósticas, para poder comprender el efecto que producen en la subjetividad. Con una estructura teórica basada en los aportes de Freud y Lacan, y las posteriores contribuciones de autores contemporáneos que continuaron el desarrollo del psicoanálisis, comienzan a abrirse nuevos interrogantes sobre la relación entre los diagnósticos y los efectos en la subjetividad.

Palabras claves: Clasificaciones, psicoanálisis, medicina, trastornos, psiquiatría.

Abstract

This research arises from a particular interest on the diagnostic classifications, and how they affect current subjectivities, referring mainly to the DSM. It aims to put into question the role of classifications in the current psychology, from a clinical and historical perspective. The intention is to understand the effects that the exercise of classifications hold over people considering the diagnostic manuals as setters regulations.

The overall objective of this work is to approach the understanding of the processes that support the diagnostic classifications in order to understand the effect produced on subjectivity. With a theoretical framework based on the contributions of Freud and Lacan, and the subsequent contributions of contemporary writers who continued the development of psychoanalysis, they begin to open new questions about the relationship between the diagnosis and the effects on subjectivity.

Keywords: Classifications, psychoanalysis, medicine, disorders, psychiatry.

INDICE

UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA.....	- 1 -
TESINA DE LICENCIATURA.....	- 2 -
AGRADECIMIENTOS.....	- 3 -
HOJA DE EVALUACIÓN.....	- 4 -
RESUMEN.....	- 5 -
ABSTRACT.....	- 6 -
INDICE.....	- 7 -
INTRODUCCIÓN.....	- 9 -
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	- 11 -
MARCO TEÓRICO.....	- 15 -
CAPÍTULO 1.....	- 16 -
HISTORIA DE LAS CLASIFICACIONES.....	- 16 -
1. A- LAS CLASIFICACIONES.....	- 17 -
1. B- CRONOLOGÍA DE LOS SISTEMAS CLASIFICATORIOS.....	- 20 -
CAPÍTULO 2.....	- 25 -
UNA PREGUNTA QUE ABRE SURCOS: FREUD ANTE LA MEDICINA.....	- 25 -
2. A- EL SURGIMIENTO DEL INCONSCIENTE.....	- 26 -
2. B- LA PULSIÓN COMO MOTOR.....	- 29 -
2. C- LA TRANSFERENCIA EN FREUD.....	- 31 -
2. D- COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN.....	- 33 -
CAPÍTULO 3.....	- 36 -
LACAN, CONCEPTUALIZACIONES Y APORTES.....	- 36 -
3. A- INTRODUCCIÓN A LA FALTA.....	- 36 -
3. B- ALIENACIÓN Y SEPARACIÓN.....	- 38 -

3. C- LA TRANSFERENCIA COMO PUENTE	- 40 -
CAPITULO 4.....	- 44 -
POSICIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.....	- 44 -
4. A- LA PSICOLOGÍA Y LA ÉTICA.....	- 45 -
4. B- POSICIÓN ÉTICA DEL ANALISTA	- 48 -
CAPITULO 5.....	- 52 -
LA NORMALIZACIÓN DE LA SUBJETIVIDAD	- 52 -
5. A- ¿SALUD MENTAL?.....	- 53 -
5. B- CASO EXTRAÍDO DEL DSM IV	- 54 -
5. C- ANÁLISIS DEL CASO Y CONJETURAS SOBRE LAS CLASIFICACIONES	- 55 -
5. D- UNA PUERTA QUE SE ABRE, LA NUEVA LEY DE SALUD MENTAL	- 60 -
CONCLUSIONES.....	- 65 -
BIBLIOGRAFÍA.....	- 71 -

Introducción

*¡Habrà que alborotar el avispero, para hacer más placentero soportar
este aguijón!*

Las Pastillas del abuelo

La presente propuesta de trabajo de investigación parte del interés de poder realizar una contribución en el área de la psicología clínica psicoanalítica. Se han llevado a cabo numerosas investigaciones acerca de la temática propuesta desde al área psicoanalítica, y desde este trabajo investigativo planteo la necesidad y posibilidad de pensar acerca de los procesos clasificatorios en la psicología.

Desde hace tiempo los manuales clasificatorios han adquirido mayor protagonismo en el campo de la salud mental, instalándose en la discusión los pros y contras de sus usos. El recorrido histórico es largo, sin embargo su carácter de instrumento cotidiano, los ha convertido no solo en herramientas de trabajo, sino que ocupan un rol destacado dentro de la psicología actual.

A partir de esto, podemos acercarnos hacia la cuestión principal que es el uso de las clasificaciones, sus consecuencias, y como se posiciona el psicoanálisis frente a estas.

La estrategia para abordar esta investigación se ha pensado desde un formato integral y un recorrido extenso que abarca varias áreas. Como la pregunta de investigación es compleja, decidiendo optar por un comienzo ligado a la historia de las clasificaciones, haciendo uso del recorrido histórico de las mismas, centrándose en como fue el surgimiento de las mismas dentro del campo de la salud mental, abarcado por la neurología, la psiquiatría y la psicología. Su uso y evolución, nos brindan un panorama que muestra el crecimiento de las ciencias en tal campo, hasta los días actuales.

Luego vendrá un acercamiento a la obra de Freud y Lacan, quienes van a ser tomados como ejes fundamentales de la presente investigación. Dentro de las extensísimas obras de ambos autores, serán tomados textos particularmente ligados al objeto de investigación, intentando así abrir los horizontes. El recorrido teórico se centra en los cuatro conceptos fundamentales (inconsciente- pulsión- repetición- transferencia, en ese orden) que representan la columna vertebral del psicoanálisis desde la óptica de las enseñanzas de Lacan. La interrelación de estos cuatro conceptos con la articulación teórica- clínica brindan un gran campo de desarrollo potencial que intento plasmar, aunque sea con una pequeña contribución, en el presente trabajo. Asimismo, el trabajo con la obra de dos grandes pensadores, representa un gran desafío, y porque no, un profundo proceso de aprendizaje ya en el final de la carrera.

No es novedad que Freud, con sus controvertidos métodos, fue el inventor de la teoría psicoanalítica y quien planteó la existencia de un aparato psíquico complejo. Pero también es importante destacar la labor de Lacan en el ordenamiento de los constructos teóricos de Freud. Es por esto que ambos autores representan la estructura teórica de este trabajo.

Luego se desarrollará la problemática histórica de las clasificaciones y los diferentes usos de los manuales diagnósticos. A partir de la definición de salud mental de la OMS, se recorrerá un camino de cuestionamientos que incluyen un sucinto caso correspondiente al libro de casos del DSM- IV, que pese a su brevedad permite reflexionar sobre el funcionamiento de las clasificaciones actualmente, y como operan desde el discurso científico en la psicología de hoy. Una última articulación con la ley de salud mental N° 26.657 enriquece el trabajo, ya que aborda la problemática que se vive en nuestro país, de acuerdo a las políticas públicas propuestas en el campo de la salud mental.

El capítulo final corresponde a repensar la labor de los psicólogos/as, y a poner de manifiesto la postura ética del psicoanálisis.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El estudio que desarrollaré parte de una preocupación clínica y social. Es de tipo teórico clínico-descriptivo, y se llevará a cabo desde una perspectiva psicoanalítica, tomando como eje fundamental a Freud y Lacan, y trabajando con autores que continuaron y enriquecieron posteriormente sus teorías.

El problema de investigación que se delimitó, dio lugar a la hipótesis de donde se parte, que sostiene que existirían consecuencias entre la expansión ilimitada de categorías diagnósticas y el desdibujamiento de las subjetividades dentro de la psicología. La misma destaca como central, los conceptos de transferencia, inconsciente, repetición y pulsión.

Dichos conceptos son definidos como los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, y orientan el proceso de investigación desde la perspectiva psicoanalítica.

De esta manera se avanzará construyendo un recorrido que haga posible la indagación.

Esta búsqueda a través de la teoría tiene el propósito de obtener esclarecimientos y precisiones conceptuales pertinentes al problema planteado.

Se abordará la temática comenzando por los textos de Freud y haciendo especial hincapié en los conceptos de pulsión, compulsión a la repetición y transferencia, por construir nociones esenciales para el estudio sobre las clasificaciones diagnósticas. Los avances que realiza Lacan a partir de las teorizaciones de Freud, implica una lectura esclarecedora de dichos estudios y a la vez constituyen el fundamento de nuevos planteos, por lo que serán esenciales los conceptos de transferencia, alienación y separación, deseo, y el objeto a, y su incidencia en el campo clínico pertinente a las entidades diagnósticas.

El desarrollo histórico será articulado con un caso. De acuerdo a lo elaborado por diferentes autores (Sara Glasman, Clara Azaretto, Carlos Escars) un caso se construye a partir de un recorte que surge de un relato, en el que se delimita una estructura. Es decir un conjunto de elementos, lugares, posiciones y funciones. En este estudio el caso se elabora en base a un paciente publicado.

Los datos a trabajar surgen del libro de casos que acompaña el DSM IV.

El mismo fue seleccionado en función de las posibilidades que ofrece la problemática del relato histórico y el modo particular en que se despliega el discurso en relación a los padecimientos, al abordaje terapéutico, y la intervención por parte del equipo de profesionales.

El procedimiento de análisis será realizado dando cuenta de la combinatoria que se pone de manifiesto al seguir el discurso y el modo de articulación de los tres registros: Imaginario- Simbólico y Real.

La estructura se define como un conjunto co- variante de elementos, co- variación determinada por la falta en torno a la cual se organizan. Así, la estructura es el modo particular de articularse los registros: Imaginario- Simbólico y Real.

Esa manera particular de enlazarse determina diferentes efectos que son escuchados en el discurso.

Finalmente se articulará la temática de la tesina con la nueva ley de salud mental, exponiendo sus variaciones, de acuerdo a los cambios que ha traído aparejada en el campo de la psicología. Esta articulación enriquece el trabajo y ejemplifica el tema de las clasificaciones diagnósticas dentro del campo psi.

Tipo de estudio y diseño

Se utilizarán métodos cualitativos de investigación a partir de una perspectiva psicoanalítica, usando un diseño de tipo descriptivo aplicado a un estudio de caso.

Procedimiento

Se llevará a cabo la investigación del desarrollo de las clasificaciones y su proceso histórico. Luego se desarrollará el desenlace teórico de Freud vinculado a la presente investigación, dando a conocer el proceso de funcionamiento del inconsciente principalmente. Todo esto será continuado por el posterior desarrollo teórico de Lacan, la actualización de sus conceptos y la vinculación a la problemática de la investigación. Después se procederá a articular los conceptos desarrollados anteriormente con la casuística extraída y se pondrá en cuestionamiento el rol de las clasificaciones en nuestros días. Para finalizar se

analizará el lugar de las clasificaciones dentro de la psicología y la posición ética del psicoanálisis frente a las mismas.

El problema de investigación

Se delimitó dando lugar a la hipótesis de que existirían consecuencias entre la expansión ilimitada de categorías diagnósticas y el desdibujamiento de las subjetividades dentro de la psicología.

Se abordará la temática comenzando por los textos de Freud y haciendo especial hincapié en los distintos desarrollos que ha hecho sobre la pulsión y sus destinos, el más allá del principio del placer. Los avances que realiza Lacan a partir de las teorizaciones de Freud, implican una lectura esclarecedora de dichos estudios y a la vez constituyen el fundamento de nuevos planteos, por lo que serán esenciales los conceptos de deseo, alienación y separación, el objeto del psicoanálisis, así como también la transferencia. Posteriormente se tomarán aportes contemporáneos de autores que continuaron y enriquecieron sus teorías.

Preguntas de investigación

- ¿Cómo fueron evolucionando las clasificaciones diagnósticas a través del tiempo?
- ¿Se ven las subjetividades influenciadas por un diagnóstico dentro del campo clínico?
- ¿Qué consecuencias trae el incremento de categorías diagnósticas en los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM, CIE)?

Objetivo general

-Analizar desde una perspectiva clínica psicoanalítica si los procesos clasificatorios inciden en las subjetividades.

Objetivos específicos

1. Trazar una reseña histórica acerca de las clasificaciones
2. Realizar un recorrido conceptual en la obra de Freud para comprender los desarrollos acerca de la pulsión y sus destinos, la com-pulsión a la repetición y la transferencia como producto inconsciente de la repetición.
3. Realizar un recorrido conceptual en la obra de Lacan para desarrollar los conceptos de Alienación y separación, Objeto *a*, Deseo y Transferencia
4. Realizar una articulación de los contenidos conceptuales con la casuística y los fenómenos sociales.
5. Plantear una mirada psicoanalítica acerca de las clasificaciones y la posición ética frente a las mismas.

Hipótesis

- Existirían consecuencias entre la expansión ilimitada de categorías diagnósticas y el desdibujamiento de la subjetividad dentro de la psicología.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1

Historia de las clasificaciones

*“No sabes, cuanto de subversivo, vive en una sonrisa,
que no quiere comprar”*

Silvio Rodríguez

1. A- Las clasificaciones

La clasificación no es algo de hoy, ni de ayer, sino que ha acompañado la historia del desarrollo del ser humano, en todas sus áreas. Tal vez se podría plantear con que motivo, y rápidamente se podría pensar en los beneficios diarios que la casi automática actividad de clasificar nos trae en nuestra vida cotidiana. Pero no es eso en lo que centro el punto de interés, sino en cómo las clasificaciones se han instaurado en el campo psi, y han logrado marcar el rumbo de las ciencias psicológicas.

La historia de las clasificaciones modernas de la locura de las enfermedades mentales o simplemente “locura”, como se las conocía antiguamente, tienen un extenso recorrido, partiendo ya desde las primeras civilizaciones que, a su manera, daban cuenta y tratamiento a la locura. Cada una de acuerdo a su desarrollo y creencias, supo hacer de la locura.

Michel Foucault ya nos adelantaba algo sobre como las civilizaciones trataban (o no) el nuevo mal que aquejaba las sociedades de aquella época: (Foucault, 1967 pág. 25)

Confiar al loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida [...] Hacia el otro mundo es a donde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca.

Este fragmento narra la historia de la nave de los locos, aquellos barcos en los cuales las personas tildadas de insanas eran embarcadas a fin de ser excluidas y desaparecidas de las sociedades donde eran consideradas un estorbo. Se los pensaba endiablados, se desconocía su padecimiento, y generaban gran temor y preocupación en dichas ciudades, por lo que eran encomendados a estos barcos que vagaban por los ríos de Europa, sin rumbo fijo, a fin de aislar a estos seres del resto de los mortales.

Así fue como los hombres, en su afán de protegerse de estos “locos”, fueron imponiendo métodos de clasificación, crearon instituciones de internación para los

excluidos (manicomios y hospitales mentales) donde estudiaban sus conductas y funcionamientos.

Pero para hablar estrictamente de como surgieron los métodos de clasificación, elaborados y propuestos por la medicina primero, adoptados y continuados por la psicología después, es importante introducir la historia de la misma, su surgimiento y sus primeros pasos.

Se puede colocar como punto de partida la obra del suizo Paracelso (1493-1541), seguida por la de otro suizo, Felix Plater (1536- 1614), quienes propusieron una taxonomía botánica de las enfermedades mentales. Estas primeras obras, comenzaron a marcar el camino de lo que sería el tratamiento de las enfermedades en la modernidad. Dichas obras, contaban con escasas entidades mórbidas, e imitaban las clasificaciones ya existentes de las ciencias botánicas y zoológicas.

Siguiendo un orden cronológico, aparece el trabajo desarrollado por el sueco Linneo, quien en 1763 produjo la primera clasificación rigurosa (¿científica?) de las enfermedades, esto es de entidades que no son naturales sino conceptuales. (Braunstein 2013, pág. 19).

¿Qué quiere decir entidades conceptuales? Que son categorías creadas por el ser humano para dar respuesta y orden a algo que escapa a lo visible y mensurable. Como tales, se sostienen en el orden de lo puesto en valor. Es decir que tales categorías y conceptos, van a ser objeto de valor, siempre y cuando quienes tengan el poder en ese momento, decidan hacer uso de los mismos. Se avanzará más adelante en este punto

Siguiendo la línea temporal desarrollada, la obra de los suizos Paracelso y Plater, basados en la botánica, y de Linneo luego, habían permitido la continuación y crecimiento del campo de las clasificaciones de la locura. Luego apareció en escena Philippe Pinel, quien publicó en 1801 su *Traite médico-philosophique sur l' alienation mentale*. Paralelamente, fue en el siglo XIX cuando comenzaron a nacer los manicomios en las principales ciudades del mundo y los locos fueron encomendados al estudio y tratamiento de la medicina. En su obra, Pinel propone cinco clases fundamentales de patologías, poniendo la piedra basal de lo que serían las clasificaciones modernas. Melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo fueron los protagonistas del tratado. De aquí en adelante, sobre todo en el siglo XX, comenzará un camino que buscará sumar y especificar nuevas categorías.

Ya dentro del campo de la psiquiatría, ciencia médica que va surgiendo con fuerza a comienzos del siglo XX, empieza la una especie de carrera por clasificar. Emil Kraepelin, celebre médico de la época, logró crear 14 entidades. Dentro de los logros que se le atribuyen, se encuentra la incorporación del concepto psicosis (termino que se acuñó al vocabulario médico en 1856). Además incluyó la “dementia precox” (luego llamada esquizofrenia) e incluyó un párrafo para las personalidades psicopáticas.

Vale la pena hacer un impasse aquí y pensar lo que Braunstein plantea:

Es interesante resumir el sistema kraepeliniano para intentar un análisis comparativo con la CIE y comprobar que las modificaciones producidas en el siglo (1913- 2013) no recaen sino sobre los detalles. (Braunstein, 2013. Pág. 22)

Si se piensa que las personalidades psicopáticas iban a transformarse luego en trastornos de la personalidad, la introducción de las psicosis y la dementia precox, poseen muchas similitudes con los actuales manuales clasificatorios. Los principales aportes propuestos y llevados a cabo por los manuales clasificatorios, han sido el de ordenar y crear un código informativo global sobre las principales psicopatologías, dando así mayor protagonismo al trabajo interdisciplinario. Pero este progreso, como todas las cosas, ha ido avanzando y posee su costado polémico.

Braunstein (2013) se cuestiona como clasifica la psiquiatría actual.

¡Con los cuestionarios auto administrados donde el médico ya ni siquiera pregunta al “enfermo” lo que le sucede, sino que le entrega unos formularios con preguntas a las que él debe tildar con un “sí” o con un “no”, con un “mucho- poquito – nada” o con un “marque en la escala de 1 a 10 como se siente de solo, de triste o de angustiado”, para luego contar los tildes o “palomitas” y decidir el diagnóstico y el nivel de gravedad del trastorno! ¡Y el tipo y dosis del medicamento a recetar! (Pág. 23- 24).

Con este irónico párrafo, el autor deja entrever como ha ido cambiando la relación de los profesionales psi con los manuales diagnósticos. Ya no se utiliza, quizás, como fuente de información o código compartido, sino que podría responder más a una forma de relacionarse con el sujeto. Es entonces relevante revisar cual es el compromiso ético con un paciente que padece, y su grado de responsabilidad con la actividad. Se ve cómo surge nuevamente la comparación entre los primeros métodos clasificatorios que devenían de la botánica y los actuales, y las consecuencias de tales hechos.

¿Es confiable entonces avalar un método de clasificación que se basaba en los aspectos estéticos y exteriores de las plantas para, paralelamente crear un sistema “confiable y objetivo” de clasificación de sujetos? Si se piensa que en variadas ocasiones se auto designan sus rasgos en un cuestionario de personalidad, se ve como lo normativo padece de fisuras también.

Es sabido que las enfermedades mentales, trastornos o entidades mórbidas son conceptos abstractos. Fueron creados por el criterio de alguien, en pos de sistematizar y ordenar un sistema de clasificación a nivel global, que permitiera operar con unanimidad frente a los diferentes y variados casos. Esto trajo un gran beneficio del orden y emparejamiento de criterios diagnósticos de igual manera en muchos puntos del globo. Sin embargo, con el transcurso del tiempo esta actividad ha sido víctima y victimario de su propia creación: la burocratización y des- subjetivación de los pacientes. Cabe preguntarse entonces, y este cuestionamiento guiará toda la investigación, ¿Es esto posible? La tendencia a simplificar, a igualar las subjetividades, a comparar unos con otros, ha ido sembrando dudas acerca de las consecuencias que arroja el dispositivo médico, sobre todo en el proceder psicoanalítico. Todo esto va dejando preguntas a medida que se va avanzando en la investigación.

“Es que no hay buenas respuestas a preguntas mal hechas”, confiesa Braunstein (2013, pág. 32), en relación a la información que brinda la psiquiatría acerca de los trastornos, o enfermedades mentales. La pregunta va en dirección hacia la cura, no hacia los porqués. Cuando la pregunta se centra únicamente en los resultados, sin importar el proceso, jamás se llega a buen puerto, a algo que pueda aportar a dilucidar las preguntas que la ciencia plantea sobre la “locura”. Uno de los probables problemas de las ciencias, es que se empeñan en culpar al cerebro como responsable de toda (in) conducta humana, dejando de lado todo organismo no palpable (por caso el inconsciente).

1. B- Cronología de los sistemas clasificatorios

Al continuar con la historia de las clasificaciones, y al acercarse a la postmodernidad de los siglos XX y XXI, se empiezan a encontrar esbozos y las

primeras obras de lo que serán más adelante los “manuales diagnósticos de los desórdenes mentales”. Quien primerió la estandarización de los sistemas de clasificación fue Europa a través del CIE- 1, hacia el año 1900. Basado en el sistema Kraepeliniano de clasificación, su propósito fue la de ordenar, categorizar, clasificar y estandarizar en Europa la práctica psiquiátrica que ese momento no contaba con uniformidad de criterios, haciendo muy difícil el trabajo de los psiquiatras.

Fechas de aparición de los Sistemas Clasificatorios

Años	DSM DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL (APA) USA	ICD INTERNATIONAL CLASSIFICATIO N OF DISEASES (WHO) EUROPE
1900		CIE-1
1910		CIE-2
1920		CIE-3
1929		CIE-4
1938		CIE-5
1948		CIE-6
1952	DSM- 1	
1955		CIE-7
1967		CIE-8
1968	DSM-II	
1975		CIE-9
1978		CIE-9- CM
1980	DSM-III	
1987	DSM-III –R	
1992		CIE-10
1994	DSM-IV	
1996		CIE-10

1998	DSM-IV- R	
2000	DSM-IV- TR	
2013	DSM-V	

(Del Barrio, 2009)

Así, promediando uno por década, fueron apareciendo las diferentes versiones del CIE hasta el año 1952, en el cual la APA (American Psychological Association) lanzó su primer manual diagnóstico llamado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), estableciendo una suerte de carrera o competencia entre Estados Unidos y Europa por ver quién avanzaba más rápido en su afán clasificatorio.

El antecedente del DSM podemos situarlo en la decisión de obtener datos de tipo estadístico en relación a las enfermedades mentales en la confección del censo de 1880 de los EE. UU. En el año 1893 se reunió en Chicago el Congreso del Instituto Internacional de Estadística y aprobó la Primera Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Defunción, basada en una lista de enfermedades preparada por Jacques Bertillon; la que posteriormente se llamaría la CIE-1. La Conferencia de Chicago recomendó que se revisara la clasificación cada 10 años, para mantenerla actualizada. Esta clasificación se fue reproduciendo, con modificaciones introducidas en las revisiones decenales, hasta 1948. A partir de ese año la Comisión Provisoria de la Organización Mundial de Salud (OMS) se hizo cargo de la publicación de la CIE-6 y ediciones posteriores. El cambio sustancial en la organización interna de la clasificación, se produjo, en lo que a nuestro interés respecta, al serle incorporado un capítulo dedicado a los trastornos mentales. A partir de 1955 la OMS produjo las CIE-7, 8 y 9. Estas no introdujeron modificaciones importantes en la estructura básica, aunque a la CIE-9 se le agregó un glosario de términos empleados en el capítulo sobre los trastornos mentales, lo cual contribuyó a su mayor uniformización. En 1992 se publicó la CIE 10 actualmente vigente. No se aprecian en la CIE criterios muy distintos a los que propone el DSM-IV, en cuyas ediciones, al lado de su propia numeración diagnóstica, incluye la del CIE 10.

A mediados del siglo XX la American Psychiatric Association y la New York Academy of Medicine trabajaban en la elaboración de una nomenclatura común, que pudiera ser aceptada por los profesionales sanitarios de todo el país y que incluyera a los considerados pacientes con enfermedades psiquiátricas y neurológicas, El resultado de ese trabajo fue la redacción del texto del denominado DSM-I publicado en 1952 y vigente hasta 1968, año en que se establece una nueva edición que desarrolla nuevas categorías diagnósticas, y que se va a denominar DSM-II. Estas dos primeras versiones reflejaron, muy claramente, la influencia que ejercía en aquella época Adolf Meyer en la psiquiatría americana y también su perseverante intento de producir un compromiso

entre los psicoanalistas freudianos y las concepciones psicobiologistas que comenzaban a cobrar fuerza y preeminencia. En 1980 se publica una nueva versión que va a reflejar ya la pérdida total de influencia de los psicoanalistas en su elaboración y el progresivo auge de las neurociencias. El DSM-III constituyó una ruptura tan frontal y provocó reacciones adversas de tal magnitud que condujeron, en 1983, a la publicación de una revisión que recibió la denominación DSM-III-R (Revisada). La revisión no modificó sustancialmente los criterios adoptados. La versión actualmente en uso en lengua castellana es de 1995, traducción del DSM-IV publicada en 1994, que mantiene esa orientación comprometida con las terapias cognitivo conductuales y las neurociencias. (Pundik, 2010)

A partir de aquí y hasta la actualidad, se pueden nombrar 5 versiones del DSM cuyos principales atributos, fueron la incorporación sistemática y acelerada de diferentes tipos de trastornos o “disease’s” (en inglés). Y se debe hacer mención del término trastorno, siendo la psiquiatría la única rama de las ciencias médicas en usar dicho concepto, ya que la enfermedad precisa contar con pruebas orgánicas a través del método científico, y no así los trastornos. Aquí hay un punto para pensar acerca de la legitimidad de los trastornos.

El ritmo de incremento de categorías ha sido exponencial, teniendo como datos certeros que en la primera versión del DSM publicada en 1952, ofrecía a sus seguidores 106 categorías diagnósticas. Estas irían en aumento con el correr de las versiones y sus actualizaciones. El DSM II (1968) publicado 16 años después de la primera versión, ya incluía 182 entidades mórbidas. En su tercera versión, ya hay incorporadas 265 categorías, mientras que en la cuarta versión de 1994, viene con 297 entidades. Teniendo en cuenta que cada una de estas nuevas categorías que se van incorporando, proponen tomar cierto tipo de conductas o periodos como patológicos, se puede pensar en si estos van coartando la libertad y subjetividad de los pacientes, y de la sociedad en sí misma. Esto último se agrega ya que es un instrumento de uso profesional, que en función de poder que otorga la científicidad, y el respeto y aceptación de nuestra de cultura, pueden achicar los parámetros de libertad de las sociedades que los utilizan si no son seriamente regulados.

De esta manera y visto desde esta perspectiva, es una realidad la posibilidad de que las ciencias promuevan parámetros que promuevan la patologización de la vida cotidiana, dejando menos espacios para el sujeto. Esta línea, no brinda el espacio para que el sujeto logre preguntarse acerca de que le está sucediendo, de sus angustias, sueños, problemas, síntomas y conductas indeseadas.

Como se ve, la clasificación surge en tiempos antiguos y va acompañando el desarrollo de la medicina, presentando un gran crecimiento a partir de la introducción de la psiquiatría como la rama científica encargada de regular los trastornos mentales. También es preciso indagar acerca de los lazos existentes entre psiquiatría moderna y el consumo de medicamentos, quienes se ven indefectiblemente beneficiadas una de la otra.

A partir de esto, es posible adentrarse en la temática del posicionamiento de la psicología dentro de un campo comandado por la psiquiatría y el discurso médico. Aquí cabe diferenciar cuales son los objetivos que persiguen cada una de las disciplinas, y cómo se relacionan con las clasificaciones, que es el objetivo de esta investigación. Más adelante, se pondrá en relevancia el dispositivo psicoanalítico, su posicionamiento y ética en tiempos donde los límites se desdibujan.

Capítulo 2

Una pregunta que abre surcos: Freud ante la medicina.

“La duda es uno de los nombres de la inteligencia”

Jorge Luis Borges

2. A- El surgimiento del inconsciente

Para comenzar se recurrirá a las primeras conceptualizaciones que realizó Freud y que fueron acompañando el surgimiento del psicoanálisis a través del tiempo. Estas son consideradas como punto de partida ya que revisten gran valor e importancia durante el desarrollo de la obra psicoanalítica, a través de los continuos desarrollos teóricos, y sus posteriores correcciones.

Se puede articular con un texto de gran relevancia, que el mismo Freud desestimó en su obra. Lo redactó muy rápidamente en dos o tres semanas, dejándolo inconcluso. Hasta lo hizo objeto de severas críticas. Más también se lo puede considerar un punto de partida, un texto que a partir de su título ya propone algo del orden de lo interrogativo ante la fortaleza de un discurso que ya se imponía en la época: El proyecto de una psicología para neurólogos. Si bien el título no fue de su autoría, ya lo había mencionado en una carta enviada a Fliess, en la cual explicitaba su **excitación** y preocupación por algo nuevo que estaba surgiendo. Esto era, dice él, una psicología que ya le había atraído la atención desde tiempos inmemoriales por su lejano y cautivante llamado. Pero fue la neurosis y su experiencia en el hospital de La Salpêtrière, de la mano de Charcot, que volcaron su interés hacia esta nueva psicología.

Freud (1885/ 1988), en el proyecto, decía que:

Hasta aquí no hemos tenido en cuenta que toda teoría psicológica, además de sus logros en el orden de la ciencia natural, debe llenar un gran requisito. Debe explicarnos aquello de lo cual tenemos noticia la manera más enigmática posible, por nuestra «consciencia», y como esta consciencia nada sabe de los supuestos que llevamos hechos -de cantidades y de neuronas -, explicarnos también este no saber.

Para empezar, explicitemos una premisa que hasta ahora nos ha guiado hasta aquí. Hemos abordado los procesos psíquicos como algo que bien podría prescindir de esta noticia por la consciencia. Esto nos prepara para no hallar corroborados por la consciencia alguna de nuestros supuestos. Entonces, si no nos dejamos desorientar por esto último, he aquí lo que se sigue de aquella premisa; la consciencia no nos proporciona una noticia

completa ni confiable de los procesos neuronales; y estos, en todo su radio, tienen que ser considerados en primer término como inconscientes y, lo mismo que otras cosas naturales, deben ser inferidos. (pág. 352)

Es a partir de este punto dentro del “proyecto de una psicología para neurólogos”, donde Freud comienza a escribir sobre lo que ha venido pensando y elaborando desde sus comienzos y prácticas en el campo neurológico. Es aquí donde decide exponer su punto de vista sobre los vastos casos de las llamadas enfermedades nerviosas, que tanta expectativas generaban y tan poco se sabía de ellas.

Este párrafo sirve como disparador ya que se ve surgir una pregunta hacía el discurso médico que ya en esos años había impuesto su impronta científicista, y en nombre de ella se ocupada de dar respuesta a todo fenómeno corporal y extra corporal.

Pues plantea que la conciencia no es suficiente para dar respuesta a todos los fenómenos psíquicos, y a continuación en el proyecto, va a exponer la elaboración teórica lograda hasta el momento que continuará desarrollando y corrigiendo hasta el último de sus días, dejando un legado y abriendo nuevos surcos para recorrer.

El inconsciente planteado por Freud, da vida a aquello que Freud sospechaba y sobre lo cual corría desde atrás. Había algo detrás de toda conciencia, de todo comportamiento humano que ponía de manifiesto y evidenciaba la presencia del inconsciente. Este es el punto de partida desde el cual emerge la pregunta de investigación. Aquí es donde se dividen las corrientes y comienza un camino de desarrollo e investigación que duraría hasta nuestros días actuales.

En el extracto anterior, Freud afirma “...*la conciencia no nos proporciona una noticia completa ni confiable de los procesos neuronales; y estos, en todo su radio, tienen que ser considerados en primer término como inconscientes y, lo mismo que otras cosas naturales, deben ser inferidos.*”, dejando entrever que hay algo, una hiancia que Freud reconoce dentro de las ciencias médicas y del cual deja surgir un cuestionamiento hacia la misma. Esa prescripción a la que hace referencia, es el surgimiento del inconsciente como tal, y a posteriori lo que será el psicoanálisis.

Según Freud va abriendo sus hipótesis investigativas y presentándolas a las diferentes instituciones y personalidades, es que toma real conocimiento de que sus formulaciones son contradictorias a los caminos elegidos por las ciencias médicas.

En su estadía en París, en un comienzo, intentó seguir el programa de formación que le habían propuesto desde la universidad, pero a poco comenzar, se dio cuenta de que su interés giraba alrededor de dos clases, las autopsias forenses del doctor Brouardel y los seminarios y clases del doctor J. M Charcot. Es evidente como el profesor Charcot impulsó el deseo de Freud de investigar e inmiscuirse en el campo de las afecciones nerviosas, o mejor llamadas neurosis.

De este último, incorporó conceptos tales como neurosis nerviosas e histeria para explicar los casos que estudiaban en el hospital de la Salpêtrière y no respondían a patologías neurológicas. A su regreso a Viena, Freud presentó su informe sobre sus estudios en París y Berlín al colegio de profesores de la facultad de Medicina de Viena, en cuyo texto relata (1885/1988):

Solía decir Charcot que la anatomía, en líneas generales, ha consumado su obra, y la doctrina de las afecciones orgánicas del sistema nervioso está, por así decir, acabada; y que ahora le tocaba el turno a la neurosis... Su trabajo desde hace años apunta casi exclusivamente a las neurosis y, de preferencia, a la histeria... (pág. 10)

Su enseñanza abrió interrogantes en un Freud alumno, que sediento de conocimientos, no tardó en comenzar a escribir e investigar sobre estas “enfermedades”. Freud (1885/1988):

“Tuve así oportunidad de ver una gran serie de enfermos, de examinarlos yo mismo y de oír el juicio de Charcot sobre ellos. Ahora bien, de más valor que esta ganancia positiva en experiencia me pasaron las inspiraciones que recibí, durante los cinco meses que residí en París, de mi continuo trato científico y personal con el profesor Charcot.” (pág. 9).

Era la ganancia en experiencia, que no había logrado obtener durante sus estudios en su ciudad de residencia, lo que le producía mayor satisfacción, y así mismo le daba un empujón en su anhelo de producir y elaborar una explicación a aquello que quedaba por fuera de lo ya conocido e investigado, que excedía a lo propuesto por las ciencias neurológicas del momento, y que tanto llamaba la atención de este joven neurólogo vienés.

Dice Freud (1916-17/1979), hablando sobre las diferencias en los procedimientos que en aquella época ya podía detectar entre el proceder científico y el método psicoanalítico:

Querrán ustedes saber porque la psiquiatría científica no quiere darnos más referencias. Pero yo les respondo: ¡Maldito sea quien da más de lo que tiene! Digamos que el psiquiatra, justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso de esta índole. Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior, prognosis insegura por rica que sea su experiencia. (pág. 230)

En el caso presentado en esa conferencia, Freud da muestras sobre el proceder psiquiátrico y el proceder psicoanalítico. Plantea que la psiquiatría dedica sus esfuerzos a encontrar signos con los cuales diagnosticar y predecir el futuro clínico, indagando de otras maneras las posibles causas y elaborando hipótesis acordes sobre su funcionamiento. Queda claro que los objetivos son distintos, por lo tanto sus preguntas van a ser diferentes, así como sus proceder. ¿Serán acaso estos los objetivos que buscan las ciencias psiquiátricas? Ciertamente, se sabe que buscan la “cura” del pacientes o su “normalización” a través de equilibrar los niveles químicos de las diferentes glándulas y sustancias que se inter juegan en el cerebro. El gran problema quizás al cual se enfrentan, es a encontrar evidencias certeras de que dichas sustancias, en demasía o en falta, son los responsables de los comportamientos singulares que luego son caratulados como trastornos.

Así es como los postulados permiten acercarse a una articulación teórica entre los diferentes postulados principales del psicoanálisis planteado por Freud de una manera implícita, ordenado y explicitado posteriormente por Lacan.

2. B- La pulsión como motor

Este término es acuñado en el comienzo de la teorización de Freud, en el intento por asignar un concepto en su lengua natal, el alemán. En este contexto, en el año 1915, publica “Pulsiones y destinos de pulsión”; texto fundamental en que

formaliza la definición de “Trieb” a partir de la diferencia con el estímulo, término devenido de la biología.

La pulsión sería entonces, el representante psíquico de esos estímulos que provienen del interior del cuerpo, y el sistema nervioso es el aparato que busca liberarse de ellos. Así, se puede decir que el incremento del estímulo provoca el displacer, y contrariamente, la disminución del mismo está ligado al sentido de lo placentero.

¿Pero en qué se diferencia la pulsión de otros estímulos del cuerpo? La pulsión es una producción propia del cuerpo, y no depende de estímulos externos. Otra característica básica es que posee carácter de constante, y no momentánea como algunos estímulos físicos. Por otro lado, y no menos importante, es que a la pulsión solo se la puede cancelar mediante la satisfacción, aunque siempre de forma parcial, nunca se satisface completamente.

Pero esta fuerza pulsional, ejerce un constante esfuerzo en busca de llegar a su meta, a través del objeto pulsional. Dice Freud (1915/1991)

Si consideramos la vida anímica desde el punto de vista biológico, la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como un representante psíquico, de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma...” (pág. 117).

Sintetizando, se podría decir que la pulsión es aquella energía que busca satisfacerse constantemente a través de objetos parciales que nunca van a lograr su cometido, ya que el objetivo final es volver a su circuito circular inicial.

Se podría agregar, entonces, que la pulsión está íntimamente ligada a las repeticiones con las cuales los neuróticos gozan (según Lacan), y por tanto puede estar relacionada con el posterior sistema clasificatorio de trastornos y enfermedades mentales.

2. C- La transferencia en Freud

El término transferencia surgió en la obra del joven Freud, para explicar aquello que él iba descubriendo a medida que avanzaba con sus primeros casos clínicos, como el paradigmático caso Dora. El término fue variando a lo largo del desarrollo del psicoanálisis, aunque podemos rescatar tal conceptualización como:

El proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos, y de un modo especial dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de realidad. (Laplanche, J. y Pontalis J. B. /2004)

A medida que la teoría va avanzando, la transferencia va cobrando relevancia y preponderancia dentro del psicoanálisis, ya que desde los primeros casos detecta que hay algo en el analizado que se pone en juego, frente a la figura del analista.

¿Cómo puede una persona reaccionar agresivamente ante la intervención de un analista al que casi no conoce? ¿O cómo puede llegar a sentir afecto un paciente sobre la figura de su analista, sin saber más que su nombre? A través de su experiencia clínica, fueron surgiendo interrogantes hacia la misma práctica, permitiendo a Freud continuar con su obra hasta tanto le fuera posible.

Como respuestas a las anteriores preguntas, se le ocurrió que había algo más entre el analizado y el analista que debiera ponerse en juego al momento del análisis, algo que hiciera que una persona que se sentaba frente a un sujeto que suponía sabría sobre sus angustias y problemas, podría acabar con su padecer. Es oportuno agregar que esta disposición a la transferencia no sólo se da en la terapia con el analista sino en cualquier vínculo humano, y es común en la práctica analítica percibirla muchas veces con mayor claridad en las relaciones de los pacientes con sus objetos familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.

Desde el punto de vista clínico, la transferencia permite el desarrollo y desenvolvimiento del inconsciente dentro del dispositivo psicoanalítico, representando así un posible camino de descubrimiento hacia aquellos actos que ponen de manifiesto la puesta en escena del inconsciente en la vida cotidiana.

Dicho esto, también es válido considerarla, tal como Freud la nombró, una fuente de resistencia que pone sus fuerzas al servicio del incumplimiento del deseo del analizado. Esto quiere decir que la resistencia de transferencia junto a la resistencia de represión y al beneficio secundario de la enfermedad, son maneras inconscientes de oponerse a la elaboración de material que puede resultar angustioso.

Así en la cura analítica la transferencia se nos aparece siempre en un primer momento, sólo como el arma más poderosa de la resistencia, y tenemos derecho a concluir que la intensidad y la tenacidad de aquella son un efecto y una expresión de esta. El mecanismo de la transferencia se averigua, sin duda, reconduciéndolo al apronte de la libido que ha permanecido en posesión de imagos infantiles; pero el esclarecimiento de su papel en la cura, sólo si uno penetra en sus vínculos con la resistencia. (Freud 1991/1912, pág. 102)

Queda claro en el extracto anterior como Freud hace referencia a la importancia de la transferencia como resistencia al proceso analítico. Agrega que la intensidad de la resistencia está directamente ligada al tipo de transferencia que instaure el analizante.

Podría ser tomada la transferencia, desde este punto de vista, como algo que entorpece el proceso de análisis y la dirección de las cura, pero de inapreciable valor “estratégico” acerca de sus propiedades de volver actuales y manifiestas las mociones de amor escondidas y olvidadas de los pacientes.

Pronto advertimos que la transferencia misma es una pieza de repetición, y la repetición es la transferencia del pasado olvidado; pero no solo sobre el médico: también sobre todos los otros ámbitos de la situación presente. (Freud, 1991/1914. Pág. 152- 153)

Más adelante Freud va a ver cómo opera la transferencia en la puesta en acto del sujeto, sin que este se dé por enterado. Es por esto que en su texto de “Recordar, repetir y reelaborar” pone en evidencia y equipara a la transferencia como la principal causante de la repetición, siendo esta una reactualización del pasado sobre el objeto presente.

2. D- Compulsión a la repetición

Ya se ha hablado acerca de las dificultades que había tenido Freud desde el comienzo de su obra, en relación a la medicina como fuerza predominante. Las primeras histerias que se estudiaban en aquella época, convocaban a médicos interesados en neurología, psiquiatría y psicología, en vistas de descubrir las causas de aquellos cuadros clínicos que no respondían a ninguna experiencia médica. Los desarrollos teóricos que Freud fue produciendo a lo largo de sus años de formación e investigación permitieron construir un nuevo paradigma desde el cual situarse frente a aquello que escapaba a la conciencia y a las ciencias médicas. En este constructo teórico logra articular conceptos tales como la pulsión de muerte, en relación a aquel displacer en el cuál hay una ganancia de placer, en el texto “Más allá del principio de placer” de 1920.

Es relevante hacer hincapié en este texto ya que el concepto de pulsión de muerte resultará, paradójicamente, de vital importancia en el sostén teórico de la práctica psicoanalítica. Esta ganancia de placer en el displacer, explica la permanencia en situaciones que son adversas para el sujeto, poniendo en evidencia la compulsión a la repetición de la cual el sujeto es víctima y victimario, aún sin anoticiarse de ella. Esto repercute como se verá más adelante, en la posición del sujeto ante el síntoma del cual es objeto de clasificación y posterior tratamiento en la actualidad.

Aquí se ve la relevancia y vigencia de los aportes de Freud, que ya hacia 1920, le brindaba a la psicología y, más precisamente, al psicoanálisis. Al presentar dicho término a la comunidad, acogió tantos seguidores como detractores que no toleraron tal aseveración. En el “Más allá del principio de placer”, Freud (1920/2010) decía:

“También tiene que llamarnos la atención que las pulsiones de vida tengan que ver muchísimo más con nuestra percepción interna; en efecto, se presentan como revoltosas, sin cesar aportan tensiones cuya tramitación es sentida como placer, muestras que las pulsiones de muerte parecen realizar su trabajo en forma inadvertida. El principio de placer parece estar directamente al servicio de la pulsión de muerte...”
(pág. 61)

Veinticinco años ya habían transcurrido desde el comienzo de la teoría psicoanalítica, y no solo en este lapso hubo correcciones técnicas propias del método, sino que además, el psicoanálisis fue creciendo y adquiriendo cada vez más nuevos significantes. Tal es el caso de la pulsión de muerte, que vino a tomar una posición firme dentro de la teoría psicoanalítica.

Allí, Freud agrega que la meta de toda vida es la muerte y que lo inanimado está ahí antes que lo vivo, al hacer referencia a esa fuerza que trabaja silenciosamente y que invierte la relación del sujeto con su bienestar. Va más allá de lo que genera placer, va en contra de la corriente y se repite, compulsivamente. Es por esto que el camino repetitivo tiene que ver con lo inscripto por aquellas experiencias de satisfacción que dejaron algo sin satisfacer. Estas “marcas”, que no entran en la lógica libidinal, son aquellas experiencias de dolor manifestadas por Freud.

Con la introducción de este concepto se abren nuevos caminos en cuanto a la interpretación del sujeto inconsciente. La polémica instalada por Freud expande el terreno al referir que la pulsión de muerte es aquella angustia que surge en el sujeto al asomarse a aquella memoria ilusoria que recordaba un todo, sin la presencia de aquella falta estructural.

Es Freud que da muestras de estructuras psíquicas que se forjan a través de un proceso que denomina complejo de Edipo. El atravesamiento de este tiempo, y su posterior posicionamiento frente a la castración¹, va a devenir en la estructura de personalidad que va a dar cuenta, a rasgos mayores, de qué manera se posiciona el sujeto frente a su deseo.

Se puede inferir que el discurso científico- médico está más direccionado hacia el clasificar y diagnosticar, para llevar a cabo un tratamiento posterior. Diferente del discurso analítico, que utiliza el diagnóstico como herramienta para propiciar el devenir del sujeto y su subjetividad, para lograr mayor libertad en relación a su deseo.

¹ Freud dice que en un primer momento en la subjetividad del niño solo cree que todas las personas tienen pene y en un segundo momento descubre que las niñas no tienen pene y entra allí la angustia de castración. En la posición de la niña ella cree que el niño es completo, que ella está en falta y que la madre no le dio el pene.

Así es como a medida que recorremos las bases del psicoanálisis, se va vislumbrando el recorrido que ha atravesado esta teoría que vislumbra al ser humano en la construcción de la subjetividad. Es decir que explicitamos como se fue forjando el psicoanálisis, que preguntas se fue planteando en su camino, cuáles fueron las formas de investigar y cómo, poco a poco, se fue abriendo camino.

Capítulo 3

Lacan, conceptualizaciones y aportes

“Sólo los sueños y los recuerdos son verdaderos, ante la falsedad engañosa de lo que llamamos el presente y la realidad”

Alejandro Dolina

3. A- Introducción a la falta

Para realizar el análisis correspondiente a las clasificaciones y plantear las hipótesis de trabajo, puede resultar relevante introducir la teoría de Lacan que tanto le ha brindado al psicoanálisis. Al igual que Freud, al abrirse paso en su desarrollo teórico, Lacan fue sumando seguidores y detractores, hasta el punto que sus seminarios se vieran interrumpidos al ser excomulgado de la IPA (Asociación Psicoanalítica Internacional, en sus siglas en inglés) y debieron continuarse en la escuela normal superior de París. Desarrolló un complejo marco teórico capaz de darle sustento a sus hipótesis, despegándose de otras escuelas como la inglesa y norteamericana.

Para empezar la articulación de Lacan con las clasificaciones, es importante hablar del deseo por ser un concepto representante troncal del psicoanálisis, ya que la clínica se articula alrededor del mismo. Por eso mismo resulta necesario, realizar un breve recorrido, por el deseo como forma de involucrar al sujeto consigo mismo.

Sí no hay deseo, decía Lacan, no hay posibilidad de vida. Es el motor del sujeto, aquello que urge desde el interior y despliega posibilidades de producir en cualquier orden de la vida, en cualquier sentido.

“¡La bolsa o la vida! Si elijo la bolsa, pierdo ambas. Si elijo la vida, me queda la vida sin la bolsa, o sea, una vida cercenada.” (Lacan 2010/ 1964 pág. 220). Sí elegimos quedarnos en o con la bolsa, no habrá posibilidad alguna de vida. Sí elegimos la vida, habremos de perder indefectiblemente aquel estado de bondad absoluta, donde todo está dado, no hay necesidades ni faltas. Por lo tanto, la cuestión de nuestro nacimiento posiciona al sujeto frente a una posición de elección forzada, algo habrá que elegir. Y se sabe que si algo se elige, posibilita un campo determinado, pero a su vez pasaremos por la pérdida de aquellos que pudimos elegir, y no lo hicimos.

Con esto revela que ya desde el nacimiento el ser humano carga con una falta estructural, hay algo que tendrá que dejar sí es que pretende salir con vida de tal asunto.

Así mismo, al nacer el sujeto, es encontrado inmerso en una cultura que lo preexiste, y por lo tanto se ve atravesado inmediatamente por la “barrera del lenguaje”, lo que lo diferenciará del resto de los animales. Es por esto que el hombre no es un ser instintivo, sino más bien un ser cultural, atravesado por la cultura y domesticado por el lenguaje. Esto hace que el deseo, no sea nunca deseo propio, sino que es un deseo del Otro, aquel que nos preexiste y nos subsiste.

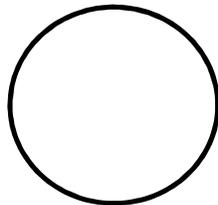
Cuando Lacan dice que el inconsciente se estructura como un lenguaje, no quiere decir que el inconsciente es el lenguaje, sino que se va articulando a la forma del lenguaje. Es decir que a partir de un significante primordial, es que se van articulando los otros significantes, formando así la cadena discursiva, tal como se articula el inconsciente.

3. B- Alienación y separación

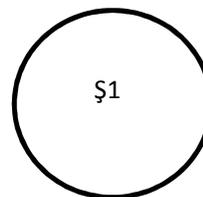
Para esto es importante explicar brevemente la “alienación y separación”. Ambas operaciones lógicas actúan por simultaneidad y por anticipación retroactiva. Para comprender la primera característica, Lacan (1964) dice que “*un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante*” (p. 215). Vemos que el sujeto no es sin los significantes del Otro (alienación), y simultáneamente, no es ningún significante del Otro (separación). Y de anticipación retroactiva porque la supuesta consistencia del Otro (alienación) opera cuando empieza a asomar su inconsistencia (separación).

Cuando un sujeto aparece en este mundo, viene desnudo de significantes

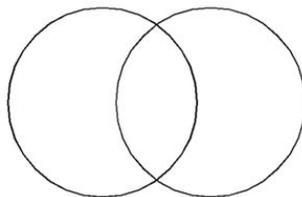
Sujeto vacío



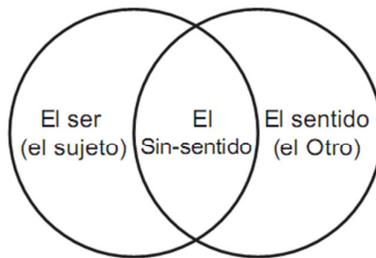
§1 del Otro



En la alienación, se produce la reunión de los elementos

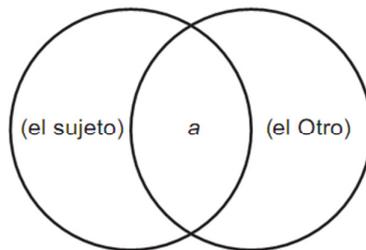


Ilustremos esto con lo que nos interesa, el ser del sujeto, el que está aquí del lado del sentido. Si escogemos el ser, el sujeto desaparece, se nos escapa, cae en el sin-sentido: si escogemos el sentido, éste sólo subsiste cercenado de esa porción de sin-sentido que, hablando estrictamente, constituye, en la realización del sujeto, el inconsciente. En otros términos la índole de este sentido tal como emerge en el campo del Otro es la de ser eclipsado, en gran parte de su campo, por la desaparición del ser, inducida por la propia función del significante. (Lacan 2010/1964 pág. 219)



En la separación, una falta cubre a la otra. El deseo del sujeto surge a partir del Otro como sujeto en falta. Ante este enigma, se alimenta de la falta del Otro. La única vía posible para poder operar el haber advenido no siendo, es articularse a algo que le falta al Otro.

La intersección de dos conjuntos está constituida por los elementos que pertenecen a los dos conjuntos. Allí se producirá la segunda operación a la que esta dialéctica conduce al sujeto. Es tan esencial definir esta segunda operación como la primera. Pues en ella vemos asomar el campo de la transferencia. La denominaré introduciendo así mi segundo término, la separación. (Lacan 2010/ 1964 pág. 221)



El significante S1 posibilita el encadenamiento de los demás significantes (S2, S3, etc)

§1 → §2

¿Y el objeto a, que es? “*El objeto a es ese objeto que, en la misma experiencia, en el curso y el proceso mantenido por la transferencia, se distingue para nosotros por un estatuto especial*”. (Lacan 2010/1964 pág. 275)

Dentro de la teoría psicoanalítica, la fuente principal es la definición de Freud acerca del objeto perdido del deseo. Lacan nombra de esta manera a aquello que él considera como el “objeto causa del deseo”. Aquel deseo que surgió a partir de aquella elección forzada, de la cual se parte estructuralmente barrado, esa elección a partir de la cual deviene como ser escindido. Es decir, que es todo aquel objeto sobre lo que el deseo se vaya posicionando y desplazando. El objeto a tiene esta nominación para evitar confusiones con lo que Lacan nominó con A, el gran Otro, para diferenciarlo del pequeño otro, el semejante. Es necesario aclarar que las letras a y A derivan de la palabra “Autre”, que en francés significan Otro. Por último termina de formalizar el objeto a planteándolo como un resto que cae de la operación de constitución del sujeto, es decir que el sujeto pasa a existir simbólicamente.

3. C- La transferencia como puente

Abordar este punto es relevante debido al obligado paso por la posición del analista como función central del análisis y su semblante, de cara al establecimiento de la transferencia como camino a la cura. *El problema del amor nos interesa en la medida en la que nos permitirá comprender que ocurre en la transferencia, y hasta cierto punto, a causa de la transferencia.* (Lacan 2013/1960-61. Pág. 47)

Con esta breve introducción, Lacan da pie para comenzar a explayarse a lo largo del seminario 8, sobre un tema central para el psicoanálisis, como clínica del deseo. Aquí, al decir que la transferencia es el amor, está abriendo todo un mundo de elaboraciones, que culminan en la frase sobre que es realmente el amor de transferencia: “Dar lo que no se tiene”.

El término fue acuñado por Freud para describir aquellas mociones pulsionales que los analizantes colocan sobre la figura de los analistas, en el marco de un análisis subjetivo. Pronto, y ya tomado e incorporado por Lacan, se convertirá en uno de los

cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, tal como lo desarrolló en el seminario 11 de su teoría. ¿Pero a que se refiere Lacan cuando dice que la transferencia es el amor?

Siempre apuntando al saber clínico que fue el que más involucró al propio Lacan, éste tomó el término freudiano y, de la mano del mito del banquete de Platón, desarrolló lo que llamaría luego su seminario número 8, “La transferencia”. A través del mito, él fue mostrando como los personajes que iban desarrollando sus exposiciones sobre el tema a tratar, en aquella ocasión que era el amor. A través de los discursos de Agathon, Diotima, Alcibiades, y Sócrates entre otros, él va dando cuenta de las diferentes posiciones y ponencias que realiza cada miembro sobre el amor, de cómo ven, piensan o sienten el amor.

El punto crucial, lo pone en la posición que toma Sócrates, asemejándolo con la posición del analista, al ocupar metafóricamente el lugar del elogio, ante la aclamación que Alcibiades realiza sobre su persona. Entonces dice que siempre habrá un objeto resplandecedor, aquel señuelo que nos haga caer en el enamoramiento, dando lo que no se tiene, a alguien ilusorio. Se pone en juego el objeto puesto en valor, aunque en realidad carezca del mismo, dando como resultado un movimiento imaginario que borra las barreras de la propia castración del neurótico. Este objeto, tiene cualidades de brillos y preciadas, que hacen referencia a aquel objeto causa de deseo que genera un hueco, una falta en el sujeto, y pretende ser tapado ilusoriamente. Esto se ve reflejado en la transferencia que el sujeto establece con la persona del analista y es esto lo que hace a Lacan preguntarse sobre que busca el sujeto en un análisis.

¿Qué viene a buscar al analizado al análisis? Viene a buscar lo que hay que encontrar o, más exactamente, si busca es porque hay algo que encontrar. Y lo único que él tiene que encontrar es el tropo por excelencia, el tropo de los tropos, lo que llaman su destino. (Lacan 2013/1960/61 pág. 356)

Lacan hace referencia al tropo como una figura retórica que consiste en emplear las palabras en sentido distinto del que propiamente les corresponde. Un ejemplo claro de este serían las metáforas.

Pero entonces, dar lo que no se tiene. ¿A qué se refiere? Cuando Lacan afirma que el amor es “dar lo que no se tiene”, hace referencia a poner en juego nuestra falta, para poder ubicarla en el otro. Al reconocerse como sujeto en falta, se puede crear y

colocar sobre el vínculo algo que se juegue en relación a la pareja y la propia subjetividad. Amar justamente no es dar lo que se posee (objetos, regalos, etc), es dar algo que no tenemos, que va más allá del sujeto mismo. Amar es experimentar esa falta de castración.

Eso que no se tiene, se va a colocar sobre aquel objeto amado que posee cualidades de agalmático, aquello que brilla, resalta y deslumbra, ofreciéndose como objeto que obture la falta. Pero el amor, al pertenecer al plano imaginario, requiere que se ponga en juego la metáfora, o sea que el amante pase a ser objeto amado y el objeto amado pase a ser amante. Al jugarse esta metáfora, posibilita el juego del amor.

El concepto de transferencia resulta de vital relevancia ya que expone el papel del analista frente a aquel sujeto que viene a hacerle una demanda de amor, finalmente. Pero también es fundante el amor en psicoanálisis, porque en el amor, se trata siempre de suponerle un saber al Otro con respecto a algo que concierne íntimamente a cada uno de nosotros. Esta es la paradoja del analista, se ofrece como objeto de amor, pero se abstiene de esa demanda incesante que no permitiría el camino hacia la cura.

¿Qué tienen que ver entonces el inconsciente, la transferencia, la repetición y la pulsión con las clasificaciones? Que todos esos conceptos participan y se interrelacionan en la creación del síntoma que luego será clasificado. Por algo son nombrados por Lacan en su seminario 11 “los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”.

Es la pulsión aquella energía que surge del interior del cuerpo en busca de su satisfacción, aunque como vimos anteriormente, esto nunca va a ser posible. El objetivo de la pulsión es girar alrededor de los bordes que producen vacío, la falta. Así entra en juego la repetición como proceso pulsional que viene del orden de lo inconsciente. Por eso es que la repetición es actuada y llevada a cabo una y otra vez sin lograr percatarse de ello, por su carácter pulsional. Solo cuando es recordada e identificada, se puede elaborar para relacionarla a lo deseado o al padecimiento del sujeto. Estos actos de carácter repetitivo y del orden de lo pulsional, muchas veces son objetos de clasificaciones, tales son los casos de las adicciones, y algunos trastornos de la personalidad y conductuales. La transferencia es justamente una puesta en acto del inconsciente, aquello que Freud llamaba una reactualización de las mociones pulsionales infantiles. Es por esto que la transferencia comparte el carácter repetitivo.

La transferencia será de vital importancia en la posición que tome el profesional, ya que hará de falso puente para que un tratamiento o análisis pueda continuar y ser efectivo, no solo en el camino a la cura, sino también en relación a las resistencias. La direccionalidad de la cura va a estar íntimamente ligada a la transferencia como herramienta posibilitadora, en contraste con lo que proponen los manuales diagnósticos de clasificar para curar.

¿Elaborar o curar? Es una pregunta que surge al ver los diferentes procederes en el área clínica de la psicología. El curar está asociado a “hacer desaparecer” las dolencias o enfermedades que padece una persona en el plano físico. Es un término ampliamente utilizado en la jerga médica que proviene del seno de las ciencias. Hacia este horizonte tal vez se inclina el discurso médico- científico: intentar “curar” lo incurable, borrar los límites del propio cuerpo, suprimir las formas de goce. Tan incorporado está en la vida moderna cotidiana, que se ven diariamente ejemplos de programas televisivos (reality shows) acerca de personas que padecen obesidad con el objetivo es ubicarlas en un peso “normal”, dejando de lado los espacios para la interrogación subjetiva.

El concepto elaborar se utiliza mayormente en los ámbitos clínicos donde se pondera el proceso subjetivo que lleva a cabo y atraviesa una persona, donde la propia historia se pone en juego y es el sujeto mismo quien se responsabiliza de sus goces. Elaborar es a voluntad del propio sujeto, a diferencia de la cura que muchas veces se espera de un Otro.

Se vislumbra entonces como el carácter de lo inconsciente se pone en juego permanentemente, y la articulación entre los conceptos se relacionan con la temática propuesta en esta investigación.

CAPITULO 4

Posición del psicólogo en el campo de la salud mental

¿Y cómo huir cuando no quedan islas para naufragar?

Joaquín Sabina

4. A- La psicología y la ética

Según la RAE, la ética podría definirse como un “*Conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida*” (Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=H3y8IjjlH3yay0R>). El tema en cuestión se centra en la división del bien y del mal, sus fundamentos y valores. Pero esa diferenciación, por lo menos para el psicoanálisis, no podría ser aportada por otro sujeto más que aquel que acude al psicólogo, o a una instancia analítica. Es por esto que puede ser de interés la articulación entre la psicología, el psicoanálisis y la ética.

El planteo de Freud es novedoso: no se ubica a priori como dueño del saber acerca de lo que aqueja al paciente o de cómo debería conducir su vida. Vuelve a postular como punto de partida algo que empezaba a abandonarse en la práctica médica, la escucha. Descubre así que el conflicto que perturba a quienes lo consultan es moral. Repudian sus deseos, pero no consiguen librarse de ellos, de modo que mantienen vivo el conflicto de no desear de acuerdo con lo que se ‘debe’. Propone, a partir de ahí, una clínica del deseo que da lugar a una práctica regida por una ética propia. (Arsac /2010, pág. 9)

A partir de este extracto, puede ser articulada la temática del presente capítulo con el hilo discursivo de esta investigación. Como ya ha sido expuesto anteriormente en algunos puntos, es Freud quien opta por otra ética: la del paciente. Dentro del dispositivo psicológico, y desde una perspectiva psicoanalítica, no podría haber otra ética que la del propio sujeto. Es uno de los puntos de despegue de Freud frente al discurso médico de la época, colocando al psicoanálisis como la clínica del deseo.

Siguiendo esta lógica, se pierde el norte en relación a lo que es bueno o malo para el sujeto, siendo quizás en la escucha analítica donde se encuentran las propias limitaciones, obstáculos y deseos que pueden brindar pistas hacia el devenir subjetivo.

En el plano profesional las normas éticas se forman en el consenso de todos los actores involucrados en la tarea. De forma democrática se elaboran los alcances y limitaciones de la profesión. Por esto que surgen diferencias entre las éticas psicológicas y psicoanalíticas. Es muy importante poner de manifiesto esto, ya que diferencia dos procedimientos distintos, aunque vinculados.

Para entender el surgimiento de la ética, es importante saber cómo emergieron las sociedades occidentales. Sólo así se comprenderá el origen de los planteamientos éticos. Se verá entonces cómo surgió la ética y la moral

Cierto psiquiatra francés cree que el propio Dios fue una invención psicológica, una manera de asegurar la supervivencia de la comunidad. Supone que las primeras comunidades humanas se constituyeron alrededor de un sujeto psicótico que tenía experiencias de comunicación con el Otro, y así pudo organizar y sostener la cohesión de aquellas comunidades antes de la introducción de la ley (Laurent /2000, pág. 34)

Es posible que las sociedades se hayan construido, como dice en la cita anterior, en base a un gran Otro representante de una ley, que permitía mantener la cohesión de las civilizaciones. Hoy nuestros tiempos han cambiado, sin embargo aparecen nuevas formas de Otros como en el caso de los manuales de diagnóstico.

La organización neurótica de cada sociedad tiende lineamientos sobre aquello que es posible y aquello que no, así como alcances y limitaciones de cada profesión, dando lugar a las normas éticas que han ido desarrollándose a través de las épocas. Son los pueblos mismos quienes autorizan o prohíben sus propios goces.

Continuando con las normas éticas, resulta importante cuestionarse ¿Qué debe hacer un psicólogo? ¿Qué posición debe ocupar en nuestra sociedad? Varias corrientes de la psicología positivista concluyen en que el psicólogo debe ser una persona que promueva el bienestar de un sujeto. La pregunta será enfocada en el sujeto que acude al sistema en busca de ayuda psi (psicológica- psiquiátrica- psicoanalítica). ¿Es el deseo de él o el deseo del psicólogo (o del sistema de salud que lo respalda) el que se pone en juego, acerca de su curación?

Puede traerse como ejemplo el caso de la neurosis. Éste, es un término acuñado por el propio Freud para describir aquellas personalidades que recreaban síntomas sin tener bases orgánicas o biológicas comprobadas. Pero ya desde su comienzo, Freud lo planteó como una estructura de personalidad ligada al deseo, y no como una entidad mórbida. Al plantear las diferencias entre sanos y enfermos, normales y anormales, quedan pocas posibilidades de incorporar personalidades neuróticas a la trama de la psiquiatría. Así, puede pensarse cómo las ciencias médicas incorporaron el término enfermedad y trastorno con finalidad de ser tratado y curado, hasta llegar a la “normalidad”. Eric Laurent (2000) dice “...se verifica que hay un obstáculo para

desembarazarse de la neurosis. El autor (Julio Vallejo) concluye que hay bases para sostener que la personalidad neurótica ha sobrevivido a las neurosis” (pág. 38), haciendo clara referencia a las neurosis como una posicionamiento frente a su propia castración.

¿Cuándo se habla de “curar” una neurosis, se está hablando del deseo del sujeto por librarse de la angustia que lo paraliza y lo inhibe, o de normalizar la conducta de esa persona, sin detenernos en la escucha? Quizás la posición del analista se orienta generar ciertos interrogantes en el sujeto que le permitan dudar, contrariamente a la intervención desde el parámetro de normalidad cultural, que proponen las ciencias. En definitiva, si el sujeto está estructurado como un lenguaje, como dice Lacan, se podrá poner mayor énfasis en el discurso o en lo que dice acerca de su padecimiento aquel sujeto que consulta por no encontrar respuestas a sus goces repetitivos, en vez de comparar, clasificar, encasillar y medicar. Las riquezas de las clasificaciones diagnósticas, rigen en la posibilidad de ser herramientas informativas acerca de las formas y posibilidades que un sujeto posee como forma subjetiva de relacionarse con su ambiente. Es por esto que si se apuesta al diagnóstico como un objetivo en sí, se corre el riesgo de limitar las posibilidades y libertades que una persona, en nombre de lo que socialmente se supone “mejor” para él. El diagnóstico posee mayor riqueza cuando nos plantea un punto de partida, más que uno de llegada.

Lo que corresponde al psicoanálisis en la salud mental es recordar que ante esa presencia inquietante, el sujeto del inconsciente freudiano nos plantea una pregunta laica: ¿Cómo definir de que está permitido gozar? Solo el debate democrático puede responder. Por esta razón Lacan definió el inconsciente freudiano, en última instancia, no a partir de la conciencia, sino en función de la ética. (Laurent/ 2000. pág. 44)

¿Quizás se trate de eso, no? Es la sociedad, la cultura, la política, la que en su conjunto define cuales son los posibles goces que no serán sancionados. La introducción de la ley, en su doble vertiente tanto dentro de la sociedad como del psiquismo, marca una posibilidad, y es la de abrir paso al deseo. Y es la ética, del neurótico, en su conjunto, la que posibilita trazar caminos diversos, simultáneos y creativos, donde el sujeto pueda vivir su subjetividad dentro de los parámetros culturales erigidos por el debate democrático.

Al retomar entonces, el analista puede operar desde una lógica diferente. Es importante que se posicione desde una óptica que le permita devenir en el espejo en el cual el sujeto pueda comenzar a observarse, descubrirse e interpretarse.

Decir que el sujeto sobre el que operamos en psicoanálisis no puede ser sino el sujeto de la ciencia puede parecer paradójica. Es allí sin embargo donde debe tomarse un deslinde a falta del cual todo se mezcla y empieza una deshonestidad que en otros sitios llaman objetiva: pero es falta de audacia y falta de haber detectado el objeto que falla. De nuestra posición de sujetos somos siempre responsables. Llamen a eso terrorismo donde quieran. Tengo derecho a sonreír, pues no será en un medio donde la doctrina es abiertamente materia de negociaciones, donde temeré ofuscar a nadie formulando que el error de buena fe es entre todos el más imperdonable. (Lacan, 1985/ 1958, pág. 816)

Se ve como Lacan plantea que la posición del analista no puede ser de sentido común, buena fe o buscar lo mejor para el sujeto, ya que va más allá de esto. El analista, inmerso en el campo discursivo médico, es él que debe saber ingeniárselas para operar hábilmente dentro de ese contexto. Las clasificaciones pueden ser tomadas como puntos de información a indagar y abrir, no dando como verdades absolutas los criterios diagnósticos. El asunto es, posibilitar un punto de inflexión dentro de este discurso, para no perder de vista el objetivo de permanecer dentro de los parámetros de la ética y la labor del analista. Así se podrá proponer un trabajo mayormente interdisciplinario, con el objetivo de hacer de lo propio de cada sujeto.

Es entonces esta, una oportunidad para todos aquellos que se desempeñan dentro del dispositivo psicoanalítico, para facilitar posiciones que puedan articularse interdisciplinariamente con otras ramas de la salud mental, y no quedar aislados como sujetos amos, dueños del saber. Mientras más abierto sea el intercambio de posiciones, más posibilidades de que el individuo pueda conocer su propia historia.

4. B- Posición ética del analista

“Vaciar el lugar de su deseo en tanto sujeto del inconsciente”

Otro tema que genera gran suspicacia entre los psicólogos y los psicoanalistas es la posición ética que pueden tomar ante el sujeto en terapia/ análisis. Todo depende del

paradigma o línea teórica desde el cual se desee ejercer la función analítica o el rol terapéutico.

Cuando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarle que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad. (Lacan 2002/1966, p. 91)

La conferencia “psicoanálisis y medicina”, llevada a cabo en 1966 en el hospital de la Salpêtrière, se remite a una mesa redonda ejecutada el 16 de febrero de dicho año, entre médicos y psicoanalistas con el fin de lograr entenderse ambas partes. En realidad, fue la medicina la que interrogó al psicoanálisis, según lo planteado por los médicos, justamente sobre aquellos aspectos que no lograban comprender de la otra disciplina.

Lo que plantea Lacan al respecto, en el párrafo antes citado, es la introducción a los galenos del término “demanda”, y como ésta se juega en todos los aspectos de la salud, tanto física como mental. Las preguntas habían ido dirigidas hacia la democratización del psicoanálisis, al acceso restringido de la población a esta práctica debido al supuesto interés económico de los analistas, priorizándolo por sobre la salud de los pacientes. Es entonces que Lacan recurre a explicar que lo que el sujeto demanda, no es solo la extirpación de los síntomas causados por la enfermedad, sino que es una demanda que remite a tiempos tempranos en la historia del sujeto (demanda de amor), y el síntoma por el cual consulta, no es más que su posición para sostener aquel sufrir placentero. Es más, podría pensarse que si el síntoma cumple su objetivo, el sujeto no se angustiaría. Es entonces que se puede concluir que es solo cuando el síntoma falla que el sujeto se angustia y busca ayuda profesional. Es por esto que desde el psicoanálisis se planteó respetar el síntoma y no entrometerse con él. La riqueza del análisis surge en que podrá ir haciendo el paciente con ese síntoma para sentirse mejor

Es por esto, que el médico está expuesto a la constante demanda, no solo por parte de sus pacientes, sino también en nombre de la ciencia, a responder a todo enigma que surja en relación a la salud del hombre. ¿Qué quiere explicar con esto Lacan? Quiere dejar en claro que no toda persona que consulta la medicina o la psicología,

precisa de su cura. Y para que esta cura (o intento) sea verdadera, es necesario que el sujeto deje algo de sí colocado como costo, que está representado en las sociedades occidentales por el dinero. Por eso cuando los médicos, atónitos, preguntan y exigen por la “democratización” del psicoanálisis, se expresa que el monto de dinero no es causa que exima a un sujeto verdaderamente de un análisis, pero si lo es la falta de responsabilidad sobre sus goces. Aquí es donde se ve un posicionamiento distinto de la medicina respecto del psicoanálisis.

Al consultar a un psiquiatra conocido sobre las consecuencias del uso excesivo de los manuales clasificatorios, en su opinión me explicó que “*frente a lo desconocido, lo impredecible y lo desconcertante, la posibilidad de describir y clasificar es un primer intento de conocimiento*”. Este es un punto a tener en cuenta y tomar con recaudos, ya que si bien es un intento de acercamiento, la clasificación puede provocar lo contrario: la alienación del sujeto sobre sus posibilidades de elección.

Dicho esto, se hace necesario explicitar cómo se plantea el semblante del analista, para posibilitar la entrada en análisis del sujeto del inconsciente.

El analista en tanto semblante de a, responde desde una posición opuesta a la del Ideal, tal como recomendaba Freud cuando decía que el trabajo analítico se encontraba en máxima oposición al de la relación hipnótica. Implica vaciar el lugar de su deseo en tanto sujeto del inconsciente, para que aparezca el vacío estructural de ese Otro que constituyó el deseo del paciente. Tiene que tolerar que surja en su paciente la hiancia entre el S1 y el S2. (Arsac, 2010 pág. 84)

Podría decirse que para que esto suceda, es necesario que el sujeto se tope con el sin sentido, hasta vislumbrar algo del orden de lo simbólico, que esté relacionado a lo que dice el sujeto del inconsciente. Es esto también lo que propone el dispositivo psicoanalítico, decirse todo sin dejar que aparezcan tapones morales o éticos que inhiban la circulación de los significantes. Así, desde luego, el sujeto se verá forzado tarde o temprano, a asumir responsabilidad sobre sus propios dichos y comenzar su proceso subjetivo.

Las contradicciones y mentiras, en el dispositivo del análisis, son materiales de valor para lograr captar que se está poniendo en juego. Es decir que se valora la contingencia de la verdad como una formulación subjetiva dentro del dispositivo. No se apunta a una verdad absoluta o moral, sino a lo que sujeto relata como “su verdad”.

Es entonces obligación para el analista que asuma la posición de sujeto vacío, de semblante del objeto a, ya que se recrean las condiciones de posibilidad para que el sujeto despliegue su discurso y comience a escucharse.

A diferencia de la psicología que, con el aval de la ciencia, promueve los ideales sociales de normalidad, salud y madurez, los psicoanalistas ven los efectos de esos ideales en el sufrimiento del sujeto, efecto paralizante y mortífero para el deseo, de ahí que la dirección de la cura apunte a la diferenciación máxima entre amarrarlo a un ideal o propiciar el movimiento del deseo. (Arsac, 2010 pág. 87)

Es por esto que Lacan plantea que direccionar una cura no es direccionar un paciente. Tal diferencia es la que el psicoanálisis advierte. De lo contrario se podría correr el riesgo de caer en una posición absoluta, imposibilitando el advenimiento del sujeto del deseo.

CAPITULO 5

La normalización de la subjetividad

“Sobre todo creo que, no todo está perdido”

Jorge Drexler

5. A- ¿Salud mental?

Según lo OMS (Organización Mundial de la Salud) salud mental es *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”* (Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/).

Si se desglosa esta definición, se encuentra “un estado de completo bienestar”. Vale la pena detenerse en este punto para pensar la posición tomada por OMS acerca de la concepción del ser humano como un sujeto normal, completo, no dando lugar a la falta propia del ser humano ni a la castración. Podría pensarse entonces, que sí dicha institución concibe al hombre en su conjunto de tal manera, pierde la posibilidad de contemplar las diferencias, y mucho más, de enriquecerse de ellas. Así, todo sujeto que presente alguna desviación de la media standard, puede ser objeto de clasificación como anormal.

Al continuar con la definición de salud mental de la OMS, figura una descripción, punto por punto, de áreas separadas que afectan al ser humano tales como “físico, mental y social”. Aquí la salvedad podría efectuarse en como separa y discrimina áreas del ser aislándolas del resto, sin relacionarse una con la otra, y la afección de un área no modifique la otra. Lo físico, lo mental y lo social están estrechamente relacionados y hasta se los puede comparar con un sistema, donde si cambia un elemento cambia todo. Se ve, desde la perspectiva del psicoanálisis, que se achica el lugar para la subjetividad, para las diferencias. Así, las diferencias serán tildadas de anormal.

Por último, “y no solamente la ausencia de enfermedades mentales”, se reafirma esta línea que la no presencia de síntomas, aún no certifica el estado de salud mental. Si se continúa la pista propuesta, se ve como disminuye el espacio para las diferencias, marcadas por la normatividad.

Eric Laurent (2000, pág. 34), en su libro *Psicoanálisis y salud mental*, afirma que *“la definición más sencilla de Salud Mental, es la que oí a Jacques- Alain Miller*

cuando dijo que la salud mental era la paz social". Acerca de esto, puede pensarse que todo acto individual, se ve reflejado en la sociedad a la cual pertenecemos.

Salud mental puede llegar a asemejarse entonces a la libertad que adquiera un sujeto en relación a su deseo. Quien pueda escuchar o continuar su "decir" interior, se verá implicado en lo va descubriendo de su propio inconsciente. Es por esto que surge el popular cuestionamiento entre los psicoanalistas frente al concepto de resistencia: ¿A qué se opone entonces más que a lo que desea? Mientras menor sea la resistencia, mayor podrá ser el advenimiento del deseo.

5. B- Caso extraído del DSM IV

Noreen Hamilton, una dependiente de 35 años de edad, madre de tres niños pequeños, solicitó tratamiento psiquiátrico en una clínica de salud mental de Montana aduciendo que "mi cabeza no para. Me resulta difícil mantener la atención en una tarea, y me distraigo con facilidad". Se describía a sí misma como desorganizada, inquieta, irritable y de mal humor. Tendía a reaccionar emocionalmente de forma exagerada y se deprimía con frecuencia durante algunos días. La relación sentimental actual, la que había durado, comenzaba a derrumbarse. La pareja mantenía frecuentes discusiones, exacerbadas por el temperamento de Noreen. Su compañero se quejaba de que "nunca podemos resolver los problemas." Ella también refería dificultades para tratar a sus dos hijos, a los que calificaba como "hiperactivos."

El psiquiatra solicitó a la madre de la paciente que completara un cuestionario donde se le preguntaba sobre el comportamiento de Noreen durante la infancia. Los resultados revelaron que Noreen se encontraba en el percentil 95 de "hiperactividad infantil". Aunque los recuerdos de Noreen sobre su propia infancia eran parciales, recordaba frecuentes problemas disciplinarios que desembocaban en visitas al despacho del director de su colegio. De niña no recibió ningún tratamiento, pero a la edad de 20 años y de nuevo a los 23 acudió a un psicólogo debido a sus dificultades de adaptación. Su matrimonio, que había sido muy tempestuoso, terminó después del nacimiento del tercer hijo, cuando ella tenía 25 años, teniendo que someterse de nuevo a un tratamiento. Finalmente, hace ahora 2 años, acudió a la clínica de salud mental de su comunidad donde le fue prescrito un fármaco antidepresivo, que tomó durante varios meses sin ninguna mejoría constatable.

Noreen entró en un ensayo clínico, controlado con placebo, de metilfenidato, fármaco que suele administrarse a los niños que padecen el “trastorno por déficit de atención con hiperactividad. No mostró ninguna respuesta al placebo, pero si experimentó una respuesta sustancial al metilfenidato, caracterizada por una mejoría marcada en su concentración, organización, inquietud, labilidad afectiva, temperamento y afrontamiento del estrés. Se mantuvo con esta medicación, y durante 7 años no presentó ningún tipo de tolerancia a los efectos del fármaco. Volvió a la escuela y consiguió graduarse, completando posteriormente 2 años de instituto en su comunidad. Consiguió un empleo de secretaria y se casó con el hombre de su vida. Su rendimiento laboral y las relaciones con sus hijos y con su pareja han mejorado enormemente (pág. 76-78).

5. C- Análisis del caso y conjeturas sobre las clasificaciones

Al comenzar con este caso extraído del libro de casos que acompaña al DSM IV, se verá la forma de mostrar y poner de manifiesto la orientación de la presente investigación. Permite pensar en el proceder de las ciencias sobre los “trastornos” a partir de la forma en que aborda el caso.

Al hacer un repaso y recorrido por el desarrollo teórico que atañe al psicoanálisis, (tanto Freud como Lacan), queda clara la perspectiva y línea teórica desde la cual se realiza esta investigación, y desde donde se va a aportar a la importancia de un uso responsable de las clasificaciones en esta época contemporánea. El interés se centra en pensar las problemáticas actuales, para obtener más posibilidades de abordaje frente al uso de las clasificaciones.

Para empezar, se debe dejar en claro que este caso es uno de los tantos que muestra el DSM IV, el cual fue incluido, a pesar de su brevedad, por la riqueza que aporta en relación al abordaje de las “enfermedades mentales”

Nestor Braunstein dice en una de sus entrevistas que “*clasificar y medicar son maneras de no escuchar*” (2013). Esto podría verse reflejado en este caso. Los caminos planteados tal vez no posibilitaron que la joven Noreen pudiera desplegar su historia, articular sus padecimientos y comprender algo acerca de su verdad, accediendo a otras

formas de intervención. Se puede pensar que quizás el efecto diagnóstico de las clasificaciones disminuye las posibilidades electivas del sujeto.

Según el relato del caso, le administraron un cuestionario a la madre de Noreen, donde se la interrogaba sobre el comportamiento de su hija. El resultado arrojó que era clasificable como una niña como problemas de “hiperactividad infantil”. En ese caso, podría haber sido medicada como forma de rectificar su comportamiento, asemejándola al nivel normal y esperable de una niña de su edad. Pero esto no sucedió.

Noreen devino en adulta, pero los síntomas² persistieron. En esta etapa ya era capaz de tomar determinaciones por sí misma, por lo cual solicita tratamiento en una clínica de salud mental. La falta de atención, distraibilidad, labilidad afectiva, problemas para controlar su temperamento e impulsividad, fueron los datos comportamentales de los médicos para concluir que Noreen no había logrado superar los síntomas de su niñez, por lo que fue finalmente diagnosticada con “trastorno por déficit de atención con hiperactividad en remisión parcial”. ¿Qué quiere decir esto? Que hubo algo desde sus tempranos inicios que estuvo interfiriendo, tratando de “mostrarse” a través de un síntoma.

Podría decirse que la identificación a una categoría diagnóstica surge como efecto en un sujeto que cree encontrar su “verdad” en ese trastorno. A menudo muchos son los pacientes que disminuyen sus niveles de ansiedad al saber su diagnóstico, sumados a los medicamentos recetados por profesionales de la salud.

² El síntoma podría definirse como un significante (S1) separado en el inconsciente que pudo representar al sujeto; pero que, aislado de todo otro significante (S2), funciona sólo como "Uno", argumento de la función de goce del síntoma.

Parece ser que la intervención psiquiátrica fue un salvavidas en la vida de Noreen, quien pudo casarse, conseguir empleo y mejorar enormemente. Lo que el libro no exhibe es que la joven acaba por crear un vínculo de dependencia a un fármaco (más de 7 años según el relato). Cabría preguntarse aquí si fue realmente el efecto del metilfenidato que logró estabilizarla, suprimió todos sus síntomas y le permitió desarrollar lazos sociales, o fue tal vez por el efecto secundario de la relación que contrajo con el objeto pastilla. Esto podría haber incidido como punto de estabilización. El hecho de recrear una relación dependiente de un fármaco, pudo haber funcionado como nudo de enlace de los tres registros: Imaginario- Simbólico y Real, otorgando la posibilidad de mantenerse estable a través del tiempo. Esto puede inferirse al ver que la paciente no presentó ningún signo de tolerancia durante ese lapso de tiempo, y pudo estabilizar sus relaciones afectivas. Además, se puede pensar que el tratamiento farmacológico pudo reducir el camino a la interrogación subjetiva, disminuyendo las posibilidades de elección del sujeto.

Es importante tomar en cuenta y resaltar el papel (o rol) que ocupan los fármacos en el proceso de estabilización de un sujeto “trastornado”. ¿Qué pasa cuando un profesional de la salud, indica a los pacientes, que son poseedores de un trastorno? Fácil y sencillamente se lo puede diagnosticar, enumerando su sintomatología de modo tal que cuadre con una entidad mórbida ya preestablecida. Si no llegará a ajustarse completamente a la categoría, existe la posibilidad de diagnosticar como trastorno “no especificado”. Pero el diagnosticar, se enfrenta a una posibilidad que no es tenida en cuenta por algunos profesionales de la salud mental. Puede decirse que el hecho de impedir que el sujeto pueda interrogar su padecimiento, dificulta su proceso de elaboración. Así, la respuesta puede inhibir al paciente a tomar las riendas de sus decisiones, evitando que se enfrente a eso que lo angustia.

Se sabe que una persona acude a un análisis cuando surge una pregunta, algún cuestionamiento que lo hace trastabillar, presentificándose la angustia. ¿Pero cómo ocurrirá esto si la persona en la cual el paciente deposita (o transfiere) su confianza le brinda una “verdad” en vez de posibilitar su interrogación? Esto puede ocurrir cuando un paciente es diagnosticado, obturando así sus posibilidades de elección. Sin embargo, no es preciso decir que el psicoanálisis no diagnóstica, solo que lo hace quizás con otro objetivo. Es importante tener en cuenta el tipo de relación que proponen para con los diagnósticos, los profesionales de la salud mental. El psicoanálisis plantea diagnósticos

estructurales, como forma de orientación en el trabajo hacia la cura del sujeto. Intenta obtener información acerca de cómo se posiciona el sujeto frente a su deseo, para así orientar el proceso hacia la cura

De realizarse de otra manera, el sujeto puede quedar en una posición pasiva, ya que obtiene una aparente respuesta de cuáles son las causas de sus padeceres, sin poder dar cuenta de que esas causas (síntomas) son, tal vez, las consecuencias de aquello que no llegó a interrogarse.

De hecho el concepto de trastorno que es el elegido por la APA (American Psychological Association) para la mayoría de sus entidades o patologías mentales, es una opción menos agresiva para el paciente que ser llamado enfermo o padeciente. Esto explica su marcado uso en el campo de las entidades psicopatológicas. Desde luego, es más sencillo optar por esa versión “diluida”, que se queda a mitad de camino de aquellas enfermedades que han sido esclarecidas y probadas a través del método científico y las entidades gnósticas.

Gustavo Stiglitz remarca en un articulado publicado en el diario Clarín (Stiglitz, 19 de abril de 2007). como diariamente ve llegar a su consultorio personas que a modo de presentación refieren de sí mismos “soy depresivo”, o “tengo ataque de pánico y tomo Rivotril de 0,5 medio y uno”. Puede inferirse el enraizamiento que ha desarrollado el discurso médico-científico en las sociedades occidentales contemporáneas. Al tener mayor llegada a la población, se ha expandido al lenguaje popular todo tipo de conceptos técnicos del área clínica, llegando los pacientes a auto presentarse en nombre del síntoma: “soy bipolar” por ejemplo. Si bien esto refiere cierto conocimiento a nivel social de las patologías actuales, también puede resultar un tapón al propio deseo.

Es evidente que el medicamento puede tener, desde este punto de vista, un efecto contrario, un no querer saber nada. Se calma el malestar y listo.

Curiosamente, la oferta farmacológica crea una oferta diagnóstica que genera una demanda de reconocimiento: ser representado por los nombres de las ciencias de la salud contemporáneas. (Stiglitz 2007)

Goza de buena reputación en estos tiempos ser representados por los conceptos que plantean las ciencias. Ciertamente puede operar al servicio de la lógica del capital, ser reconocido o pertenecer a una categoría, quizás alivia las cargas que genera un

malestar relacionado a una “verdad desconocida”, esa que puja por mostrarse permanentemente.

El síntoma entonces refiere a algo, algo que no se ha dicho, no se ha logrado poner en palabras, y se ha establecido causalmente allí. Es entonces que el sujeto que llega a un análisis preguntándose ¿Porque me sucede esto?, con el mediar del tiempo y el deseo, podrá ir mudando la pregunta en ¿Que tengo que ver yo en esto? Pero para esto se necesita una firme elección hacia la propia verdad, con todos los costos que esto puede conllevar.

Se pueden citar los casos renombrados de TDA, TDAH, ADD (en inglés), etc., nombres asignados a un mismo trastorno: déficit atencional con/sin hiperactividad. Es curioso ver cómo el diagnóstico y tratamiento de esta entidad opera en el sujeto, desresponsabilizándolo de sus actos. Por ejemplo en Estados Unidos el desaliño personal, llegar tarde al trabajo y no cumplir con las labores asignadas, pueden ser justificados por sufrir déficit atencional, y el empleador corre riesgo de ser acusado por discriminación si intenta tomar cartas en el asunto. Así de esta manera, no queda espacio para el devenir del sujeto, para su singularidad, ni para su historia. Todo puede quedar sepultado bajo los nuevos significantes de la ciencia *“Reeducación y medicamentos es la combinación que forma parte de la fórmula que en nombre de la ciencia forcluye al sujeto”* (Stiglitz, 2006, pág. 81)

Ahora, al volver sobre los medios que aportan las bases para que las tareas clasificatorias y diagnosticas puedan llevarse a cabo, es sabido el aumento cuantitativo de entidades que han sido incorporadas a estos manuales diagnósticos en sus diferentes versiones. Ahora cabría preguntarse ¿Qué clasifican los que clasifican? Para acercarse al título de esta tesina. Nos cuenta Brausntein (2013)

La psiquiatría incorpora toda la masa de las conductas anormales, a veces y en nuestra época llamadas “disfuncionales”, apoderándose de lo que pertenecía al discurso moral, jurídico y policial. La psiquiatría es la bisagra que reúne a la medicina (como ciencia del cuerpo) con la política y el aparato judicial encargados del cumplimiento de las normas “funcionales” que regulan la vida de los habitantes del mundo entero. La conformidad con lo “esperado” según las normas de la cultura será sinónimo de ~~salud~~, la impugnación de ~~enfermedad~~. (pág. 91) ³

³ Braunstein en su libro “Clasificar en psiquiatría” decide tachar los términos propuestos por la medicina, tales como trastornos, enfermedad, salud, etc., como forma de cuestionar su utilización en el campo psi.

Es por esto que Braunstein dice que “*el psiquiatra pasará a ser funcionario de la norma (social, jurídica)*” (pág. 92), y podrá clasificar e imponer medidas sobre cuáles son los límites de la normalidad.

Como ejemplificación, aparece en la historia el momento en que la Asociación psiquiátrica de Estados Unidos decidió en 1973, por votación y presionados por organizaciones gays, que la homosexualidad dejara de ser un trastorno. Se podría decir que las categorías no son del entero dominio de la medicina, como en otras ramas. Así, los manuales diagnósticos basarían las entidades en conceptos derivados de la agrupación de signos y síntomas.

Pero hay un caso curioso que brinda más material para pensar aún en que rol ocupan hoy las clasificaciones en la psicología. La APA como representantes de la salud mental mundial, podría regular los trastornos a sus posibilidades e intereses. Braunstein refiere que la psiquiatría puede moldear y parametrizar la sexualidad, alcoholismo, personalidades, delirios, tristezas duraderas, conductas delictivas, fracasos escolares y laborales, ingestas de comida y mucho de lo que pueda intervenir en el campo conductual humano. Pero hay un parámetro que llamativamente no está regulado, ni tiene prescripción de trastorno. El dinero no es mencionado, y tampoco posee indicación médica de tratamiento farmacológico. Por la relación con el mismo, no hay prescripciones de internación o medicación. Queda aquí un punto para pensar y reflexionar en cómo se ha visto intervenido, a través del tiempo, el campo de la salud mental y las ciencias.

5. D- Una puerta que se abre, la nueva ley de salud mental

Al ver el desarrollo de los sistemas clasificatorios hasta la actualidad, y su incidencia dentro las ciencias psi, resulta interesante traer en este punto de la investigación el caso de la nueva ley de salud mental. Por un lado porque viene a proponer una forma diferente de interacción con los pacientes institucionalizados, y por otra parte por el efecto que puede llegar a tener a largo plazo, teniendo en cuenta la

posibilidad de que opere como una ley que regule y posibilite un uso diferente de los manuales diagnósticos.

El relato puede orientarse, hacia el año 2013, cuando se puso en vigencia en todo el territorio argentino una nueva ley de salud mental que venía a sustituir y reemplazar aquella vieja ley que propulsaba la apertura de manicomios y espacios de reclusión de locos y alienados. Esta ley instó, por carecer de herramientas adecuadas, recursos suficientes y posicionarse en un paradigma liberal, a la exclusión de los diferentes.

Recapitulando, en el año 1983, en el despertar de la democracia argentina, fue sancionada y promulgada por el congreso nacional la ley número 22.914, sobre salud pública de personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos, que dictaba las nuevas pautas de internación en todo lo concerniente al sistema de salud mental. ¿Cuáles son los puntos que se pueden destacar de esta ley?

- Solamente se limitaba a esclarecer los puntos en los cuales una persona debía ser internada/ externada, y de qué manera.
- La óptica que manejaba era siempre desde el punto de vista de proteger y salvaguardar la sociedad de los alienados.
- No tomaba en cuenta los derechos de los pacientes psiquiátricos, como tampoco reglaba las provisiones que aseguraran su bienestar.
- El médico psiquiatra tenía la potestad para decidir sobre la internación de los pacientes.
- Promovía la internación y la estadía dentro del manicomio.

La nueva ley de salud mental N° 26.657 viene a poner fin a casi 20 años de leve legislación sobre lo que acontecía puertas adentro en los hospitales psiquiátricos. En ese lapso, hospitales colapsados y faltos de insumos, pacientes sin posibilidad de externación, y políticas públicas de pobre contenido, pudieron producir el desdibujamiento institucional de hospitales, manicomios y loqueros.

Con la llegada de la nueva ley, se comienzan a abrir espacios y a tomar consideración sobre aspectos que nunca habían sido tenidos en cuenta, sobre todo a la hora de pensar sobre el bienestar del paciente psiquiátrico.

El primer punto llamativo que se puede observar de esta ley es su denominación. La ley de salud mental parte de una premisa que pone de manifiesto inmediatamente el

desarrollo y derechos de aquellas personas padecientes, en sus diferentes formas de sufrimiento. Redactada por profesionales de diferentes ámbitos de la salud, reviste desde su principio el carácter de necesidad de trabajo interdisciplinario.

Hilvanando un poco con lo anteriormente desarrollado, hay pautas dentro de esta ley que marcan una nueva perspectiva sobre el sujeto sufriente. Las principales características que podemos desarrollar son:

- Nueva concepción del sujeto padeciente.
- Establece una necesidad de un abordaje multidisciplinario e integral.
- Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados.
- Legisla y controla los derechos de la persona sufriente de enfermedad mental.
- Fomenta el tratamiento e internación de los pacientes en instituciones hospitalarias de salud generales, sin necesidad de ser “internados” en manicomios.
- Saca al médico psiquiatra de la posición de amo absoluto, democratizando los procedimientos e igualando el carácter de las diferentes disciplinas.
- Promueve los tratamientos psicofarmacológicos realizados en el marco de abordajes interdisciplinarios.
- Maximiza los tratamientos ambulatorios, en detrimento de las largas internaciones.
- Da pautas claras acerca de la necesidad de tender puentes que posibiliten la interacción y el lazo social del paciente.

Se observa como la nueva reglamentación toma aquellos aspectos que no habían sido enmarcados dentro de la legislación anterior, que precisamente, velaban por los derechos de las personas con “enfermedades mentales”. Se puede pensar acerca de este cambio de perspectiva, que a partir de la alienación producida por el sistema psiquiátrico en aquellos años, se hizo necesaria la intervención del estado regulando la actividad que se lleva a cabo dentro de las instituciones públicas, como también de las privadas. Sin el control adecuado, se corre el riesgo de que la lógica del mercado dirija

las instituciones de salud mental, donde el paciente probablemente pierda rasgos y características suyas, y pase a ser parte de los excluidos, sucumbiendo la posibilidad de estabilizarse y posibilitar su reinserción. Además puede destacarse la falta de concordancia del antiguo paradigma para desplegar puentes con las instituciones comunales que pueden ayudar a reestablecer el lazo social, vital para el sujeto deseante apuntalado en el lenguaje.

Dentro de estos casos excepcionales, se puede poner el ojo sobre el Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario José Borda, ubicado en la ciudad autónoma de Buenos Aires. No hace falta tener estadísticas a mano, ni gráficos de tortas acerca de cuantas personas han “salvado” proyectos como este. Al hablar de radio “La colifata”, inmediatamente viene a la cabeza el re- conocido proyecto que tiene este hospital, acerca de la radio nacida hace 24 años en el seno de un “loquero”, pensada como puente para atravesar esas rejas y muros que separan la institución de la calle y el mundo. El objetivo que persigue es lograr efectivizar el lazo social que todo ser humano necesita como seres parlantes y culturales. Quizas no se piensa en sujetos, con historias de vida y sufrimientos diversos, merecedores de oportunidades que, una vez franqueado el episodio crítico y alcanzada cierta estabilidad pulsional, los ayude a retomar el contacto que posibilite nuevamente la producción del sujeto, en cualquiera de sus órdenes y circunstancias.

Esta ley aporta un grado de libertad que posibilita, tanto al paciente, como a sus familiares, tomar mayor protagonismo sobre sus posibilidades y sobre su porvenir. Durante muchos años el modelo médico- psiquiátrico pudo haber favorecido sin darse cuenta, la alienación de los sujetos internados. El trabajo adquiere mayor riqueza al ser propuesta por un equipo interdisciplinario, que evalúe desde todas las perspectivas posibles al sujeto, y dé su opinión (no veredicto) en cuanto a cuales son las posibilidades para ese paciente, de acuerdo a las elecciones que vaya realizando. Si esto no ocurre, se corre el riesgo de caer en la burocratización de las instituciones mentales.

Con la posibilidad de acceder a su historia clínica, de informarse de su situación legal y psíquica, con el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable, y básicamente, a tomar las riendas de su propio tratamiento, marca un abismo de diferencias entre el sometimiento que proponía el sistema

“neuropsiquiátrico”, y la modalidad democrática y abierta que plantea esta nueva forma de concebir al sujeto como tal.

¿Qué busca entonces esta ley? Una de las respuestas posibles desde la perspectiva analítica podría ser que busca correrse, a través de la introducción del estado como moderador (en nombre de la ley), de la lógica discursiva dominante donde reina o sobrevive el más fuerte. Los límites son imprecisos, lo que dificulta el accionar de los profesionales de la salud mental. Con esto se refiere a que es el estado el que introduce la operatoria que prohíbe el todo posible, y por otro lado posibilita.

Este nuevo espacio que abre la ley de salud mental, llama a producir a todos aquellos que se encontraban sin posibilidades de elección. Es el espacio creado para que todos los conjuntos de síntomas (denominados trastornos) puedan comenzar a hacer, crear y producir, de acuerdo a las elecciones que realice el sujeto mismo.

Quizás pueden no ser los diagnósticos los que determinen las posibilidades del sujeto, sino que sea el sujeto quien determine el alcance del diagnóstico. Dando vuelta la fórmula, o cambiando la perspectiva, tal vez se encontrará algo más del devenir del sujeto.

CONCLUSIONES

Dentro de las conclusiones que se han podido realizar a lo largo de esta investigación se encuentran las siguientes puntualizaciones.

Desde la partida, el objetivo fue cuestionar y poner en evidencia el tema de las clasificaciones dentro de la psicología, desde una perspectiva psicoanalista.

Las preguntas de investigación fueron guiando y brindando argumentos para poder exponer opiniones, casos y material bibliográfico del más variado, logrando pensar acerca de la temática propuesta.

Es necesario dejar en claro que la investigación es del tipo cualitativa descriptiva, por lo cual todo lo que se ha mencionado es basado en anteriores investigaciones y opiniones de quien suscribe, aportando ideas a la temática.

En primer lugar, se pone de relevancia el carácter indagativo de esta investigación, en pos de poder pensar, brindar información y abrir nuevos campos para más profundas investigaciones a futuro.

El principio de esta investigación fue destinado a conocer y comprender las bases desde las cuales surgieran más tarde los sistemas clasificatorios. Si bien es difícil conocer en exactitud el origen de las clasificaciones, se tomó como punto de partida de la investigación el siglo XX. En dicho siglo, surgió el auge del crecimiento y expansión de los sistemas clasificatorios dentro del campo de la salud mental, lo que llevó a su masificación y popularización. Se puso en relevancia el surgimiento cronológico de los manuales, y su proceso de inserción dentro del campo psi.

Posteriormente se intentó dar entrada a la pregunta de investigación mediante el surgimiento del psicoanálisis de la mano de Freud, y poner en evidencia los conceptos fundamentales que atañen y acompañan el presente trabajo. El título de la tesina justamente está formulado como una pregunta, ya que pretende interrogar algunos parámetros de la profesión que usualmente son tomados como dogmáticos, y a partir de ahí abrir paso a la temática.

El cuerpo de la investigación se centró alrededor de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis planteado por Lacan. El inconsciente fue propuesto implícitamente desde la pregunta que titula esta tesina. Así, a más de 100 años de su creación, el psicoanálisis sigue vigente y continúa su desarrollo teórico. Es entonces, de

vital importancia, plantear el movimiento que impulsó el surgimiento del inconsciente, cuáles fueron los motivos y como fue el recorrido que llevo a Freud a pensar en un más allá de la conciencia ordinaria.

Al sostener el psicoanálisis la existencia de un inconsciente en el ser humano, surgió la necesidad de articular esta red de conceptos que Freud comienza, y luego continúa Lacan.

A esto se continuó con la pulsión, como aquella fuerza interior cuya meta es la circularidad y no su satisfacción. La pulsión es una elaboración ineludible en toda obra psicoanalítica debido a la relación que posee con los demás postulados del psicoanálisis. Resulta de gran relevancia y utilidad retomar lo que plantea Freud sobre la misma, y la implicancia que esta tiene en las sintomatologías contemporáneas, de acuerdo a lo que plantea la época. Se puede decir que la pulsión es la base de toda actividad psíquica del sujeto, y posee un gran protagonismo a la hora de hablar sobre patologías y consumos problemáticos, dado a su carácter repetitivo e inagotable. Esta es la relación entonces que se puede establecer con la repetición, otro de los cuatro conceptos fundamentales.

Siguiendo la línea planteada por la pregunta investigativa, surge inevitablemente la interrogación sobre cómo se relaciona el psicoanálisis con las clasificaciones, trayendo a escena otro concepto freudiano como la transferencia. Es en este punto donde surge la pregunta ¿Qué puede hacer el analista o terapeuta frente a un sujeto que viene etiquetado (por un profesional o por él mismo) con un trastorno o una patología? Siguiendo la línea teórica de la tesina, se aborda el papel de los profesionales de la salud mental, proponiendo y pensando una mirada diferente acerca del rol de los psicólogos frente a las clasificaciones y sus consecuencias.

En este punto del recorrido, se comienza a vislumbrar un camino alternativo, para no quedar atrapado en el discurso médico- científico, y a su vez poder operar dentro del campo de la salud mental, posibilitando la apertura de nuevos caminos.

Es así como a partir de la transferencia, se van a plantear formas de interactuar desde una perspectiva diferente. La nueva ley de salud mental y el pequeño ejemplo de radio “La Colifata”, dentro del hospital neuro psiquiátrico Borda, son testigos y ejemplos de esto. La primera como una herramienta moderna que posibilita la regulación y des- manicomización de los hospitales psiquiátricos, y la segunda como un

ejemplo diferente y posibilitador de un lazo social que no condene a la exclusión al sujeto padeciente.

Una de las conclusiones más sobresalientes de esta investigación fue la necesidad del uso de las clasificaciones en los tiempos posmodernos como herramienta de comunicación. Al vivir en una sociedad tecnócrata que tiende a sub especializar cada área en otra más pequeña y compleja, surge la necesidad de plantear las limitaciones e incumbencias de cada campo. Además, y no menos importante, es la necesidad del uso responsable de los manuales diagnósticos, donde se haga una utilización meramente informativa sobre las principales características del sujeto. Los psicólogos pueden ajustarse a la clasificación del DSM que es la principal herramienta comunicacional en el campo psi en la actualidad, pero sin pasar por alto que un diagnóstico es un punto de partida, no de llegada. Así también, es necesario que para que el trabajo interdisciplinario sea eficaz, haya un lenguaje entre las distintas disciplinas que permitan la interrelación y trabajo en equipo de los diferentes campos. Se podría concluir, desde una perspectiva ética del ejercicio de la profesión, que se debe estar advertido de las posibles consecuencias acerca del uso de los sistemas clasificatorios.

Brinda más posibilidades que las categorías y conceptualizaciones sean claras y limitadas. Dentro del ejercicio profesional del campo de la salud mental, no es recomendable que hayan atravesamientos económicos de por medio más que los honorarios profesionales, sino que podrían estar seriamente regulados institucionalmente, como es el caso planteado por la nueva ley de salud mental en Argentina.

Las ciencias, en su atravesamiento con el consumismo moderno, continuaron amalgamando y enredándose paulatinamente. Así fue como un instrumento teórico, pensado como un intercomunicador de las diferentes áreas de la salud mental y como facilitador de un lenguaje en común, fue deviniendo en un instrumento comercial, sostenido por los fundamentos ilimitados del discurso amo.

Es por esto que lo nocivo no son los manuales clasificatorios en sí, sino más bien el uso hecho por parte de los profesionales de la salud mental. La creciente e ininterrumpida incorporación de trastornos, tendientes a (sobre) patologizar la vida cotidiana, quizás pierde su objetivo en el intento de inter comunicar información sobre el sujeto.

Así es que desde la ética del psicoanálisis, se plantea la necesidad de acordar explícitamente los límites y usos de los manuales diagnósticos en la actualidad, bajo los lineamientos institucionales y la posible intervención del estado como moderador. Es decir que las clasificaciones diagnósticas, pueden ser tomadas como sugerencias de punto de partida, en el proceso terapéutico de un sujeto, y no como puerto de desembarque. Es óptimo propiciar la apertura e indagación de los malestares, a fin de poder lograr algún tipo de elaboración al respecto. De otra manera, solo se estarán caratulado conflictos y problemas. La cura que proponen la ciencia y la medicina debe ser tomada con precaución por los profesionales del campo de la salud mental, no dejándose tentar por una píldora mágica, sino más bien poniendo el esfuerzo en la recirculación del deseo del paciente.

Consecuentemente es importante resaltar el papel del síntoma dentro del campo de la salud mental. Como se ha visto a lo largo del recorrido de esta investigación, la concepción del mismo depende del enfoque del cual se observe. La existencia o no del inconsciente divide las aguas a la hora de pensar una estrategia de intervención en el campo clínico de las psicologías. Otros posicionamientos se inclinan más hacia la supresión del mismo. El síntoma es un factor que interfiere en la vida del sujeto, y debe eliminarse o atenuarse para aliviar a la persona y que pueda seguir con su vida. De esta manera, el síntoma puede ser desplazado y el sufrimiento ceder, pero al ser un significativo que remite a otro, este puede operar metonímicamente. Sin embargo este desplazamiento puede tener un costo, del cual hay que estar advertidos.

En esta búsqueda, lo que se pretende es reducir el tiempo de sufrimiento del sujeto, intentando remitirlo a la “normalidad”. Puede así empezar a pensarse desde una lógica reduccionista y simplista, una manera expés de solucionar los problemas.

El psicoanálisis al sostener la existencia del inconsciente, le da una perspectiva diferente del síntoma, a partir de las enseñanzas de Lacan. Desde esta investigación, el aporte que se puede realizar es en primer lugar, el respeto por el síntoma del paciente, ya que puede no ser un estorbo en la vida del sujeto, sino una solución. Por esto se apuesta a la no supresión del mismo, sino más bien al saber hacer con él. La diferencia es que el paciente deberá aprehenderse del propio síntoma para con-vivir con él lo mejor posible. De esta manera no se apuesta a la clasificación y medicalización como objetivo

principal, sino que estos elementos pueden acompañar el proceso de elaboración, aprendiendo a hacer uso del mismo.

El proceso de diagnóstico del síntoma en enfermedades o trastornos, puede ser realizado tentativamente cuando se precisa comunicar el cuadro clínico de la persona a otros colegas o instituciones, o como una orientación para la cura, para no correr el riesgo de quedar encerrado en la gnosis del problema, y perder de vista el objetivo de brindar posibilidades al sujeto, no sin medir y atravesar los costos que requieren cada tipo de tratamiento o análisis.

Y de lo propuesto anteriormente, se puede decir que los dispositivos terapéuticos difieren en sus formas u estrategias a la hora de abordar un problema y acercarse a la cura.

Por último es importante destacar uno de los puntos centrales que fue surgiendo a lo largo de la investigación: el dar evidencias y pensar en una práctica profesional responsable. Cada uno debe posicionarse éticamente frente al abordaje profesional que elije. El asumir un posicionamiento profesional, es un primer paso para no caer en la burocratización de las enfermedades. Es posible que sólo mediante el conocimiento personal, cada sujeto sea capaz de asumir las responsabilidades que lo involucran, dejando de lado el “todo posible”, para llegar a “algo posibilitador”. De manera que al poner la propia falta al servicio de la profesión y proponer formas de actuar de acuerdo a la subjetividad de cada uno, se pueda encontrar el camino hacia lo posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Alemán, J. (2003). Derivas del discurso capitalista. Notas sobre el psicoanálisis y política. Málaga: Miguel Gomez ediciones.
- APA (1996) DSM-IV: Libro de casos. Barcelona: Masson
- Arsac, S. E. (2010). La ética del psicoanálisis (Tesis de maestría en Psicoanálisis). Recuperada de biblioteca digital UDA, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Braunstein, N. (2013). Clasificar en psiquiatría. Buenos Aires: Siglo veintiuno.
- Brodsky, G. (1999). La solución del síntoma. Buenos Aires: JVE ediciones.
- Del Barrio, V. (junio, 2009). Raíces y evolución del DSM. Revista de historia de la psicología, 2-3 (30), 83.
- Foucault, M (1967). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1979). Más allá del principio del placer. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Wolfson (trads). Obras completas: Sigmund Freud (2a ed., Volumen 18). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en año 1920)
- Freud, S. (1979). Psicoanálisis y psiquiatría. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Wolfson (trads). Obras completas: Sigmund Freud (Volumen 16, pp. 223- 234). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en año 1916-17)
- Freud, S. (1988). Proyecto de una psicología para neurólogos. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Wolfson (trads). Obras completas: Sigmund Freud (Volumen 1.) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en año 1885)
- Freud, S. (1991) La dinámica de la transferencia. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.12) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1912)
- Freud, S. (1991) Pulsiones y destinos de pulsión. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.14) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915)
- Freud, S. (1991) Repetición, recuerdo y reelaboración. En J. Strachey (Ed.) y J. L. Etcheverry y L. Wolfson (Trads.). *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol.12) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914)

- Karlem, H. y equipo de trabajo. (2012) *Documento sobre el método de investigación en psicoanálisis*. Elaborado en el marco del proyecto de investigación: método de investigación psicoanalítico. Articulaciones con el método genealógico de Foucault. Instituto de investigaciones, Facultad de psicología. Universidad del Aconcagua.
- Lacan J. (2002). Psicoanálisis y medicina. En J. A. Miller (Ed.) y D. Rabinovich (Trad.). *Intervenciones y textos 1* (pp. 86- 89). Buenos Aires: Manantial (Trabajo original del año 1966)
- Lacan, J. (1985). La ciencia y la verdad. En T Segovia (Trad.) *Escritos 2*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1958)
- Lacan, J. (1992) *El seminario de Jaques Lacan: Libro 17. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original publicado en 1975)
- Lacan, J. (2010). *El seminario de Jaques Lacan: Libro 11. Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós. (Trabajo original publicado en 1964)
- Lacan, J. (2012). *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. En T Segovia (Trad.) *Escritos 1*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1948)
- Lacan, J. (2013) *El seminario de Jacques Lacan: Libro 8: La transferencia*. Buenos Aires; Ed Paidós. (Trabajo original publicado en 1960-61)
- Laplanche, J. y Pontalis J. B. (2004) *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (1992). *Lacan y los discursos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Tres haches.
- Ley N° 22.914. *Internación y egresos de establecimientos de salud mental*. Boletín oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 15 de septiembre de 1983.
- Ley N° 26.657. *Ley nacional de salud mental*. Boletín oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 29 de mayo de 2013.
- Lublinsky, A. L. (2014) *Guía para la realización de citas y referencias bibliográficas en psicoanálisis según las normas de la American Psychological*

Association (APA). Documento de cátedra Taller de tesina. Facultad de Psicología, Mendoza

- Melicci, C. (2 de mayo de 2015). La Colifata: la radio del Borda que rompe estigmas. La Nación. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1789002-la-colifata-la-radio-del-borda-que-rompe-estigmas>
- Morel, G. (1992) Diversidad del síntoma. Revue de l'E C.F., N, 21. Recuperado de <http://www.eol.org.ar/template.asp?Sec=publicaciones&SubSec=impresas&File=impresas/col/tematicos/diversidad/morel.html>
- Niederhauser, X. (8 de agosto de 2013). Néstor Braunstein: "Clasificar y medicar son maneras de no escuchar". Los Andes. Recuperado de <http://www.losandes.com.ar/noticia/nelstor-braunstein-clasificar-medicar-maneras-escuchar-730957>
- Páramo, M. A. (2012) Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA) 3Ed. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza.
- Pundik, J. (octubre, 2010). El DSM: la Biblia del totalitarismo. Revista Topía, 59, 25.
- Stiglitz, G. (19 de abril de 2007). DDA y medicamentos, por Dr. Gustavo STIGLITZ. Clarín. Recuperado de http://weblogs.clarin.com/educacion/2007/04/19/dda_y_medicamentos_por_dr_gustavo_stiglitz/
- Stiglitz, G. (2006). DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: el mal real y la construcción social. Buenos Aires: Grama ediciones.