



Virtualia

Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana

SUMARIO

#14

Enero / Febrero 2006

MESA DE PRESENTACIÓN DE VIRTUALIA EN EL PALAIS DE GLACE

Una paradoja de las sectas contemporáneas

Por Romildo do Rêgo Barros

N.P. U.S.

Por Alicia Arenas

Todos contra la pared

Por Monica Torres

MALESTAR EN LA CULTURA

Mesa redonda en la Biblioteca Nacional

Pensar la época

Por Jorge Alemán, José Nun y Juan Carlos Indart

ENCUENTRO AMERICANO

EOL: El control y la política del psicoanálisis

Relator Gustavo Stiglitz

EOL: Equipos de Urgencias Subjetivas

Relator Guillermo Belaga

EBP: Sorpresa y vergüenza. Resultados terapéuticos de una presentación de enfermos.

Relator Frederico Feu de Carvalho

EBP: Programa Sentinela: de víctima a una posible subjetividad. El tratamiento de la palabra

Relator Maria Cristina Maia de Oliveira Fernandes

NEL: El sujeto plusmoderno

Relator Juan Carlos Ubiluz

NEL: Las nuevas configuraciones familiares: estudio de la función simbólica en la estructura familiar del niño maltratado

Relator Equipo de investigadores de AGALMA, Ronald Potillo, Luigi Longo, Aliana Santana, Sergio Garroni

COMENTARIO DE LIBROS

Satne, Glenda. El argumento escéptico: de Wittgenstein a Kripke. Grama ediciones, 2005.

Prólogo de Alberto Moretti

XV ENCUENTRO BRASILEÑO DEL CAMPO FREUDIANO

Reseña del Seminario de Graciela Brodsky en el XV Encontro Brasileiro do Campo Freudiano

Por Sônia Vicente (EBP-AMP)

Apertura del XV Encuentro Brasileiro del Campo Freudiano

Por Nora Gonçalves

DOSSIER DEPRESIÓN

La depresión, ¿felicidad del sujeto?

Por Pierre Skriabine (ECF)

Hacia un afecto nuevo

Por Éric Laurent (ECF)

Adolescentes, depresión y modernidad

Por Piedad Spurrier (NEL)

“Depresión” y rectificación subjetiva: efectos terapéuticos, ¿rápidos o breves?

Por Enric Berenguer (ELP)

El espectro de la muerte sobre el sujeto

Por Amanda Goya (ELP)

Freud y la psiquiatría de los humores

Por Marcelo Veras (EBP)

Tristeza y depresión

Por Claudio Godoy (EOL)

Clínica psicoanalítica de la depresión y la melancolía

Por Roberto Mazzuca (EOL)

ENCUENTRO PIPOL II

*Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse
Consulter la psychanalyse*

Extractos de la intervención de Jean-Claude Milner en el Encuentro PIPOL 2

Por Jean-Claude Milner

¿Cómo definir una cura rápida?

Por Vicente Palomera

Encontrar la causa

Por Miquel Bassols

El acto, aún

Por Pierre Malengreau

La consulta psicoanalítica: cortocircuito

Por La consulta psicoanalítica: cortocircuito

La demanda de desagregación sintomática

Por Dominique Laurent

XIV JORNADAS ANUALES DE LA EOL

Reseña de las XIV Jornadas Anuales de la EOL

Por María Inés Negri

PIPOL 2 - Les effets thérapeutiques rapides en psychanalyse

Consulter la psychanalyse

La demanda de desagregación sintomática

Por Dominique Laurent

Al deseo de estandarización masiva a través de protocolos propuestos por el discurso dominante del amo es posible oponerle un espacio terapéutico que permita, por el contrario, deseti-quetar la identidad biopolítica a la que apunta el DSM. Este es el espacio que ofrece el CPCT para los sujetos que están a la búsqueda de significaciones particulares.

El encuadramiento del S1 y el objeto a permite un primer efecto de plus de vida que evita la mortificación esperable si se asigna el sufrimiento a una clasificación estándar; y hace aparecer el goce en un ciclo donde él podrá ser tratado. Es lo que muestran los fragmentos clínicos presentados.

Tengo que concluir la secuencia. Ustedes escucharon a mis colegas dar cuenta de los resultados de nuestra práctica orientada por la voluntad de hacer aparecer una dimensión, hasta aquí poco explorada en nuestros informes de casos: el efecto terapéutico rápido. Como lo notó J.A. Miller en la conversación de Barcelona, ella puede abrir dos problemáticas diferentes: el de los efectos terapéuticos rápidos en las curas largas, o el efecto terapéutico rápido en las curas rápidas. En el CPCT se trata, aparentemente, de efectos terapéuticos rápidos en las curas rápidas. Ésta parece evidente porque tenemos duraciones de tratamientos estrictamente limitados. Sin embargo, en muchos de los casos, este modo de tratamiento limitado es una apariencia engañosa. Se trata frecuentemente en los casos de las consultas que se dirigen a nosotros, de sujetos sufrientes desde hace mucho tiempo y que tuvieron o no diferentes tratamientos. Si algunos terminaron el tratamiento satisfaciéndose del beneficio terapéutico inmediato, hay muchos para los que seguir el tratamiento, de una manera u otra, se impone. Para otros, contrariamente, se trata de encuentros inéditos y de efectos –propiamente hablando– rápidos en las curas rápidas.

Sin embargo, la experiencia que ellos habrían tenido con nosotros es singular, no se parece a nada conocido. Es ello lo que hace la marca y la originalidad del CPCT. Es una experiencia, una investigación. No se trata de ubicarse como terapeutas geniales que resuelven la cuadratura del círculo que consiste en tratar lo intratable con la velocidad de un rayo, se trata, contrariamente, de tratar aquello que es posible de tratar. Les proponemos a todos algo muy diferente de aquello que hasta allí encontraron.

La operación desegregativa del CPCT

La formidable demanda a la cual está expuesto el CPCT, invita a la reflexión. Por la gratuidad de su acceso, el centro está al servicio de una población cuyo sufrimiento subjetivo sólo puede ser comparado con la pobreza, incluso con la miseria que la golpea frecuentemente. El argumento económico es débilmente pertinente para dar cuenta de la importancia del número de pacientes que se dirigen al centro. Los centros médico-psicológicos también proponen consultas gratuitas. Me parece que nosotros vemos aparecer, más bien, la demanda de una alternativa al discurso estándar. En otros términos, podríamos decir que estos pacientes quieren escapar al DSM, lo sepan o no. La nueva clínica proveniente del DSM IV tiene como brújula conceptual lo observable en un momento « t ». La descripción del síntoma es factual recogida por un observador objetivo. El diagnóstico determina una terapia estandarizada del síntoma. En suma, se trata de ser experto en una descripción de la superficie codificada del comportamiento humano, el estratega de un lazo cada vez más directo entre el diagnóstico de esta superficie y el tipo de medicación. De esta clínica está eliminada toda referencia al sentido, a los significantes propios del sujeto, al tiempo, al inconciente, al goce. Esta perspectiva me llevó a calificar al hombre del DSM IV el hombre sin subjetividad.

El discurso del estándar ofrece la felicidad en las clases. Señoras y señores, entren en una clase y tendrán el derecho a un protocolo. El objetivo del Estado moderno, en su preocupación económica de limitar el acceso para todos, se acomoda muy bien a las clases de sufrientes delimitados por los proceso estándar. En « La psiquiatría inglesa y la guerra » Lacan apunta que la psicología sirve esencialmente para seleccionar, oponía a esto el sector como máquina antisegregativa.

Retomando el mismo hilo, Lacan, en el seminario *Las Psicosis* toma el ejemplo de los elefantes. Él notaba que cuando una reunión internacional quiere elaborar una carta de los derechos de los elefantes, es que éstos probablemente van a desaparecer, que van a ser extraídos de la naturaleza. Lacan hablaba en esa época del *para todo*, del *welfare state*, de una perspectiva de inclusión de todos los ciudadanos de los países desarrollados en una protección universal. Eso garantizaba una seguridad de vida y una protección para todos. Con la metáfora del elefante, Lacan anticipaba el reverso de la protección social universal. A partir del momento donde los derechos del hombre, nacidos de la revolución, se convirtieron en derechos de protección según tal o cual protocolo, cambiando la perspectiva de los derechos sociales, arrancados después de la guerra, ellos devinieron sujetos del mundo del contrato y son objeto de una negociación general. Los dispositivos legislativos en curso concernientes a la reglamentación de las psicoterapias dan testimonio de esto de una manera demostrativa. La asignación autoritaria del tratamiento según las reglas de evaluación de buenas prácticas anticipan sobre nuestro devenir, elefantes. Tendremos un lugar asignado. Se trata de manejar a la gente como a las cosas, y la gente comienza a comprender lo que esto quiere decir. La identificación del hombre al elefante devino la llave de la gestión del mundo. Nos volvimos elefantes, y no solamente por nuestra memoria.

Lo que Lacan percibía de manera hegeliana sobre la clasificación de los hombres bajo los significantes amos devino una pequeña técnica de gestión de la población. Basta con ponerlos en clases, bajo el significante de la población en riesgo. El riesgo tiene significados variables, pero siempre se puede contabilizar para asignar tareas y deberes. La « sociedad de riesgo » es una sociedad de asignación permanente. Para la biopolítica, asignar seres humanos a significantes es asignarlos a clases de síntomas. Lacan, en su período clásico, ha deconstruido sutilmente la clínica heredada de la tradición en nombre de lo particular, aunque preservando sus grandes articulaciones. Su segunda clínica tomará, decididamente, como punto de partida, la particularidad del caso y considerará los tipos de síntomas como un obstáculo epistemológico, que deberá tomarse en cuenta. Como Foucault, él anticipó las consecuencias de una biopolítica de la identidad. La forma contemporánea de administrar las poblaciones, ya no es más enviarlas a la muerte por las guerras extranjeras ni asegurarles la protección por la providencia del Estado, es la de crear segmentos de población identificadas cada vez con mayor precisión y tratadas por métodos diferenciados. La técnica biopolítica de clasificación según una necesidad de estandarización masiva es diferente de la demanda. La demanda del amo debe ser diferenciada de la demanda del sujeto. El informe Clery Melin ha querido distinguir cuidadosamente las demandas dirigidas al sistema de salud, de las necesidades a las cuales éste debe responder. Las demandas son formuladas por una población, la necesidad es ésa a la cual el Estado debe responder. Es verdaderamente el punto de vista del discurso del amo. Han repensado con cierta brutalidad la distinción demanda-necesidad introducida por Lacan en el psicoanálisis. Para Lacan releyendo a Freud, la necesidad es la exigencia pulsional, y la demanda debe pasar por el lenguaje. Para ellos se trata de sustraerse del lenguaje para encontrar la pureza de la necesidad, pasando por el test biológico o la detección genética. El CPCT es en fin un lugar para desetiquetar la identidad biopolítica a la que apunta el DSM.

El deseo del psicoanalista de alcanzar la particularidad

Como lo notaba J.-A. Miller, los únicos pacientes que se dirigen al psicoanalista son aquéllos que han experimentado al menos una vez un enigma, un momento de perplejidad, alguna ocasión donde los significantes escapan a la significación habitual. Aquéllos que viven su vida como dentro de un diccionario no se interesan por el psicoanálisis. Es necesario tener la idea de un paso al costado en lo que respecta al mundo que parece obedecer a leyes de regularidad. A medida que el mundo se desestandariza, es sorprendente ver aparecer un gusto por el esoterismo, la secta, la creencia particular. Los « *marronnier* » de las revistas han mantenido un ítem suplementario, ustedes saben qué es un *marronnier*, es el tipo de tema que se repite todos los años en las revistas del tipo: cuál es su salario,

las cuestiones inmobiliarias, hay que quemar a los psicoanalistas, el amor en la playa, etc...Están actualmente las encuestas sobre el esoterismo, el satanismo, etc. que ocupan, por turno, la primera plana de todas las revistas francesas. Esto, simplemente, da testimonio de que en los tiempos de estandarización masiva, el sujeto está a la búsqueda de significaciones particulares. Cuando Freud evocó la neurosis como una religión privada, anticipó de manera osada lo que hoy se revela como una evidencia.

Los pacientes se dirigen al CPCT, porque ellos presienten que el síntoma, «lo que cojea», no puede prescindir del lenguaje y que hace falta un dispositivo de palabra que pase por el Otro. Puede tratarse de un llamado al saber del Otro que revelaría el sentido del enigma y permitiría liberarse. La apertura del espacio de la queja, produce un efecto terapéutico aun cuando el sujeto continúe gozando de su síntoma que queda no subjetivado. Podríamos decir al respecto que el despliegue de la queja da un plus de vida más rápido por el sólo hecho de escapar a la asignación del sufrimiento de un sujeto a una patología mental bajo protocolo que constituye una mortificación radical. Lacan decía en los años clásicos que el significativo es la muerte de la cosa. Nada comprueba mejor este dicho que el efecto de etiquetar el síntoma en el sujeto.

La perspectiva del CPCT es de otra naturaleza. No sostiene ningún ideal compasivo. Se inscribe dentro del encuentro con un analista que reciba la voluntad desegregativa del sujeto en centrarse sobre la particularidad manifiesta de la demanda.

En la segunda clínica Lacan parte de la singularidad de la excepción del goce de cada uno para poner en causa la noción misma de categoría clínica. El cuestionamiento de las categorías clínicas a partir del particular se hace insistente a partir de «el acto analítico».

Se trata de alcanzar el modo con el que «eso habla, eso goza», irreductible a una clase. Desde esa perspectiva, el deseo del analista es alcanzar lo más particular del síntoma. En la introducción de la edición alemana de los Escritos, Lacan señala que si el síntoma es particular en el psicoanálisis, entonces «la cuestión comienza a partir de que hay tipos de síntomas, que hay una clínica. Simplemente es así: ella está delante del discurso analítico, y si éste aporta una luz, es seguro pero no cierto». (p.556). La operación psicoanalítica no da certeza a priori, sino a posteriori. Es necesario pasar por el análisis para saber qué es el síntoma en su relación particular al goce. Toda la cuestión es el modo con el que el síntoma va a ser aprehendido por el sujeto en su doble dimensión de la creencia y del saber en el tiempo limitado del tratamiento.

Lacan ha hecho del síntoma un hecho de creencia, una suposición que el analista autoriza y que el sujeto pone a trabajar al entrar en la fuga de sentido y el desciframiento del síntoma. Si el sujeto neurótico se dirige al otro, es en nombre del saber supuesto que se liberará del sentido del síntoma. El sujeto delirante cree en la significación personal de su síntoma y quiere expresar el saber que hay ahí. Estos son los modos de anudamiento articulados a una relación del sujeto al goce muy diferente de lo que el analista debe apreciar en el manejo de los efectos de transferencia. Alcanzar lo particular del síntoma, apuntar a la singularidad de la excepción del goce de cada uno, es apuntar al objeto (a). Esto que se apunta es el saber, la focalización, en la teoría de las técnicas de terapias breves. Como lo recordaba Lucía D'Angelo en Barcelona, el foco, «es definido a menudo por el motivo de la consulta: síntomas, situaciones de crisis, descompensación, que inquietan al paciente. Encontramos siempre un conflicto nuclear subyacente exacerbado, íntimamente ligado a ese motivo, el foco se inserta en una situación específica». Nosotros decimos que nuestra focalización opera por un encuadramiento sobre el objeto a, o el par ordenado del significante amo S1 y del objeto a. En el caso de la psicosis, el acento está puesto sobre todo sobre el S1.

Los casos que nosotros recibimos en el CPCT no son típicos. Las neurosis típicas se dirigen en general a otras partes, si bien un cierto número que son «parciales o en red» vienen a nosotros. Las psicosis típicas que se dirigen a nosotros quieren ser consideradas como atípicas, no quieren entrar en un protocolo de asistencia, en una asignación para siempre, imposible de proyectar desde el punto de vista de su certeza. Para los sujetos en los que la psicosis ordinaria es medicada por los estándares de la medicina general, está lo insoportable de la reducción de la palabra a un silencio ofrecido por el medicamento, y está también la necesidad de encontrar nuevas abrochaduras para estabilizar el sentido y el goce.

Se deduce fácilmente que se trata, al término del tratamiento propuesto en el CPCT, de obtener conclusiones que pueden ser, desde luego, transitorias, pero que se apoyan en la importancia, mayor o menor de los beneficios terapéuticos obtenidos a partir de la estructura. La localización de la estructura más allá del síntoma permite calcular más fácilmente la salida. Digamos que, en general, el primer efecto terapéutico es un *plus de vida*, más que un *plus de deseo*. Nosotros obtenemos también resoluciones sintomáticas, por supuesto, pero nos mantenemos a distancia de un plus de goce siempre más o menos mortal. Las salidas del tratamiento pueden esquemáticamente resumirse así. El paciente está satisfecho con el beneficio terapéutico e interrumpe su cura, antes, o en el término previsto. El paciente decide la continuación en la ciudad o al paciente se le indica asistencia con medicamentos, conjuntamente con la prosecución de entrevistas analíticas. Agregamos finalmente el caso de los pacientes que desde la primera entrevista son orientados en razón de su estado psíquico, poco compatible con un dispositivo de palabras regladas o en los cuales el recurso del pasaje al acto está inscripto de manera reiterativa en su existencia.

Como podemos ver, no se trata de fijar la demanda de desegregación a un nuevo objetivo «ajuste su problema en cuatro meses», que sería una nueva categoría de protocolo que sería la nuestra. Existe, por supuesto, pero no estamos completamente atados a una creencia en nuestras propias reglas. Y creer sería un objetivo erróneo que remitiría a categorías quiméricas, ratificando el discurso del amo sobre un plano imaginario. Nuestra apuesta como analistas es obtener una fórmula que permita el mantenimiento de esta paradoja: recibir un sujeto con una demanda suficientemente explícita y que por lo tanto no cierre completamente el acceso a un equívoco posible. Lo que esto quiere decir exactamente es focalizar sobre el objeto, sobre todo aquello que desliza entre los significantes para la neurosis, sobre todo aquello que asegura su consistencia en la certeza para el psicótico.

El objeto no es legible más que desde el punto de vista del significante amo. Poner el acento en el significante amo, permite hacer aparecer con una luz rasante el objeto a. No se trata de fijar el sujeto a sus significantes amos, sino de hacer aparecer el goce en un ciclo donde él podrá ser tratado. Yo utilizo el término ciclo en el sentido en el que J.-A. Miller lo introduce en Barcelona. Es decir en el sentido en el que una pregunta sobre el goce puede encontrar un punto de detención, de nominación provisoria. Es necesario, entonces, que el equívoco entre demanda explícita y apuestas implícitas permita, en un tiempo limitado, hacer surgir al sujeto en tanto que aserción de certeza anticipada.

Tomo el ejemplo de dos casos que me han enseñado al respecto. El primero es el de una joven de origen sudamericano que concurrió al CPCT en un estado de confusión profunda. Deprimida, paralizada, no sabía qué hacer de su vida; tenía que instalarse en Francia y continuar sus estudios universitarios especializados de los cuales no estaba satisfecha, así como soportar la soledad en la que la había sumergido el abandono del hombre amado que ella había seguido a Europa y que la obsesionaba todavía. Las entrevistas semanales llevadas a cabo durante seis meses le permitieron orientarse. Ella concluyó por la satisfacción de la decisión de volver a su país con un empleo que la esperaba acompañada de un nuevo amor. El CPCT se reveló como el lugar donde se depositaba una verdad. Había que repetir algo del encuentro de sus padres en Francia treinta años antes, para encontrar un nuevo *partenaire*. En una identificación estricta con el padre, ella siguió los pasos de su novio, por estar abandonada como su padre. Ella ha encontrado como él, -pero para ella en una aceleración temporal debido al levantamiento de fenómenos depresivos en la cura-, un *partenaire* síntoma cuya nacionalidad y preocupaciones intelectuales son las de su madre. Para este sujeto, la cura llevada a cabo por el CPCT fue el lugar de apercibimiento de esta verdad en espera. En este lugar de apercibimiento no fue requerido el tiempo para comprender. La importancia del CPCT consiste en detenerse allí, aun cuando nosotros sabemos que luego ella se dirigirá a nuestros colegas del otro lado del Atlántico. Este caso hace percibir que el CPCT es más cosmopolita que París mismo y que hace hablar la lengua del otro. Y es, en este sentido, el planeta del psicoanálisis. El segundo caso, actualmente en tratamiento, ha encontrado los beneficios terapéuticos rápidos, marcados por una aleación de elementos depresivos y ansiosos importantes que le han permitido un relanzamiento de su actividad profesional e intelectual. Yo me he centrado con precisión en el motivo de la consulta. El le atribuía un valor particular al sentimiento de no estar más en su casa después de una mudanza. Su demanda era la de encontrar un lugar que le fuese propio. A partir de allí nosotros entramos en los laberintos de su historia siempre ligados a ese punto. Fue posible entonces encontrar las coordenadas del surgimiento de ese estado, ligado al deceso de sus padres. Sin que la relación de causa efecto hubiera estado establecida, le permitió desplegar los lazos particulares que mantenía con los difuntos. El está en tren de invertir progresivamente un lugar que sea, para parafrasear el título de V. Woolf «*the room of one's own*». Es por la focalización del significante del departamento, en posición de la causa, que el sujeto ha encontrado una relación viviente con su herencia familiar.

Para concluir, el CPCT es el lugar de una causa que nosotros defendemos. No es una causa ideal. Es una causa, aquella de un plus de vida, en un mundo que tiende a reducir al silencio al viviente al extraer de él los protocolos cada vez más refinados y un saber que dará la clave de su ser para permitir por fin, clasificarlo. Por delante del deseo de la estandarización masiva que toma la psiquiatría contemporánea sabemos que siempre habrá un plus del CPCT.

Traducción: *Gabriela Grinbaum*