

# Nosología psiquiátrica: *pasión de consistencia especular*

## Psychiatric nosology: *passion of specular consistency*

Ricardo García Valdez<sup>1</sup>

*Universidad Veracruzana*

*México*

*El amo cambia de rostro, de nombre y de herramientas al tiempo que multiplica sus prótesis. El inconsciente no, pues su esencia es la resistencia y la búsqueda de caminos para superar la censura.*

Néstor A. Braunstein

### **Resumen:**

Los rasgos fundamentales de la “cientificidad” contemporánea encargada de nominar el sufrimiento psíquico humano se asientan en una posición teórico-epistemológica *in-dolente* ante la elaboración conceptual de sus categorías diagnósticas. La actual psiquiatría empirista regida por el uso de criterios operativos (*trastornos y des-órdenes*); sistemas clasificatorios como los DSM, así como por escalas de evaluación, entrevistas estructuradas, técnicas de muestreo y por la utilización de la inferencia estadística —cartas de presentación de su *status* epistemológico—, funciona desanudada del saber de sus determinaciones estructurales, establecidas por el Otro; así, marcha

---

<sup>1</sup> Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM-X). Representante del Cuerpo Académico *Psicoanálisis y discursos sociales* (P-CA-UVER-242). E-mail: rigarcia@uv.mx



a la deriva. La potencia explicativa de los fenómenos *psi* se debilita en el estatismo de su percepción simple de imágenes (“consistencia especular”) que excluyen la dimensión estructural del sujeto dividido. En su desmentida del Otro, desatiende el estudio del deseo que le subyace y la(s) alteridades que la constituye(n) como disciplina, asumiéndose como un ente “sin división” en un nominalismo ingenuo. Por tanto, las categorías “sistematizadas” en el DSM-IV, se presentan como una ruta “económica” de un saber *sin tachaduras*, confrontado con la experiencia subjetiva del deseo inconsciente que es planteado por el psicoanálisis como aproximación a la Verdad edificada sobre una epistemología *discontinuista-materialista*. El objetivo que nos planteamos es abonar con nuestra reflexión por una epistemología psiquiátrica de orden racionalista basada en la evidencia clínica proveniente del psicoanálisis que enfatice el sentido de los síntomas y no su taxonomización simple, encauzando acciones para el desmontaje de lo que denominamos “consistencia especular” (reconocimiento del fenómeno en detrimento de su elucidación estructural).

**Palabras clave:** Diagnóstico, psiquiatría, epistemología, síntoma, deseo, goce.

### **Abstract:**

The fundamental features of the contemporary “scientificity” in charge to nominate the human psychic suffering are settle in an indolent theoretical-epistemological position for the conceptual elaboration of diagnostic categories. The actual empirical psychiatry is guided by the use of operational criteria (*dis-orders*) and by DSM classification systems, as well as by rating scales, structured interviews, sampling techniques and the use of statistical inference (presentation letters its epistemological *status*). This science, which works detached of the knowledge of structural determinations established by the Other, is drifting along. The explanatory power of *psi* phenomena is weakened in statism by their simplified perception of images precluding structural dimension of divided subject. In its belief of the Other, it disregards the study of the desire and otherness that constitute it like a discipline, assuming itself like an entity “without division” in a naive nominalism. Therefore, the “systematized” categories in the DSM-IV are presented as an “economic” route of a knowledge WITHOUT ERASURES, confronted with the subjective experience of the unconscious desire that is proposed by psychoanalysis as an approximation to The Truth just built upon a *materialist-discontinuist* epistemology. The goal we set ourselves is to contribute with our reflection to the development of a rationalist psychiatric epistemology based on clinical experiences of psychoanalysis as an attempt to disassemble what we call “consistency speculate” (perceptual recognition of the phenomenon at the expense of his structural elucidation).

**Keywords:** Diagnostic, psychiatry, epistemology, symptom, desire.

## Introducción

En nuestra época, la supremacía del discurso capitalista que subyace al mercado psiquiátrico/farmacológico, promueve la ilusión de que el objeto de deseo se transfunde en el objeto de goce; es decir que se promueve la ilusión de que es posible, por medio del consumo de fármacos -en tanto que *objetos de goce* en lo Real del cuerpo-, curar las heridas que inflige la *realidad*<sup>2</sup> humana en su dimensión significante; realidad estructurada sobre una *falta-en-ser*, y por lo tanto realidad *precaria*, que con su Malestar (Freud, 1929), paradójicamente funciona gracias a la barra que atraviesa la subjetividad postulada por el psicoanálisis (\$) según lo formaliza Lacan; tachadura que permea las cuatro formas de lazo social matematizadas por el autor francés, según lo desarrolló en su Seminario XVII. En suma, se plantea un *pathos* (sufrimiento) exiliado del horizonte del deseo y mercantilizado a costa del propio sujeto en tanto obturado de su plausible reposicionamiento.

La producción apasionada de esos ‘juegos pirotécnicos’ si se nos permite, que la industria denomina *psicofármacos* -a punto de convertirse en un *gadget* más para traerlo en el cinturón ó en el bolso- envuelve al sujeto posmoderno en una atmósfera de manías colectivas. El lazo, la relación con el Otro y la dimensión del intercambio erótico-amoroso que éste implica, cede lugar a la relación unilateral con la serie ilimitada de *partenaires*-inhumanos: las pastillas y/ó tabletas, nombre de por sí compartido con un *gadget*, hoy en boga (“tablet”). Así, el CIE-10 y el DSM-IV son dos fundamentos operacionales para esta fantástica, aunque -lo sabemos- imposible, sustitución goce/deseo, y la promoción de una forma posmoderna de... lazo social.

Para el paciente *psiquiatrizado*, tanto como para la disciplina médica que lo aprehende -inclusive en la dimensión culpígena definida por el ámbito jurídico-, el goce como imagen ilusoria del deseo, se vuelve una especie de *socio* fundamental. El universo se reduce al área lisa e higienizada de sus especularidades. El *pathos* compartido, en tanto desenfreno pasional no patológico -pero inducido por la(s) ideologías científicistas-, es una pasión de consistencia: lograr identificarse con la ilusión de deseo construida bajo la verdad<sup>3</sup> del goce... ¡como recurso subjetivante!

---

2 Es importante tener en cuenta que esta categoría pasa de ser un *principio* freudiano a oscilar entre el registro imaginario y simbólico en Lacan; de ahí que la *realidad* sea *construida* en y por cada uno, a diferencia de lo Real que preexiste a todo sujeto como condición inabordable de su posibilidad de asumirse tal.

3 Cabe recordar que en psicoanálisis el sujeto se encuentra dividido entre el saber y la verdad. La verdad no-toda es asequible tras el levantamiento de la represión que, acorde con el modelo de la Banda de Moebius utilizada por Lacan, permitirá eslabonar en un saber algunos significantes importantes de la historia inconsciente.

El trabajo “curativo” se reduce así a un dominio: gobernar el cuerpo, ejercitar un dominio de la voluntad sobre el deseo haciendo en realidad de esta condición volitiva una tópica superyoica de goce pulsional. Eso que M. Foucault (1984) denomina con la categoría de “dominación” y que se opone a la lógica del Poder, en tanto que no ofrece posibilidad alguna a la dialéctica falogocéntrica de los órdenes discursivos; eso que perturba la posición pulsional de un cuerpo idealmente regulado por la castración simbólica en pacientes artificiosamente *psiquiatrizados* y que les impone la renuncia a un posicionamiento singularizado acorde a una ética particular cuyo centro sea el deseo, en el cual el receptor pueda recibir del emisor su propio mensaje de goce en forma invertida en la escala del deseo.

Sabemos que la administración de psicofármacos puede generar fenómenos antagónicos en el cuerpo, las llamadas “reacciones secundarias”, por ejemplo: al bloquear los receptores de la histamina (H<sub>1</sub>), se produce sueño y sedación. En igual forma, al bloquearse los receptores de acetil-colina puede producirse resequedad de la boca, retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, etc. Por último, cuando el efecto es sobre los receptores alfa 1, pueden producirse arritmias cardíacas, síntomas extrapiramidales como temblor, rigidez, etc., efectos que, desde lo Real, buscarán en su evocación de *mordedura de muerte* proferida a la pretendida “salud mental”, nuevas significaciones en el aparato de simbolización del sujeto.

Así, en el caso de la nosología psiquiátrica del siglo XXI y la psicomedicalización posmoderna concomitante, asistimos a una actividad regida -en sí misma- por la pulsión, y no a su interdicción epistemológica: aquí no cuenta el objeto teórico de conocimiento en el que la incidencia del Otro sea leída, sino solo la investidura imaginaria, propia de los objetos empíricos que se confirman en el continuismo de la percepción simple. Esta compulsión a taxonomizarlo “todo” constituye el punto de máxima convergencia del DSM-IV con el nuevo imperativo social que regula el programa económico de la Cultura: lo que cuenta no es qué tipo de objeto se consume, ni cual sea su fin ó meta última, sino la propia actividad de consumirlos; “consumo del consumo”, dirá Baudrillard (1970), en su reflexión acerca de la incidencia de lo imaginario en el film alemán *El Estudiante de Praga*.<sup>4</sup>

Así, remarcamos dos de los aspectos importantes del Super-Yo contemporáneo ligados al quehacer diagnóstico psicomédico: si la ilusión objetivista de la nosología psiquiátrica se rige por un fanatismo pulsional de la voluntad kantiana, el devorar farmacológico del paciente *psiquiatrizado* exalta la función sádica del goce como una nueva modalidad de Super-Yo social.

---

<sup>4</sup> Cfr. García, R. (2010, abril 12). *El Estudiante de Praga, (Der Student von Prag) y la escisión subjetiva*. Recuperado el 01 de junio de 2013, de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article114>

Esta conjetura nos conduce directamente a preguntarnos: ¿Cómo se estructura el sujeto posmoderno? Y, en consecuencia, ¿cómo posicionar la clínica psicoanalítica ante la primacía especular taxonómica —en tanto que categorización de entidades psíquicas proveniente directamente de una mirada de superficie—, y ante la ilusión del deseo bajo el yugo del goce que impone la psiquiatría moderna<sup>5</sup> a este paciente *psiquiatrizado* tan artificialmente? Es decir, ¿cómo pensar una interconsulta con un discurso encargado de lo Real del cuerpo que deniega por la vía del *perceptum* la lógica del significante en las categorías de las que se sirve?

Tenemos entonces: a) Un sujeto posmoderno que ha sufrido una metamorfosis que reduce la dimensión subjetiva de la *falta-en-ser*, y por lo tanto la del deseo, a una ilusión subyugada por el goce en lo Real a través del uso de psicofármacos que, de entrada, están destinados a fallar en tanto que su meta terapéutica de curar desmiente el horizonte significante del \$. B). Complementariamente, tenemos una nosología especularizante que busca confirmarse en una epistemología *continuista*<sup>6</sup> en el más puro estilo ptolomeico y, por último, C): Una práctica psicoanalítica en cuya ética se sostiene la dimensión deseante del sujeto, como alternativa ligada a una dialéctica del Poder y no de la dominación.

Considerando las tres cuestiones anteriores: ¿En qué consiste la oferta del psicoanálisis para sujetos que se constituyen fuera de las fórmulas del deseo que Freud y Lacan nos heredaran? ¿Cómo hacer operar la *falta* en un corte significante, cuando la ideología funcionalista monta dispositivos normativizantes que sostienen la idea de *salud*<sup>7</sup> en desmedro de la idea de *saber*, sobre sus dispositivos de goce?

Para nosotros la reducción del saber sobre sí a la eficiencia funcional *maquinica* comporta en primer término un efecto de falso dominio. La ero-

---

5 Permítasenos el énfasis relativo al acotamiento en torno a la psiquiatría ligada a una posición epistémica continuista y empírica. Considero de importancia la opinión de colegas que afirman que *los trastornos mentales tienen una historia natural de enfermedad y, como toda patología, si no se da tratamiento, las conducciones nerviosas, las sinapsis, la plasticidad cerebral no tienen lugar, deteriorando más al paciente y provocando que no se logre la estabilidad y cronificando los síntomas*. Por supuesto no es en el nivel de la clínica ligada a lo real del cuerpo en el horizonte en que suscribimos nuestra polémica, sino en el de la resistencia observada en la asunción de categorías metapsicológicas que den cuenta del quehacer clínico de la psiquiatría cuando se trata de un sujeto dividido.

6 Cfr. Braunstein, N., et. al. (1975). *Psicología: ideología y ciencia* p. 7. El autor desarrolla las diferencias fundamentales entre tres tipos de prácticas epistemológicas, dominantes hasta nuestros días: a) empirista o continuista; b) intuicionista o discontinuista idealista y c) de la práctica teórica o discontinuista materialista.

7 Cfr. Assoun, P-L. (2002). *La metapsicología*. Buenos Aires: Siglo XXI. pp.99-100. El autor sistematiza, a partir de su abordaje de la metapsicología, referentes importantes para definir un posible concepto de “salud”, siendo... “[...] el ángulo desde el que conviene abordarlo”.

tización de la palabra –necesaria para aspirar a ser feliz– transformada en un efficientismo ligado a la pulsión de muerte, ofrece la ilusión de que el deseo se puede colmar, como ocurre en el Transtorno Depresivo Mayor reducido por la medicina a un desajuste químico en el cerebro que se “soluciona” con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) —entre ellos la *fluoxetina* (Prozac)—, sin que la pregunta por el Ser tenga cabida... por ninguna parte.

El problema es dual en el sentido de que la subjetividad de la época enuncia –de por sí– su pretensión subjetivante a través de recursos en buena medida excéntricos al registro Simbólico, y correlativamente la respuesta *psi* se descentra del binomio represión-retorno de lo reprimido como eje del síntoma, para pasar a responder orgánicamente a la angustia causada por el Malestar en la Cultura; de modo defensivo desde lo Real.

Este desplazamiento constituye un siempre relativo *fading* de la experiencia subjetiva del deseo ante la emergencia, en lo social, del goce (que se presenta siempre encastrado con el trabajo de la pulsión de muerte).

La respuesta forclusiva de \$ en la ecuación *angustia* (Real) - respuesta (farmacológica), se orienta a sepultar aún más el ocaso contemporáneo del síntoma; la subjetivación actual, así como las estrategias pulsionales de la psiquiatría, al suprimir el lazo con el Otro –y su inevitable inestabilidad, también hay que decirlo– conducen exclusivamente a enfatizar un goce *alternativo* al goce sexual ya no regulado por la instancia fálica. Pero conducen también a la posibilidad de leer los fenómenos psicopatológicos allí donde ya no se halla en el centro la ruptura del lazo social o la desviación de la norma, sino una adhesión excesiva a los saberes y las respuestas especulares, donde previsiblemente lo Real como respuesta... sutura la ética del deseo.

La clínica psiquiátrica es en este sentido una clínica de la falsa adaptación; una clínica de la *personalidad* y por lo tanto de la máscara y del disfraz –Lacan dirá del Yo en tanto que *moi*–, de la normalización-normativización que, a diferencia del tratamiento psicoanalítico, no atiende la ruptura del sujeto con el *Principio de realidad*, sino que promueve ella misma la ruptura del lazo fundamental del sujeto con su deseo, alienándolo en identificaciones taxonómicas rígidas. ¿Cómo preservar las potencias de la estructura –fundamentalmente neurótica– ante tal infatuación *Yoica*, y ante respuestas que reducen la subjetividad al desierto de lo Real?

Asistimos, luctuosamente, ya no a la ruptura del *sujeto-del-deseo* con los órdenes establecidos y la consecuente búsqueda de sentido de tales rupturas, sino a la contemplación pasiva de los efectos de tratamientos, eso sí... “científicos”, para la asimilación *a*-crítica del Malestar en la Cultura. Es jus-

to aquí donde se encuentra el vértice clínico y por supuesto teórico-epistemológico de lo que habrá que atender: el poder de las imágenes engañosas de aquella respuesta psiquiátrica, lamentablemente muy generalizada, en la difusión epidémica de la psicofarmacología en pacientes habilidosamente *psiquiatrizados*, entendiendo esto último como una operación análoga a la medicalización que Foucault propone en 1975 cuando en su curso *Los Anormales* [*Les Anormaux*] analiza el ingreso en el campo de la psiquiatría de las convulsiones como modelo neurológico de la enfermedad<sup>8</sup> mental.

En suma, los retos actuales para el psicoanálisis no solo implican una clínica del síntoma histérico y sus mecanismos presentes, sino también la atención a estas clínicas de adhesión excesiva al semblante; a los semblantes, particularmente sociales —tanto del sujeto como de los profesionales encargados de su “cura”—. Esto encamina a pensar que la pulsión epistemofílica, necesaria para el avance de la psiquiatría hacia su estatuto de ciencia, se ha forcluido al hacer advenir a un lugar central el binomio angustia-respuesta farmacológica ya citado, descolocando de su propio centro al sujeto del deseo, y a la pasión por saber(lo). En lugar de ello -lo hemos anticipado- tenemos reverencias al goce.

Esto nos aproxima a un terreno delicado, que encaramos sin demora. No tenemos evidencia de que en las categorías diagnósticas del DSM-V que se presentarán en mayo de 2013, sobre todo a raíz de los llamados *nuevos síntomas*, se halle en juego una política de forclusión del sujeto, como ha ocurrido con las ediciones anteriores, que nos conduce por lo tanto a la dimensión de una captación psicótica del Ser, o bien si —por el contrario— tendremos sorpresivamente efectos creativos de reintroducción del mecanismo de la represión (y sus elucidaciones), reconducible más bien a una política de asunción del sujeto barrado y sus lógicas. Forclusión y represión -en este sentido- se manifestarán con toda la fuerza de evidencia al dar un vistazo a los mencionados manuales.

Se trata pues de considerar la dificultad de esa ala dominante de la psiquiatría —ligada a las lógicas de un mercado neoliberal— para ubicarse ante sus pacientes en una relación de deseo mediada por el Otro, sin que atinemos a saber si esta dificultad es un indicio de una ausencia forclusiva del Nombre del Padre en su constitución disciplinar ó quizá sólo una dificultad de vitalización fálica de su existencia. En tales circunstancias la psiquiatría es una práctica yugulada, en la cual el saber del psicoanálisis entre otros de corte estructural, serán los que puedan orientar su nosología diferencial, al incluir lo propiamente humano de la división subjetiva.

---

<sup>8</sup> Remitimos al lector a las aportaciones de Paul Laurent Assoun en *op.cit.* p. 108 y siguientes, respecto a lo que denomina la *Metapsicología del enfermar*.

Desde un punto de vista fenomenológico, sujeto posmoderno y oferta psicofarmacológica representan el derecho y el revés de una misma moneda. Casi puede formularse un sintagma “sujeto-fármaco” con su guión, para indicar la copertenencia recíproca. La psicopatología psiquiátrica representa, desde este punto de vista, al *sujeto-fármaco*; mientras que éste último sería portador de una especie de descompensación no de la bioquímica cerebral, por supuesto, sino... del proyecto de dominación pulsional de la *psiquiatrización*. Desde el punto de vista del *objeto a* encontramos entre ambas oscilaciones un lugar de vacío epistemofílico. El DSM-IV lo incorpora, lo confirma en la reiteración de la frase “se desconocen las causas”; lo anhela activamente en el acto de rehusarse a incorporar *Escuelas* y posiciones teóricas en torno a sus síndromes purificados, ó quizá -como afirma Lacan en torno a la anorexia- *comiendo la nada*, mientras correlativamente el paciente *psiquiatrizado* es incitado a buscar y buscar... hasta el paroxismo del goce: hacerle deglutir toda clase de fármacos para, ilusoriamente, alcanzar una incidencia funcional de la *falta-en-ser*. La psiquiatría quiere poner en la organicidad el vacío de la Cosa, ese vacío que es imposible prescribir por el camino de lo Real.

De manera utilitaria, la nosología psiquiátrica parece “estabilizar” la tensión existente entre *alienación* y *separación* (Lacan, 1964). Las categorías diagnósticas invocan en su separación-fragmentación taxonómica, la verdad del fenómeno. En principio la separación respecto a la demanda del Otro y de modo más general a toda forma posible de demanda, (por decir lo menos: demanda de comprensión teórica). Por su parte, ¿qué demanda el sujeto posmoderno? Parece no demandar nada, y rechazarlo todo. Pero... sólo parece.

Retornemos a la idea anterior, esta separación entre *fenómeno psíquico* y *categoría diagnóstica* parecería que se produce sin pérdida -nominación de un sufrimiento que es de por sí efecto de una pérdida en el significante-; el *objeto a* parece quedar así del lado de la taxonomía en vez de ser transferido hacia el campo del Otro. La exigencia de una categorización diagnóstica *para todos*; universalizante, se produce en la psiquiatría por la negación de la pérdida y no la por aceptación de la falta. Se podría decir, acaso con un cierto tono freudiano, que en la nosología psiquiátrica la separación categorial adviene sin que vaya acompañada por un trabajo efectivo de duelo. Se trata de una separación operada nocionalmente en la que... el deseo no opera.

Desde un punto de vista general se puede afirmar que la taxonomización aplica como *estrategia de evasión de angustia* (Devereux, 1967). La apatía teórico-epistemológica que le subyace a este tipo de ordenamiento de superficie apunta a subvertir el carácter estructural de la angustia. Si la angustia marca la emergencia del *objeto a* como índice del carácter pulsional del fenómeno psíquico, la nosología del DSM-IV es un intento de *cimentar* la

imagen, de sustraerla de las perturbaciones de la angustia, de modificar por medio de ella una idea del sujeto como pura identidad. El Ser se solidifica desde tal imaginización, al rechazársele la alienación significativa. Si para Lacan la angustia manifiesta el espesor real del cuerpo pulsional, la nosología psiquiátrica erige un dique imaginario que busca ocultar esta alteridad interna. Para un Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la única experiencia posible de la alteridad es la del fenómeno y su captación especular. Sólo en la descompensación del proyecto de dominación pulsional de la *psiquiatrización*; descompensación evidentemente encarnada por el propio sujeto, la pulsión emerge nuevamente, infringiendo el dique del Yo ideal y exhibiendo el carácter veleidoso del movimiento pulsional, contra el cual el fármaco se estrellará ineluctablemente.

Así, la taxonomía refuta lacanianamente a Heidegger (1949/2000): no es la Nada sino el estatuto de lo Real enclavado en el fenómeno psíquico lo que angustia. Por lo tanto, el objetivo taxonómico consiste en llevar a cabo, un dominio idealizado, yoico-voluntarístico de las formaciones del inconsciente. Se trata de alejar *cientificadamente* el objeto de la angustia. Por esta razón podemos hablar del problema, más general, de las relaciones entre prácticas nosológicas y sistema fóbico-obsesivo.

Coincidimos con Pablo Muñoz (2009, p. 58), cuando en su crítica a la clasificación nosológica, aclara que no se trata de un purismo teórico sino de la concepción de la clínica que de todo ello se deriva. Citando a Lacan (1967) en su *Breve discurso a los psiquiatras*, afirma contundente al respecto:

“Evidentemente se producen acá cosas nuevas: se obnubila, se tempera, se interfiere o modifica... Pero no se sabe para nada lo que se modifica, ni por otra parte adónde irán esas modificaciones, ni incluso el sentido que tienen, puesto que se trata de sentido.”

Así pues, el intento por dominar el fenómeno psíquico surge como idealización de la imagen especular. Con Lacan sabemos que una de las funciones fundamentales de la imagen es la de unificar al Yo [*moi*], es decir, al cuerpo pulsional dotándolo de límites. Cuando el cuerpo pierde su imagen tenemos diversos fenómenos clínicos. Por ejemplo la melancolía. Sin imagen narcisista, el cuerpo emerge como puro objeto-descarte, como *kakón* (Lacan, J. 1966), real bruto, cuerpo privado del sentimiento mismo de la vida, cuerpo ya muerto. Comparativamente podemos pensar que si de limitar la angustia se trata, las palabras como imágenes, limitan la entidad pulsional del fenómeno psíquico neutralizando su surgimiento en bruto como angustia flotante. Así la eficacia no es por su cientificidad tanto como por su funcionalidad representacional.

Si el control contrafóbico de la taxonomía cede... se puede infiltrar la angustia. Es una invasión que señala el punto de imposibilidad para la imaginación nosológica al querer revestir integralmente el fenómeno pulsional; es el desprendimiento entre la confirmación narcisista de una ciencia que se asume como unificada y las estructuras fuera del espejo de un psiquismo erogeneizado. En la experiencia con el espejo, lo que puede angustiar se encuentra siempre en relación con un *plus* que mancha la bella *gestalt*, una suerte de residuo que encarna el *objeto a* como algo que resulta imposible de reflejar, algo que no puede ser especular: en este caso el deseo subjetivo. En suma, aquel “enfermo que enturbia la limpidez del cuadro” al que ya se había referido Braunstein (1980).

Así, podemos pensar que es una psiquiatría púber. En la pubertad, es lo Real del cuerpo lo que aflora en primer plano: esos caracteres sexuales secundarios que generalmente son comparados con modelos ideales. El rechazo no es aquí, ante todo, rechazo de lo subjetivo, sino rechazo del cuerpo. Rechazo a tomar aisladamente las dos vías del rechazo del propio cuerpo en cuanto cuerpo sexual y rechazo del cuerpo del Otro en cuanto sede de goce y de deseo. Podemos pensar, sin forzar las cosas que la nosología psiquiátrica rechaza el cuerpo teórico para desmentir su *falta-en-ser* cayendo presa del Otro en cuanto sede de goce.

El trabajo del psicoanálisis en la cura tiene como propósito primordial restablecer al sujeto del inconsciente desde una ética del deseo. Esto supone considerar que la medicación es una operación forzada de “purificación” del inconsciente. Sorprende en este posicionamiento psiquiátrico el carácter hiper-voluntarista de sus agentes. El objeto no cederá, no será transferido al campo del Otro. La ausencia de este movimiento, que Lacan en el Seminario XI definió como “transferencia primaria”, hace difícil la articulación de una cura, propiamente humana. Al amor de transferencia le falta su apoyo fundamental. Solo una transferencia (salvaje) inviste el objeto-tableta o al objeto-etiqueta diagnóstica. El goce de la mónada se contrapone fundamentalmente a la vivencia de erotización como anudamiento de goce y deseo. La mónada de goce rechazará el lazo con el Otro. Por esta razón el psicoanálisis nos ha enseñado desde Freud, sobre lo irrevocable del estatuto ético y clínico del deseo. Los mayores movimientos en una cura no se producen merced a la interpretación sino por una revitalización del deseo. Pero esta resignificación vuelve inevitable el pasaje delicado a través de la agitación de la transferencia negativa. La experiencia de odio es una constante en el proceso con todo paciente en análisis. El analista encarna de hecho la alteridad del objeto al que la nosología psiquiátrica querría poder gobernar con autonomía del deseo. Sobrevivir al odio, y a la angustia para la supervivencia del paciente que se encuentra en una experiencia radical de

odio bajo transferencia, se vuelve una tarea esencial del analista. Encarnar la alteridad de un objeto que, más allá del odio, puede causar el deseo. Por otra parte sabemos bien que los movimientos de erotización transferencial que resignifican el deseo del sujeto son paradójicamente aquellos más propicios a desencadenar la interrupción de la cura.

*¿Podemos plantear con legitimidad que la nosología psiquiátrica está capacitada para responder a las enfermedades de amor? ¿Cómo obtener el signo del amor, de la falta en el Otro, cuando el sujeto *psiquiatrizado* es forzado a elegir el camino desesperado del rechazo radical al deseo, enfatizándose entonces otra dimensión: la del odio, asumiendo las formaciones del inconsciente no como llamado de amor sino como ansias de goce, es decir... de muerte? Hay una gran diferencia entre la respuesta psiquiátrica en tanto respuesta al llamado de amor y la psiquiatría en tanto apetito de muerte.*

Sintéticamente, se puede considerar que esta suerte de doble lectura del fenómeno de la nosología psiquiátrica (por un lado, encaminamiento a un goce mortífero, melancólico-toxicómano; por el otro, estrategia de defensa y de anulación del deseo del sujeto respecto del carácter sofocante de la demanda del Otro) enfatiza el doble ánimo que caracteriza al sujeto postmoderno y *psiquiatrizado* como tal: a). Manifestación primordial de la *To-destrieb*, apetito de muerte, ansias de destrucción, empobrecimiento aplastante de su deseo, y aniquilación melancólica del sentimiento de la vida, tanatización del principio de placer; aunque, también... b). Estrategias de separación por vías totalmente postfreudianas y postlacanianas orientadas a diferenciar el estatuto del deseo del de la necesidad, evocaciones inéditas del carácter irreductible del deseo a la demanda del Otro y del deseo como deseo del Otro, novedosas enfermedades del amor, etc.; en suma demandas radicales del signo de amor que por la dimensión especular y forclusiva de la tachadura operada por la psiquiatría, ésta última no está en capacidad de responder con su correlato farmacológico.

En conclusión, si en el amor convergen deseo y goce, la nosología psiquiátrica y sus efectos de mercado terminan por oponer deseo y goce y por excluir las elaboraciones del amor. El deseo del paciente *psiquiatrizado* es muy probable que sea un deseo de muerte y el goce al que conduce la medicación puede presentarse no solo como una forma de compensación sino también como una devastación pulsional. Dany-Robert Dufour (2009) lo dice en relación con el modo de producción neo-liberal:

“Lo que quiere el neoliberalismo es un sujeto desimbolizado, que ya no esté sujeto a la culpa ni sea capaz de apelar constantemente a su libre arbitrio crítico. Al quedar recusada toda referencia simbólica capaz de garantizar los intercambios humanos, sólo hay mercancías que

se intercambian sobre el fondo de un ambiente de venalidad y nihilismo generalizados en el cual se nos pide que ocupemos nuestro lugar.”

Creemos que es importante por lo tanto descentrar la “comprensión” psiquiátrica empirista —enclavada en la *pasión especular* como fuente de consistencia clínica— para asumir posibilidades transformadoras del reposicionamiento de un sujeto ante su síntoma.

## Referencias:

1. Adorno, Th. (2001). *Minima moralia*. España: Taurus.
2. Assoun, P-L. (2002). *La metapsicología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
3. Baudrillard, J. (2009). *La sociedad de consumo. Sus mitos, sus estructuras*. Madrid: Siglo XXI.
4. Braunstein, N. (2003). *Psicología: ideología y ciencia*. México: Siglo XXI.
5. Braunstein, N. (2005). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.
6. Braunstein, N. (2012). *El inconsciente, la técnica y el discurso capitalista*. México: Siglo XXI.
7. Devereux, G. (2003). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI.
8. Dufour, D. (2007). *El arte de reducir cabezas. Sobre la nueva servidumbre del hombre liberado en la era del capitalismo total*. Buenos Aires: Paidós.
9. Foucault, M. (2007). *Sexualidad y poder (y otros textos)*. Barcelona: Ed. Folio.
10. Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Madrid: Ed. Akal. 2001.
11. Freud, S. (1998). El malestar en la cultura. En: S. Freud, *Obras completas*. Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
12. García, R. (2010, abril 12). *El estudiante de Praga, (Der Student von Prag) y la escisión subjetiva*. Recuperado de <http://www.cartapsi.org/spip.php?article114>
13. Heidegger, M. (1949/2000). *¿Qué es metafísica?* Madrid: Ed. Alianza.
14. Lacan, J. (2005). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. En: J. Lacan, *El Seminario*. Vol. XI. Buenos Aires: Paidós.
15. Lacan, J. (2009). *Escritos 1*. México: Siglo XXI.

16. Lacan, J. (2012). *Breve discurso a los psiquiatras*. Recuperado de [http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad\\_07.pdf](http://www.teebuenosaires.com.ar/biblioteca/trad_07.pdf) el 27 de Marzo de 2012.
17. Muñoz, Pablo, D. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto: de la psiquiatría al psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.

Recibido: 7 de noviembre de 2012

Revisado: 12 de febrero de 2013

Aceptado: 30 de marzo de 2013