

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

# Lo esencial es invisible a la clínica de la mirada.

Farías, Florencia Elisa y Mattera, Susana.

Cita:

Farías, Florencia Elisa y Mattera, Susana (2008). *Lo esencial es invisible a la clínica de la mirada*. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/544>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/DoM>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# LO ESENCIAL ES INVISIBLE A LA CLÍNICA DE LA MIRADA

Farías, Florencia Elisa; Mattera, Susana  
Universidad de Buenos Aires, UBACyT

---

## RESUMEN

El psicoanálisis es una práctica que se desprende de una ética. Esto se reconoce en el origen mismo del descubrimiento freudiano y su apuesta es a la existencia de un saber, sobre el padecimiento del sujeto, del cual el propio paciente era portador aún sin saberlo. Por lo tanto inconciente. Como así también su eficacia a nivel del síntoma. De allí que la participación del sujeto en el procedimiento de la cura sea decisiva. El diagnóstico reconoce iguales coordenadas: el sujeto padeciente es quien tiene la palabra. Es por ello que el concepto de diagnóstico en psicoanálisis se aparta de cualquier sistema de clasificación ó exterioridad para decidir el síntoma. No es la palabra del Otro del saber supuesto la que se hace oír, sino que el saber supuesto se vale de este artificio, efecto de la transferencia, para poner en juego la palabra capturada, coagulada del sujeto y por su intermedio la dimensión de la causa, siempre singular aunque no se aparte de la particularidad del síntoma o del universal de la estructura. Ciertamente se trata de un proceso - que forma parte de la cura misma - donde el paciente al tomar la palabra se constituye en su primer clínico.

## Palabras clave

Depresión Clasificación Diagnóstico Escucha

## ABSTRACT

THE ESSENCIAL IS INVISIBLE TO THE CLINIC OF THE LOOK  
Psychoanalysis is a practice that emerges from an ethic. This is recognized in origin of the freudian discovery and its bet is the existence of a knowledge about the suffering of the subject which the patient was carrying without knowing it, therefore unconscious. Like thus also its effectiveness at level of the symptom. The participation of the subject in the procedure of the cure is decisive. The diagnosis recognizes equal coordinates: the suffering subject is the one who has the word. It is for that reason that the concept of diagnosis in psychoanalysis is separated from any system of classification to decide the symptom. It is not the word of the Other of the knowledge supposed the one that makes itself listened but that the supposed knowledge is used this artifice, effect of the transference, to put into play the word captured, coagulated of the subject and by its interval the dimension of the cause, always singular although not aside from the particularity of the symptom or the universal one of the structure. It is certainly a process - that forms part of the cure - where the patient by taking the word constitutes himself in his first clinical

## Key words

Depression Classification Diagnosis Listens

---

## INTRODUCCIÓN

El psicoanálisis es una práctica que se desprende de una ética. Esto se reconoce en el origen mismo del descubrimiento freudiano y su apuesta es a la existencia de un saber, sobre el padecimiento del sujeto, del cual el propio paciente era portador aún sin saberlo. Por lo tanto inconciente. Como así también su eficacia a nivel del síntoma. De allí que la participación del sujeto en el procedimiento de la cura sea decisiva. El diagnóstico reconoce iguales coordenadas: el sujeto pade-

ciente es quien tiene la palabra. Es por ello que el concepto de diagnóstico en psicoanálisis se aparta de cualquier sistema de clasificación ó exterioridad para decidir el síntoma. No es la palabra del Otro del saber supuesto la que se hace oír, sino que el saber supuesto se vale de este artificio, efecto de la transferencia, para poner en juego la palabra capturada, coagulada del sujeto y por su intermedio la dimensión de la causa, siempre singular aunque no se aparte de la particularidad del síntoma o del universal de la estructura.

Ciertamente se trata de un proceso - que forma parte de la cura misma - donde el paciente al tomar la palabra se constituye en su primer clínico.

## UN SABER EXTERIOR QUE NO ALCANZA

El 25 de febrero del corriente año fue publicado un artículo en el diario Clarín bajo la rúbrica "Crecen los diagnósticos de depresión cuando en realidad es solo tristeza" (Sociedad, página 28). La referencia es a la investigación realizada por la Universidad de New South Wales de Australia. Allí hallaron que a un número importante de pacientes (el 75%) se les diagnosticó depresión cuando solo atravesaban un **proceso de emociones negativas normales** (el subrayado es del autor del artículo) o sea tristeza, según los autores.

El director de la misma adjudica el error de evaluación *al estado difuso de la descripción de las enfermedades* (el subrayado es nuestro).

"Sobre esta base -dice el artículo- el medico suele diagnosticar un cuadro depresivo inexistente [...] Esto deriva a menudo en situaciones de tratamiento no adecuadas ...." - por supuesto con administración de psicofármacos-

En palabras del Dr. Ricardo Rubinstein -médico psiquiatra argentino- "La primera cuestión que encontramos hoy en día, cuando se atiende a un paciente sin tomarse el tiempo necesario, es que **se dan casos donde el diagnóstico no es correcto**".

La psiquiatría clásica al adscribir al proyecto de las neurociencias ha quedado sumida en el desconcierto. Bajo la standardización y medicalización de su práctica hoy vuelve la mirada y... ¿con que se encuentra? ¿Con que se encontraron en la citada investigación?

En el intento desesperado por obtener la clasificación bajo el juego de las diferencias no han retrocedido en valerse de las categorías de más (+) menos (-) para diagnosticar un cuadro clínico u otro o lo que es aún más serio para decidirse por las categorías de normalidad anormalidad. También se lee en sus líneas la aplicación de la categoría *motivo suficiente* - ¿quién sanciona? - para decidir tristeza o depresión.

Algo falló en el tan mentado espíritu de transparencia que gobernó y gobierna las líneas de los manuales de clasificación y de las promesas de solución rápida y eficaz. Verdaderos oráculos entronizados en el lugar del saber todo acerca de los cuerpos, de las personas, de lo mental.

A la esperanza histórica de organicidad que atravesó a la psiquiatría se agrega otra esperanza: la del todo saber. ¡Ambicioso proyecto!

La psiquiatría hoy es una psiquiatría que se pretende científica, se acopla al programa de las neurociencias propiciado por el hueco que abrieron estas últimas.

Por este medio aspira a lograr la esperada reivindicación en el campo médico, lo que logra por medio de una verdadera medicalización de su práctica.

Es el criterio dominante en los manuales de clasificación como es el caso del C.I.E. y su derivado americano el DSM. Ambos contienen en su totalidad lo que puede afectar a un cuerpo humano incluido lo mental, a condición de excluir la causa, ocupándose del fenómeno, no en la perspectiva estructural. Es una respuesta de lo general que deja por fuera lo propio y único de cada cual. El resultado es el aplanamiento de las diferencias y de lo singular. Ideal de una práctica que aspira a ser cuantitativa, estadística, biológica. Riesgos de las prácticas del comportamiento que se fundan en la prescripción de mensurar, normativizar, excluyendo un derecho básico, fundamental de cada sujeto de hablar y ser escuchado.

Podemos decir que la idea moralizante terapéutica que subyace se podría expresar en estos términos:

- La salud sería un bien alcanzable
- El cerebro se promociona como sede de la enfermedad mental, garantizando de este modo su fundamento orgánico con un funcionamiento desviado.
- Tal disfuncionamiento es como tal rectificable
- Por tanto implica una reivindicación de la terapéutica capaz de devolver al ser al grado cero patológico

Intenta hacer de su objeto un sujeto enteramente observable, transparente, calculable.

Este totalitarismo de la técnica no deja espacio para el diagnóstico fino del padecimiento subjetivo, singular, por el contrario ha apartado de su programa la distinción del diagnóstico por estructuras psicopatológicas.

Ciertamente si esta escalada avanzó hasta aquí es porque la fascinación por la promesa del bien y la garantía contable tiene sus adeptos.

¿Nos encontramos con nuevos nombres para viejos peligros?

### ¿A QUE SE LLAMA DEPRESIÓN?

Depresión es una palabra que se ha tornado sumamente abarcativa, proveniente de la psiquiatría, ha entrado en el discurso común, y con ella se designa todo tipo de cosas, perdiendo su especificidad.

La concepción que se tenga sobre el sujeto determina que se entienda por depresión.

Desde el discurso médico y psiquiátrico, en el que opera cada vez más laoclusión del sujeto, se diagnostica como depresión una tan amplia y variada gama de cuadros clínicos, que casi todos los cuadros clínicos pueden ser diagnosticados como “depresivos”, están basados en una fenomenología y sin tener en cuenta los dichos del paciente acerca de su padecimiento.

Incluso es común que se promocióne que se encuentra “su solución” en un fármaco que corregiría un supuesto déficit químico.

¿Cómo pensar entonces este concepto dentro del psicoanálisis?

Es un hecho que cada vez más los sujetos se nos presentan a la consulta quejándose de su “depresión”. Aparece como una constatación clínica, que se manifiesta en diferentes estructuras de personalidad.

Si embargo, no es una entidad clínica, toda estructura (neurosis, psicosis e incluso perversión) puede manifestar la emergencia de este afecto. Pero sabemos que los afectos son engañosos. Tampoco es un síntoma, no posee ni su estructura ni su consistencia en tanto formación del inconciente, sino un efecto

La depresión en singular no existe. Sin duda existen estados depresivos, pero sus variaciones desafían la unificación del concepto.

El problema sigue siendo el saber, en cada caso, a qué estructura o a que causa se refiere.

### SÍNTOMA DEL MALESTAR EN LA CULTURA

Es indudable que la depresión es un signo de la época. Es un afecto que delata el sufrimiento del sujeto y también el creciente malestar de nuestro siglo, la depresión es uno de los nombres actuales de malestar en la cultura.

Lacan plantea que los tipos clínicos, aunque sean anteriores al discurso analítico, no por eso dejan de depender de la estructura. Puede constatarse, que los síntomas cambian, toma los ropajes de la época, son como dice Lacan mediante un neologismo calculado “hystóricos”. Históricos en sus manifestaciones, ya que son función de la lengua y del discurso de la época, pero trans-históricos en su estructura

Se puede ligar con la incidencia del capitalismo, en el que impeera un empuje al no saber.

El deprimido con su desgano atenta contra el imperativo de producción y rendimiento que sostiene el sistema “que todo marche”.

Nos encontramos con la paradoja que el discurso actual no quiere a la depresión, aunque tanto hable de ella. Se la considera como una falla en relación a la salud, como un déficit. Una cierta forma

de no “hacer frente, “no luchar” provocando rechazo.

### LO QUE EL PSICOANÁLISIS TIENE PARA DECIR

Es necesario diferenciarla de otras entidades con las que comparte síntomas comunes.

• Es Freud quien en su texto “Duelo y Melancolía” (1915), remarca que a ambas las une la noción de pérdida.

Mientras el duelo es la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como un ideal. Se caracteriza por la pérdida del interés del mundo exterior, de la capacidad de amar, de inhibición. Síntomas que comparte con el estado depresivo. Este angostamiento del yo es por un trabajo de quite de la libido de sus enlaces con el objeto perdido, que le insume un gasto de tiempo y energía, y entre tanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico. Una vez cumplido el trabajo del duelo el yo se vuelve otra vez libre y deshinibido.

La diferencia que encuentra en la melancolía, es que la pérdida no puede situarse con precisión y muestra un rasgo ausente en el duelo: la rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y necesidad de castigo.

En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo mismo. Este delirio de indignidad predominantemente moral se completa con el insomnio, la repulsa de alimento y el desfallecimiento de la pulsión de vida. Freud concluye que la pérdida del objeto amado hubo de mudarse en una pérdida del yo.

La libido libre no se desplazó a otro objeto, sino que se retiró sobre el yo y de ahí una identificación del yo con el objeto resignado “la sombra del objeto ha caído sobre el yo”

Se remarca entonces que la regresión de la libido al yo, es único y privativo de la melancolía, la cual es catalogada dentro de la psicosis.

• También hay que hacer la distinción entre los “estados depresivos”, que ceden rápidamente, de aquella posición del sujeto depresivo no como un momento, sino como una instalación pétre. Son los sujetos más resistentes al dispositivo analítico. Hay un cierre al saber, rechazo al inconciente. No hay llamado al Otro como saber supuesto, no hay búsqueda de sentido, pues no hay enigma. Se quedan aferrados a un goce mortífero.

¿Qué gusto encuentra el sujeto en mantenerse aferrado a esta inercia mortífera que lo aplasta cada vez más? Hacen de su tristeza sufriente una constante. Lo que se esconde es la voluntad de ser sin saber de la falta, sin pasar por la castración que agujerea al Otro y que está inscrita en el saber del inconciente. No consienten entrar en el tiempo del saber en el que el inconciente ofrece el cauce del deseo.

• No todo sujeto triste es un deprimido. Existe una tristeza genérica, es decir virtualmente inevitable, pues es algo propio del estatuto del hablantese. Así es como Freud la sitúa, como el resultado normal de ciertos avatares de la libido, aunque puede hablarse de ciertas formas patológicas. De hecho, en la afirmación de depresión es algo más que la tristeza, la que el sujeto muestra, que repercute a nivel de sus proyectos, en efectos de inercia, que inciden sobre el interés y la acción.

### LO ESENCIAL QUE SE HACE AUDIBLE A LA ESCUCHA

Los estados depresivos, por variados y fluctuantes que sean, pueden reunirse sin embargo en una inhibición generalizada, y en el suspenso de la causa del deseo. Es también exacto decir que es un modo de goce, pero solo nos sirve al análisis, si se llega, en cada caso, a encontrar sus coordenadas singulares.

La depresión se sitúa por entero en la falla del bien decir. Por lo tanto es en la falta de palabras donde la depresión encuentra su existencia. Se trata de una suspensión de la causa del deseo.

La ética del psicoanálisis es una ética del bien decir, se trata de decir aquello en que el sujeto está concernido en ese punto de impasse que causa lo que lo aflige. Por lo tanto, el psicoanálisis es la buena oportunidad para que ese proceso se ponga en marcha sostenido por la escucha analítica.

Frente al nada para decir, introduce un “ahí hay algo que decir”, que concierne al sujeto en su particularidad, algo que debe ser

dicho en su relación al goce y al deseo, que si bien presenta un costado que escapa a la palabra, sólo a partir de ésta puede situarse.

No implica volver a un estado anterior, sino intentar un estado inédito en el sujeto, producir algo que lo lleve a enfrentar la fuente de su sufrimiento, de otra manera más digna. Hace falta que el sujeto consienta a ceder algo de su goce, a confrontarse con la castración, a atreverse a saber lo que el inconciente cifra.

Es decir invitar al sujeto al coraje de la verdad, a enfrentar el dolor, al valor de recuperar su deseo.

## **PALABRAS FINALES**

Pensar como alojar el acto analítico en esta tendencia a la cosificación a la que queda reducido el ser hablante con el avance de la ciencia y su uso, incluye como responder frente a los impasses crecientes de nuestra civilización, retomando las enseñanzas de Freud y de Lacan. Pero también como intervenir en esas creencias colectivas que consumen lo que *esos discursos* les proponen - prometen, cuando nosotros justamente lo único que prometemos es que en ningún caso se podrá volver a lo que se era.

Nuestro esfuerzo atañe a los resultados terapéuticos obtenidos, a la ética que los sostiene, a los dispositivos de evaluación coherentes con dicha ética que dan lugar a la singularidad sintomática en su diversidad.

En este contexto decimos que el diagnóstico en Psicoanálisis resulta de un proceso muy distinto al de una simple ubicación de los síntomas en una grilla y no se reduce a una operación de saber exterior al sujeto padeciente. Por el contrario se trata de un proceso en el que cuenta fundamentalmente, la *autoclínica*, es decir, lo que el paciente tiene para decir.

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

FRANCES, A. et al. (1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), Barcelona, Masson, Capítulos: "Introducción" - "Empleo de este manual" - "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" - "Trastornos del humor" - "Trastornos ansiosos" - "Trastornos somatoformes" - "Trastornos de la alimentación".

FREUD, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia analítica.

FREUD, S. (1915) Duelo y Melancolía. Tomo XIV Obras Completas. Amorrortu E.

GALLANO, C. ¿Qué se esconde en las delicias de la depresión? En La depresión y el reverso de la psiquiatría Eolia Paidós.

LACAN, J. (1967). Breve discurso a los psiquiatras en el Hospital Sainte-Anne.

LACAN, J. (1967). Intervención sobre la transferencia. Escritos I. pág. 206

LAURENT Eric. Psicoanálisis y salud mental. Ediciones Tres Haches

LOMBARDI, G. y colaboradores. Proyecto P043 de la Programación 2004-2007 de UBACyT: La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social. El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos del psicoanálisis.

SOLER C. (1996). El diagnóstico.

SOLER C. (1996) Un plus de melancolía. Hojas Clínicas V. Publicación Càtedra de Clínica de Adultos I UBA

SOLER, C. Afecto y saber en Finales de análisis . Editorial Manantial.