

Eje N° 5: Soluciones singulares: ¿Qué lugar para el diagnóstico diferencial?

La dignidad de la solución de cada uno

Coordinadores: Fabiola Ramon (EBP) y Gabriella Dupim (EBP)

Integrantes: Anicia Ewerton (São Luis), Bartyra Ribeiro de Castro (Vitória), Camila Colás, (São Paulo), Carolina Dutra (Rio de Janeiro), Fabio Paes Barreto (Campo Grande), Fabrício Costa (Campinas), Heloisa Caldas (Rio de Janeiro), Juliana Motta (Belo Horizonte), Laureci Nunes (Florianópolis), Maria Antunes Tavares (Rio de Janeiro), Milena Nadier (Salvador), Renata Mendonça (Belo Horizonte), Suele Conde (João Pessoa), Tatiana Vidotti (São Paulo)

El inicio de un análisis ha cambiado en los últimos años, ya sea en relación con la forma en que llegan los sujetos, o en relación a la apertura a una experiencia de análisis. Los principios que rigen la práctica son los mismos que han sido desde Freud, pero la orientación clínica está en transformación.

Es en este punto que la cuestión del Eje 5 nos llamó a pensar si la dimensión de lo singular se sitúa desde el inicio de la experiencia y el lugar particular del diagnóstico en una clínica orientada por lo real.

Lo singular y lo particular

Miller afirma que: “nos guía menos la consideración de una clínica de la estructura que un sostén de la invención del sujeto en su trabajo sobre *lalengua*, en su capacidad para encontrar una solución singular que concilie lo vivo y el lazo social. Por eso nuestro trabajo de investigación se apoya en la variedad de los casos, más para estar atentos a la manera singular en que cada uno trata el *impasse* de su goce de manera inédita [...]”¹.

No es, por lo tanto, un pasaje evolutivo de una clínica de la estructura a una clínica de la singularidad, sino de un cuestionamiento constante de la clínica.

¹ Miller, J.-A., *La Psicosis Ordinaria: la convención de Antibes*, Buenos Aires, Paidós, 2003, pp.50-51.

La clínica lacaniana inicialmente articulada al Otro, cuya referencia es el Nombre-del-Padre, otorgaba al significante fálico la potestad del ordenamiento². En este contexto, el diagnóstico diferencial tenía su lugar, pues era a partir de la relación con el significante fálico que se orientaba el tratamiento. En este caso, el lugar del diagnóstico fue preponderante para la dirección de la cura, sin la pretensión de una clasificación, sino de una ubicación particular del sujeto en relación al Otro.

En dirección a lo real, Lacan constató que no todo goce se deja negativizar por la significación fálica y la norma fálica que llega a ser considerada como una solución entre otras.

Con la pluralización de los Nombres del Padre, primero, y con la consideración de las soluciones singulares abierta con Joyce después, la función del Nombre del Padre perdía su exclusividad como tratamiento del goce y debía ser incluido, bien a título de semblante, bien a título de síntoma, en una perspectiva más amplia. Una perspectiva que desbordaba la estructura binaria y donde el poder limitador del orden simbólico sobre lo real del goce quedaba, literalmente, en entre-dicho³.

La última clínica de Lacan comienza entonces a apuntar al goce y a privilegiar al *ser hablante* más que al sujeto.

Arenas señala que Miller establece dos momentos en la clínica: "Cuando recibimos al paciente en su singularidad, sin compararlo con nadie, como inclasificable por excelencia, y otro estructuralista, cuando nos referimos a tipos de síntomas y a la existencia de la estructura".⁴ Para ella, el aspecto más singular de cada sujeto lo separa del Otro. Es el síntoma el que hará el puente entre lo singular y lo particular, pues en él está la articulación entre el S1 y el Otro, sin embargo, la función del síntoma es única para cada sujeto.

La clínica del *sinthoma* no cancela la anterior. Entre las clínicas de las estructuras y la de los nudos no hay oposición: "se trata de hacer fructífera esta tensión"⁵.

² Aromí, A. Esqué, X., "Las Psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia" [en línea] <https://congresoamp2018.com/textos/las-psicosis-ordinarias-las-otras-transferencia/>

³ *Ibidem*.

⁴ Arenas, A., "Tipo clínico e caso único, conceitos que não se recobrem", *A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único em psicanálise*, Rio de Janeiro, Contra Capa, 2007, p. 61. Traducción de los autores.

⁵ Aromí, A. Esqué, X., "Las Psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia", *op. cit.*

El paciente, cuando busca un análisis, apunta a una solución para la vida, en el punto donde su solución anterior está desorganizada. Es en este espacio de inconsistencia del Otro que se abre una puerta a la experiencia del inconsciente.

Psicosis ordinarias y soluciones singulares

La noción de psicosis ordinaria, traída por Miller, inaugura una discusión sobre el sufrimiento humano en la contemporaneidad y problematiza las instancias diagnósticas, organizadas a partir de categorías particulares. Miller señala que la psicosis ordinaria no tiene una definición rígida⁶.

Las psicosis ordinarias permiten ampliar la gama de posibles soluciones para el agujero forclusivo. [...] Las modalidades de reparación se multiplican y diversifican cuando se consideran en su rareza, con sus pequeñas invenciones, en su singularidad radical. Lo que estas soluciones únicas tienen en común es la posibilidad de una auto-reparación del agujero que impide o difiere su estallido manifiesto⁷.

En la ultimísima enseñanza de Lacan, la clínica borromeana se basa en la posibilidad de existir o no anudamiento, sea éste borromeo o no. Esta clínica también se llama continuista y, como tal, no implica una clasificación per se, sino más bien es retomada del concepto de forclusión como generalizada.

Como señalan Aromí y Esqué, "a cada uno su forclusión, a cada uno su solución; o mejor dicho su tratamiento, porque solución no la hay. Lo que hay es la clínica del *sinthome* generalizado"⁸.

Algo en consonancia con el aforismo "todo el mundo es loco, es decir, es delirante"⁹, que no significa que seamos todos psicóticos, sino que "Todos nuestros discursos son una defensa contra lo real".¹⁰ Esta orientación pone en primer plano el goce y sus

⁶ Miller, J.-A., "Efecto retorno de las psicosis ordinarias" [en línea] <https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Alcances/Efecto-retorno-sobre-la-psicosis-ordinaria.html>

⁷ Aromí, A., Esqué, X., "Las Psicosis ordinarias y las otras, bajo transferencia", *op.cit.*

⁸ *Ibidem.*

⁹ Lacan, J., "¡Lacan por Vincennes! Transferencia", *Revista Lacaniana de Psicoanálisis*, n. 11, 2011, p. 7.

¹⁰ Miller, J.-A., Ironía en <https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/007/template.php?file=arts/alcances/Ironia.html>

tratamientos singulares, lo que nos lleva a problematizar la perspectiva general sobre la clínica.

Soluciones singulares y diagnósticos: recortes clínicos

El diagnóstico en psicoanálisis debe incluir la transferencia, "es una especificidad subjetiva"¹¹, que requiere la presencia y el acto del analista.

La perspectiva *del sinthoma*, no como un síntoma mensaje, sino como *síntoma goce*¹², se establece desde la clínica de los nudos. Esta perspectiva ha ampliado la clínica y nos ha servido para estar a la altura de nuestro tiempo, más allá de la cuestión del diagnóstico.

En el caso de N, destacamos que las soluciones encontradas antes de llegar al tratamiento, y las formas de vérselas con el goce que, en un momento determinado, dejó de funcionar.

Un joven recién llegado al tratamiento, N. ha estado haciendo cambios en su cuerpo para tomar el lugar de niño en el mundo. Se presenta por un nombre. Después de un tiempo, dice que este nombre ya no lo representa y elige otro. Sus cambios no responden a su lugar como sujeto y esto no cesa. Comienza a preguntarse si puede cambiar a su familia, ya que había sido adoptado y estaba en contacto con su familia biológica. Habla de un "talento" que ha tenido desde que era un niño y que hizo de esto un trabajo. El analista interviene: "¡Interesante! Usted sostiene este trabajo mucho antes de cambiar su cuerpo, su nombre y de tratar de encontrar a su familia de origen, tal vez esto sea esencial para usted y, de hecho, es suyo". A partir de esta interpretación, N comienza a estar más interesado en producir un saber sobre sí mismo y su cuerpo que en sus transformaciones.

N. fue capaz de encontrar soluciones en los discursos de la militancia y en las redes sociales antes de encontrar un psicoanalista. Sin embargo, estas soluciones podrían llegar a ser infinitas si no hubiera un punto de basta aportado por la interpretación del analista permitiendo que, durante este tiempo de espera, él localizase un exceso de goce no circunscrito de forma moderada. Hubo un acto analítico que se centró en esta moderación de goce.

¹¹ Deffieux, J.-P., "Diagnostic", *Scilicet, Les psychoses ordinaires et les autres sous transfert*, Paris, ECF, 2018, p. 124. Traducción libre.

¹² Belaga, G., "Síntoma y sinthoma", *Scilicet, semblantes y sinthoma*, São Paulo, EBP, 2009, p. 343. Traducción libre.

J, de 12 años, dice que tiene dudas sobre su género. Comienza una relación, pero después de una pelea, piensa en suicidarse. Después de este episodio, hay un desplazamiento en las nominaciones, pasa a nombrarse a sí mismo como *género fluido*; la siguiente semana, como no binario; en la posterior, *arromántico*; en la siguiente, *asexual*. Dice que siente aversión a los cuerpos de los otros.

Frente a la diferencia sexual, hay un goce a la deriva, una errancia que trata de anclarse de muchas maneras en el cuerpo, buscando, sin fijeza, significantes-amos. La oferta de análisis proporcionó un tiempo para construir una localización. J utiliza numerosas nominaciones, provenientes de las siglas LGBTQIAP+, como intentos de nombrar lo real del goce en el cuerpo. Un cuerpo al que se le atribuyen, infinitamente, nombres ensayados, dirigidos al análisis. Tenemos, así, un sujeto que trabaja en análisis en una reducción del goce e intenta, a partir de estos nombramientos, encontrar una posición digna en el lazo con el Otro.

Finalmente, el caso de I, tomado como una psicosis ordinaria, tuvo la dirección de la cura más precisa en la medida en de la ubicación de la categoría psiquiátrica en juego, según una orientación clínica de Miller: "No deben decir simplemente que es una psicosis ordinaria, deben ir más lejos y encontrar la clínica psiquiátrica y psicoanalítica clásica. Si no hacen eso –y ese es el peligro del concepto de psicosis ordinaria– es lo que se llama un "asilo de la ignorancia".¹³

Un adolescente de 15 años fue llevado por su madre, que lo presenta como una niña porque no acepta su transición. Las entrevistas preliminares dejaron claro que el tema del género no era exactamente un problema para I. Su cuestión con respecto al cuerpo, más específicamente, era no tener un cuerpo. Para hacerlo, recurrió a numerosas soluciones precarias, disolviendo su cuestión en intentos de autolesión, anorexia, creación de avatares virtuales en el juego RPG, etc. No hay significantes-amos de identificación. Inventa lugares precarios para arreglárselas. Nada de lo que sucede con I tiene efectos que localicen el exceso de goce. A pesar de la falta de síntomas extravagantes, la ausencia de cuerpo llevó al diagnóstico de esquizofrenia, fundamental para que el análisis pueda ayudar a forjar pequeños amarres corporales.

La clínica del *sinthoma* toma lo real como guía y pone en juego el manejo de un tiempo de entrada en el dispositivo que no está necesariamente ligado a un diagnóstico, sino a una 'apertura del ser hablante al inconsciente'. Se trata de trabajar con las defensas frente

¹³ Miller, J.-A., "Efecto retorno de las psicosis ordinaria", *op. cit.*

a la imposibilidad de la relación sexual. Esto desplaza al analista de la posición de supuesto saber y lo instala como *analista lector*.

Si en la clínica estructural el diagnóstico diferencial, bajo transferencia, fue un marcador del tiempo de las entrevistas preliminares y de entrada en el dispositivo, en la clínica de lo real el tiempo de entrada no necesariamente está articulado al diagnóstico.

En la clínica de lo real, la dimensión del tiempo de entrada en el tratamiento también está bajo la categoría de lo singular, un tiempo para cada caso, sin anular o descartar el lugar particular del diagnóstico diferencial en la lógica de la dirección de la cura.

Para concluir

Es en el caso por caso que podemos especificar el lugar del diagnóstico en el horizonte de la clínica, pero su lugar no está definido *a priori*. La clínica del *sinthoma*, de los amarres, presupone la posibilidad de existir o no anudamientos, borromeos o no, de las soluciones de los modos de goce, sin dejar de incluir al Otro.

La clínica del autismo también ofrece interesantes ejemplos de amarres. Bassols afirma que la elección del autismo desafía radicalmente una supuesta normalidad, porque "El goce, como demuestra la experiencia analítica, es, en la entrada, autista, vuelto sobre uno mismo. Una invención singular de cada sujeto es necesaria para poder vincularse de alguna manera con el Otro".¹⁴

Otro aspecto de la clínica del autismo es que se vuelve más clara y precisa desde la última enseñanza: que inaugura la clínica continuista. Sin embargo, es la precisión, desde el diagnóstico diferencial en relación con la psicosis, lo que guía la dirección de la cura. Esta paradoja nos enseña, por ejemplo, que la clínica de lo real no anula los usos que podemos hacer del diagnóstico diferencial.

Para estar a la altura de la subjetividad actual, renunciando a las respuestas rápidas de los diagnósticos anticipados asociados al mercado farmacológico, necesitamos pensar en una clínica del diagnóstico que sea verdaderamente diferencial, que considere el uno a uno, permitiendo una apertura al inconsciente e incluya el goce, contrario a una segregación clínica ¹⁵.

Traductor: Bartyra Ribeiro de Castro Revisión: Carolina Vignoli.

¹⁴ Bassols, M., Prólogo de *No todo sobre el autismo*, Barcelona, Gredos, 2019, p.12.

¹⁵ Miller, J-A., "Todo el mundo es loco", Buenos Aires, Paidós, 2015, p.343