

# Lacan Quotidien



N° 898 – Domingo 29 noviembre 2020 – 20 h 54 [GMT + 1] – lacanquotidien.f



## Mecánicas

A CONTINUACIÓN

**La clínica psiquiátrica en vía de desaparición** Por Jean-Pierre Deffieux

**La ruina de la psiquiatría: Cuando los protocolos de grupo dirigen los cuidados**

Por Caroline Doucet



## **La clínica psiquiátrica en vía de desaparición**

**Por Jean-Pierre Deffieux**

La clínica psiquiátrica clásica está hoy en vía de desaparición. Los “científicos” quieren reducir la psiquiatría a un estudio neurológico del cerebro. Ella debe ser una medicina como las otras, una medicina del órgano facilitada, se cree, por la puesta en informática de circuitos neuronales utilizando los pretendidos progresos de las neurociencias.

El psicoanálisis mismo tiende ahora, en los medios psiquiátricos, a ser considerado como una vieja noción demodé. Los jóvenes psiquiatras, exceptuando a aquellos que hacen o han hecho una cura, no tienen la mínima idea de lo que diferencia al psicoanálisis de las psicoterapias de todo género que florecen. La teoría del lenguaje es reemplazada por códigos informáticos y estadísticos. El pensamiento está en un punto muerto, los recursos del lenguaje son ignorados.

La psiquiatría no cree más en la historia. Esta clínica sólida que resistió cerca de un siglo, y que sólidamente tomó apoyo en la obra de Freud, ha comenzado a hundirse a partir de los años 50.

### ***La química avanza sobre la clínica***

El descubrimiento de las terapias químicas –los neurolépticos, la clorpromazina en 1952 y el primer antidepresivo, la imipramina en 1956–, produjo una revolución.

Sorpresivamente, se encontraba el medio de tratar las enfermedades y de obtener resultados ¡tangibles y rápidos! Todas las miradas científicas fueron dirigidas a este nuevo logro, sin contar las consecuencias mayores que no tardaron en aparecer, la de los laboratorios farmacéuticos que no han

cesado, a partir de allí, de hacer depender la clínica de la eficacia medicamentosa. La química tomaba el lugar de la clínica. Es así que los científicos se ocuparon, a partir de los años 70, de poner en primer plano el desarrollo de la biología molecular y de las neurociencias.

Su aplicación a las terapias cognitivistas ha sido largamente difundida como medio para modificar las conductas, los comportamientos y “los esquemas de pensamiento erróneos”, con los tratamientos cortos basados en el control, incluso en el forzamiento.

La rica nosografía psiquiátrica, que había tomado un siglo en construirse con los clásicos, y luego con Freud y Lacan, se encontró reemplazada por lo que la Asociación americana de psiquiatría llamó en 1980, el *Diagnostic and statisticien Manual or Mental Disorders* (DSM). Este manual es ciertamente “un esfuerzo considerable de clasificación”, pero no una nosografía clínica.

### ***En punto muerto***

La investigación neurocientífica continuó inexorablemente su ruta sin verdaderos resultados, pero siempre y más que nunca, en adecuación con la investigación medicamentosa, que no aportó ninguna verdad nueva desde los años 1950. Para hacerse una idea es suficiente leer los artículos preparatorios del Congreso mundial de psiquiatría, previsto para este fin de noviembre en París, en *e-congrès*. Yo elegí presentarles dos artículos, uno del Dr Christian Trichard, responsable de una unidad de investigación en psiquiatría en la región parisina, el otro de Xavier Briffault, investigador en ciencias sociales y epistemología de la salud mental en CNRS.

### ***“La ciencia avanza, la clínica retrocede”***

El primer artículo, “La ciencia avanza, la clínica retrocede”, anuncia de entrada que la investigación se dirige primeramente a la manera de prescribir los medicamentos. La psiquiatría podría pronto beneficiarse con exámenes paraclínicos, permitiendo orientar un tratamiento. Estudios sobre los biomarcadores permitirían determinar qué medicamento tiene más chance de ser eficaz.

Porqué no. Por el contrario, mucho más peligrosa es la pendiente actual para deconstruir la nosografía clínica. Como escribe el autor: “la mayor parte de las aproximaciones actuales, no se inscriben de hecho en una perspectiva categorial, sino buscando preferentemente definir nuevas dimensiones transdiagnósticas basadas sobre las aptitudes de las neurociencias”; el interés está dirigido al “funcionamiento del cerebro, tal como puede ser establecido por los aportes actuales de las imágenes, las neurociencias cognitivas y comportamentales de la genética”.

Se considera entonces, ahora que “ningún síntoma, incluso los más típicos de las enfermedades mentales, pueden ser específicos en una enfermedad particular”, ni tampoco como perteneciendo al campo de la psiquiatría. Es la muerte del síntoma y del diagnóstico.

Algunos científicos pretenden que es la “capacidad para separarnos de la clínica lo que podría ser el principal motor de la evolución mayor de nuestros conocimientos”, afirmándose exclusivamente en las imágenes y la bioquímica.

### ***“Cuando la investigación quiere dar vuelta la página del DSM”***

El segundo artículo está titulado “Reserch Domain Criteria (RDoC). Cuando la investigación quiere dar vuelta la página del DSM”. El tiempo del DSM está detrás nuestro, en todo caso al nivel de la “investigación” científica. El DSM y la Clasificación internacional de enfermedades (CIM), que eran y son aún las referencias de la psiquiatría francesa a partir de los últimos cincuenta años, están en vías de un profundo cuestionamiento. Podríamos alegrarnos de eso dado que la articulación del DSM y sus métodos cognitivo-comportamentales es estrecha y que las consecuencias políticas de sus métodos en la psiquiatría y en las instituciones en particular, han sido y son siempre muy

perjudiciales tanto más en tanto ellas apuntan a excluir al psicoanálisis del campo de la salud mental.

Pero no nos regocijemos demasiado rápido: las nuevas investigaciones son peores. El RDoC ha sido lanzado por el Instituto de la Salud Mental Americano (NIMH). No hay ninguna pregunta de clínica psiquiátrica, sino de la fisiología y de la fisiopatología del cerebro. El CNRS se interesa en eso atentamente. “El tiempo ha conducido a la psiquiatría a abandonar sus categorías clínicas consensuadas (DSM), que se revelan sin validación natural para adoptar una marcha transnacional”. La medicina transnacional que ha comenzado en los años 60, apunta a producir un puente entre los descubrimientos teóricos y la producción efectiva de medicamentos.

Esos descubrimientos científicos no se dirigen más a las lesiones cerebrales, sino a los trastornos en las implementaciones de las funciones por los circuitos neuronales. La implementación es la puesta en función, en una computadora, de un sistema de información o de un programa. Se busca en el cerebro el déficit programado, con la intención de deconstruir las entidades masivas de nosografías categoriales.

### ***Lacan 1950***

Después de estos dos artículos preparatorios del Congreso de psiquiatría de 2020, me encontré yendo a releer la intervención del doctor Lacan en el primer Congreso mundial de psiquiatría [1] en 1950. Ese salto de setenta años, en circunstancias análogas, me ha encantado...

Lacan intervino en la 6ta Sección del congreso, titulada “Psicoterapia, psicoanálisis”, después de Franz Alexander, Anna Freud, Melanie Klein y Raymond de Saussure. Este primer congreso de psiquiatría tuvo gran repercusión: participaron más de 2000 médicos, representando a cerca de 50 naciones. La intransigencia teórica y ética de Lacan respecto de los colegas que intervinieron antes que él: R. de Saussure, Thomas de Quincey, Maurice Piaget y F. Alexander, es admirable.

Es por otra parte, más al psicoanálisis de su tiempo que a la psiquiatría, que él se ocupa de criticar en su exposición, salvo al final. Pone por delante sus tesis, de las que se da cuenta, una vez más, que corresponden a lo que dirá, tres o cuatro años más tarde en su *Seminario*: la primacía del significante sobre lo imaginario, la alienación del sujeto al lenguaje y el poder de la ilusión del ego, lo que estaba en total oposición con sus colegas del congreso. Ya en 1950 Lacan pone en primer plano el lenguaje y las significaciones contenidas en el lenguaje, y lo imaginario en dependencia de él.

Evoca a Claude Lévi-Strauss, Jakobson y Ferdinand de Saussure para orientarse sobre la lingüística, sobre la noción de fonema, a fin de demostrar que el lenguaje es una estructura y que el niño usa, desde el comienzo de su aprendizaje, cualquiera sea la sociedad en la que vive, de las formas sintácticas del lenguaje, de las reglas gramaticales del lenguaje, tesis aquí opuesta a lo preverbal.

### ***De la verdad***

Lacan, en esta conferencia, preconiza la dimensión de la verdad; nada de psicoanálisis sin búsqueda de verdad, a condición de no confundir realidad y verdad y hacer de la verdad la emergencia de un movimiento de discurso. La verdad surgida de la palabra tomada en la estructura del lenguaje.

Cito una frase que se destaca de ese texto sobre la verdad: “La verdad que realizará su salvación no está en poder de ustedes proporcionársela, ya que ella no está en ninguna parte, ni en su profundidad, ni en alforja alguna, ni delante de él, ni delante de ustedes. Ella es cuando él la realiza, y si ustedes están allí para responderle cuando llega, no pueden forzarla tomando la palabra en su lugar.” Notemos que “cuando él la realiza” prefigura el inconciente de 1964, el inconciente no nacido.

Lacan responde allí con gran fuerza a los defensores de l'ego *psychology*. El *ego* es definido por Lacan como “un poder de ilusión, incluso de mentira”. Le envía un dardo a F. Alexander sobre su teoría dominante del yo: “desconoce el espíritu mismo de la terapia freudiana”.

### ***La amenaza mecanicista***

Al fin de su exposición, Lacan agradece a Ana Freud, formando parte del sentimiento de amenaza que pesa sobre el psicoanálisis. El espíritu de Freud está amenazado, “algunos en América mismo, lo consideran como nosotros, amenazado”. Da un elemento de esta amenaza en el párrafo presente y es muy destacable de leer eso hoy. Critica la noción de *feedback*, muy en boga en EE UU, que surgía de las teorías de la comunicación. El *feedback* es la teoría entera del control y la comunicación, tanto en el animal como en la máquina. Se ve bien cuánto Lacan abre ramificaciones al saber de su tiempo, porque es en 1948, dos años antes de este congreso, que Norbert Wiener definió la cibernética (nacida de la informática), como una ciencia que estudia exclusivamente las comunicaciones y sus regulaciones en los sistemas naturales y artificiales. Cito el propósito sorprendente de Lacan en 1950: “los animales mecánicos que están en tren de montar en todos lados sobre el resorte del *feedback* [...] no dejarán de manifestar en poco tiempo, una nueva inclinación de hacer el amor”.

Todo está dicho allí por Lacan, de este asesinato del deseo con que la ciencia nos oprime y en la que ella nos hunde. La psiquiatría está en los primeros puestos de esta calamidad contra la cual “los animales mecánicos” deberían más que nunca resistir.

Traducción: ***Estela Schussler***

---

1: Lacan J., “Intervención en el I Congreso mundial de psiquiatría”, *Otros escritos*, Paidós, Buenos Aires, 2012, p. 141-144.



**La ruina de la psiquiatría:**

**Cuando los protocolos de grupo dirigen los cuidados**

**Por Caroline Doucet**

La clínica psiquiátrica es un arte basado en la palabra, no una técnica estandarizada. Ante la complejidad humana, requiere rigor médico y preocupación por el paciente.

La confusión puede ser consecuencia de ciertos fármacos, incluidos los psicotrópicos, que son los tratamientos más habituales en psiquiatría. Ese diagnóstico de síndrome confusional iatrogénico es casi una evidencia. La iatrogenia medicamentosa es el *abc* de la práctica médica, hasta el punto de que un no médico que esté un poco atento a los cambios inducidos por la medicación en un ser querido, puede detectar los efectos indeseables. Estos efectos pueden ir desde la simple fatiga hasta accidentes más graves o incluso mortales. Los mismos son muy conocidos y han sido objeto de una prevención basada en las recomendaciones de la Alta Autoridad Sanitaria y la Agencia Nacional de Seguridad del medicamento y de los productos para la salud, así como una lista de medicamentos inapropiados para personas mayores, los criterios para la identificación de pacientes en riesgo, etc.

¿Cómo llega un servicio de atención psiquiátrica a autorizar el alta hospitalaria de un paciente en estado de confusión iatrogénica? ¿Qué queda de la psiquiatría cuando ya no es capaz de hacer un diagnóstico que pueda hacer uso del ojo clínico y de una escucha atenta?

### ***Un caso revelador y la victoria de los protocolos***

El siguiente caso surgido de nuestra experiencia, da una indicación sobre el desconcierto que se genera.

El paciente ingresa voluntariamente en este servicio por una angustia rebelde y un estado depresivo que lo llevan a prácticas adictivas de las que quiere deshacerse. Al ingresar se le impone una cura de sueño, protocolo que se aplica "a todos los que ingresan, porque los pacientes llegan con déficit de sueño", indica una enfermera. Sin embargo, no es el caso de este paciente, sin trastorno del sueño en el momento de su hospitalización. Los primeros efectos de esta cura se harán sentir rápidamente: el paciente se torna confuso aparecen unos primeros indicios de desorientación en tiempo y espacio y una interrupción del enlace telefónico con sus familiares cercanos. Durante el transcurso de la hospitalización, el paciente pasa cada vez más tiempo durmiendo, comienza a tener dificultades para hablar y concentrarse; se constata hipotensión.

La familia, limitada en sus visitas por los protocolos de Covid y la lejanía del lugar de hospitalización, alerta al equipo de enfermería durante semanas, sin éxito, del deterioro del estado del paciente y advierte de una eventual sobredosis. Resulta imposible encontrarse con el psiquiatra a cargo, porque en esta clínica "se ocupan del paciente, no de su familia", esta es la respuesta que se le da a un familiar que trata de ser escuchado. El paciente se queja de fatiga, de perder la cabeza, se cae, tiene gestos desordenados, ya no logra hablar, está incoherente, ya no puede usar su computadora, la que había dominado perfectamente.

Tras varias semanas de internación, el paciente obtiene un alta terapéutica de veinticuatro horas y, a su regreso a la clínica, es objeto de siete días de aislamiento.

"¡Protocolo Covid!" , especifica la enfermera. "Esto ya no se hace más (¡estamos en agosto!), es contraproducente", protesta un familiar. Cuando este último señala que los protocolos son los que nos damos nosotros mismos, la enfermera proclama: "Estos son los protocolos establecidos por nuestro *Grupo*." ¡He ahí la liebre encolerizada!

### ***Ya no saben lo que hacen***

*El Grupo*, esta entidad de contornos difusos, ha impregnado insidiosamente prácticas psiquiátricas que se han vuelto incuestionables e ininteligibles para los propios cuidadores, porque con *el Grupo* todo está planificado con antelación. *El Grupo* hace lo necesario para que no haya más preguntas.

Varios grupos dirigen un gran número de clínicas psiquiátricas privadas. La lógica de la expansión lleva a cada uno de estos grupos que cotizan en Bolsa, a poseer decenas, o incluso cientos, de establecimientos [1]. A título informativo podemos citar a Orpea, pero también a Inicea, Sinoué,

Clinipsy, etc. El primero se presenta de la siguiente manera en su sitio: “un actor mundial de referencia presente en 22 países. En todas partes, está desarrollando la atención a personas vulnerables, a través de una red de más de 1.100 establecimientos médicos [...]. El Grupo propone una oferta integral de servicios y una atención adaptada que se complementa con la calidad de las infraestructuras y la extrema profesionalidad de sus 65.500 colaboradores. Cada día, son ellos quienes mantienen los vínculos esenciales con la dignidad, el buen envejecimiento y la buena recuperación de los más de 300.000 residentes y pacientes que reciben cada año”. En el horizonte del grupo, la oferta es que no faltará nada para el cuidado de los pacientes. ¿En qué se basa esta “extrema profesionalidad”? Tiene horarios codificados diseñados para organizar y gestionar la atención de la salud mental en todo el Grupo. Todos los pacientes ingresan a estas grillas y se les aplican las medidas del protocolo correspondientes al código de su categoría preestablecida según ese plan organizativo. La profesionalidad está asegurada... ¿hasta qué punto?

Los protocolos grupales prevalecen peligrosamente sobre la función terapéutica, tanto es así que la práctica de terapéutica se desvía, apartada de sus fundamentos. Ya no se escucha a los pacientes, incluso en lo que tienen que decir sobre los tratamientos farmacológicos. En consecuencia, las prácticas deletéreas (tratamientos con drogas no controladas, confinamiento y encierro abusivos, prácticas de atención estandarizadas e ineptas) se suman al sufrimiento de la hospitalización. Es común, por ejemplo, que las clínicas envíen a los pacientes a sus casas después de tres meses de cobertura de su seguro, independientemente de la condición del paciente en ese momento. También es de destacar que se han especializado en patologías donde la atención es más fácilmente programable (adicciones, trastornos alimentarios, *burn out* etc.), dejando a los pacientes demasiado agitados a la psiquiatría pública, sin residencias fijas. [2]

El mencionado paciente abandonó el servicio por consejo médico motivado por su regreso al trabajo, en un estado de confusión cognitiva, motora, psíquica, sin ninguna cita de seguimiento ni teniendo en cuenta su estilo de vida en el hogar. De regreso a casa, tuvo siete caídas en el mismo día. Presentó signos severos de padecimiento iatrogénico por drogas.

### ***Y mañana?***

La gestión gerencial protocolizada de los cuidados ha desechado todas las referencias a la psiquiatría clásica, la de los grandes nombres, pero también los modelos psicopatológicos que han marcado su historia y su evolución. Del asilo al sector de confinamiento a la clínica abierta a la ciudad, de la alienación a la enfermedad mental, del cierre de la institución a la psicoterapia institucional, de la clínica del signo a la del sujeto, desde el siglo XIX, la clínica psiquiátrica había dejado de pensar su acto. La clínica psicoanalítica o al menos la “vena humanista” [3] que la guió no fue en vano. Los últimos años han visto el abandono del “análisis psicopatológico complejo de la situación del paciente, necesariamente lento y multifactorial”, [4] el que se aprende de la conversación clínica con el paciente. Sin embargo, es de temer que no se trate de una nueva crisis característica de los debates que han marcado la historia de la psiquiatría, sino del establecimiento de una neopsiquiatría duradera, vaciada de toda referencia a la psique y a sus matices.

La psiquiatría se encuentra en "un punto de inflexión en su historia". [5] La clínica psiquiátrica, en varios lugares, no solo ha renunciado a ocuparse del sufrimiento psíquico evitando la subjetividad del paciente y la relación terapéutica que requiere, sino que también se ha alejado de la clínica *del signo* en que se basa el diagnóstico en medicina, hasta el punto de confundir síntoma médico y síntoma psiquiátrico.

Sin embargo, la institución psiquiátrica es una necesidad clínica y social. Es un "lugar último que hace borde, un lazo aún cuando los otros lazos ya no se mantienen". [6] Dentro de esos muros es posible otra práctica clínica, [7] que proponga al paciente la hospitalidad de la conversación, sin protocolos preestablecidos, la mayoría de los que se ponen en marcha, en nombre de un "extremo profesionalismo" no remiten a ninguna lógica clínica. Desde esta perspectiva, el “uso razonado” del fármaco puede considerarse necesario para calmar la angustia, reducir la agitación o ciertos

fenómenos clínicos que invaden al sujeto, de modo que abran a la práctica de la palabra. Esta práctica toma en consideración que la fragilidad humana proviene de un lazo precario con el Otro, que el sufrimiento altera el lazo, que hay que sostener y estimular.

Al salir de su hospitalización, el paciente, cuyos síntomas de sufrimiento por drogas iatrogénicas habían sido ignorados, fue inmediatamente atendido por su psiquiatra de la ciudad, quien inicialmente había apoyado la solicitud de hospitalización del paciente. La modificación de las prescripciones de los medicamentos le permitió recuperar gradualmente su orientación, sus capacidades intelectuales, cognitivas y somáticas. Es con ese psiquiatra, psicoanalista, con quien proseguirá el esclarecimiento de sus angustias inherentes, como decía Artaud, al *partant*, al ser humano irremediadamente separado, "arrancado de la inmediatez animal de la experiencia". [8]

La psiquiatría es entonces la de siempre, pero ¿cuál?

Traducción: *Mirta Nakkache*

---

1: Bellahsen, M. y Knaebel, R., *La Révolte de la psychiatrie. Les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, Discovery, Paris, 2020, p. 90-91.

2: *Ibid.*, p. 94-95.

3: Wartel, R., "Sans l'appui d'un diagnostic", *Mental*, n° 6, Paris, 1999, p. 42.

4: Golse, B., "Préface", en Doucet C., *Le Psychologue en service de psychiatrie*, Masson, Paris, 2011, p. 6.

5: Biagi-Chai, F., *Traverser les murs. La folie, de la psychiatrie à la psychanalyse*, Imago, Paris, 2020, p. 26. Encontrar en [ecf-echoppe](#).

6: *Ibid.*, p. 30.

7: Cf. Zénoni, A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique*, Érès, Paris, 2009.

8: Prigent, C., *A quoi bon encore des poètes?*, POL, Paris, 1996, p. 37.

---

*Lacan Quotidien*, « *La parrhesia en acte* », est une production de Navarin éditeur

1, avenue de l'Observatoire, Paris 6<sup>e</sup> – Siège : 1, rue Huysmans, Paris 6<sup>e</sup> – [navarinediteur@gmail.com](mailto:navarinediteur@gmail.com)

*Directrice, éditrice responsable* : Eve Miller-Rose ([eve.navarin@gmail.com](mailto:eve.navarin@gmail.com)).

*Éditorialistes* : Christiane Alberti, Pierre-Gilles Guéguen, Anaëlle Lebovits-Quenehen.

*Maquettiste* : Luc Garcia.

*Relectures* : Sylvie Goumet, Michèle Rivoire, Pascale Simonet, Anne Weinstein.

*Électronicien* : Nicolas Rose.

*Secrétariat* : Nathalie Marchaison.

*Secrétariat générale*: Carole Dewambrechies-La Sagna.

*Comité exécutif*: Jacques-Alain Miller, président; Eve Miller-Rose.



**Responsable de la traducción al español: Secretaría de Biblioteca de la EOL**

**Secretaria: Alejandra Loray**

[aleloray@hotmail.com](mailto:aleloray@hotmail.com)

**Responsable *Lacan Cotidiano* - (Selección de Artículos): Marita Salgado**

[marita.salgado2@gmail.com](mailto:marita.salgado2@gmail.com)

**Maquetación: Gabriela Cuomo**

**Traducciones de este número:**

**Estela Schussler, Mirta Nakkache**

**Revisión de las Traducciones: Marita Salgado**