

**Universidad Nacional de Rosario**

**Facultad de Psicología**



**Trabajo Integrador Final**

Título:

“Los avatares de la subjetividad en la clínica analítica. Reflexiones sobre lo normal y lo patológico”

Modalidad de Presentación: Ensayo

Autora: SANABRIA, Agustina Nicole

Legajo: S-5475/ 5

Docente Responsable: LUCIANI, María

## Índice

Resumen\_p. 2 Palabras Clave p. 2 Agradecimientos\_p. 3 Introducción p. 4  
Desarrollo\_p. 6 *Distinción entre lo normal y lo patológico* p. 6 *La clínica de la  
subjetividad desde la perspectiva psicoanalítica* p. 9 *Aportes interdisciplinarios para  
la comprensión de lo normal y lo patológico* p. 12  
*Lo normal y lo patológico como estrategia de control social* p. 14 Reflexiones  
Finales p. 16 Referencias Bibliográficas p. 18

## **Resumen**

El presente Trabajo Integrador Final, realizado en el marco de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, invita a reflexionar y profundizar acerca de la complejidad en la clínica. De esta manera, se considera de provecho problematizar las nociones de normal y patológico tomando en cuenta diversos autores tales como Freud, Lacan, Canguilhem, entre otros. Por su parte, la noción de normalidad se encuentra atravesada tanto por un red de factores interactuantes y contextuales como por un conjunto de discursos que renuevan sus sentidos en el devenir histórico de la sociedad que los sujetos integran. Cabe considerar que la clínica analítica se ubica en un lugar de abordaje, cuya perspectiva tiene que orientarse a la apertura del escenario complejo de la subjetividad emergente, y además, con el carácter necesario que le permita cuestionarse a sí misma. Pues, se trata de un lugar donde la subjetividad no sólo se expresa, sino que se

construye. En consecuencia, la clínica se transforma en un espacio fundamental para desgarrar el paradigma médico hegemónico que aún se mantiene manifiesto en las instituciones y dificulta el pasaje a un abordaje integral y complejo. Finalmente, en el seno de las discusiones en torno a la normalidad, resulta necesario que emerja la posibilidad de interiorizar y difundir los principios de salud mental, puesto que, la complejidad en la clínica trasciende los límites del consultorio alcanzando todos los vértices de la sociedad.

### **Palabras Clave**

Normal – Patológico – Subjetividad – Clínica Analítica – Complejidad.

### **Agradecimientos**

Mi mayor agradecimiento es a mi familia, madre, padre y hermana quienes han sido mi sostén de manera incondicional durante estos años transitados. Especialmente, a mis padres Margarita y Ramón por la posibilidad que me han dado de poder estudiar y formarme en el ámbito universitario muy lejos de mi hogar, en la universidad que tanto soñaba. Y a mi hermana Andrea por brindarme su apoyo y acompañamiento en todo momento.

Sumo otros agradecimientos. A mi pareja Gabriel por estar presente en los momentos más importantes y complejos de mi paso por la universidad. Además, a mis amigas por acompañarme en cada instante de alegría, y sobre todo, en cada dificultad.

Por último, en el ámbito académico, le doy las gracias a todas aquellas personas que en algún período de mi trayectoria académica me han brindado su ayuda y aportes que me han sido útiles para avanzar. A Soledad Ríos y a Florencia Harraca, docentes del laboratorio de escritura y pensamiento de la Facultad de Psicología por las sugerencias y el acompañamiento. Y particularmente a María Laura Luciani, docente de la facultad, por haber sido la docente responsable en mi Trabajo Integrador Final.

## **Introducción**

El presente Trabajo Integrador Final, realizado en el marco de la Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología, invita a reflexionar y profundizar acerca de la complejidad en la clínica. Particularmente, se abordará el estudio de las categorías normal y patológico asumiendo la complejidad intrínseca a la subjetividad y sus avatares en devenir. A tales fines, se realizó el presente ensayo con respecto a estas nociones, estableciendo su relación con el campo clínico.

Desde el auge del positivismo hasta nuestros tiempos, no dejan de emprenderse intentos de reducir la psicología y la salud mental al mero estudio de la

conducta externa, la observación de la herencia biológica y las reacciones fisiológicas. En el mismo sentido se ha conducido la clínica, suministrando tratamientos correccionales, realizando intervenciones normalizantes y haciendo de su práctica un espacio cerrado que opera bajo las lógicas del control social. En la actualidad, resulta importante recuperar la subjetividad escondida en aquellos proyectos reduccionistas y avanzar sobre la concepción de la complejidad en la clínica.

Se considera relevante trabajar sobre la complejidad que implica en el enfoque analítico de la subjetividad, con la intención de evitar reduccionismos y contradicciones. A lo largo de la carrera de Psicología, durante estos seis años, el plan de estudios atraviesa a los estudiantes en muchas ocasiones de manera vertical y no transversal. Esto es, se estudia al sujeto de forma ahistórica, sin entender a la subjetividad como una red donde intervienen procesos psicológicos, biológicos, económicos, sociales, culturales y políticos, muchas de las veces desconsiderando el marco contextual en el que la subjetividad deviene en su singularidad.

Así, se puede entender la dimensión histórica como una red de acontecimientos que indistinguiblemente influyen unos sobre otros:

No podemos apelar a un discurso único de la Psicología, pues la teoría es la mirada que se sitúa frente a algo y lo examina; y cómo podríamos situarnos frente a la subjetivación misma desde una objetiva exterioridad y desde la subjetivación misma. Habremos de realizar así un ejercicio de interrogación, una puesta en cuestión de las políticas del discurso y de las significaciones que ellas materializan, sentido encarnado en ella misma, pregunta que al hacerse se transforma en el juego consciente y responsables de quehacer que en última instancia deviene, por lo tanto y en un sentido fuerte, práctica política. Ya sea desde donde nos situemos, los discursos serán leídos tanto desde su realidad genealógica como semántica, sin dejar de reconocer nuestra interposición, posicionamiento político y extracción de clase (Programa DPC "B", 2020, p. 4).

En esta línea, se infiere que habrá discursos que se susciten en la vida del sujeto más que otros. En referencia a quien escribe el presente Trabajo Integrador Final, los discursos que la interpelan tienen íntima relación con su experiencia personal en las ayudantías de cátedras de las que forma parte: Discursos Psicológicos Contemporáneos "B", Psicología en Educación y Psicología en el Trabajo "A".

La participación en estos espacios académicos permitió abrir puertas para entender la complejidad inherente a la subjetividad. Pues, la cultura, la educación y el trabajo son tres de los tantos factores que atraviesan la vida de los sujetos. En la actualidad, es indispensable la consideración de la educación y el trabajo en el proceso de identidad social y el devenir subjetivo.

En concordancia con los fundamentos del Trabajo Integrador Final y las ideas expresadas hasta el momento, se considera de provecho indagar sobre las nociones de normal y patológico tomando en cuenta diversos autores tales como Freud, Lacan, Foucault, Canguilhem, Bergeret, Moizeszowicz, entre otros. En la facultad de Psicología, donde el psicoanálisis es imperante, se busca articular y dar cuenta de los procesos complejos que tienen lugar en la clínica, donde todo sujeto se compone de cuerpo, psiquis y contexto. En otras palabras, desde esta perspectiva, se intenta eludir la tentativa de pensar desde reduccionismos, psicologismos o biologicismos, además

de abordar el campo de lo normal y lo patológico desde su complejidad intrínseca y articulada con los fundamentos del psicoanálisis.

A propósito de ello, trabajar con las categorías de normal y patológico supone un cuestionamiento en diferentes niveles y dimensiones. La misma noción de normal puede ser entendida de diversas formas y, por tanto, interpelada de tantas otras. Si se explora su etimología, se encuentra su valor semántico entorno a *normalis* y *γνώριμος* (gnorimos) que remite a lo bien sabido o bien a lo conocido por todos (Real Academia

Española, 2005). Por otra parte, en su uso cotidiano bien puede afirmarse que se contraponen a raro o extraño; mientras que en su uso institucional se antepone rápidamente con términos como anormal, patológico y peligroso.

Desde una perspectiva socio-histórica resulta posible interpretar que la noción de normalidad cobró un sentido especial en la modernidad. De acuerdo con Foucault se puede pensar que el producto de las relaciones de poder permitió construir un escenario de instituciones normalizantes y correccionales dirigidas al control y establecimiento del orden social. Poco más tarde, con el advenimiento de la clínica psicoanalítica la noción de normal y patológico manifiesta este significado político latente en aquellas formas de relación de poder.

Del mismo modo, no se escapa el hecho de que la noción de normal suele ser confundida con la noción de salud. La salud responde más bien a un proceso de salud enfermedad con características históricas y sociales determinadas. Sin embargo, algo normal, regular para una comunidad, puede no ser saludable; al mismo tiempo que, algo saludable, puede no resultar frecuente.

Por las mismas razones, en el concepto de salud mental también se distingue de la cuestión normal y patológica. Los grandes manuales estadísticos y diagnósticos históricamente han intentado delimitar, diferenciar y describir los signos y síntomas que corresponden a determinadas enfermedades o trastornos. Reconociendo por medio de una observación semiológica el estado mental de las personas. Lo cierto es que sus clasificaciones no hacen más que ampliarse y su uso se vuelve más confuso. Asumiendo la perspectiva de una clínica que trabaja desde la complejidad, pensar la normalidad en el discurrir subjetivo de las personas, presupone reconocer múltiples factores influyentes que progresivamente se diferencian y relacionan entre sí en distintos niveles. Esta noción de normalidad se vuelve una noción vacía al encontrarse con la complejidad, al descubrirse en una realidad histórica, social e institucional y en un contexto determinado.

Pensar la práctica clínica desde esta óptica presupone necesariamente abordar la dificultad, el entendimiento de que el clínico tiene que poner en cuestionamiento su propia práctica y su rol social. El paciente, el sujeto que llega a la clínica, no es ni un cuerpo silencioso ni un espíritu hablante; la subjetividad no viene a secas, indudablemente se encuentra acompañada de múltiples instancias de determinación que tienen que ser reconocidas.

En definitiva, la noción de normalidad se encuentra atravesada tanto por una red de factores interactuantes y contextuales como por una red de discursos que renuevan su sentido en el devenir histórico de la sociedad que los sujetos integran. La clínica analítica se ubica en un lugar de abordaje cuya perspectiva tiene que orientarse a la apertura del escenario complejo de la subjetividad emergente y con el carácter necesario que le permita cuestionarse a sí misma. Se trata de un lugar donde la subjetividad no sólo se expresa, sino que se construye. De esta forma, en las siguientes páginas se intentará establecer un diálogo que dé lugar a una comprensión de lo normal y lo patológico en la práctica clínica concebida desde la perspectiva analítica.

A lo largo de la historia se pueden apreciar diferentes concepciones acerca de lo que es normal, común, regular o permitido y de aquello que no está permitido, es irregular o patológico. Cada sociedad se ha ocupado en el curso de su desenvolvimiento de ir delimitando estas concepciones a través de un conjunto de procedimientos explícitos e implícitos. Aquello que recibe el nombre de cultura, no es más que esa creación comunitaria genuina que transporta estas concepciones no sin dejar de exponerlas al cambio y la transformación.

Desde un primer momento, la deriva etimológica de estos términos permite esclarecer su significado. El término normal proviene del latín *normalis* y puede entenderse como “habitual u ordinario” (Real Academia Española, s.f., definición 2) o “que, por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano” (Real Academia Española, s.f., definición 4). Por otro lado, la palabra patología proviene de la palabra griega *pathos* que significa enfermedad y también puede ser traducida como “lo que se sufre o experimenta” (Real Academia Española, s.f., definición 2); a su vez, *logos* puede ser entendida como tratado, estudio o indagación. En síntesis, patología o patológico remite a la parte de la medicina que estudia las enfermedades y se define como “el estudio de las causas estructurales y funcionales de las enfermedades humanas” (Robbins y Cotran, 2010, p. 37).

En el terreno de la salud mental se suelen descuidar estos conceptos al mismo tiempo que son engullidos por los grandes manuales de enfermedades y trastornos mentales. Lejos de representar un mero descuido intelectual, constituye un verdadero problema tanto para la clínica analítica, así como para las subjetividades emergentes. Estas categorías de normal y patológico se encuentran nomencladas y forman parte del repertorio de herramientas que dirigen tanto la intervención clínica como la respuesta social correspondiente. El desafío parece radicar en la interpelación de estos conceptos y la introducción de un saber crítico que permita abordar la subjetividad desde su singularidad y no desde la norma.

Por su parte, en el seminario XIX, Lacan declara que “para que algo tenga sentido, en el estado actual del pensamiento, es triste decirlo, pero hace falta que eso se plantee como normal” (Lacan, 2012, p. 69) y agrega que “si la noción de normal no hubiera adquirido tamaña extensión a raíz de los accidentes de la historia, el análisis nunca habría visto la luz” (Lacan, 2012, p. 69).

El psicoanálisis freudiano parte de que sólo conocemos dos cosas acerca de lo que se ha dado en llamar psiquismo:

De lo que hemos dado en llamar nuestro psiquismo (o vida mental) son dos las cosas que conocemos: por un lado, su órgano somático y teatro de acción, el encéfalo (o sistema nervioso); por el otro, nuestros actos de consciencia, que se nos dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tornarse más directa mediante ninguna descripción (Freud, 1986, p. 1).

Bajo esta concepción, en su *Compendio de psicoanálisis*, Freud destaca el hecho de que aun estudiándose más en profundidad la localización anatómica y la disposición fisiológica de los procesos de la conciencia, en nada sumaría para entender cómo funciona el psiquismo. En este sentido, las tópicas freudianas representan el esfuerzo de su creador por describir y explicar el aparato psíquico. Mientras que en un primer momento se encargó de describir el modo de funcionamiento y las características distintivas de los sistemas inconsciente, preconscious y consciente; más tarde, introdujo las categorías de yo, ello y superyó formando así la segunda tópica (Freud, 1986, p. 1).

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que “la salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades” (OMS, 1948, p. 100). No obstante, Ferrara señala que al “otorgarle

a la

salud sólo la perspectiva de involucrar con el bienestar sus atributos de sentirse bien o de estar bien que transforma así a la definición en una simple e irreductible tautología” (Ferrara, 1985, p. 9). Siguiendo al autor, resulta más conveniente abordar el concepto desde la perspectiva que entienda por salud-enfermedad un proceso incesante atravesado por dinámicas culturales e histórico-sociales determinadas. La salud no es un estado, más bien es un continuo movimiento cuya idea esencial radica en sus caracteres históricos y sociales, haciendo de la salud una “búsqueda honda de su determinante, que se aleja de la interpretación lineal, simple, de la causa” (Ferrara, 1985, p. 14).

De la misma manera que lo hace Ferrara, resulta provechoso desplazar la idea de normalidad que trabaja Freud, como “en los cuales los límites del yo frente al ello, asegurados por resistencias, se han mantenido firmes” (Freud, 1986, p. 13), por una que contenga la idea de proceso y no deje de reconocer entre lo normal y patológico los caracteres históricos y sociales correspondientes. Para definir la normalidad, lo patológico o la salud, es necesario pensar la realidad compleja que domina su determinación, la cual constituye una formación social “determinada por la realidad ordenante, exigente, dominante, en suma, por la determinación de las formas productivas y las condiciones sociales que engendra cada proceso de producción” (Ferrara, 1985, p.14).

Freud, en el *Malestar en la cultura*, considera que:

Si queremos saber qué valor puede reclamar nuestra concepción del desarrollo cultural como un proceso particular comparable a la maduración normal del individuo, es evidente que debemos acometer otro problema, a saber, preguntarnos por los influjos a que debe su origen el desarrollo cultural, por el modo de su génesis y lo que comandó su curso (Freud, 1982, p. 96).

De esta manera, como se alude en el *Malestar en la cultura*, el efecto de las medidas restrictivas impuestas por la cultura podría consistir en que los sujetos llamados normales, es decir, constitucionalmente aptos para ello, manifiesten todo su interés sexual en los canales que se le han dejado abiertos. Pero incluso el amor genital heterosexual, el único que ha escapado a la proscripción, todavía es menoscabado por las restricciones de la legitimidad y de la monogamia. La cultura actual nos da claramente a entender que sólo está dispuesta a tolerar las relaciones sexuales basadas en la unión única e indisoluble entre un varón y una mujer, sin admitir la sexualidad como fuente de placer en sí, aceptándola tan sólo como instrumento de reproducción humana que hasta ahora no ha podido ser sustituido (Freud, 1982, pp. 101-102).

Como asevera Freud, “el estudio de las neurosis, al que debemos las más valiosas indicaciones para la comprensión de lo normal, nos ofrece constelaciones contradictorias” (Freud, 1982, p. 131). Como se puede observar en la neurosis obsesiva “el sentimiento de culpa se impone expreso a la conciencia, gobierna el cuadro patológico, así como la vida de los enfermos” (Freud, 1982, p. 131). En definitiva, la neurosis individual expresa un contraste en el cual el enfermo se diferencia de lo que se asume como normal.

Por otra parte, Canguilhem afirma que la teoría ontológica de la enfermedad considera que a toda persona enferma “se le ha agregado o quitado un ser, aquello agregado puede ser quitado y lo que ha salido puede ser restituido” (Canguilhem, 1971, p. 17). Así, la enfermedad es algo que sobreviene al sujeto, que “entra y sale del hombre como por una puerta” (Canguilhem, 1971, p. 17). Por otro lado, la medicina

griega tiene una concepción dinámica de la enfermedad. Para ellos, la enfermedad era una perturbación del estado de equilibrio en el que vive el hombre y no una afección ubicada en alguna parte de este. Consecuentemente, se afirma que ambas concepciones consideran a la enfermedad como una situación polémica, ya sea como una lucha entre el organismo y un ser extraño o la lucha interna entre fuerzas enfrentadas.

Otra de las ideas de Canguilhem es su consideración acerca de la salud. El autor postula que “la salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (Canguilhem, 2004, p. 156). Por consiguiente, lo normal biológico sólo es revelado por las infracciones de la norma, de lo considerado como normal, y que, por lo tanto, sólo hay conciencia científica de la vida por obra de la enfermedad. Lo normal no es un promedio correlativo de un concepto social, no es un juicio de realidad sino un juicio de valor, una norma.

En suma, la medicina se despreocupa por el concepto de enfermedad, pero esto se debe a que en muchos casos son los pacientes quienes juzgan si han vuelto a ser normales o no. Volver a ser normal, para el sujeto, significa retomar la actividad cotidiana en cualquiera de sus esferas, basándose para decidir en sus propios intereses y en los valores sociales de su medio. Es decir, convertirse en sujeto normativo. De esta manera, el autor señala que “lo esencial de lo normal consiste en ser normativo, es decir en instituir normas y ser capaz de cambiar las normas que ha instituido” (Canguilhem, 1971, p. 27).

En resumen, la vida no es indiferente a las condiciones en las cuales es ella posible. La vida es una actividad normativa. Entendiendo por normativo a todo juicio que califique o aprecie un hecho con relación a una norma, al mismo tiempo que crea otras normas. Así, “la vida misma, y no el juicio médico, convierte a lo normal biológico en un concepto de valor y no en un concepto estadístico de realidad” (Canguilhem, 1971, p. 96).

Frente a esto, Bergeret ofrece una posible definición de la normalidad sin dejar de señalar que puede resultar insuficiente:

La persona verdaderamente sana no es simplemente la que se declara como tal, ni mucho menos un enfermo que se ignora, sino un sujeto que conserva en sí tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente; que no haya encontrado en su camino dificultades internas o externas que superen su equipo afectivo hereditario o adquirido, sus facultades personales de defensa o de adaptación, y que se permita un juego bastante flexible de sus necesidades pulsionales, de sus procesos primario y secundario tanto en los planos personales como sociales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente aberrante en circunstancias excepcionalmente anormales (Bergeret, 1974, p. 32).

Con todo, al síntoma psicótico puede conllevar comportamientos delirantes, manifestaciones alucinatorias, fenómenos de despersonalización o estados de desdoblamiento de la personalidad. De la misma manera ocurre con el síntoma neurótico, se trate de una conversión histérica, un ritual obsesivo o un comportamiento fóbico. Sin embargo, afirma Bergeret, “la experiencia clínica cotidiana nos ha enseñado que un episodio delirante puede muy bien no corresponder a una organización profunda de naturaleza psicótica del sujeto” (Bergeret, 1974, p. 68).

El autor sostiene que la persona verdaderamente sana, en su contexto sano cultural de pertenencia, es quien conserva sus fijaciones conflictuales, universales, con capacidad de aprendizaje y resiliencia ante dificultades internas o externas que

repercuten en sus cualidades afectivas, hereditarias o adquiridas, sus defensas y adaptaciones. Además, “que se permita un juego bastante flexible de sus necesidades pulsionales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente aberrante en circunstancias excepcionalmente anormales” (Bergeret, 1974, p. 32).

Como Bergeret alude en *La personalidad normal y patológica*, en psicopatología, corrientemente se incluyen entre las defensas llamadas neuróticas la inhibición, el desplazamiento, la condensación, la simbolización, entre otros. En las defensas llamadas psicóticas encontramos la proyección, la negación de la realidad, el desdoblamiento del yo, la identificación proyectiva y otros (Bergeret, 1974, p. 69).

Otra idea que propone Bergeret en el texto anteriormente mencionado, es el concepto de carácter y rasgo de carácter, abordando las características más estables y

difíciles de cambiar de los sujetos. Plantea que el estudio de los múltiples rasgos de carácter nos introduce en un terreno que no se funda solamente, como el carácter propiamente dicho, sobre la estructura de base del sujeto. Sino que hace interferir, en el mismo sujeto, mecanismos complementarios muy diversos, destinados ya sea, a mantener el estado de adaptación normal de una estructura, a pesar de sus fallas o deficiencias. O, bien, a ayudar a una estructura en estado de desfallecimiento patológico por medio de mecanismos defensivos accesorios (Bergeret, 1974, p. 17).

Por su parte, Ana Quiroga observa que la salud mental se encuentra “en obra, en el sentido de construcción y desarrollo o deterioro y daño, en las distintas prácticas sociales: el trabajo, la vida familiar, la política, la justicia, el uso del tiempo libre, las formas de la sexualidad, la crianza” (Quiroga, 1998, p. 157), entre otros. A su vez, se trata de la relación del sujeto consigo mismo y con el mundo, un mundo social y simbólico donde el sujeto crece, se desarrolla y se constituye.

Ahora bien, “la salud mental como proceso y como representación social, es, en un plano, una construcción social” (Quiroga, 1998, p. 157). De esta manera, se abre la posibilidad de interpelar el imaginario social, un imaginario que se construye y se reproduce a sí mismo periódicamente. Las enfermedades son juicios sociales que cobran determinación a partir de que la cultura se encarga de nombrarlas y definir las. Como se observó anteriormente, la despatologización de la homosexualidad y la transexualidad significó un logro en el campo de la salud mental, pero no representa un cambio universal. Actualmente existen países, estados y contextos donde siguen siendo consideradas trastornos y en algunos casos penadas con la muerte. En síntesis, reflexionar sobre lo normal y lo patológico implica tanto desde Freud, Bergeret como Canguilhem un proceso complejo. Se trata de un continuo movimiento en el que múltiples factores se complementan de manera original y única, atravesando acada uno de los sujetos. Lejos de poder establecerse una discriminación positiva de ambas categorías, resulta más conveniente entender lo normal y patológico como un proceso dinámico que involucra un carácter histórico-social donde sus límites se vuelven difusos y su contenido comprende las marcas de la cultura.

### ***La clínica de la subjetividad desde la perspectiva psicoanalítica***

La clínica suele remitir por su extenso y habitual uso a la idea de un consultorio médico donde se atienden enfermedades y patologías. Un lugar donde se analizan las cuestiones externas, observables, anatómicas y fisiológicas. La anamnesis se ocupa de recolectar datos para ilustrar la historia clínica de un paciente que determina un objetivo diagnóstico. El término diagnóstico proviene del griego *diagnostikós* y hace referencia a “distintivo, que permite distinguir” (Oxford Languages, s.f.) y es derivado de *diagignóskein*, “distinguir, discernir” (Oxford Languages, s.f.), que, a su vez, viene de *gignóskein*, “conocer” (Oxford Languages, s.f.). Se trata del acto por el cual se

alcanza el conocimiento diferencial del estado de un paciente bajo la observación de una serie de signos y síntomas determinados.

De acuerdo con Conrad, en *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*, los grandes manuales diagnósticos se encargan de codificar y nombrar los signos encubridores de enfermedad con el ánimo de agotar el vasto caudal de manifestaciones, expresiones y estados de las personas en una estructurada clasificación. En la trayectoria no sólo se corre el riesgo de extraviar los avatares de la subjetividad, sino que se conduce ciegamente la práctica clínica hacia un camino ingenuo que no le permite interrogarse a sí misma como un dispositivo social; y, aún peor, a convertir su espacio en el soporte de reproducción ideológica en función del control social (Conrad, 1982, pp. 130-131).

Se entiende “la propuesta de la clínica psicoanalítica planteada como práctica de discurso, sin dejar de interrogar lo que llamamos clínica, indagando sus fundamentos y sus encubrimientos con otros discursos” (Programa Clínica II, 2020, p. 3). Asevera Lacan, “el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, 1987, p. 28). Esto

es, que entre el sujeto y su constitución como tal hay una relación previa con el significante. Al mismo tiempo:

El significante habita al sujeto antes de que este pueda realizar cualquier actividad consciente en el marco de la vida social. El significante, al tocar al sujeto crea en él este espacio: lo inconsciente. La incidencia significativa es anterior a la inscripción del sujeto en el orden simbólico, el entorno cultural en el que le tocó vivir (Lacan, 1987, p. 29).

De esta manera, afirma el autor, “cuando me expreso diciendo que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, es para intentar devolver su verdadera función a todo lo que se estructura bajo la égida freudiana” (Lacan, 2007, p. 44). Se trata de que hay verdad y que comienza a instalarse a partir del momento en que hay lenguaje. De esta manera, “si el inconsciente no fuera lenguaje, no habría ningún tipo de interés en lo que Freud denominó inconsciente” (Lacan, 2007, p. 44).

Asimismo, como se pregunta Allouch, “¿No será conveniente interrogar, a partir de la lección recibida, el ejercicio mismo del psicoanálisis?” (Allouch, 2015, p. 6). El analista se debe interrogar sobre lo que él entiende por clínica, término tan poco criticado y que proviene de otro campo, el campo de la medicina. En este sentido:

La despatologización más reciente de la homosexualidad, seguida de la de la transexualidad y de otras pretendidas “enfermedades” no fueron el resultado del análisis, sino de los activistas que han “hecho movimiento” y a los que el análisis y su compinche, la psiquiatría, han hecho bien en seguirle el paso (Allouch, 2015, p. 1).

De esta manera, queda claro que no se puede encasillar a los sujetos en estructuras rígidas, no se puede pensar que un homosexual es perverso y un transexual psicótico por una simple distinción sexual observada. Se trata, en estos términos, de habilitar el espacio de la práctica psicoanalítica como lugar de escucha, al contrario de la clínica del diagnóstico. En otras palabras, se puede afirmar que analizar no es diagnosticar. Así, “la despatologización más reciente de la homosexualidad, seguida de la de la transexualidad y de otras pretendidas enfermedades no fueron el resultado del análisis” (Allouch, 2015, p. 1).

La psiquiatría norteamericana se ha movilizó afinando sus descripciones clínicas o ajustando nuevas enfermedades a un repertorio más extendido. Se trata de una forma de clínica con un régimen particular, donde la estadística fue seleccionada como su operador principal. Por el contrario, el análisis propiamente dicho es olvidado. Así, el autor se pregunta: “¿Será que se aferra a la vieja clínica, a esa clínica de la que ahora se dice clásica, así como a librar una batalla que se sabe perdida de

antemano?” (Allouch, 2015, p. 3).

Como sugiere Allouch en *El cuerpo queer* es sabido que la psiquiatría se desvinculó del análisis abandonando su paradigma clínico una vez común. Por lo demás, a través de esta lectura se puede comprender que las categorías de psicosis, perversión y neurosis tengan un pasado común en los discursos psicoanalíticos y psiquiátricos. Lacan contribuyó en mucho a darle cuerpo y consistencia a este ternario, así como a proporcionar las descripciones clínicas de las subcategorías de esos tres grandes conjuntos (Allouch, 2015, p. 3).

Lacan desplaza el acento de la clínica analítica desde el analizante, quien sólo proporciona la base de esa clínica, al psicoanalista, que soporta las consecuencias del discurso del paciente. En este sentido, Allouch asevera que “la clínica psicoanalítica interroga al analista (...). La clínica analítica es una clínica del analista, en la que el analista es el objeto” (Allouch, 2015, p. 3).

En el texto *Apertura de la sección clínica*, Lacan señala que “la clínica tiene una base, es lo que se dice en un psicoanálisis” (Lacan, 1979, p. 1). Lo que se dice no es rellenado por los dichos del analizante, de este modo, no se sabe lo que se dice, no coincide con lo que se quiere decir, así como nunca se sabe qué se dice cuando se habla. Ningún decir será, entonces, ni todo ni uno, sino el devenir de un medio-decir que hará posible el develamiento de la hiancia que constituye al hablante-ser (Lacan,

1979,

p. 1).

En este sentido, el psicoanálisis es una praxis cuya especificidad es la de hablar, y como tal, el hablar tiene sus consecuencias. Allouch observa que:

La última definición lacaniana de la clínica analítica (“lo que se dice en un análisis”) nos coloca en la vía de una respuesta: es la relación del analista con lo diverso como tal lo que es problema, ese diverso que erradica toda descripción clínica que no se presente como basada en un blablá analizante pero que pretenda producir autoridad dado que es ejecutada por una autoridad (Allouch, 2015, p.4).

Por otra parte, Le Gaufey sostiene que “la mirada clínica es aquella que no se deja engañar por las apariencias, es decir, por la precipitación usual en el establecimiento de un lazo entre un signo y su referente” (Le Gaufey, 2004, p. 257). A su vez, insiste, “el clínico es quien quiere hacerse él mismo, un clínico, en el sentido mismo que el lenguaje ha terminado por atribuir a esta palabra, es decir: desapegado, frío, sin pasión, guiado sólo por la búsqueda misma de la verdad” (Le Gaufey, 2004, p. 257).

Desde la perspectiva de la clínica, la noción de verdad se encuentra directamente conectada con la realidad, ya sea interna, externa, actual o virtual. De esta manera, la realidad entendida en el sentido de que estos signos clínicos son la expresión de ella. En el momento en que Freud aceptó no investigar más allá para establecer si en verdad la paciente estaba simulando o no, también diferenció su trabajo de la realidad sobre la cual la clínica de Charcot estaba basada. En este sentido, el padre del psicoanálisis dio lugar al abordaje de diversas nociones fundamentales como la fantasía, el contenido latente, la realidad psíquica, las ideas inconscientes, entre otras (Le Gaufey, 2004, pp. 257-258). Como afirma el autor, “desde el momento en que Freud comienza a explorar el contenido latente, se encuentra con que tal contenido funciona como una realidad de la cual el contenido manifiesto es el signo” (Le Gaufey, 2004, p. 259).

Por otra parte, “¿No serían, como Lacan luego los designó, significantes, los cuales precisamente significan una repentina pérdida de cualquier lazo con objeto alguno?” (Le Gaufey, 2004, p. 258). A saber, el signifiante borra el lazo entre él mismo y el significado, dejando en suspensión cualquier posible lazo con un objeto.

Así, la posibilidad de una clínica es extremadamente estrecha, pero no inexistente. Sería suficiente considerar el significante como un cierto tipo de realidad para reconstruir una especie de clínica. La clínica se derrumba en el punto donde el analista es requerido a no callar, a tomar partido, a dar voz al silencio en medio del sentido que él mismo construye o deja construir (Le Gaufey, 2004, p.258).

En este sentido, en *Mi enseñanza*, Lacan expresa en relación al sujeto dividido que existe “un elemento causal que es lo que llamo *objeto a*” (Lacan, 2007, p. 74). Parafraseando a Lacan, este objeto revela esa singular ausencia fálica, el centro de la experiencia analítica y lo que se ha llamado castración. En el transcurrir del proceso analítico, el analista debe procurar hacer renunciar ese *objeto a* a la vez privilegiado y objeto-desecho al que él mismo se unió (Lacan, 2007, p. 142). A saber, “se trata de una posición dramática para el analista, ya que al final debe saber eliminarse de este diálogo” (Lacan, 2007, p. 142).

En el seminario X, Lacan afirma que “es un *objeto a* el que desea” (Lacan, 2006, p. 35). Debido a la existencia del inconsciente, observa el autor, nosotros podemos ser ese objeto afectado por el deseo. Sostiene que “en tanto que marcada de este modo por la finitud que nuestra falta, la nuestra, como sujeto del inconsciente, puede ser deseo, deseo finito” (Lacan, 2006, p. 35). Al siguiente, agrega que “en apariencia es indefinido, porque la falta, al participar siempre de cierto vacío, puede llenarse de distintas maneras” (Lacan, 2006, p. 35). En otras palabras, el *objeto a* es causa del deseo en tanto se encuentra vinculado a su falta, allí donde el sujeto se constituye en el lugar del Otro. Es decir, más allá incluso de lo que puede aparecer en el retomo de lo

reprimido.

Entonces, partiendo de que el sujeto en la práctica analítica está dividido, tachado, dispone de dos posiciones respecto de la función del lenguaje. El sujeto que habla, en la medida que está dividido se liga a ese otro sujeto que es el del inconsciente y que resulta dependiente de una estructura de lenguaje (Lacan, 2007, p. 74). Asimismo, Lacan señala que el falo es un significante y por eso mismo se tiene acceso a él desde el lugar del Otro. Este significante no está sino como “velado y como razón del deseo del Otro, es ese deseo del Otro como tal lo que al sujeto se le impone reconocer, es decir, el otro en cuanto que es él mismo sujeto dividido de la *spaltung* significativa” (Lacan, 1993, p. 660).

En este sentido, Lacan observa que lo han ubicado en el casillero de la estructura, a pesar suyo. Como recuerda el autor, Freud trabaja el sueño con todas las leyes de estructura sin poder darse cuenta de ello. El sueño, para éste, es como una suerte de nudo, de una red asociativa de formas verbales analizadas que se recortan no por lo que estas significan sino por una especie de homonimia. En verdad, de lo que se trata, insiste Lacan, es del “inconsciente estructurado como un lenguaje y, de ese modo, la práctica analítica busca conservar al sujeto para hacerlo hablar” (Lacan, 2007, p. 113).

Con todo, el sujeto:

(...) consagra su tiempo a desplegar la alternativa estructural en que la presencia y la ausencia toman una de la otra su llamado. Es en el momento de su conjunción esencial, en el punto cero del deseo, donde el sujeto cae bajo los efectos de la captura y es sometido desde entonces a las condiciones del símbolo (Lacan, 1979, p. 56).

La clínica de la complejidad, desde una perspectiva analítica, no sólo busca interrogar al analista y su propia práctica, sino que buscará encausar su tarea frente al universo de prácticas que obturan la subjetividad. El sujeto se encuentra habitado por discursos e influenciado por múltiples instancias y factores en diferentes niveles de

coordinación. La realidad social e histórica se encuentran presentes en ese medio-decir del ser-hablante, en su propio discurso y en la continua construcción de una realidad compleja. La clínica, entonces, no puede apelar a un único discurso y disciplina, ya que la teoría refleja la mirada que examina y no es posible situarse frente al sujeto

desde una objetiva exterioridad y desde la subjetivación misma. Por lo tanto, se debe interrogar y poner en cuestión las políticas del discurso y de las significaciones que se producen de manera que se transforme y resurja desde su realidad compleja un posicionamiento político.

### ***Aportes interdisciplinarios para la comprensión de lo normal y lo patológico***

Desde un enfoque psicoanalítico, para saber en profundidad sobre el psiquismo resulta conveniente ampliar las fronteras del conocimiento y encontrar entonces una integración posible. Ya Freud establecía que sobre la vida mental se contemplaba una mediación de diferentes factores en distintos niveles de integración. En su *compendio de psicoanálisis* se manifiesta la esencia de este intento de abordar una perspectiva que hoy bien podría comprenderse a través de la teoría de la complejidad.

Encontramos así, como afirma el autor, el órgano somático, el encéfalo o sistema nervioso, y, a su vez, los actos de consciencia, que se dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tornarse más directa mediante ninguna descripción (Freud, 1986, p. 1).

Ahora bien, advierte el autor, entre estos dos niveles no existe la posibilidad de establecer ninguna relación directa. Incluso, “si la hubiera, nos proporcionaría a lo sumo una localización exacta de los procesos de consciencia, sin contribuir en lo mínimo a su mejor comprensión” (Freud, 1986, p. 1).

Tomando como punto de partida la idea de Freud en cuanto a que “el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía, a saber, mientras una estudia las formas exteriores de los órganos, la otra, su constitución a partir de los tejidos

y las células” (Freud, 1917, p. 19). De esta manera, es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, ya que se encuentran en referencia. En consecuencia, son “los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría” (Freud, 1917, p. 19).

Moizeszowicz argumenta que “el trabajo interdisciplinario nació como efecto de la práctica” (Moizeszowicz, 2000, p.19). Es importante el despliegue de la historia individual que vehiculiza un camino cuyo objetivo es generar un espacio de implicación subjetiva para quien consulta. En el seno de la práctica clínica actual, se intenta desprenderse de las posturas dogmáticas y reduccionistas. Pues, el problema no parece ser entonces ni la palabra, ni el medicamento, sino el lugar que cada uno de ellos ocupa, con relación a la posición de quien ponga en juego su uso.

Tanto en relación con la construcción de la teoría psicoanalítica, como con la progresiva edificación del aparato psíquico existe una necesidad de imponer el pasaje del orden de lo biológico al de la subjetividad. Como comenta Moizeszowicz:

En 1906, Camillo Golgi y Santiago Ramón y Cajal afirmaron que, si bien las neuronas son un retículo, cada una de ellas mantiene una individualidad. Pueden recibir y procesar la información, conectarse con otras y emitir una respuesta de manera única, contradictoria, transitoria o permanente. Para lograr esta individualidad cada neurona tiene un polo de recepción informático, una dendrita, una maquinaria de procesamiento, un soma, una autopista para la conducción de la respuesta elegida, un axón, y un polo de expulsión para la información así elaborada, un botón terminal” (Moizeszowicz, 2000, p. 28).

Por su parte, Klimovsky, desde la epistemología, señala que “la psicofarmacología, el psicoanálisis y la psicoterapia, en vez de haberse escindido tan violentamente unas de otras, deberían adoptar hipótesis factoriales” (Klimovsky, 1997, p. 33). Esto es, que impliquen límites de separación menos duros para permitir un buen desenvolvimiento en la acción terapéutica.

A partir de las nociones trabajadas, se comprende la idea de clínica que plantea Frenquelli: “Lo psicológico tiene que ver con la diferencia, tiene que ver con relación, con contexto. Con la complejidad. Y, de hecho, para que emergiera lo psicológico fue necesario que emergiera un cerebro como el que nosotros tenemos” (Frenquelli, 2002, p. 17).

En esta línea de abordaje, Morin alude a la *auto-eco-organización*, entendiendo que “el ambiente humano es compartido por diversos sistemas en constante movimiento e influencia” (Morin, 1994, p. 25). En otras palabras, existen diversos niveles de integración que incumben al sujeto. Así, se puede hablar de múltiples y diversas relaciones entre los distintos niveles físico-químico, biológico, sociológico y psicológico. A su vez, el autor plantea que “no se trata de buscar el conocimiento general ni la teoría unitaria, sino de encontrar un método que detecte las ligazones, las articulaciones” (Morin, 1994, p. 24).

En relación a la psicopatología, cuando referimos a psicosis, a neurosis o a la perversión, podremos observar criterios de anormalidad, ya sean estos estadísticos, legales, subjetivos, socioculturales y biológicos. No obstante, como sostiene Bergeret “la normalidad se enfoca en la mayoría de los casos en relación con los demás, con el ideal o la regla” (Bergeret, 1980, p. 29). Lo anormal, en contraposición, implicaría una desviación de la norma. Así, resulta más difícil e inexacto establecer una demarcación causal simple o circunscripta a un conjunto limitado de rasgos que designen la normalidad, en vez de abordar al sujeto aceptando su complejidad.

La propuesta que nace con la intención de adoptar hipótesis factoriales entre distintas disciplinas de conocimiento, lejos de profundizar la brecha que se apuntala en los criterios de normalidad canónicos, tiene el carácter de promover la discusión sobre lo que es llamado normal y aquello que se designa como patológico. El trabajo interdisciplinario resulta fundamental y procura no fortalecer la estandarización de lo normal, sino que consigue ponerlo en cuestionamiento (Klimovsky, 1997, p. 33).

Retomando los postulados la teoría de la complejidad, asumir la noción de lo

complejo no implica alcanzar un saber profundo y acabado. No señala el encuentro de una respuesta definitiva a una pregunta difícil o complicada, sino que, más bien, representa asumir siempre una dificultad. Los sujetos no son simples y sencillos, sino complejos. El entendimiento de lo normal y lo patológico no puede ser agotado por las respuestas que puedan dar algunas investigaciones biológicas o fisiológicas, como tampoco por una mera interpretación sociológica o psicológica. Ya el padre del psicoanálisis demuestra haberlo previsto con claridad en el siglo pasado, erigiendo su teoría sobre un terreno conceptual apoyado en la psicología, la psiquiatría, la neurología, la antropología, la medicina, la filosofía, la sociología, la mitología y diferentes aportes provenientes de autores oriundos de diversos campos. En síntesis, como observa Stolkiner (1999), “la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar” (Stolkiner, 1999, p. 1). Además, implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada. Las disciplinas no existen sino por los sujetos que las sostienen, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. De esta manera, resulta necesario la emergencia de un abordaje interdisciplinario que contemple la subjetividad en su

complejidad.

### ***Lo normal y lo patológico como estrategia de control social***

Contemplando todo lo hasta ahora expuesto, el presente trabajo ha intentado problematizar las categorías de normal y patológico poniendo en discusión su validez conceptual y clínica. Desde un enfoque plural e interdisciplinario se pudieron prever las dificultades prácticas para abordar la categoría de normalidad, del mismo modo que, apoyada en la teoría de la complejidad, sus dificultades teóricas. Esto es, dar cuenta que existen múltiples factores que actúan de manera dinámica e influyente sobre un contexto determinado y que cualquier posibilidad de abordaje práctico-teórico presupone un trabajo conjunto entre diferentes campos de conocimientos.

Bajo el nombramiento de lo normal, la clínica analítica se enfrenta a la tarea de cuestionarse a sí misma como instrumento de poder en función del control social. Los valores de la sociedad imprimen sobre sus instituciones y agentes sociales una voluntad latente que esconde en el centro de sus acciones una dirección ideológica con pleno sentido político. Pues, reconocer la dimensión idiosincrásica detrás de la función del dispositivo clínico representa reencontrarse con la mirada del analista y hacer posible su cuestionamiento discursivo.

Como lo refleja De la Cruz en *Evolución de los conceptos de salud y enfermedad*, en el siglo XVIII y XIX, en occidente, se aislaba a las personas que eran diferentes, extrañas al medio donde se encontraban. Aparecieron, entonces, los manicomios y diversos métodos terapéuticos que reforzaban los aislamientos y consolidaban la diferencia entre lo que era normal y lo que era patológico. Lo diferente, era visto como extraño y peligroso (De la Cruz, 2019, pp. 3-4).

En este sentido, se puede aseverar bajo estos términos que la diferencia, lo distinto, es sinónimo de enfermedad. Sin ir más lejos, como propone De la Cruz, “al comienzo de la epidemia de sida, quienes padecían la enfermedad eran estigmatizados, aislados y rechazados” (De la Cruz, 2019, p. 4). Esto resultó en un agravamiento de la situación epidemiológica debido a que quienes se consideraban buenos y normales no se percibían a sí mismos en situación de contraer VIH, siendo estas personas desinformadas, las que constituyeron y constituyen la epidemia oculta de SIDA (De la Cruz, 2019, p. 4).

En consonancia, se advierte que las concepciones tanto de salud y enfermedad como de normal y patológico se encuentran en continua relación con la esfera discursiva de los sujetos. En la medida que los seres-hablantes habitan discursos, forman parte del desarrollo discursivo organizado por ideales hegemónicos y movilizadas por una relación de poder.

De cualquier manera, los rasgos que demarcarían la normalidad y la anormalidad no dejan de ser ambiguos y sus límites borrosos. Como sostiene Jaspers, “al interrogante cuánto y por qué son anormales los caracteres no hay ninguna respuesta posible. Tenemos que estar conscientes de que lo anormal no es una comprobación efectiva sino una valoración” (Jaspers, 1946, p. 489). Como ya se puede prever, se corre el riesgo de confundir lo normal con lo habitual. Sabido es que en la mayoría de los casos, las manifestaciones psicológicas no son susceptibles de reducirse a medidas cuantitativas. Por tanto, no puede considerarse el peligro que implica concebir que algo por ser común sea siempre normal (De la Cruz, 2019, p. 4).

En forma similar, el sentido común contemporáneo se ha encargado de promover la confusión entre los criterios de salud y normalidad. Sin embargo, si entendemos la salud como un proceso atravesado por lo histórico-social resulta coherente cuestionar el papel de la normalidad como la medida de lo que es saludable

y lo que no lo es. El desenvolvimiento subjetivo y la impronta de las características singulares, colectivas y contextuales no permiten, en ningún caso, realizar semejante demarcación. Algo que es regular no es necesariamente saludable, así como algo saludable no tiene por qué ser normal.

Otra cuestión relevante es que los criterios socioculturales son fundamentales a la hora de valorar la salud y la enfermedad mental. Distintas épocas y distintas culturas han entendido diferentes estados del individuo como patológicos o saludables. En cuanto a los criterios biológicos, los mismos han adquirido una importancia creciente en los manuales actuales de los trastornos de la personalidad, desconociendo o descontando la importancia de la influencia de los demás factores que entran en relación.

Parafraseando a Conrad, la medicalización de la anormalidad y el control médico social que la acompaña forman parte de manera creciente de las modernas sociedades industriales. La medicina es parte del control social y la medicalización su herramienta más visible. Como señala el autor "en la sociedad industrial moderna, se ha registrado un sustancial crecimiento del prestigio, la dominación y la jurisdicción de la clase médica" (Conrad, 1982, p. 138).

Asimismo, la medicina alcanzó tal grado elevado de aceptación que se ganó el respeto y la aceptación por parte de la sociedad. Así, "hasta el siglo pasado los médicos estaban relativamente desorganizados, deficientemente preparados, mal retribuidos y, además, contaban con unas técnicas y capacidades terapéuticas limitadas" (Conrad, 1982, p.139). Con el paso del tiempo, el consultorio médico se transformó en una clínica universal receptora de todo tipo de problemas. Pero semejante responsabilidad no resulta bien soportada ni por su método ni por su discurso. La vida mental no puede ser observada como un objeto externo ni atendida como una herida física. El sujeto no es un mero organismo silencioso expuesto a cambios fisiológicos como tampoco un espíritu hablante desprovisto de cuerpo, historia y cultura (Conrad, 1982, p. 139).

La etiquetación del comportamiento anormal, como problema médico o en tanto enfermedad, obliga a la clase médica a colaborar con una suerte de tratamiento o solución. Al mismo tiempo, la medicina asimila su condición de agente de control social bajo la modalidad de la intervención médica. Esta, como forma de control social, pretende controlar, transformar, aislar o suprimir el comportamiento anormal socialmente definido utilizando nomenclaturas médicas y en nombre de la salud (Conrad, 1982, p. 140).

En otras palabras, las enfermedades son juicios que los seres humanos emiten en relación con condiciones que existen en el mundo natural. Son esencialmente construcciones sociales. No existirían sin que alguien las reconozca y defina. Además, como son juicios sociales, aquellos rasgos estigmatizantes se convierten en juicios negativos. Una entidad a la que se etiqueta como enfermedad o anormalidad es obviamente considerada indeseable. Sin embargo, la mayoría de las condiciones fisiológicas que causan problemas son definidas como enfermedades (Conrad, 1982, p. 140).

En resumen, la enfermedad es una construcción social basada en el juicio humano de cierta condición existente en el mundo. Así, podemos distinguir el morbo, el estado fisiológico, y la enfermedad, el estado social presumiblemente causado por el morbo. Mientras que el patólogo examina el morbo, el médico ve solamente los signos y síntomas de la enfermedad y deduce el morbo. Entonces, puede que haya enfermedades sin morbo, como morbo sin enfermedad. Una entidad o condición es una enfermedad sólo si como tal es reconocida y definida por la cultura (Conrad, 1982, pp. 130-131).

Ahora bien, siguiendo a Foucault, "una forma de ejercicio del poder que tiene por

objeto los cuerpos y por objetivo su normalización, es la disciplina” (Foucault, 1993, p. 162). Se trata de una tecnología homogeneizadora que se encarga de anular todo aquello que se escapa a la norma. De esta manera, "la disciplina es una técnica de ejercicio de poder que no fue totalmente inventada sino elaborada en sus principios fundamentales durante el siglo XVIII" (Foucault, 1993, p. 162). Es el descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. En otras palabras, es el cuerpo que se manipula y se da forma, que se educa, que obedece y que responde (Foucault, 1998, p. 162).

En definitiva, el cuerpo se encuentra inmerso en una estrategia de poder, en un campo político enmarañado en relaciones de poder. La subjetividad atraviesa por este proceso de normalización, y los cuerpos no sólo son la materia prima donde se inscribe o asienta el orden social, sino también uno de los recursos que lo puntualizan, expresan y reproducen. Las relaciones de poder operan no sólo disciplinando y normalizando a la población, sino, como “en el panoptismo carcelario, los sujetos llegan a vigilarse a sí mismos y a los demás, reproduciendo los patrones internalizados” (Foucault, 1998, p. 164).

Entonces, la normalización exige una especie de despersonalización y desobjetivación, homogenizando lo singular y objetivando lo subjetivo. Como afirma Foucault, “la norma no se define en absoluto como una ley natural, sino por el papel de exigencia y coerción que es capaz de ejercer con respecto a los ámbitos en que se aplica” (Foucault, 2007, p. 57). La norma, a través de la calificación y la corrección, no se encarga de excluir o rechazar, sino que forma parte de un proyecto normativo configurado por técnicas positivas de intervención y transformación.

Desde la clínica se debe emprender la tarea de confrontar los esquematismos normativos establecidos y abordar una práctica transformadora a nivel individual y social. Una clínica que conduzca a la problematización de su propia práctica reconociendo en ella una práctica política. De la misma manera, debe consolidarse desde su propia interpelación una posición integradora que facilite una discusión de los modelos de normalización y patologización imperantes y restringidos. Comprender que el escenario de intervención es un teatro de relaciones de poder que encuentra coherencia y fundamento bajo una estrategia política.

Al mismo tiempo, la clínica se convierte en un espacio de liberación subjetiva, un lugar de problematización que proporciona las herramientas psicológicas para cuestionar las lógicas de control social y el poder normativizante. En otras palabras, un terreno idóneo para devolverle a la sociedad su singularidad y restituirles la subjetividad a sus ciudadanos. Una clínica que dirigida en función del sujeto se encargue de poner en discusión la norma y restituya la subjetividad en sus avatares.

## **Reflexiones finales**

A lo largo del presente trabajo se ha buscado reflexionar y profundizar acerca de la complejidad en la clínica analítica, entendiendo que desde esta perspectiva no se pretende alcanzar una verdad absoluta, sino más bien reconocer la dificultad, e interrogarla. La subjetividad no puede ser restringida a los fenómenos psíquicos o bien quedar encapsulada en un modelo biologicista. Cuando se hace referencia a los avatares de la subjetividad se intenta reflejar el escenario complejo de devenir subjetivo que tiene lugar en la sociedad en general y en la clínica, en particular. El cuestionamiento de las categorías de normal y patológico se vuelven fundamentales para comprender la dificultad con la que se encuentra la clínica analítica, en sus aristas

de la práctica y de la teoría.

En efecto, la propuesta de este ensayo intenta pensar la clínica desde la complejidad y asumir sus consecuencias en el entendimiento de lo normal y lo patológico. Gracias al estudio de las neurosis de Freud se pudo abordar una mejor

comprensión de estas categorías. En la neurosis individual se dispone como primer punto de referencia el contraste con que el enfermo se destaca de su medio que se considera normal. En términos freudianos, “una conducta normal o sana tiene algo de neurosis porque no niega la realidad, pero algo de psicosis porque se esfuerza en transformarla” (Freud, 1924, p.104).

Como tal, pensar o clasificar lo normal y lo patológico es cuanto menos problemático. Los intentos de clasificar los trastornos mentales y compendiar grandes manuales diagnósticos sirven más a una estrategia de poder en función del control social que a solucionar el malestar de los sujetos. Ser normal, para el sujeto, significa retomar la actividad cotidiana en cualquiera de sus esferas, basándose para decidir en sus propios intereses y en los valores sociales de su medio.

Parafraseando a Ana Quiroga, el mundo es sede de representaciones sociales que se transmiten y transmutan en las diferentes esferas de la praxis humana y donde se sostienen, inevitablemente, las concepciones de salud mental en tanto construcción social.

De esta manera, se abre la posibilidad dentro de este orden, en el terreno de la salud en general y el de la salud mental en particular, el cual se encuentra representado por un conjunto de estructuras asistenciales, situaciones institucionales, prácticas sociales, relaciones del sujeto, representaciones sociales, una realidad histórica y una realidad política. Retomando a Canguilhem, “la salud no es sólo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (Canguilhem, 2004, p. 26).

Cabe estimar que el verdadero estado de salud de una persona es siempre en su contexto cultural de pertenencia. Incluye la conservación de sus fijaciones conflictuales, universales; su capacidad de aprendizaje y resiliencia ante dificultades internas o externas que resuenan en sus cualidades afectivas, hereditarias o adquiridas; sus modalidades defensivas y adaptativas. En “un interjuego flexible y dúctil entre sus necesidades pulsionales mientras monitorea sus comportamientos ante circunstancias de excepcionalidad” (Bergeret, 1974, p. 32).

En vistas de la idea de que la clínica analítica se desenvuelve como una práctica del discurso, sin dejar de interrogar lo que se llama clínica, se advierte que la misma constituye un espacio de encuentro entre el sujeto y su construcción, a través de su previa relación significativa. Significante que inaugura lo inconsciente en el sujeto y le permite su ingreso en el orden simbólico, al entorno cultural y su contexto. Así, la clínica analítica no va a referirse más a todo lo visible, sino más bien a la función construida en análisis. En definitiva, se trata de la proyección que realiza el analista encontrando la universalidad de algo estructural que permita acceder a una singularidad del decir del sujeto. Por añadidura, si pensamos al psicoanálisis en su especificidad de la puesta en habla de una praxis, esto incluye a lo que se silencia en el decir, aún así en el decir del analista y en el sentido o los sentidos que él mismo construye o deja construir.

En consecuencia, la clínica se transforma en un espacio fundamental para desgarrar las capas que abrazan el paradigma médico hegemónico, tradicional, que aún se mantiene prendado a las instituciones y dificulta el pasaje a un abordaje integral y complejo. No obstante, es indispensable tener presente que todos forman parte de la ideología y de la cultura, en mayor o menor medida todas las personas reproducen los discursos que construyen o deconstruyen representaciones sociales. Por lo tanto, en el seno de las discusiones en torno a la normalidad, resulta necesario que emerja la posibilidad de interiorizar y difundir los principios de salud mental. En este sentido, la complejidad en la clínica trasciende los límites del consultorio alcanzando todos los vértices de la sociedad. Sólo en la medida que se comprenda que la salud es una construcción comunitaria, se podrá desprenderla de los estigmas sociales que denostan el ámbito profesional de la salud mental.



## Referencias Bibliográficas

- Allouch, J. (2015). "Despatologizaciones", en *El cuerpo queer*. Bs. As., Argentina. Ed. Letra Viva.
- Bergeret, J. (1974). La personalidad normal y patológica. Barcelona, España. Ed. Gedisa.
- Canguilhem, G. (1971). Lo normal y lo patológico, México. Ed. Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (2004). "La salud: un concepto vulgar y cuestión filosófica" en *Escritos sobre la Medicina*. Bs. As., Argentina. Amorrortu.
- Cátedra Clínica II (2020). Programa de la Materia. Facultad de Psicología, UNR.
- Cátedra DPC "B" (2020). Programa de la Materia. Facultad de Psicología, UNR.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. Barcelona, España, Ed. Crítica.
- De la Cruz, M. del C. (2019). Evolución de los conceptos de Salud y enfermedad. Ficha de Catedra. Rosario, Argentina.
- Ferrara, F. (1985). "Conceptualización del campo de la Salud" en *Teoría Social y Salud*. Bs. As., Argentina: Ed. Catálogos.
- Foucault, M. (1993). La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Bs. As., Argentina. Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1998). Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión. Cd. de México, México, México. Editorial Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2007). Los Anormales. Buenos Aires, Argentina: Ed. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1917). Conferencia 16. Psicoanálisis y psiquiatría, en *Obras Completas*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1986). "Compendio de psicoanálisis" en *Obras completas Sigmund Freud*. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortu.
- Freud, S. (1982). El malestar en la cultura. Bs. As., Argentina. Amorrortu.
- Frenquelli, R. (2002). Psicofisiología: Una aproximación bio-lógica a la comprensión del hombre. Rosario, Argentina. Ed. Homo Sapiens.
- Lacan, J. (1979). Escritos I. México. Ed. Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1987). Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1993). Escritos 2. México. Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). Seminario X: "La angustia". Bs. As., Argentina. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2007). Mi enseñanza. Bs. As., Argentina. Ed. Paidós.
- Lacan, J. (2012). Seminario XIX: ...o peor. Trad. G. Arenas. Bs. As., Argentina: Ed. Paidós.
- Le Gaufey, G. (Agosto, 2004). ¿Es el analista un clínico? Opacidades Revista de Psicoanálisis. nº3. Bs. As., Argentina. Ediciones cernedor
- Moizeszowicz, J. y Moizeszowicz, M. (1977), Psicofarmacología y territorio freudiano. Teoría y clínica de un abordaje interdisciplinario. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Morin, E. (1991). Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad. Buenos Aires, Argentina. Ed. Paidós.
- Jaspers, K. (1946). Psicopatología General. Cd. de México, México. Fondo de Cultura Económica.
- Klimovsky, G. (1997). Las desventuras del conocimiento científico, Buenos Aires, Ed. A-Z.
- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46\\_p2.pdf](http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf). Oxford Languages (s.f.). Diccionario de Oxford Languages. Disponible en: <https://languages.oup.com/>
- Quiroga, A. (1998), "Los criterios en Salud Mental" en *Crisis, Procesos sociales, sujeto y grupo*. Bs. As., Argentina. Cinco Ed.
- Real Academia Española. (s.f.). Cultura. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 21 de julio de 2021, de <https://dle.rae.es/cultura?m=form>
- Real Academia Española (2005). Diccionario panhispánico de dudas. Madrid: Santillana.

Robbins y Cotran (2010). Patología estructural y funcional. España: Elsevier. pp. 3-42. ISBN 978-84-8086-660-6.

Stolkiner, A. (abril, 1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. El Campo Psi. Bs. As., Argentina. Recuperado de: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>

