

Lacan Cotidiano



El amo de mañana, comanda desde hoy— Jacques Lacan

n° 42

SUMARIO

Salud Mental: una totalidad fallida— *Guillermo Belaga*

Migraciones — *Ronald Portillo*

Salud Mental: una totalidad fallida

*O cómo los paradigmas “saludmentalista” y “de las Neurociencias”
no se corresponden con la ética del psicoanálisis*

Guillermo Belaga (Buenos Aires)

Este texto continúa el desarrollo y las preocupaciones expresadas desde 2011 (1) respecto a las diferentes tentativas en diversos países, y en Argentina en particular, de organizar y establecer planes, programas de Salud Mental para su población, en el marco de una preocupación mundial por la incidencia de este tema en la Salud Pública en general, donde se asoma un nuevo “higienismo” condicionado por las políticas económicas actuales.

La cuestión está lejos de tener un único abordaje, así a los fines de plantear el problema podríamos tener en cuenta algunas definiciones de Norman Sartorius, que fue Director de Salud Mental de la organización Mundial de la Salud (1977-1993), vicepresidente y presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1993-1999).

Este destacado psiquiatra vincula el Capital Social a la Salud Mental, sosteniendo que sería de esperar que en el cálculo de los gastos que los Estados contemplan dentro de sus presupuestos para este rubro, va a ser necesario demostrar que “estos son para incrementar el Capital Social, el Capital Humano y el Capital Económico”. Asimismo, en la misma conferencia dirá: “Hay límites entre la salud y la enfermedad que no son tan claros cuando se trata de salud mental, y hay síntomas que pueden estar presentes en personas que no son considerados enfermos

mentales, e incluso pueden ser síntomas bastantes avanzados”, lo que marca su distancia con respecto del DSM (2).

Esto lleva a considerar tres temas presentes en el debate teórico, práctico y normativo de la Salud Mental: el modo en que el Discurso Universal de la Ciencia y la Técnica y el mercado inciden en el mismo y, en conexión, los conceptos impulsan los organismos internacionales encargados de las políticas sanitarias (OMS - OPS): el **“padecimiento mental”**, y en conexión con **este, la “evaluación científica” de la prácticas asistenciales.**

A esto podemos agregar lo que dice Germán Berrios, que en el mundo de la psiquiatría, las clasificaciones dicen más del mundo social y estético en el cual han sido construidas que acerca de la naturaleza (3).

Entonces, el debate en torno al término de Salud Mental, sus usos y sus problemáticas, implica ubicarlo en los diferentes contextos y tiempos históricos de cada lugar.

En este punto, es necesario establecer que el interés de esta presentación se centra en poder situar que cuando se nombra en la ley de Salud Mental argentina el **“padecimiento mental”**, **“la evidencia científica”**, el lazo social, la comunidad, las prácticas institucionales, etc., no se está por fuera de estos debates, que no es indiferente el modo teórico de conceptualizar dichos términos y sus consecuencias en los sujetos.

A los fines de introducir el tema establecería dos vertientes: las políticas de la “salud mental” en términos del par inclusión/exclusión, y la más segregativa y forclusiva del sujeto, la “salud mental” en el horizonte de la biopolítica.

En una primera lectura, su espíritu contempla más la primera vertiente, lo inclusivo, lo no segregativo. Se declara, a favor de la instauración de un Estado protector y el respeto a los Derechos Humanos.

Pero, para nosotros, sin dudas, el tema más que candente, es el del debate que se inició a partir de 2010, momento en que en Argentina se sanciona la Ley Nacional de Salud Mental (n° 26.657) en torno a su reglamentación alrededor de la disputa entre dos paradigmas **principales: “el saludmentalista”** y el llamado de la **“neurociencias”** —que quizás se entiende mejor si lo **piensa como “biomédico- tecnológico”**—, respectivamente.

Pero, justamente su marco general, universal, deja abiertas las definiciones a las que hacíamos referencia, y que son de nuestro interés precisar, sobre todo como decíamos, la **figura del “padecimiento mental”**, la mención de recibir una atención del mismo basada en **“fundamentos científicos”**.

Desde esta perspectiva, plantearía que el descubrimiento freudiano reconoce una apuesta por la palabra en tanto lo que puede y no puede transformar lo real, pero siempre conservando en esta operación un horizonte de invención, de permitir que el sufrimiento tenga una nueva subjetivación a partir de las fallas de lo universal.

Nuestra posición será encontrar el modo de mostrar que el psicoanálisis permite operar sobre la heterogeneidad social en términos de leer siempre la presencia de lo real y de operar sobre esa totalidad fallida.

El psicoanálisis sostiene que existe un real no programable que insiste y con el que cada uno debe vérselas. El síntoma en el psicoanálisis es social y particular, esto será un concepto clave a sostener teniendo en cuenta que también existe un modo de plantear el sufrimiento psíquico como parte de discursos homogeneizadores, universalizantes. Así, se expresan tanto en los manuales de psiquiatría del estilo de los DSM, como en el cotidiano imperativo al consumo y al éxito individual. No estar a la altura de los imperativos de la época también produce sufrimientos. Pero la tristeza frente al duelo es un padecimiento mental, o el derecho de un sujeto

a manifestar su dolor. El llanto y la tristeza son mal soportadas ahora en el espacio público, lo que puede explicar el auge de la “depresión”, el ascenso del “bipolar”. Estos fenómenos e interrogantes se conectan, la alienación del “individualismo de masa”, con lo que Foucault sancionó como la biopolítica (4).

Ante esto, pensamos que desde el punto de vista de la clínica del psicoanálisis es posible ubicar lo que no se adapta, lo que no se ajusta a la biopolítica. ¿Dónde están los desafíos a este sistema? Son hechos clínicos que nos interesa traerlos a consideración porque hablan del sujeto, son signos de su presencia. Resisten a esa trama del hombre homogeneizado, a la humanidad que no es más que cantidades, indexada a una visión técnica del mundo.

Entonces, se puede comprobar, siguiendo esta tensión que el intento de la cultura actual, **es que la angustia y la tristeza queden disimuladas detrás de la “depresión” y la “fatiga”**. Estas diferentes perspectivas, son las que tendremos en cuenta para diferenciar y mostrar la importancia del psicoanálisis, su concepción del síntoma, en la práctica cotidiana.

Perspectivas del síntoma y sus consecuencias

En este sentido hay un debate a plena luz, presente, día a día, en donde el psicoanálisis también juega su partida. Es más, en esta lucha discursiva participan quienes son sus más acérrimos detractores.

Se trata de la discusión alrededor de cómo se conciben el síntoma, el sufrimiento mental, el trastorno, y cómo a partir de estos se definen políticas, prácticas y diferentes consecuencias para los sujetos.

A los fines de enmarcar esta coyuntura crucial, como decíamos, hay tres propuestas: la biomédica, la sociológica y la clínica. Distinguibles principalmente por la manera en que cada una plantea el par cuerpo/síntoma.

De esta forma no se dice lo mismo, ni se decide de la misma manera cuando se habla de:

- El trastorno mental (DSM), que se orienta a partir de un *cuerpo biológico*.
- El padecimiento mental (Ley de Salud Mental), que parte de un *cuerpo político*.
- El síntoma psicopatológico, desde el punto de vista freudiano, que implica un *cuerpo erógeno*.

Pasemos a considerar cada uno, partiendo del trastorno mental:

El mismo tiene dos rasgos principales: por un lado, la relación entre el sujeto y el síntoma está cuestionada; por otro, implica una concepción donde hay un límite neto entre lo normal y lo patológico.

Asimismo, el síntoma como trastorno, como demuestra J.-A. Miller, quiere decir que está dividido en dos (5):

- a. Del lado de lo real: es pensado como real de un cuerpo biológico, por lo tanto, tratado por la neuroquímica. En conclusión, debido a esta concepción del desorden, el objetivo del tratamiento es la supresión del trastorno.
- b. Del lado del sentido: es tomado como un residuo. Se propone un alojamiento del individuo, con valor de acompañamiento, pero sobre todo de control de la operación instituida por el medicamento, a la espera del efecto sobre lo real de la ciencia. En suma, es una práctica de la palabra restringida, protocolar, con fines adaptativos, incluso autoritaria que recepciona y nivela el sentido.

Pero, sobre todo, rechaza el valor de verdad del síntoma.

A los fines de ilustrar mejor la posición ética de cada uno de estos conceptos, veamos un ejemplo común para los tres, frecuente en la práctica, cómo cada uno se posiciona frente al pasaje al acto, y/o la impulsividad.

En los DSM se puede comprobar claramente que se presenta una desconexión manifiesta entre impulsividad y lógica subjetiva, explicitada en cómo la impulsividad se presenta separada sin vínculo causal con la angustia y/o la alucinación.

En estos manuales, la impulsividad es un acto incoercible y súbito que escapa al control del sujeto, al modo de un automatismo. Una acción descontrolada, sin significación, ni contexto.

Al respecto, la impulsión en los DSM se puede encontrar en:

- Los trastornos del control de impulsos. Ejemplo, el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía, **la piromanía, “no especificado”**.
- Los trastornos de personalidad: el antisocial y el *borderline*.

La biopolítica se impone como una cultura del impacto, también una compulsión a ¡lo nuevo!; es decir que la técnica y el mercado se adelantan a cualquier indecisión, liberando al sujeto de la necesidad de decidir. Los algoritmos decisionales del DSM van en esta misma dirección, anticipando a un sujeto que desde la conceptualización de la impulsión —como vimos— ya queda excluido del trastorno y sus causas. Así, el DSM también hace creer al sujeto que decide, cuando en realidad ya tiene todo decidido.

En lo que respecta al segundo de los términos a considerar, el padecimiento mental se hizo más presente en los **últimos tiempos a raíz del ascenso del paradigma “saludmentalista”**.

En principio, representantes de esta corriente sostienen enfáticamente esta denominación como una respuesta al modelo biomédico.

Realizan, de esta manera, una fuerte crítica a su biologismo, a la concepción evolucionista-positivista, a la ahistoricidad, asocialidad e individualismo de su delimitación del objeto, centrada en la enfermedad.

También esta corriente de discurso denuncia la mercantilización. Su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas y la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana.

Así, se puede destacar que el “Padecimiento o sufrimiento mental” es un intento de introducir al sujeto como desafío a la biopolítica. Plantea revertir lo que esta propone que es transformar un cuerpo esencialmente político en un cuerpo esencialmente biológico; y que es simultáneamente un dispositivo configurador de lo social, de los cuerpos y de la subjetividad.

La defensa de la categoría de **“sufrimiento psíquico”** o **“padecimiento subjetivo”** también reconoce que es el resultado de que las prácticas generales de salud ya no pueden seguir centradas en la suposición de que atienden **“cuerpos biológicos”**, cuando en realidad se trata de sujetos en **situaciones de padecimiento. No existe, desde esta lógica, una “enfermedad mental” como tampoco una enfermedad orgánica.**

Por último, denuncia la medicalización, como concreción de la biopolítica en el campo de la Salud.

Ahora bien, el “padecimiento mental”, tiene a nuestro entender, las siguientes objeciones clínicas:

1. La contraposición tajante entre Salud Mental/Padecimiento Mental.

La psicosis demuestra que se puede tener un síntoma psiquiátrico y estar en perfecta “salud mental” desde los criterios comunitarios, políticos, de este paradigma.

2. La dificultad del paso de lo Universal a lo particular.

Este es un punto muy importante, crucial, que hace a la clínica del uno por uno. En la práctica el término se **demuestra como “inespecífico”**.

Una coyuntura muy clara y representativa es cuando se está frente a la decisión sobre el **“riesgo cierto e inminente”** de un sujeto, y en consecuencia, si se lo debe internar o no.

Al respecto E. Toro Martínez dice lo siguiente: **“La noción de riesgo** que propone la ley (nº 26.657) al ser indubitable (cierta) y próxima (inminente), en una situación dada y particular (situación/estado) connota implícitamente un elevado *cuantum* sintomático, una determinada gravedad atento a que la única manera de poder diagnosticar la certeza y la inminencia es a expensas de que se manifiesten una serie de determinados síntomas de envergadura clínica y por **lo tanto pronóstica”** (6).

Con lo cual se desprende que para tomar una decisión tan seria para un sujeto como es su posible internación es necesario tener una teoría sobre el síntoma mucho más precisa que el **“padecimiento mental”**.

Asimismo, los defensores del paradigma “saludmentalista”, adhieren sobre todo a la corriente de la antipsiquiatría representada en su momento por Franco Basaglia.

Para establecer una posición sobre esto, sin dudas, no podemos dejar de recordar lo que **dijo J. Lacan sobre la misma: “Me atrevo a expresar que la antipsiquiatría es un movimiento cuyo sentido es la liberación del psiquiatra y es seguro que no está bien encaminado”** (7).

Al respecto, seguiremos también los argumentos de Jacques-Alain Miller en su curso *Causa y Consentimiento*, cuando formula que **“en un cierto momento de exaltación ideológica”** se negó la protección que implica la hospitalización psiquiátrica, agregando que en Italia se hizo a gran escala debido a **“cierta debilidad de los aparatos del Estado, del establishment psiquiátrico, que se entregó de todo corazón a la antipsiquiatría”** (8).

En este sentido, Miller plantea la posibilidad de que un sujeto por propia iniciativa pueda buscar la protección del hospital psiquiátrico mostrando **“toda la dialéctica existente y la tensión bien conocida, entre lo patológico y lo jurídico”**.

Esto se expresa en la Ley en términos de internación voluntaria e internación por oficio judicial.

Miller agrega que la cuestión jurídica en la psicopatología es una manera de abordar el tema que preocupa a la ética del psicoanálisis: el estatuto del sujeto responsable.

En este sentido, dice **“que** cuando se trata de conseguir que el psiquiatrizado diga que sí o que no a su propia internación, se reconoce en él, en el discurso del amo, un sujeto de derecho, un sujeto de imputación, a quien se le pueden imputar sus actos, de los que debería responder y por lo tanto de ciertos números de garantías en torno al hecho que podría de ser reconocido como tal **sujeto”**.

Entonces, la noción de síntoma resulta fundamental —hemos conocido la dificultad de los jueces, dicha por ellos mismos, a la hora de tener que decidir ya (des)orientados por el DSM y/o el padecimiento mental—; es que también no hay psicoanálisis concebible para un sujeto si este se imagina que no está implicado en su síntoma.

Pasemos ahora a Freud y, específicamente, al síntoma histérico.

Su elaboración, se hizo en el contexto del materialismo psicofisiológico de fines del siglo XIX, planteando que había sentido en lo real. Esto justamente que Freud le otorga es lo que hace a lo particular del síntoma, que implica un sentido con una intención, una intencionalidad inconsciente y un sentido libidinal que será el soporte del ser del síntoma.

Siguiendo con la comparación con el **“trastorno”** y el **“padecimiento”**, veamos el análisis que hace Freud del pasaje al acto, a partir del caso de la joven homosexual (9). Los puntos

salientes del mismo son los siguientes: una muchacha de 18 años quien estaba **“muy interesada” en una Dama “vulgar” se topa con el padre, a quien estaba desafiando de este modo, en plena calle paseándose con ella. Ahí se desencadenan una sucesión de hechos: el padre la mira furioso, la dama encolerizada le exige terminar allí mismo y “tras eso la joven escapa y se arroja por encima del muro a las vías del tren”.**

Luego de este acto, la joven es llevada a consultar con Freud y refiere que su intento de suicidio fue **“en la desesperación por haberla perdido de ese modo y para siempre”**. Es interesante cómo Freud, seguro de la intencionalidad inconsciente del acto, piensa que esto es una asociación superficial y realiza otra interpretación en función de la historia libidinal de la joven. Así, detalla el cambio de elección de objeto amoroso en el momento de enterarse del embarazo de su madre en plena adolescencia, que la lleva al desafío al padre y la identificación viril.

En su conceptualización juega un papel fundamental el hallazgo, el detalle de la “frase trampa”, verdadera “holofrase”, proferida por la Dama en el momento del encuentro con el padre: *niederkommen*, que significa tanto *caer* como *parir*.

Se sabe, más allá de la vicisitudes de este caso, de las valiosas indicaciones que se desprenden del texto freudiano, para hacer frente y dar otra respuesta a la **“epidemia”** de pasajes al acto que se presentan en esta época: por un lado, la apuesta por hacer legibles los S1 que determinan el acontecimiento, captar las conexiones del acto y el lenguaje. Intentar producir un efecto de sujeto sobre el fondo de lo indecible, de lo indecidible.

Por otro lado, es lo que Freud devela, a partir del caso, sobre lo que subyace al pasaje al acto que reúne dos sentidos inconscientes: por un lado, un cumplimiento de castigo que se torna autocastigo, y por otro, un cumplimiento de deseo.

En este sentido, es lo que destaca Lacan cuando conceptualiza el goce a partir de la teoría de las pulsiones de Freud en *El malestar en la cultura*, es la génesis del superyó a partir de la pulsión de muerte. Así, siendo la libido pulsión de muerte, se ve como el sujeto padece de ella, de donde se desprende por qué en Lacan prevalece el masoquismo, poniendo en evidencia no el hecho de herir al otro –nivel imaginario–, sino que de la libido el sujeto no goza, más bien padece de ella. Lo más profundo y esencial es la autoagresión, el herirse a sí mismo: **“El sujeto no puede gozar, sin padecer, sufrir, ser víctima de su goce, hacerse morir”** (10).

Quizá por eso habría que tener en cuenta que Freud no solo hablo de angustia si no también del sentimiento de culpabilidad, ligado a la posición subjetiva en tanto ética del goce.

Los fundamentos “científicos”: la ideología de la evaluación

Es un hecho que el manual estadístico de los trastornos mentales (DSM), es pieza importante de los intentos de presentar el sufrimiento psíquico como un dato medible, una dimensión evaluable, a los fines de que sean trastornos **“que la universal voluntad de curar iba sin duda a ordenar en filas, a reducir y, por tanto, a “curar”** (11). Como explica Bernard-Henri Levy, esta ideología de la evaluación se resume en los siguientes puntos: la postulación que el **hombre es calculable, exacto objeto de medida, alma y cuerpo, “una especie de hermenéutica alocada, fundada en la utopía, de un sentimiento total, sin resto, purgado de toda nuestra cuota de sombra, de opacidad, de sin sentido”**. Junto a la transformación del sujeto en objeto se propaga la reducción de la infinita diversidad de los sujetos a una masa en la que no se difiere más que por grados insensibles.

Pero, también es importante para esclarecer este punto, el desarrollo que ha hecho Miller en su curso sobre la diferencia que se encuentra en Lacan entre el sujeto del psicoanálisis y el sujeto de la ciencia (12).

Así, distingue que el sujeto de la ciencia, del *Cogito ergo sum*, no es el sujeto del imperativo freudiano, el que corresponde al *Wo Es war, soll Ich werden*.

Lacan situó una forclusión en el inicio del discurso de la ciencia, que consiste en un **rechazo del saber, que también es de la creencia: “Se dice que para que haya espíritu científico se requiere proscribir todo prejuicio. Una experimentación, una deducción, la explicitación de axiomas, por ejemplo, pertenecen al rechazo de toda creencia. Se cierra la puerta a lo que había antes”**.

Mientras el sujeto del imperativo freudiano, sujeto ético, responsable: **“Donde ello era, lo es que Yo debe advenir”**, se corresponde con la tesis de Lacan en su debate con Henri Ey: **“El loco es el hombre libre”**. Lo que cambia sustancialmente la concepción de la locura, lejos del déficit, del lado de la elección forzada del goce, del **“uno por uno”** y de los efectos de creación.

1: Belaga, G. A.: “La salud mental, lo inevitable de una totalidad fallida”, *Revista Lacaniana* N° 11, octubre de 2011. Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana.

2: Sartorius, N.: “La Enfermedad Mental y el Capital Social”. *Vertex*, Rev. Arg. de Psiquiat. 2009, Vol. XX: 263-267.

3: Berrios, G.E.: *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*.- 1ª ed.- Buenos Aires: Polemos, 2011.

4: Foucault, M.: *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

5: Miller, J.-A.: “Una Fantasía”, *Revista Lacaniana* N°3, agosto de 2005. Publicación de la Escuela de la Orientación Lacaniana.

6: Toro Martínez; E.: “Capacidad y riesgo en la Ley de Salud Mental y su decreto de reglamentación. Luces y escotomas del nuevo paradigma”. *Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*, año 20. Vol. 8 N° 3, septiembre de 2013 pp. 188- 199.

7: Lacan, J., *Hablo a las paredes*, Buenos Aires, Paidós, 2012.

8: Miller, J.-A., “El consentimiento en la entrada en análisis”, *Freudiana*, Revista de la Comunidad de Catalunya ELP, n° 81, septiembre- diciembre 2017.

9: Freud, S., “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (1920), *Obras Completas*.

10: Miller, J.-A., “Patología de la ética”, *Elucidación de Lacan*, Buenos Aires, Paidós, 1998.

11: Levy. B.-H, Prólogo del libro de Aflalo, A., *El intento de asesinato del psicoanálisis*, Buenos Aires, Grama Ediciones, 2011.

12: Miller, J.-A., “El sujeto de la ciencia y la *Bejahung*”, *Freudiana*, *op. cit.*, n° 81, septiembre- diciembre 2017.

Migraciones

Ronald Portillo (Caracas)



Una pregunta que surge al presenciar el éxodo, sobre todo de jóvenes, que estremece actualmente a Venezuela, apunta a las razones que subyacen en esta suerte de estampida social.

¿Qué se busca en la migración? ¿Se trata de optar por la vida frente a la certeza de una muerte segura, sea corporal o subjetiva? ¿Decidir por una vida distinta, sobre todo para la descendencia? ¿Huir de un futuro que se avizora lleno de angustia y dificultades? ¿Conseguir una mejor remuneración por el oficio que se sabe hacer?

En cualquiera de estas razones está presente, por un lado, la esperanza o la expectativa de tener una ganancia y, por el otro, una pérdida. Se aspira ganar, mejorar, pero a costa de dejar, de perder algo. Las personas que emigran dejan una parte de su ser, de su identidad, de su círculo familiar y de amigos, su patria y hasta su propia historia. El exilio no es otra cosa que dejar todo esto. Se sabe lo que se pierde pero lo que se puede lograr permanece en el registro de lo incierto.

Aparentemente, en la migración se busca otra cosa, otra vida, otro futuro, otro horizonte; se busca al Otro, pero esta búsqueda siempre resultará un encuentro fallido. En el fondo, en el exilio, se buscará eso de Uno que se ha perdido. La búsqueda por tanto no será tanto del Otro sino del Uno.

A la búsqueda del Otro, que encubre la del Uno, se suma para el migrante el rechazo que indefectiblemente va a encontrar en el país al que arriba. Se instala progresivamente en buena parte de los ciudadanos de cualquier país que recibe exiliados, la consabida expresión de xenofobia, de hostilidad y odio al extranjero. La xenofobia presenta una similitud estructural con el síntoma: un cuerpo extraño, extranjero, que es rechazado por quien lo alberga. La xenofobia es, componente nuclear del racismo y la segregación, que en muchas ocasiones llegan a

expresarse bajo la forma de un odio visceral, una de las pasiones del ser que puede llegar a hacerse colectiva.

Lacan nos devela claramente el origen del racismo y la segregación: lo insoportable del goce del Otro. Frente al migrante se genera el rechazo a lo que pueda disfrutar, gozar. El ciudadano natural de un país rechaza el goce del Otro porque está convencido de que el Otro, el migrante, viene a robarle, a sustraerle buena parte de su propio disfrute. El goce del Otro del exilio es vivido como lo que viene a poner en jaque el modo de vida, los servicios públicos, el bienestar, en una palabra: su propio goce. En última instancia, cuando se rechaza al extranjero migrante, se está rechazando al extranjero que habita en nosotros mismos. Son dos las formas esenciales de presentación de lo extranjero, lo extraño, en un sujeto: el inconsciente y el goce pulsional, respectivas dimensiones del Otro y del Uno. De la forma como cada quien, a título personal, tramite esas dos instancias, va a depender la acogida que cada sujeto pueda brindar al migrante, al extranjero que llega. Mención especial para aquellos que se vivencian como exiliados, como extranjeros, en su propio país.

Lacan Cotidiano

Redactor jefe: Miquel Bassols

Redactora adjunta: Margarita Álvarez

Comité ejecutivo:

Jacques-Alain Miller, presidente

Miquel Bassols, Eve Miller-Rose, Yves
Vanderveken
