



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

ENSAYO:

“DIAGNOSTICAR EL PSICOANÁLISIS”

DOCENTE RESPONSABLE: BELLO, MARIANO

ALUMNO: EZEQUIEL CAMINITI

LEGAJO: C-2977/7

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por el apoyo.

A Carolina, por estar siempre.

A Juan Pablo y Marcelo, mis modelos identificatorios.

A la Universidad Nacional de Rosario, pública y gratuita.

A todos los docentes que me influenciaron en la carrera y una mención especial para Mariano Bello y Ana Serra.

A la biblioteca universal, compuesta por muchos autores que han provocado, involuntariamente, mi vocación.

ÍNDICE

RESÚMEN.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
I.CLÍNICA MÉDICA.....	6
II. CLÍNICA Y PSICOANÁLISIS.....	7
III. EL DIAGNÓSTICO.....	9
IV. DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS.....	11
CONCLUSIÓN.....	15
BIBLIOGRAFÍA.....	17

Resumen

El presente ensayo refiere a una problemática que tiene plena vigencia, pero que no es sin las secuelas de viejas controversias, el diagnóstico.

Diagnóstico entendido en su concepción clásica, donde se hará revisión de su historia y su establecimiento, percibiendo que responde a una manera de hacer clínica que es propia de la práctica médica, lo que llevará en un primer momento, a realizar un breve revisionismo del nacimiento de la Clínica y su progreso.

Como segunda propuesta se pondrá en tensión el discurso psicoanalítico, como ruptura, no en antagonismo, sino en su diferencia.

Finalmente, una tentativa dialéctica de desembarazar viejos vicios reduccionistas sin caer en el absurdo de la singularidad sin estructuras.

La intención es más descriptiva que crítica, lo que no evitará que por momentos adquiera el tono grave sobre algunas cuestiones con el fin de movilizar a ciertos interrogantes.

El psicoanálisis entre la clínica y el diagnóstico, en constante diálogo, en su atravesamiento cruzado, su constitución y su acontecer.

Palabras claves: Psicoanálisis, Clínica, Diagnóstico, Estructuras clínicas

INTRODUCCIÓN

El siguiente ensayo tiene por finalidad el recorte conceptual de una problemática que convoca al examen de los estratos mismos de nuestra clínica; un debate que se ha extendido hasta nuestros días pero que conlleva el eco de prácticas pretéritas al descubrimiento freudiano, por lo tanto es improbable que surja de su fervor algo conclusivo. En primer lugar, por la imposibilidad de que las clavijas encajen, como gustaba citar Lacan de Péguy. En segundo, porque la intención del trabajo no es otro que el de recopilación de aquellos autores que han contribuido al contenido.

Me refiero al problema del diagnóstico en psicoanálisis.

Para tal cometido, se intentará dar cuenta de algunas concepciones clásicas referidas a la clínica médico-psiquiátrica, de la cual fueron atravesados Freud y Lacan, aunque en diferentes momentos de la misma.

Si hay un nacimiento de ésta clínica, se nos presenta el interrogante sobre el psicoanálisis, si corresponde clinicar dentro de un dispositivo que rompe con las coyunturas más ortodoxas y proclama un descentramiento del sujeto mismo. Por tanto habrá que interpelar algunos formalismos simplistas y reconsiderar la cuestión del diagnóstico en ésta práctica herética.

Claro que reconsiderarlo no es sepultar la clínica y las enseñanzas freudiana o lacaniana al ardor de la singularidad extrema, pero tampoco es universalizar alegremente, rotular de manera acrítica el ternario *pernepsi* -perversión, neurosis, psicosis- y dar por hecho etiquetas que determinarán al sujeto en su acaecer.

Dicho esto se retomará el debate de las estructuras freudianas en relación a la clínica y el Diagnóstico, de modo de figurarnos si funcionan como obstáculos o posibilitador de la práctica analítica.

El lineamiento del desarrollo será continuista, intentando avanzar en su comprensión hasta la actualidad de la problemática.

Los diagnósticos existen y tienen una utilidad fundamental en el tratamiento de los padecimientos orgánicos y psíquicos. Pero si algo ha de cuestionarse, es el uso absoluto que tiende a hacerse de los mismos. El problema del diagnóstico empieza cuando éste se convierte en un idealismo, en una suerte de ladrillo que intenta funcionar como una pared por sí solo. El problema es cuando el diagnóstico arrasa al sujeto.

I. Clínica médica

*“El médico pone su mirada locuaz
sobre el corazón venoso de las cosas”
(Foucault, 2008: 4)*

El diagnóstico, eje central del ensayo, ha sido sustentado por una práctica característica: la Clínica.

Etimológicamente viene del griego κλινική (kliniké). Kliniké le llamaban a la práctica médica de atender a los pacientes en la cama. Kliniké es el femenino del adjetivo klinikós, formado con el sufijo -ikos a partir de κλίνη (klinē = cama), o sea, klinikós es ‘de la cama’.

Esta práctica, que Foucault (2008) reconoce como una “práctica milenaria”, tuvo un rejuvenecimiento y un esplendor a partir del fin del siglo XVIII y principios de XIX, cuyo brillo sigue hasta nuestros días guiando de manera eficaz ciertas praxis.

El fundamento de ello, máximo exponente de clínica, es la medicina, siempre de la mano de la racionalidad, el empirismo y una nueva forma de nombrar las cosas. Así lo expone Foucault (2008):

El rejuvenecimiento de la percepción médica, la viva iluminación de los colores y de las cosas bajo la mirada de los primeros clínicos no es, sin embargo, un mito; a principios del siglo XIX, los médicos describieron lo que, durante siglos, había permanecido por debajo del umbral de lo visible y de lo enunciable; pero no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible, necesaria a todo saber concreto, ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio. Entre las palabras y las cosas, se ha trabado una nueva alianza, que hace ver y decir, y a veces en un discurso tan realmente ingenuo que parece situarse en un nivel más arcaico de racionalidad, como si se tratara de un regreso a una mirada al fin matinal. (5)

Para esclarecerlo un poco, Foucault intenta un rastillaje arqueológico de los discursos, siempre interpelándolos, para dar cuenta del cómo la contingente discontinuidad de la historia ha dado lugar a la construcción de los saberes. Más sencillamente, la pregunta ordenadora para él es ¿Cómo las cosas llegaron a ser como son? ¿Qué sucedió para que las cosas sean de ese modo? ¿Fue insidioso, casual o hubo factores determinantes para ello?

La clínica, en especial la clínica médica, fue objeto de análisis para Foucault, entendiendo que una reorganización entre espacio, lenguaje y muerte, en relación a la mirada, ha permitido establecer una coyuntura necesaria, pero que en su simplificación muchas veces puede llevar a su descarrilamiento.

La mirada, en el sentido concreto del término, ha permitido echar luz sobre los cuerpos sufrientes, ya conjugados en un nuevo espacio específico que serán los lechos de hospitales, donde la verdad que fue oculta por las envolturas corporales durante tanto tiempo se expongan al ojo médico y autorice a un nuevo decir que esté más de acuerdo a la descripción semántica y sintáctica del discurso formal.

“Las formas de racionalidad médica se hunden en el espesor maravilloso de la percepción (...) la experiencia parece identificarse con el dominio de la mirada atenta; el ojo se convierte en depositario y fuente de la claridad” (Foucault, 2008: 6)

Y sigue diciendo Foucault (2008), articulando la ligadura entre la mirada y el decir:

La mirada, que recorre un cuerpo que sufre, no alcanza la verdad que busca sino pasando por el momento dogmático del nombre, en el cual se recoge una doble verdad: ésta, oculta, pero ya presente en la enfermedad, ésta, cerrada, pero claramente deducible.

No es la mirada misma la que tiene el poder de análisis y síntesis; sino la verdad sintética del lenguaje que viene a añadirse desde el exterior y como una recompensa a la mirada vigilante del estudiante (93)

¿Por qué interesa rastrear el origen de la clínica médica? Porque la política semiótica que conforma la base de esta clínica será causa de un mundo de clasificaciones y el nominalismo

científico que dará lugar a las nosografías, lo que conformarán un discurso que parte de la observación del signo, su interpretación, su ubicación en un cuadro y culminará con el diagnóstico, verdadero dictamen que el juicio médico comporta.

El funcionamiento usual del signo, en el sentido *peirceano* del mismo, involucra un trípode compuesto por distintos lugares: el del signo, el de lo que éste representa (lazo entre signo y aquello que representa, que puede ser roto o suspendido) y por último el para quién representa, el interpretante.

La manera en que se va construyendo el diagnóstico no es otra que a través del abordaje clínico mencionado, considerando los signos y síntomas que representarán la evidencia de la realidad. En éste dispositivo triangular, llevado al terreno patognomónico, el signo (eso que representa algo para alguien) son las marcas, las señales, los síntomas de un desajuste en el equilibrio general del cuerpo; el clínico (en tanto interpretante de aquellos, aquel que no se deja engañar) es aquel que está atento, con su mirada cargada del saber y su lenguaje pragmático, lo cual, finalmente, dará cuenta de una realidad (que materializa una verdad, que no es otra que la enfermedad, el diagnóstico, la significación).

Ya veremos de qué modo se presentifica esto en psicoanálisis, ya que no hablaremos de signos sino de significantes, dejando en suspenso el lazo con el objeto/cosa.

Por lo pronto, para dar cuenta de lo antedicho, citaremos a Colette Soler (2009):

La sintomatología de la mirada siempre es una sintomatología del Otro, establecida por el médico. En la psiquiatría se hace hablar al paciente, sin duda alguna, pero en la medida en que a través de lo que dice pueda entregar los signos de la especie mórbida a la que pertenece. En su palabra no se buscan las huellas de un sujeto, sino las huellas de la enfermedad. Es por tanto un heterodiagnóstico, un diagnóstico que viene del Otro y en el cual la palabra en absoluto es constituyente, simplemente es el vehículo de los signos. Enseguida se pone de manifiesto que hay un problema con el psicoanálisis, porque en él se acoge el síntoma constituido de una manera muy distinta. (19)

II. Clínica y psicoanálisis

*“esta extraña pareja de palabras
está más cerca de un oxímoron
que de ninguna otra cosa”
(Le Guafey, 2004)*

Pasemos a consideraciones relativas al psicoanálisis, pero en su relación a la clínica. El título incluye la conjunción copulativa a fin de que la juntura de ambos términos no haga perder las especificidades de cada uno.

También podemos hablar, aunque guste un poco menos en las esferas de nuestro campo, de clínica psicoanalítica. Pero con la salvedad de no adjetivar, como nos dice Bercherie (1986): “Se puede entonces hablar de clínica psicoanalítica con la condición de no olvidar que, en esta expresión compuesta, el adjetivo es más importante que el sustantivo y que los dos términos son inseparables” (9)

Finalizamos el apartado anterior dando un marco triangular de interrelaciones dadas entre el clínico, el signo y la realidad.

En psicoanálisis podríamos imitar un movimiento similar y decir que en lugar de signos nos encontramos con significantes; en lugar de un clínico, un analista que hace semblante de un saber imputado por un analizante y una verdad pérdida, cuyo sentido siempre se fuga. No podríamos hablar de un análisis como dispositivo clínico, ya que se basa en que dos sujetos hablen en transferencia, operador inexistente en cualquier otra disciplina.

Este hablar, este diálogo dialéctico produce efectos, produce división subjetiva, donde la palabra será reveladora, mediadora hacia otro que no actúa y que muchas veces ni siquiera responde, lo que guiará el discurso hacia la realización de su verdad.

Este sujeto del psicoanálisis, de ningún modo es el mismo que el de la ciencia, que el del

conocimiento. El paso copernicano y subversivo de Freud fue desplazar la verdad de la cogitación, inaugurando una nueva vía de localización a partir de los desechos del saber racional, los sueños, los lapsus, el tropiezo.

Advenido de la matriz misma, Lacan (2012) no desconoce el lastre clínico sin el cual no habría, quizá, psicoanálisis. En la *Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos* nos dice que “hay tipos de síntomas, hay una clínica. Solo ocurre que ésta clínica es anterior al discurso analítico, y si este aporta una luz, es seguro pero no cierto” (583)

“En términos más precisos, la experiencia de un análisis hace entrega a aquel que llamo el analizante, del sentido de sus síntomas” (Ídem: 583-584)

Cuando se refiere a nuestra manera de clinicar, nos dice, por ejemplo, en la Apertura de la Sección Clínica de 1977:

“¿Qué es la clínica psicoanalítica? No es complicado. Tiene una base. Es lo que se dice en un psicoanálisis”. (1)

Más adelante, en el mismo texto, continúa Lacan (1977) diciendo:

La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar al análisis, sino en interrogar a los analistas, de modo que éstos hagan saber lo que su práctica tiene de azarosa, y que justifique a Freud haber existido. La clínica psicoanalítica debe ayudarnos a relativizar la experiencia freudiana. Es una elucubración de Freud. He colaborado en ella pero ésta no es razón para que me apetezca. Con todo, hay que darse cuenta de que el psicoanálisis no es una ciencia, no es una ciencia exacta. (p. 4)

Lo que me gustaría rescatar éstas citas, es justamente, y me perdonarán la redundancia, que la clínica del análisis es sobre lo dicho, sobre lo que se habla. En la práctica médica, el decir funciona a nivel de signo, y si estos son evidentes, no se necesitan las apreciaciones subjetivas del enfermo. Podríamos decir, groseramente, que es una práctica del silencio donde el decir viene a corroborar el juicio ya hecho a través de las observaciones objetivas.

Hay silencios de parte del paciente, pues en nada colabora con sus explicaciones personales sobre lo que le sucede, pero también silencio del Otro, el médico en tanto palabra del saber, que no necesita hablar, sino curar, y solo lo hace desde el lugar del Amo.

En análisis lo primero es la palabra que está a cargo del sujeto analizado, y si hay silencios, provienen de la función del analista para devolver una imagen vacía que interroge al propio sujeto sobre su decir.

“La clínica es lo Real en tanto lo imposible de soportar” nos dice Lacan (1977); ese Real que al bordearlo nos hace hablar.

J.-A. Miller (1994) comenta esta referencia en un antiguo artículo titulado *Lacan clínico* recogido en *Matemas II*, sosteniendo que “el síntoma sólo toma forma clínica cuando es imposible de soportar, y que mientras tanto, uno se las arregla.” (127)

Va de la mano de la clínica como un intento de ordenar lo real, de buscarle una ley, de simbolizarlo. Toda clasificación es eso, una tentativa de regular lo real, de enmarcar lo imposible de soportar, lo imposible de la práctica del análisis. Y si en psicoanálisis se clasifican síntomas, se tejen nudos, se dibujan cuadros, se escriben fórmulas o se trazan grafos, es porque diariamente se hace la experiencia (insoportable a veces) de que en lo real no hay clases, solo piezas sueltas, dispares.

Dada la inclusión del cuerpo y el sufrimiento, es adecuado establecer a esta altura de las argumentaciones, la relación entre práctica analítica y la medicina. Se deben articular entre sí la clínica médica y la clínica psicoanalítica. La aparición del psicoanalista significa la necesidad producida, en cierto momento del desarrollo del malestar en la cultura en Occidente, de un determinado relevo de la función desarrollada, hasta ese momento, por el médico. ¿Cuál? Ser receptor de las demandas por sufrimiento o dolor. El médico moderno, al creerse científico en lugar de practicante (quien ejerce una práctica real y simbólica sobre lo real), al sostener su práctica cada vez más en los diagnósticos hechos por dispositivos impersonales desarrollados por la tecnología y ser cada vez más distribuidor de fármacos, ha dejado de ser quien como sujeto se hace el receptor o destinatario de las quejas por el padecer de otro sujeto. (Endestein, 2008:47)

Toda esta recapitulación de decires, todo esta selección necesaria dará pie al problema diagnóstico que se abordará a continuación. Es inevitable, para hablar de ello, reconsiderar las

concepciones de clínica en las que se acoda la medicina (y si nos referimos a la salud mental, la psiquiatría) y el psicoanálisis, más heterodoxo, pero no siempre.

El proceso diagnóstico, que se ha asociado esencialmente a un proceder médico, se ha introducido de tal manera en nuestra práctica analítica que casi no podemos evitar hablar de la clásica triada estructural: neurosis, psicosis, perversión; y peor aún, hacemos lista de conductas y síntomas y los encuadramos a la manera de un bingo, llenando casilleros hasta que se cubra el cartón terapéutico.

El psicoanálisis tiene pretensiones de ruptura, pero en sus desviaciones ha vuelto a orígenes más nefastos, perdiéndose en la pleamar de discursos racionales (y no tanto) cuyos fines responden a una lógica más mercantilista que terapéutica.

Una revisión crítica de las estructuras freudianas y del diagnóstico en general permitirá reflexionar sobre el lastre que aún conservamos de una práctica que no hay que desmerecer, pero a la cual tampoco debemos apuntar.

III. El diagnóstico

*“Querrán ustedes saber por qué la psiquiatría no quiere darnos más referencias. Pero yo les respondo: ¡Maldito sea quien de más de lo que tiene! Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior; prognosis insegura por rica que sea su experiencia.”
(Freud, 1916)*

Al igual que con la clínica, es menester comenzar definiendo la palabra *diagnóstico*, rastreando sus distintas acepciones y su etimología.

En relación a sus raíces, es un término que está formado por el prefijo diag.- que significa “a través de”; la palabra gnosis que es un sinónimo de “conocimiento”, y finalmente el sufijo -tico que se define como “relativo a”. Por tanto, coloquialmente podemos decir que es la forma de conocer a través de; este a través de no es otro, como reza su definición misma a continuación, que los signos y síntomas del enfermo.

1. adj. Perteneiente o relativo a la diagnosis.
 2. m. Acción y efecto de diagnosticar.
 3. m. Med. Determinación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas.
 4. m. Med. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte.
- Agreguemos lo que dice la Real Academia Española sobre el diagnosticar:
1. tr. Recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza.
 2. tr. Med. Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos y síntomas. (RAE, 2017)

Estas definiciones, propias de un campo como el de la medicina, proponen una forma de abordar al enfermo, al paciente, que es entendible en tanto no trascienda los límites de su propia disciplina.

El viejo vicio del psicologismo que intenta hacer encajar la práctica psicoanalítica en los avatares del científicismo debe ser superado, ya que nuestra práctica proclama otros fundamentos, persigue otras finalidades, trabaja con un sujeto e implica la transferencia en el proceso de un análisis. La dificultad diagnóstica es un bagaje más de rancias rencillas que nos han heredado los mismos Freud y Lacan en sus diálogos con la época.

El diagnóstico médico se sostiene en el hecho de que el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad (...) descubriendo sus causas naturales, las únicas que forman parte del discurso

médico, así como habrá constituido otros síntomas en hechos, y los habrá reagrupado en síndromes (Clavreul, 1978: 227)

Como se vio más arriba, cuando se retomó a Foucault en su genial desenvolvimiento de la clínica médica, se capta que el discurso médico rechaza el del enfermo, ocupándose de la enfermedad observable en sentido estricto, a la cual se accederá merced a la red de signos que testimonien sobre el malestar, formulable en términos específicos que permitan constituir una atribución clasificatoria.

Por tanto, el diagnóstico involucrará la correlación de un significado con un signo ya instituido, lo que de movida excluirá el lugar del sujeto.

Ahora bien, ¿cuando se transforma en problema el diagnóstico?

Las dificultades empiezan cuando se intenta hacer de la medicina psiquiátrica una técnica aplicable al psicoanálisis. Continúan cuando se cae en el facilismo de la etiqueta, es decir cuando se hace un reduccionismo de ello; se acentúan cuando se acalla el malestar por medio de la taxonomía y culmina cuando hay exclusión del sujeto y su singularidad, más no de su sufrimiento.

La denuncia es sobre la violencia de la predicación, ya que como nos decía Lacan, todo significante injuria al sujeto, ya que provoca un bucle recursivo donde la clasificación moldea la tipología de aquellos que la reciben.

Todo esto para decir que no hay por qué esconder el rostro: reconozcamos la violencia del diagnóstico. Si tuviéramos que elegir entre violencia y no violencia sería muy simple, pero no es este el caso, debemos elegir entre dos tipos de violencia, y entonces hay una violencia del diagnóstico que no debe ser la última palabra de nuestra práctica, pero que no obstante es necesaria para evitar los desastres (Soler, 2009: 24)

Desde el momento que usted hace un diagnóstico, la etiqueta es inmediata; cuando usted dice esquizofrenia, en realidad quiere decir una cosa que no es la esquizofrenia sino lo que el médico entiende por ella; y lo que este entiende es un juicio de valor: bueno o malo (Basaglia, 2006: 29)

O como nos dice Muñoz (2011):

Las tipologías psiquiátricas están apoyadas en un deseo de clasificación, un afán clasificatorio tomado prestado de un afán científico que no se halla en Freud ni en Lacan. Si el psicoanálisis, aunque con otros términos -como estructuras, estructuras clínicas, estructuras subjetivas- hiciese lo mismo, se habrá *psiquiatrizado*. (30)

Será cuestión de estar atentos, de no caer en la propaganda tan sutil y tácita que nos erosiona diariamente a través de los medios de comunicación, ofreciendo soluciones rápidas o cualificando trastornos que están a la vanguardia del esnobismo. Así lo entiende Soler (2009) quien nos dice que “la época actual es más bien *diagnosticista*, se diagnostica bien o mal, a diestra y siniestra. Los mismos pacientes lo demandan: dígame lo que soy, dígame lo que tengo, quieren etiquetas, tal vez eso los tranquilice ante el desconcierto reinante.” (p. 18)

El psicoanálisis libra una batalla perdida contra un modo de tratamiento de lo Real que se impone con fuerza voraz, diagnosticando, estructurando y silenciando. Podemos reducirnos a ello, pero sabiendo que de ningún modo estamos haciendo psicoanálisis.

IV Diagnóstico en psicoanálisis

*“En general, no es muy importante
cómo se nombren los cuadros clínicos”
(Freud, 1911)*

Pasaremos ahora a considerar cómo funciona el diagnóstico en una práctica que no tiende a la clasificación como fin del proceso, aunque no deja de referenciarse a través de ciertas estructuras.

Tal como señala Soler: “un diagnóstico consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta” (Soler, 1995: 34). Ahora bien, ¿cuál es ese material clínico? No otro que el discurso del analizante.

Hay que tener presente que las coordenadas clínicas no son las mismas que en la medicina, en la psiquiatría. El analista trabaja y habilita la emergencia de un sujeto capaz de ubicar y advertir su responsabilidad en el padecer que lo aqueja, dentro de un marco transferencial donde operará una terceridad que no es otra que la palabra, el decir del analizante.

En psicoanálisis es un síntoma aquello que el sujeto considera como síntoma. Mientras no considere un rasgo como síntoma, éste permanecerá inerte, permanecerá como un enclave en la palabra analizante. Hay entonces una disyunción entre la presencia o la ausencia de los síntomas buscados por el médico, y aquellos que permiten entrar en psicoanálisis. (Soler, 2009, 19)

Por lo tanto el dispositivo analítico permite la emergencia de la singularidad de cada sujeto en análisis y donde es imposible hacer observaciones empíricas sobre realidades externas al suceder significativo, por lo cual tampoco podemos considerar al analista como aquel clínico de antaño que observaba, con todo el rigor de la mirada y la semántica, los signos del sufriente.

Habrá que pensar cómo será el diagnóstico en un campo que suspende las certidumbres del sujeto, descentra el eje del saber mismo y dialectiza los discursos. Como señala Muñoz (2011):

El diagnóstico, en tanto práctica que desembarca en el psicoanálisis tomada prestada de la práctica médica, supone preocuparse por la correspondencia de un caso clínico con un nombre en una clasificación que, como tal, depende del lenguaje y entonces ineludiblemente será arbitraria. El problema que este *furor categorizandis* acarrea para el psicoanálisis al importarlo desprevenidamente es que eso necesariamente excluye lo singular del caso y se limita a reconocer lo que de él se parece a otros. Hay allí una tensión que resulta irreductible. (40-41)

En psicoanálisis no hay síntomas a partir de la mirada del Otro que lo clasifica como perteneciente a una especie mórbida a partir de ciertos signos que lo esclarecen, sino que el síntoma es establecido como tal por quien habla de él a Otro y lo reconoce como tal en un marco transferencial al presentarlo como un significativo (el de la transferencia) que supone un sujeto.

El sujeto de que se trata no es *causa sui* sino efecto del lenguaje. Pero esto no implica que Lacan lo conciba como una pieza de la maquinaria simbólica -la estructura- que puede cumplir eficazmente con una función precisa en ella. Por el contrario, el sujeto es allí lo que falla, lo que no responde, lo imprevisible e incalculable. Si del lado de la ciencia no se ha dejado de pensar en un sujeto totalmente calculable que podría reducirse a algún coeficiente o a un nombre en una clasificación, el psicoanálisis revela la imposibilidad de dicha reducción. (Muñoz, 2011: 46)

Sin embargo, tanto Freud como Lacan toman prestados etiquetas propias de la psicopatología psiquiátrica, ya sea para reformularlas o aplicarlas. Es que no se debe caer en la intolerancia a toda estructura, podemos hablar de particularidades en un caso para acceder a las especificidades del mismo. Pero debe ser un movimiento a tener en claro, no es lo mismo hacer un diferencial con el fin de corroborar a posteriori el parecer primigenio, que hacerlo en virtud de una mejor adaptabilidad a las necesidades del sujeto, a fin de poder dar crédito a su singularidad.

Cito a Lorena Danieluk, Presidente de la Asociación de Psicoanálisis de Misiones (APM), quien señala:

Freud en la construcción de sus criterios diagnósticos partiría de un nominalismo, de lo particular, en tanto maneja más bien tipos clínicos: histeria, obsesión, confusión alucinatoria. Es decir, no opera de entrada con las estructuras. Lo que trata de universalizar, son criterios que dependerán del momento teórico en el que se encuentra. (Danieluk, 2009)

Y renuevo la cita para incluir un párrafo que resume todo lo antedicho: “En psicoanálisis, al diagnosticar, asistimos a una doble operación: por un lado, clasificamos, cuando ubicamos a cada uno en el conjunto con otros por sus semejanzas; por otro, desclasificamos, cuando lo retiramos de cualquier conjunto por sus diferencias” (Danieluk, 2009)

Un debate totalmente actual y del cual se ha derramado mucha tinta ya, y al cual solo lo abordaremos lateralmente, pero que hace a toda la cuestión del diagnóstico en psicoanálisis es el tema de las *estructuras clínicas*.

Este sintagma ha imperado desde hace varias décadas actuando muchas veces como un obstáculo en el devenir de nuestra clínica. Los tres grandes cuadros sobre el cual se sigue girando a la forma de la figura topológica del toro, es la *neurosis*, *psicosis*, *perversión* con la imposibilidad de salirse de la contingencia que a cada uno le toca.

Rodriguez Ponte (2010) nos dice que Lacan, ni en los Escritos, ni en los seminarios, ni en ninguna de las páginas de los documentos inéditos habló de “estructuras clínicas”. Nos refiere una divertida anécdota que tuvo con su mujer, a la cual le comentó este último dato, obteniendo como respuesta por parte de ella “eso no les impide existir”.

¡Y vaya si existen! Uno casi no puede evitar darse de bruces son ellas a cada momento. La pregunta es ¿qué estatuto le damos a estas estructuras? Porque así como se ha hecho entidad en la clasificación, se presuponen determinados mecanismos de acción para cada una. Entonces tenemos Renegación, Represión, Forclusión para luego decir que en la Psicosis no hay deseo, o sujeto o fantasma; o dentro de la Neurosis se afirma que en la Histeria hay deseo insatisfecho y en el obsesivo procrastinación del mismo.

Todas estas fórmulas, de memoria, que se recitan al modo de un padrenuestro han tenido pretensiones patologizantes que bien es pasible de encontrarse en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales.

El psicoanálisis no obra a la manera de un catálogo y al ser una práctica que se reinventa cada vez, contiene en sí misma la noción de que cada caso es singular y no podemos servirnos de experiencias previas. Lo dice Lacan en su “*Autocomentario*”, donde expresa que “si he hablado de los tipos clínicos, no ha sido sin razón. Quisiera hacer una observación, y es que los sujetos de un tipo (histérico u obsesivo según la vieja clínica) no tienen utilidad alguna para los demás del mismo tipo” (Lacan, 1973)

Nuestro deber es agujerear estas estructuras, a la manera de los toneles que nos proponía Lacan, para entender que el concepto nunca puede atrapar la cosa toda.

La confusión referida a éstas estructuras clínicas quizá provenga de una mala lectura hecha a Lacan, quien en su seminario IV, al comienzo de la primera clase introductoria nos dice que lo titulará “La relación de objeto y las estructuras freudianas”, y dice que al seminario anterior, lo llamó: “Las estructuras freudianas en el campo de las psicosis”

Pero esta lectura lacaniana, a partir del auge del estructuralismo francés, apunta a un análisis de la obra de Freud a partir del auxilio de la lingüística de Saussure y de Jakobson para hablar de un inconsciente estructurado como un lenguaje con sus leyes propias, como la condensación o el desplazamiento y llevarlas al terreno de la metáfora y la metonimia.

Hay que mencionar también, que Lacan dialoga con otro momento de la psiquiatría y desde su seno mismo, ya que toda su enseñanza se desarrolla durante el período en el que se instala el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, que apunta a la fragmentación y acumulación de categorías nosográfica, que permitieron, hay que decirlo, un ordenamiento sobre los trastornos mórbidos, pero que, en su carácter genérico y de manera irónica, llevó a acumular clases de enfermedades cada vez más dispersas, más individuales, que tiende a atrapar el fenómeno cayendo en la desestructuración clínica.

Sobrados ejemplos podríamos citar en la CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades o en el DSM (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), sobre todo en éste último, que en sus revisiones periódicas nos recompensa con el aumento considerable de trastornos y/o subdivisiones.

Nosotros somos analistas, cierto es, pero muchas veces no nos exceptuamos de utilizar nuestro propio manual descriptivo, haciéndonos eco de muletillas lacanianas o freudianas y alienando las estructuras.

Rodriguez Ponte (2010) cita a Lacan en el seminario *La identificación*, clase del 13 de julio de 1962 nos dice: “el neurótico, el psicótico como el perverso no son más que caras de la estructura normal” (p. 12)

Entonces nos dice el autor: “Concluyendo entonces en que la estructura es una, que presenta diversas caras que son las diferentes maneras de responder a la falla de la estructura, nombrada por Lacan como carencia del Otro” (Rodriguez Ponte, 2010)

Y sigue diciendo Rodríguez Ponte (2012), renovando la cita de Lacan:

'Es por esto que, antes de alcanzar la clínica, siempre demasiado fácil para volvernos a meter en los caminos trillados de verdades a cuyo estado velado nos acomodamos muy bien, a saber: ¿qué es el objeto del deseo para el neurótico, o incluso para el perverso, o incluso para el psicótico? No es esto, este muestreo, esta diversidad de los colores que no servirá nunca más que para hacernos perder algunos mapas que son más interesantes'. (12)

Todo lo mencionado lleva un problema implícito que no es menor, y es el hecho de que si bien es de considerar la práctica analítica como de lo particular a partir de un goce que se inscribe singularmente, donde los tipos clínicos no se universalizan y donde hay que reinventarnos cada vez, ¿qué lugar hay para la transmisión, siendo que la clínica parte de lo Real, que es un imposible? En tanto los analistas hablan de su práctica, en tanto que dan testimonio de lo que hacen ubicados en el lugar del analista, bordean lo real imposible de transmitir. Intrasmisible que, vaya paradoja, es lo que da origen a la transmisión posible.

Por eso creo conveniente, a pesar de haberlo considerado ya, no caer en un reduccionismo de reduccionismos, es decir, que en el afán de promulgar el devenir del caso por caso, no desconozcamos las enseñanzas freudianas, que permitió flexibilizar la forma de hacer nosografía, en una relación más laxa con el nominalismo ortodoxo de la psiquiatría, pero sin desestimar las características comunes que se presentaban en cada caso.

Creo que la propuesta es similar a la que se plantea en *Vindicación de la psicopatología*:

Creo que hay, en estas alegaciones y de un modo tan implícito como efectivo, una confusión entre psicopatología psicoanalítica y psicopatología psiquiátrica. Ésta última es taxonómica y su tarea fundamental consiste en subsumir un caso particular en una regla general. La psicoanalítica es, antes que nada un "trayecto", es decir un curso de navegación que tiene que bordear obstáculos, franquear pasos y, sobre todo, tomar decisiones en momentos cruciales, que son los momentos en que emerge ese "poco de libertad" de que nos habla Lacan. No es una colección de rasgos fijos que operan gracias a un método de presencia o ausencia (si padece amnesia, entonces tal y cual cosa; si no la padece, entonces esto otro; si se calla para no ser repetitivo, entonces...), sino un instrumento flexible para saber lo que es posible saber, lo que es necesario aquilatar y los límites de la imposibilidad, de tal modo que en cada caso sea posible situar las alternativas del analizante en función de la tríada acto, pasaje al acto, *acting out*; y ya se sabe que el acto está entre el *acting* y el pasaje, del mismo modo en que el síntoma está entre la inhibición y la angustia.

Así, diagnosticar no consiste en subsumir un ejemplar en una clase nosográfica, sino en delinear lo que más arriba llamé trayecto: el trayecto de alguien situado frente a sus alternativas. Debemos, sin duda, separar la clínica de la psicopatología, pero para permear a ésta en el máximo grado posible por aquélla, no para instaurar un empirismo sin principios. (Ritvo, 2003)

Para finalizar quiero rescatar esto; no buscamos aniquilar las referencias diagnósticas, pero sí considerar sus usos y abusos, servirse de él en la medida que nos dé coordenadas útiles y no en virtud de la mera alienación; ese es nuestro cometido, salir de lo tutelar y laicizar nuestra clínica.

Creo que quienes denuncian el uso de los diagnósticos se equivocan en el blanco. En el plano epistémico y práctico, tenemos necesidad de los diagnósticos bajo la pena de ser irresponsables. El abuso posible, si hay alguno, es un abuso a nivel de la predicación ética y de lo que inspira el juicio ético que es interno al diagnóstico. Ahí, efectivamente, puede haber usos del diagnóstico poco recomendables. (Soler, 2009: 25)

Entonces hay usos de clasificaciones y de estructuras, y hay abusos también. Creo que no debemos perder el eje de la singularidad de cada sujeto, y que todo arribo a un diagnóstico responde a una manera de ordenamiento necesario, pero no taxativo y mucho menos hacer de ello nominalismo.

CONCLUSIÓN

La dificultad inherente a todo momento de concluir, no es otra cosa, *per se*, que el corte a un recorrido discursivo. Máxime en una problemática que tiende a la dilatación, por los saberes que se expanden con enmiendas eventuales, por la necesidad de soluciones inmediatas, por el descrédito al psicoanálisis, por el acceso ilimitado al saber y sus resultados, donde no hay tiempo para los procesos, ni siquiera a los procesos diagnósticos.

No podemos evitarlo, necesitamos el saber sobre nuestro padecimiento, sus motivos, y su desenlace. Más aún, tenemos los métodos e instrumentos al alcance de la mano para aunar en un solo movimiento prestidigitador el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento.

Si el diagnóstico es tranquilizador es porque conduce al adormecimiento, intentando diluir lo singular en categorías preestablecidas.

Cada época tiene su forma de tipificar el mundo. El auge de la Clínica médica tal como la vimos y el Diagnóstico mismo, respondieron a un quiebre con la tradición secular de antaño, alzando la bandera del iluminismo y la razón con la promesa de que el progreso encontraría el cauce para hacer feliz a los hombres.

De ello se ha gestado un poder que, si tiene tanto éxito, es porque es muy difícil tratar de pensar de otra manera que como se piensa. A eso Foucault nos convoca, a pensar de otra manera e interrogar nuestro atravesamiento.

Hoy día, aunque sea mayor el escepticismo, oímos escuchar viejas rémoras que proclaman el avance de la técnica y el conocimiento en pos de aniquilar el sufrimiento, de remover los síntomas, de acortar los duelos, de medicalizar la existencia.

Entonces ¿qué podemos demandar a una práctica que sólo ofrecerá un semblante de saber, donde no existe síntoma sin un sujeto que lo acuse como tal asumiendo su responsabilidad, que no cree en los tiempos cronológicos y dispone de la transferencia y la palabra como soportes de su dispositivo?

La introducción de la posición del analista y la dimensión ética en juego altera la noción de diagnóstico que contempla la psiquiatría/medicina. El diagnóstico en psicoanálisis no se refiere a una clasificación descriptiva establecida de antemano, ya que la inclusión del analista y la lectura de la relación que tiene un sujeto con lo que dice, plantea una trama compleja que no se reduce de ningún modo a una clasificación objetiva de manual. El diagnóstico es una construcción, no es un observable ni es inmanente a los dichos de un paciente

En esta línea Miller destaca que “incluso cuando el cuadro clínico se revela sin ambigüedad, y cuando puede formularse un diagnóstico en los términos más clásicos, algo del sentido queda en suspenso. La espera del nombre resulta decepcionada, porque se capta en las presentaciones un real en juego que no se deja capturar” (Miller, 1987: 156).

Una y mil veces hay que decirlo: no se trata de erradicar el diagnóstico, no se trata de demonizar los medicamentos, ni la clínica médica, ni psiquiátrica. Se trata de cuestionar, de interpelar, de interrogar y de redundar. Las redundancias son las que más significado suelen tener en este oficio.

Me dispongo a embarcarme en una profesión en la que la escucha es fundamental. Las vías del equívoco, los sinsentidos, la angustia, etc., indican que no hay garante de la verdad, no hay ningún ideal que reivindicar. Todos estos conceptos forman parte de un mecanismo que muchas veces puede alejarse del ideal terapéutico. Pero de eso se trata, de proponer una forma de tratamiento del sufrimiento subjetivo que respete los tiempos singulares, que no busque sustancializar bajo rótulos que, a la sazón, eternizan; que no proponga recetas inmediatas que aplasten el decir.

En psicoanálisis no desconocemos la transmisión, los avatares que se transitaron para poder sacudir viejas máximas clínicas, pero sabemos que la experiencia de traspasar por un análisis propio es la forma en que se nos habilita para ser psicoanalistas. Corresponde a una posición ética, más allá de las incumbencias académicas.

También considero que hay una posición ética con respecto al diagnóstico, que no es la misma que en la psiquiatría.

Para el psiquiatra, en tanto que agente de la salud mental, los diagnósticos, poco o mucho, en último análisis, refieren siempre a la adaptación social, a la peligrosidad o no.

La evaluación ética del diagnóstico psicoanalítica no tiene ese referente, sino que se refiere a lo que apunta el psicoanálisis: a saber encontrarse en el inconsciente -ese es el deber analítico-. (Soler, 2009: 25)

Estoy en ese trayecto de la experiencia, y nada mejor que ello para devenir analista. Lo demás es reinención, es tomar posturas, es congraciarse con determinado corpus teórico. No digo que sea menos importante, pero responde a una forma de posicionarme frente al gran deseo que tengo de devenir analista, el de considerar que el final de la carrera es un imposible, inscripto en una lógica del no-todo, pues no cesamos de devenir.

BIBLIOGRAFÍA

- Basaglia, F.; Langer, M. y otros (2006). *Razón, locura y sociedad*. México, Siglo XXI
- Bercherie, P. (1986) *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Manantial, Buenos Aires.
- Clavreul, J. (1978) *El orden médico*. Buenos Aires, Argot.
- Danieluk, L. (2009) *Psicoanálisis: Principios y Finalidades*. Texto publicado en Revista *Conceptual -Estudios de psicoanálisis-* nro. 10 el 16 de mayo de 2009. Museo Provincial Yaparí. Posadas-Misiones. Instituto Oscar Masotta (I.O.M.) 1° Jornadas del Litoral – Hacia el Bicentenario
- Endestein, A. (2008) *Las estructuras clínicas a partir de Lacan*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Foucault, M. (2008) *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores.
- Freud, S. (1992) *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descripto autobiográficamente*. En Obras completas, t. XII. Buenos Aires, Amorrortu.
- Lacan, J. (2012) *Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos*. Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (1977) *Apertura de la sección clínica*. En *Ornicar*, nº 3. Revista de Psicoanálisis. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.cieccordoba.com.ar/institucion/documentos-institucionales/51-apertura-de-la-seccion-clinica>.
- Lacan, J. (2008) *Autocomentarios*. Recuperado EL 27 de Agosto de 2008 en: <http://elpsicoanalistalector.blogspot.com.ar/2008/08/jacques-lacan-autocomentario-2-de.html>
- Le Guafey, G. (2004) *¿Es el analista un clínico?* En *Opacidades Revista de Psicoanálisis* nº3. . Buenos Aires, Cerneador.
- Miller, J. A. (1987). *Matemas I*. Enseñanzas de la presentación de enfermos. Buenos Aires, Manantial.
- Miller J.-A. (1994) *Matemas II*. Cap. Lacán Clínico Buenos Aires, Manantial.
- Muñoz, P. (2011) *Las locuras según Lacan: consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Ritvo, J. *Vindicación de la psicopatología*. Recuperado de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=705> 2003
- Rodríguez Ponte, R. (2010) *Sobre las estructuras clínicas*. En "Intervención en el Foro de Psicoanálisis de la Escuela Freudiana de Buenos Aires". Buenos Aires.
- Soler, C. (2009) *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires, Letra Viva.

