



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

¿Es posible el diagnóstico en la infancia desde una perspectiva psicoanalítica?

Investigación bibliográfica

Autora: Di Marco Agostina

Legajo: D-5236/1

DNI: 38.563.322

Docente responsable: Decorte Valeria

Año: 2023

Agradecimientos

Agradezco a la Facultad de Psicología la que, publica, gratuita y comunitaria me permitió transitarla y hacerla propia.

A los docentes que tanto me enseñaron y acompañaron en el camino, especialmente a Decorte Valeria, mi tutora en este Trabajo Final y a Sebastián Roma, quien desde el *espacio tif* fue partícipe de la construcción del misma.

A los compañeros que tuve el gusto de conocer y que muchos se transformaron en grandes amigos, ellos hicieron el tránsito por la facultad mucho más lindo.

A todos mis afectos que acompañaron y sostuvieron todos estos años haciendo que el camino se haga un poco más fácil. Mención especial para mi mamá y papá que hicieron posible que pudiera estudiar en primer lugar y estuvieron siempre apoyándome.

Índice:

	1
1. Resumen.....	3
2. Objetivos:	4
3. Introducción.....	5

4. Desarrollo	7
4.1 El diagnóstico médico y sus orígenes.....	7
4.2 ¿Es posible un diagnóstico en psicoanálisis?	8
4.3 El diagnóstico en la niñez	12
5. Conclusión.....	16
6. Bibliografía	17

1. Resumen

En la presente investigación bibliográfica se intenta una reflexión sobre lo que implica hacer un diagnóstico en la infancia desde una perspectiva psicoanalítica. Para ello,

en primer lugar, se aspira a establecer una diferencia entre, por un lado, el diagnóstico médico y, por otro lado, el diagnóstico desde el psicoanálisis. Se erigen como objetivos, en primer lugar, el de discernir como cada una de estas perspectivas piensa el padecimiento y sus manifestaciones: en tanto síntoma o en tanto signo; en segundo lugar, interesa describir el diagnóstico en psicoanálisis como un proceso que permite descubrir la conyuntura fantasmática del sujeto que llega a análisis y para ello se parte de los síntomas que permiten retroactivamente reconstruir su fantasma. Por último, se ansía investigar sobre las características propias del diagnóstico en la infancia desde esta perspectiva y el papel que juegan los padres en la constitución subjetiva del niño que recibe el diagnóstico, entendiendo que en la consulta con un niño también intervienen sus vínculos primordiales, los cuales aportan significado y traducen las vivencias del mismo, vivencias que dejarán una huella. Además, es necesario remarcar que los mecanismos y las estructuras que en esta etapa tienen lugar no están cerrados por lo tanto el proceso diagnóstico desde esta perspectiva funciona como guía y busca posibilitar otros devenires.

Palabras claves: Diagnóstico, Psicoanálisis, Infancia, Síntoma, Fantasma.

Objetivo general:

- Establecer una relación/tensión entre la lectura que hace el psicoanálisis del diagnóstico y la lectura que hace del mismo la medicina.

Objetivos específicos:

- Indagar sobre la importancia y la función del diagnóstico en la clínica psicoanalítica.
- Investigar respecto de las características propias del diagnóstico en la infancia.
- Examinar el lugar de los padres en la constitución subjetiva del niño que recibe el diagnóstico.

En el presente recorrido, se intentará realizar una posible lectura sobre el diagnóstico en la infancia desde un marco epistemológico psicoanalítico. En relación a la temática mencionada surgen algunos interrogantes respecto a qué implica hacer un diagnóstico en esta etapa de la vida. En consonancia, interesa reconocer si el psicoanálisis lo contempla como un elemento posible dentro de la dirección de la cura. Para intentar abordar estas incógnitas, es importante preguntarse cómo se pueden pensar los síntomas desde el psicoanálisis. Es así que, a partir de estos interrogantes se intentará indagar sobre estas cuestiones tomando autores como Freud, Lacan, Bleichmar, entre otros.

Para llevar a cabo este abordaje es importante que se sitúen ciertas categorías que se irán encadenando a medida que avance el recorrido. En una primera instancia, se partirá de la categoría de diagnóstico. Es posible anticipar que, en relación a la misma existen dos posiciones diferentes: por un lado, el diagnóstico médico, cuyo lenguaje dará cuenta de la enfermedad descubriendo sus causas naturales. Este discurso se funda en el rechazo del discurso del enfermo en tanto sufrimiento y solo se formula en los términos que constituyen un síndrome dentro de una nosología desde esta lógica se captura la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico (Thompson, 2014).

Por otro lado, existe otro tipo de forma de situar el diagnóstico y esta refiere a la lectura del Psicoanálisis inaugurada por Freud, su creador. En relación a esto, Ritvo (2019) expone que en psicoanálisis diagnosticar a alguien quiere decir descubrir la coyuntura fantasmática de ese sujeto. Desde esta perspectiva se parte de lo particular para desde ahí buscar la generalidad, una generalidad problemática que hay que interrogar y que no está dada en ningún caso. Esta perspectiva remite al posicionamiento de un sujeto y la forma singular en la que se articula su síntoma.

Es posible entonces pensar que una de las grandes diferencias entre las antes mencionadas perspectivas diagnósticas es la forma en la que leen el padecimiento y sus manifestaciones: en tanto signo o en tanto síntoma.

Para sostener esa coyuntura interesa retomar los aportes de Guy Le Gaufey (2002) quien hace referencia a que en el hospital clínico los signos valen por sí mismos, componen un mensaje que el clínico debe descifrar uno por uno. En cambio, con Freud se corta el lazo con la inteligencia del signo establecida por la clínica y el analista ofrece al paciente el albergue en el cual toda realidad está en suspenso.

En relación a ello, será de provecho también situar la lectura que realiza Lacan (2019) en su seminario 10, titulado *La Angustia*, el cual fue dictado en 1962-1963 y en el que advierte que en el proceder analítico no se parte del enunciado del síntoma sino del reconocimiento de que eso funciona así; entonces el primer paso de un análisis es que el síntoma se constituya en su forma clásica, que salga del estado de enigma informulado y que en el sujeto se perfile algo tal que le sugiera que hay una causa para eso.

Es necesario, antes bien, situar la cuestión de la infancia en tanto etapa en la que puede articularse un diagnóstico. La misma es entendida como una etapa muy significativa, es un tiempo de estructuración del aparato psíquico, en donde el inconsciente no se encuentra desde los orígenes, sino que es establecido por fundación, donde la represión tiene un lugar central.

Por último, cabe remarcar que en la actualidad desde que existe la categoría de diagnóstico, la infancia ha sido destinataria de la misma, adosándosele un título a cada uno de esos niños que escapa a una supuesta *normalidad*. Por eso es vital interrogarse

sobre el lugar que tiene dicho diagnóstico en la infancia y cómo impacta en el niño.

5

Es por esto que se apuesta a una perspectiva de lectura psicoanalítica que proponga una manera diferente de pensar el diagnóstico, la cual no deje por fuera la subjetividad y el contexto en el que se estructura la infancia de ese niño.

4.1 El diagnóstico médico y sus orígenes

En el presente recorrido, es menester intentar pesquisar cómo se ha entendido el diagnóstico a lo largo de la historia de la clínica médica. Se considera oportuno comenzar por indagar la posición tradicional del médico respecto al diagnóstico, sus orígenes y su importancia lo cual posibilita luego el análisis sobre la perspectiva psicoanalítica respecto al mismo.

Para poder hacer este recorrido es vital considerar a Foucault (2004) quien en el escrito titulado *El nacimiento de la clínica* advierte que ya antes del siglo XVIII existía la clínica. En este sentido, la medicina antes de toda creencia y de todo sistema implicaba la relación inmediata del sufrimiento con aquello que lo alivia. Era una relación de instinto, y establecida sin mediación del saber.

En esta época, las experiencias eran transmitidas a los otros, pasaban de padres a hijos. Antes de ser un saber la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma, pero la decadencia de esta metodología de transmisión comienza cuando se inaugura la escritura y el secreto por lo que se reparte el saber solo a un grupo privilegiado. Es la clínica la que da a la medicina su verdadero nacimiento histórico, es por ello que Foucault considera la clínica como el tiempo positivo del saber (2004).

Siguiendo al autor, en el siglo XVIII la clínica debía reunir y hacer sensible el cuerpo organizado de la nosología, debía formar constitucionalmente un campo nosológico enteramente estructurado. Así, se abordaban enfermedades cuyo portador era indiferente, por lo que eran las mismas y sus diferencias lo que le servía de texto. En este momento histórico, no se conocía la verdad sino bajo una forma sintética, bajo la mirada y el lenguaje. No se trataba de un examen sino de un descriptamiento. Pero, es en los últimos años de este siglo que la clínica va a reestructurarse.

Según lo expresa el antes mencionado autor, la clínica es el primer intento desde el *Renacimiento* de formar una ciencia únicamente sostenida sobre el campo perceptivo y una práctica sostenida sobre el ejercicio de la mirada. Esto supone suspender la interrogación, primando la visibilidad de la enfermedad. La mirada médica es la que abre el secreto de la enfermedad y esta posibilidad de ver es la que hace a la enfermedad penetrable a la percepción.

Por otro lado, Le Gaufey (2002) informa que el objeto de la mirada clínica se encontraba en el hospital y lo que se presentificaba allí era un conjunto de signos que planteaban problemas semiológicos y revelaban la presencia de tal o cual enfermedad. Hubo así un cambio de valor de lo visible. Los signos valían por sí mismos, componían un mensaje que el clínico debía descifrar signo por signo, letra por letra.

Tiempo más tarde, en el siglo XIX la psiquiatría emerge como espacio de respuesta a los interrogantes de la locura y las exigencias de disciplinamiento de la sociedad democrática e industrial hacia el saber médico. La producción de este saber estuvo regida por su capacidad de responder a la pregunta, proveniente del poder judicial, acerca de si alguien estaba loco o no. Con las respuestas emergió el saber y el poder del psiquiatra. A la vez, mediante la descripción de los síntomas, debía existir un diagnóstico diferencial que le permitiera alojar al paciente en algunos de los cuadros clínicos. En estos años se formó gran parte de la clasificación, nominación y pronóstico de las llamadas *enfermedades mentales* (Capurro 2008).

Se entiende así que el diagnóstico médico da cuenta de la enfermedad a partir de descubrir sus causas naturales. Se puede considerar que esta lógica se funda en el

rechazo del

7

discurso del enfermo en tanto sufrimiento, este es solo formulable en los términos que constituyen un síndrome dentro de una nosología. Se captura la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico, se involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, y se implica un proceso que excluye el lugar del sujeto (Capurro, 2008).

A partir de lo mencionado respecto a la historia de la mirada médica y su forma de sostener el saber, es posible situar algunas cuestiones respecto a la psicopatología, la cual se posiciona desde un discurso médico anclado a la lógica clínica. Esta psicopatología puede considerarse taxonómica en tanto consiste en subsumir un caso particular en una regla general.

En la psicopatología, igual que en la clínica que describía Foucault, el saber clínico tuvo que inventarse una terminología rígida, ya que se trataba de conjugar la singularidad de lo visto con la homogeneidad de lo transmisible. Se trataba de fabricar una batería mínima cuyos términos se encontrarían en todas las manifestaciones que se pudieran visualizar. No se trataba de percibir una enfermedad en sí misma, sino sus ladrillos, los signos mínimos con lo que el clínico diferenciaría entre tal o cual enfermedad. Es así que, el diagnóstico surge como una conclusión hipotética (Le Gaufey, 2002).

Le Gaufey expresa que en la mirada de la clínica médica lo que reina no son las enfermedades, sino conjuntos de signos que plantean problemas semiológicos y revelan la presencia indirecta de tal o cual enfermedad. Los signos valen por sí mismos, componen un mensaje que el clínico debe descifrar signo por signo (2002).

Este mismo actuar indica que el fundamento de la clínica médica es instalar un tercero, en ella encontramos: el enfermo, que presenta un cierto número de signos; el clínico, en posición de leer esos signos y por otro lado el público, en el cual la clínica busca operar una transformación, el lugar donde el signo será, gracias al clínico, descifrado.

Se comprende entonces que para el diagnóstico médico lo importante es poder encajar los signos que el paciente presenta en una categoría que lo aloje, una categoría que podría volverse inamovible y que consideramos puede convertirse en una etiqueta que se aloja al sujeto sin posibilidad de modificación. Desde esta lógica el porqué del sufrimiento no parece ser importante, no hay lugar para la singularidad del caso, lo que realmente importante es excluir, inmovilizar a lo que cae por fuera de la norma.

4.2 ¿Es posible un diagnóstico en psicoanálisis?

Teniendo en cuenta el recorrido realizado en el apartado anterior, es necesario indagar sobre la posibilidad de hacer un diagnóstico desde una perspectiva psicoanalítica. En relación a ello, Capurro (2008) menciona que la histeria pone a prueba el saber psiquiátrico del siglo, en tanto se plantea una doble dificultad para la medicina de la época: por un lado, escuchar a quien le habla para llegar a constituirlo como perteneciendo o no a tal cuadro diagnóstico, y por otro lado, integrar el cuerpo de las histéricas al cuerpo de la medicina, en tanto estas histéricas hicieron aparecer, con su decir y con sus síntomas, otro saber sobre el cuerpo y otro cuerpo: el cuerpo sexual que muestra, teatraliza y se ofrece, con sus demandas, al médico.

En un contexto como el del siglo XIX donde los cuadros nosográficos creados obedecían al afán taxonómico que, desde Linneo, considerado padre de la taxonomía, se imponían en los ámbitos de la ciencia, en donde los alienistas buscaban ordenar el

herbario de las flores del mal con la pretensión de circunscribir con un nombre una patología mental, una enfermedad, identificada por un conjunto de síntomas, a lo que se le suponía un sustrato biológico. A partir de aquí Freud propone partir de una psicopatología que se

8

sostenga en una lógica de clases, como lo son las clasificaciones del saber psiquiátrico. Estas hoy son percibidas como ajenas a la especificidad del saber analítico el cual está ligado a la invención de un método de tratamiento que da lugar a la absoluta singularidad (Capurro, 2008).

Dejándose conducir por el decir de las llamadas históricas, Freud localizó otro tipo de saber, el de una razón resonante y particular, ligada a los sueños y a los síntomas de cada cual, al que llamo el inconsciente (Capurro, 2008).

La lógica de las clasificaciones psiquiátricas impregnó a las psicopatologías que se elaboraron, incluso con la participación de Freud, pero el alcance de la ruptura epistemológica que introdujo su invención se hizo notar. Siguiendo a Le Gaufey (2002) se captó que es Freud quien corta casi por completo el último lazo que había quedado con la clínica anterior.

A estas alturas es necesario mencionar que el psicoanálisis aparece como un nuevo método que permitió abordar la subjetividad y que puede ser considerado una vía de subjetivación, en tanto funciona mediante un análisis que se hace con los desechos del supuesto saber racional. Con Freud la razón cambia de lugar, el saber cambia de localización (Capurro, 2008).

Tiempo más tarde el nuevo dispositivo exige una nueva lógica. Es la enseñanza de Lacan la que permite plantear hoy esa disyunción entre el saber científico del médico psiquiatra y el saber del psicoanalista. La teorización del seminarista desestabiliza los equilibrios conceptuales y abre la pregunta acerca de qué tipo de teoría requiere la práctica analítica y en particular qué uso y manejo hacer de los términos opuestos de normal y patológico en la medida en que pretenden enunciar universales que abarcarían a todos los individuos subsumidos bajo tal o cual categoría.

Lacan reconoce el impacto que la clínica médica ha producido en el psicoanálisis, y plantea que el psicoanálisis ha incidido en la clínica psiquiátrica, pero aún hay que demostrarlo. Él retorna a los casos freudianos como referencia y las categorías que Freud utiliza para nombrar los mismos, pero esas categorías son las de la psiquiatría de la época freudiana, transformadas en *grandes estructuras psicopatológicas* por el paradigma vigente. Entonces, la novedad que Lacan propone es llamar *estructuras freudianas* a las *estructuras del lenguaje*. Así, se entiende que despegarse de la medicina y de la clínica es un proceso muy costoso que puede rastrearse tanto en la historia de Freud como de Lacan y es parte de la reinención que le toca a cada analista (Colovini, 2013).

Para poder pensar la posibilidad de un diagnóstico desde una perspectiva psicoanalítica se considera menester hacer mención a una noción lacaniana, la noción de *fantasma*. En las obras del mencionado autor aparece una fórmula simbólica que permite nombrar dicho fantasma: $(\$a)$, fórmula que explica diciendo que la relación con la imagen del otro: $i(a)$, se sitúa en una experiencia integrada en el circuito primitivo de la demanda, en el cual el sujeto se dirige primero al Otro para satisfacer sus necesidades. En algún lugar de este circuito se produce la acomodación transactivista, el efecto de prestancia que pone al sujeto en una determinada relación con su semejante en cuanto tal. La relación de la imagen se encuentra en el nivel de las experiencias e incluso del tiempo en que el sujeto entra en el juego de la palabra. Una vez establecido esto, en el otro campo donde

buscamos las vías de la realización del deseo del sujeto mediante el acceso al deseo de Otro, la función del fantasma se sitúa en un punto homólogo, es decir en ($\$ \diamond a$) (Lacan, 2019b).

En relación a esto, Lacan menciona: “El fantasma lo definiremos, si les parece, como lo imaginario capturado en cierto uso del significante” (2019b, p.417). En concordancia a esto expresa que si lo plantea en estos términos nos estamos refiriendo a escenas, guiones, es algo profundamente articulado con el significante. Cada vez que se habla de fantasma, no hay que obviar este aspecto de guion o de historia que constituye una dimensión esencial

9

suya. Es algo que el sujeto articula en una escenificación en la que, además, se pone en juego él mismo.

Se concibe de esta manera al fantasma como la modalidad en la que cada sujeto se posiciona y que le permite relacionarse con un otro. En este sentido, aparece como un recorte, un marco a través del cual uno mira la realidad, como un montaje que opera como disfraz frente a la angustia. Es por esto que el fantasma vela y siempre está a punto de correrse, develarse.

Para él autor, esa es la forma verdadera de la pretendida relación de objeto. El fantasma garantiza al soporte del deseo su estructura mínima. En él se encuentran los dos términos a y $\$$, cuya doble relación entre uno y otro constituyen el fantasma.

Es necesario remarcar que en la enseñanza de Lacan se encuentra un pasaje de la lectura que él hace del fantasma, en tanto se halla que en la primera parte de su enseñanza considera al fantasma como mito e historia, pero luego en una segunda parte, aparece la referencia a la pérdida del *objeto a*.

A partir de aquí, el fantasma puede ser entendido como el modo en cómo el sujeto se ofrece al Otro, pero el modo tramposo como el sujeto se ofrece al Otro (Ritvo, 2019). Ritvo (2019) menciona que desde el psicoanálisis se concibe que diagnosticar a alguien quiere decir descubrir la coyuntura fantasmática de ese sujeto. Y esto refiere a una posición diferente a la de la clínica médica, ya que el fantasma es verdaderamente un universal singular. No existe *el* fantasma que agruparía a todos, sus rasgos solo se realizan por la vía de la singularidad.

De esta manera, se interpreta que cuando una persona llega a análisis lleva una verdad, relata ciertas hipótesis acerca de por qué le pasa lo que le pasa. Esta verdad es una construcción singular que habla de su propia historia. En análisis esta verdad es la que es interrogada para que esto que el sujeto sostiene sin ningún tipo de contradicción empiece a tambalear. Este corte no solo cambia el modo en que el sujeto comprende las cosas, sino que interviene en su propia posición fantasmática, hay algo que se devela.

Teniendo en cuenta esto, se razona que lo que le interesa al psicoanálisis es el vínculo que se establece entre el fantasma y los síntomas que produce el sujeto. De lo que se trata es del modo fantasmático que se articula en un sujeto y del modo singular que se articula en su síntoma. Se parte de los síntomas que permiten retroactivamente reconstituir el fantasma y desde ahí dirigirse a las otras estructuras pulsionales (Ritvo 2019).

Siguiendo a Ritvo (2016) se entiende que el diagnóstico en psicoanálisis es antes que nada un *trayecto*, es decir un curso de navegación que permite 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 habla Lacan. No es una colección de rasgos fijos que operan gracias a un método de presencia y de ausencia sino un instrumento flexible para saber lo que es posible saber, lo que es necesario aquilatar y los

límites de la imposibilidad. Diagnosticar no consiste en subsumir un ejemplar en una clase nosográfica, sino en delinear el trayecto: el trayecto de alguien situado frente a sus alternativas.

Siguiendo al autor, el mismo expone tres maneras de pensar a la estructura del fantasma desde Lacan. La primera es la fórmula del fantasma ($\$ \diamond a$), en la cual hay que identificar el *a* del paciente, pero esto para él es un disparate ya que el *a* es un proceso de vaciamiento complejo que se ubica en distintas estructuras, está siempre en permanente deslizamiento. El *objeto a* no es algo estático, sino la dinámica del vaciamiento, que concluye con la vida del paciente.

El *a* es el resto, lo irreductible del sujeto que surge cuando el sujeto lleva a cabo una primera operación interrogativa en A, el *a* es la diferencia entre el A-respuesta y el A-dado. En tanto que *a* es la caída de la operación subjetiva, en este resto reconoce

10

estructuralmente el objeto perdido. De esta manera, se puntualiza que el *objeto a* es un objeto externo a toda definición posible de la objetividad. (Lacan, 2019c). El sujeto se sirve de su fantasma con fines particulares. El fantasma está situado todo él en el lugar del Otro. En este sentido, el fantasma le sirve para defenderse de la angustia, para recubrir algo. El *a* que se encuentra en la fórmula del fantasma, el *a* del fantasma, no le pega, es un *a* postizo. Y además el medio de retener al Otro. El objeto que verdaderamente busca es una demanda, quiere que se lo demande, pero no quiere pagar el precio, no quiere dar nada. En análisis se busca que al menos de su equivalente, que el sujeto empiece dando un poco su síntoma (Lacan, 2019c).

En relación al síntoma, es posible agregar que en la experiencia analítica tiene un carácter problemático, se presenta como deseo. En este sentido Lacan menciona:

Llamo aquí síntoma, en su sentido más general, tanto al síntoma mórbido como al sueño o a cualquier cosa analizable. Lo que llamo síntoma, es lo que es analizable. El síntoma se presenta bajo una máscara, se presenta bajo una forma paradójica. (2019c, p.332)

La noción de máscara remite a que el deseo se presenta de forma ambigua y no permite orientar al sujeto con respecto a tal o cual objeto de la situación. Es un interés del sujeto por la situación misma, por la relación de deseo. Esto es lo que justamente expresa con el síntoma que aparece y es lo que Lacan llama el elemento de máscara del síntoma (Lacan, 2019c).

Siguiendo a Lacan, se establece que el síntoma no es un fenómeno clínico. El síntoma no son los pensamientos recurrentes, ni los dolores de cabeza intensos, ni los sinsabores amorosos. Lo que pone en reverso el psicoanálisis, es que el síntoma nunca es de uno. Nunca es solo del paciente que consulta, sino que incluye una figura que hasta este momento no se ha mencionado, la del analista. No hay síntoma sin un analista que lo lea. El analista forma parte del síntoma, cada analista leerá ese síntoma de una manera particular.

Entonces, si el diagnóstico psiquiátrico opera por la taxonomía, subsumiendo un caso particular en una regla general, el psicoanálisis opera de otro modo, el análisis es de lo particular, es transitar de lo particular a lo singular, de lo particular de los tipos de síntoma a lo singular del caso (Muñoz, 2011).

Lo que plantea Muñoz (2011) es que hay tipos de síntomas, pero cada uno es diferente de un sujeto a otro. La singularidad delinea el estilo único del sujeto. Lo singular es lo atípico. En psicoanálisis el diagnóstico demuestra la atipia generalizada, es decir, lo

que de cada caso es paradigmático.

Lacan (2019a) retomando a Freud advierte que para él en psicoanálisis siempre se trata de la aprehensión de un caso singular. Esto quiere decir que el interés, la esencia, el fundamento y la dimensión propia de un análisis es la reintegración por parte del sujeto de su historia hasta sus últimos límites sensibles, es decir hasta una dimensión que supera ampliamente los límites individuales.

Es importante resaltar que el síntoma no es algo ya dado al comienzo, sino que se completa en la transferencia, incluye al analista, ya que se dirige a este como mensaje inconsciente. Con frecuencia el síntoma se presenta bajo distintas máscaras. No llama a la interpretación, es claro que la misma es posible solo si la transferencia está establecida. Es acá cuando el síntoma se vuelve significativa.

Puede agregarse que el síntoma no es una llamada al Otro, sino goce revestido, se basta a sí mismo. Atraviesa la barrera del principio de placer y por eso ese goce suele

11

traducirse en displacer. Como ya se mencionó, deviene interpretable, comienza a dirigirse al Otro de la interpretación, en la medida en que es puesto en forma en el dispositivo analítico. Se acentúa una transformación de un síntoma-goce a un síntoma -mensaje (Schejtman, 2013).

Lacan informa que el síntoma se muestra distinto de lo que es y para interpretarlo es necesaria la transferencia. El proceder analítico no parte del enunciado del síntoma, el cual está caracterizado por la compulsión y por la lucha ansiosa que lo acompaña, sino que parte del reconocimiento de que *eso funciona así* y el primer paso del análisis es que el síntoma se constituya en su forma clásica, que salga del estado de enigma y que en el sujeto se perfile algo tal que le sugiere que hay una causa para eso (Lacan, 2019b).

El diagnóstico en psicoanálisis implica que no hay síntoma que sea en sí mismo algo por fuera del sistema de relaciones con los otros elementos del sistema. Y, en consecuencia, se define la posición del analista como aquel que no sabe por qué opera con una estructura significativa co-variante en la que los elementos no significan nada en sí mismo previos a su intervención (Muñoz, 2011).

El síntoma, entonces entendido como el significativo de un significado reprimido en la conciencia del sujeto, se resuelve por entero en un análisis del lenguaje, porque él mismo está estructurado como tal, porque es lenguaje cuya palabra debe ser librada. El síntoma es pensado como su producto: una formación del inconsciente. El psicoanálisis se consagra a develar, desenmascarar, la relación con el goce, que es nuestro real en la medida en que está excluido (Schejtman, 2013).

Un ejemplo que plantea Muñoz (2011) para dar cuenta de lo anteriormente mencionado es que cuando un paciente se presenta como *soy un papanatas*, el analista no busca esa definición, sino que le pregunta qué es para él papanatas y le pide que asocie libremente para ver su articulación con otros significantes. Así, el analista es quien recibe y soporta el estatuto del síntoma.

De esta manera se razona que a pesar de que el psicoanálisis nace ligado a la lógica médica, con el cuestionamiento de Freud en un primer momento y luego de Lacan esa alianza se rompe, el psicoanálisis constituye un método que da lugar a la subjetividad y deja por fuera la necesidad de hacer encajar los signos en categorías específicas. Esta perspectiva tiene en cuenta los síntomas en tanto significantes que se ponen en juego en la transferencia y le permiten en su relación con otros significantes descubrir la coyuntura fantasmática de cada sujeto, se da paso al caso por caso y se aleja de la lógica que robotiza el malestar. Para el psicoanálisis el síntoma no es un diagnóstico ni hace

referencia a la estructura, sino que se vuelve interpretable si y sólo si se constituye la transferencia, el diagnóstico es un proceso que implica develar el fantasma y no una hipótesis acabada.

4.3 El diagnóstico en la niñez

A partir de la experiencia de las dos perspectivas mencionadas respecto al diagnóstico, se considera oportuno pensar dichos abordajes en la clínica de la niñez ya que es la etapa de la vida en la cual hace énfasis en este trabajo en particular.

Se concibe a la infancia como uno de los momentos más sensibles de la vida, el cerebro humano nace prematuro, necesita madurar y desarrollarse para actuar frente al medio exterior y en el campo psicológico comienza el proceso de identificaciones en el campo del Otro, es a partir de esta relación primordial que se estructura el placer libidinal en la experiencia compartida. En la intensidad de esa primera relación afectiva él bebe queda marcado psíquicamente y esas huellas son reprimidas conformando el aparato

12

psíquico del niño, a partir del cual se reconoce, historiza y puede constituir su propia imagen corporal (Levin, 1991).

Estas primeras vivencias dejarán marcas, pero esas marcas serán diferentes, dependiendo de sus características y de los modos en los que se ligan entre sí, y se irán transformando a lo largo de la vida. Arsermet y Magistretti (2006) plantean que la experiencia deja una huella, que en psicoanálisis se plantea como huella mnémica que es dejada por la percepción. Estas huellas se inscriben, se asocian, desaparecen, se modifican a lo largo de la vida por medio de los mecanismos de la plasticidad neuronal.

Esto confirma que existe una porción indeterminada, plástica, que depende del encuentro con el Otro y de la experiencia que allí se suscita, se trata de una experiencia deseante y subjetiva que connota y denota lo relacional y lo simbólico de dicho acto, y se la denomina plasticidad simbólica. El acontecimiento infantil es único y deja sus huellas, las cuales posibilitan nuevas redes asociativas (Levin, 1991).

Las huellas que deja la experiencia determinarán a posteriori la relación del sujeto con el mundo, estas tienen un efecto sobre su destino. Así, la plasticidad participa de la emergencia de la individualidad del sujeto, en tanto cada una de las experiencias es única y tiene un impacto único. La plasticidad, entonces, es el mecanismo por el cual cada sujeto deviene singular (Arsermet y Magistretti, 2006).

Se considera entonces que estas huellas solo son posibles porque el niño está en un mundo vincular. Debe haber un adulto que opere, que signifique y traduzca lo que el niño vivencia. Así esas vivencias dejan una marca, se inscriben. Para esto es fundamental ese Otro, que no solo calma la necesidad y brinda placer, sino que significa la vivencia (Janin, 2013).

Es por todo esto que se considera a la infancia como una etapa sumamente significativa y por lo cual es necesario indagar qué implica hacer un diagnóstico en esta etapa en la cual el niño todavía está en vías de su constitución subjetiva y en donde tiene lugar la constitución de su imagen corporal a partir de la imagen que el Otro le devuelve.

Un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución subjetiva, entramada con Otros y atravesado por la época histórica que le toca vivir. Por lo tanto, no existen diagnósticos delimitados de antemano, sino que los mismos se construyen en el espacio transferencial y pueden ir variando a lo largo del trabajo que se está realizando

(Untoiglich, 2013).

En relación a ello, Untoiglich (2013) plantea que en una consulta con un niño el analista se encuentra con diferentes actores en juego: el niño, sus padres e incluso la escuela. Por lo tanto, a la hora de pensar un diagnóstico es necesario indagar que sucede en estas distintas instancias, para entender que le está ocurriendo a este sujeto en formación. Para comprender las múltiples determinaciones del malestar por el cual se consulta es necesario contar con tiempo y disponibilidad.

Siguiendo a la autora se entiende que es importante al momento de trabajar con niños, el trabajo clínico y paralelo con los padres. Y esto puede situarse en los aportes de Lacan (1988) quien en *Dos notas sobre el niño* expone dos maneras de conceptualizar el síntoma del niño en las cuales se ven implicados los padres. Por un lado, plantea que el síntoma del niño puede estar en posición de responder a lo que hay de sintomático en la estructura familiar. Se define entonces en ese contexto como representante de la verdad. Por otro lado, es diferente cuando el síntoma que domina completa a la subjetividad de la madre y el niño está involucrado, pero como correlativo de un fantasma. Se convierte en *objeto de* la madre y su única función es relevar la verdad de ese sujeto, la verdad del objeto en que quedó capturado bajo el deseo materno, no regulado ni intervenido. Por eso es posible decir que este niño realiza la presencia del *objeto a* en el fantasma, es decir, colma y no falta.

13

En el primer caso, el síntoma representa la verdad de significación que el abrochamiento entre dos significantes (padre-madre) produce y que da al niño un lugar en la novela familiar, pero también representa la verdad de lo fallido en esta pareja significativa, la verdad de lo que no alcanza a velar totalmente: el residuo irreductible del mito familiar, el *objeto a* cómo resto. En el segundo caso, el síntoma que resulta de la subjetividad de la madre se presenta exclusivamente en su vertiente real. El niño no representa, sino que revela la verdad del objeto, verdad de goce. Se ofrece como objeto para saciar la falta en el Otro y queda posicionado como *objeto a* desnudo, él sin ninguna verdad de significación que lo cubra, queda borrado, sin el ornamento simbólico del signifiante (Lacan, 1988).

Al respecto, se cree como lo menciona Freud en la *Conferencia 34* que: “suele ser necesario aunar al análisis del niño algún influjo analítico sobre sus progenitores” (1932, p.137). En el encuentro con los padres se busca introducirse en cómo recortan, significan, construyen su historia al momento de relatarla a un tercero: la constitución de la pareja, la circunstancia si no la hay, el momento en que llegó el niño, las modalidades de crianza, el sostén y apoyo de los padres en su familia de origen (o no), sus historias como hijos, sus vínculos fraternos, lo que cuentan y lo que callan de sus historias, los silencios y significantes que eligen para transmitir, todos estos elementos constituyen al niño (Untoiglich, 2013). De esta manera siguiendo a Bleichmar (1988) se percibe el proceso diagnóstico no como una *exploración* del niño, sino como un proceso de simbolizaciones en el cual se abordan los vínculos primordiales con las figuras originarias que participan en ese proceso.

Por otro lado, en el apartado anterior se hizo mención al hecho de que en psicoanálisis diagnosticar implica descubrir la coyuntura fantasmática del sujeto y frente a esto surge la pregunta de cómo pensar el fantasma en la niñez. Lacan (2019d) en el ya mencionado *Seminario 10* si bien no hace referencia específicamente a esto plantea que no hay aparición concebible de un sujeto en cuanto tal sino a partir de la introducción primera de un signifiante, el signifiante del rasgo unario. Este último está antes del

sujeto, hace referencia a la presencia del Otro con mayúscula. Es decir, al principio se encuentra A, el Otro originario como lugar del significante, y S, el sujeto todavía no-existente, que debe situarse como determinado por el significante. El sujeto lleva a cabo una primera operación interrogativa: *¿che vuoi?*, *¿Qué me quiere?* en A, si esta operación se produce, surge una diferencia entre A-respuesta, marcado por la interrogación y el A-dado, algo que es el resto. Es decir, en relación al Otro, el sujeto que depende de él se inscribe como un cociente. Se encuentra marcado por el rasgo unario del significante en el campo del Otro. Hay, en el sentido de la división, un resto, ese es el *a*. La relación de este *a* con S, este *a* sobre S es lo que completa la operación de la división. Lo que adviene al final de la operación, es el sujeto tachado, el sujeto en tanto que está implicado en el fantasma. Por esto, los dos términos *\$* y *a*, están del mismo lado, el lado objetivo de la barra. Están ambos del lado del Otro, puesto que el fantasma, apoyo del deseo, está en su totalidad del lado del Otro. Lo que ahora está del lado del sujeto es lo que se constituye como inconsciente, ~~A~~, el Otro en la medida en que yo no lo alcanza.

Se considera de esta manera que la niñez es el momento en que el fantasma se estructura si y sólo si el niño ocupó primero el lugar de objeto de deseo de una madre y pierde algo de ese lugar porque del otro lado aparece la falta, ese resto que surge en el desencuentro entre la pregunta que realiza el niño y la respuesta que da la madre.

De esta manera resulta necesario remarcar que cuando se trabaja con niños es importante tener en cuenta que los mecanismos y las estructuras que en ella tienen lugar no están cerrados. Y desde el psicoanálisis se busca posibilitar que se construyan otros devenires. Por lo tanto, el diagnóstico puede guiar en la práctica, pero no es definitivo. Los síntomas que el niño trae sirven de guía y posibilitan el trabajo.

14

Desde esta perspectiva, diagnosticar es distinto a rotular. Para llegar a un diagnóstico, que de por sí es imposible de cerrar con una sola palabra, hay que escuchar, observar y analizar a través de todos los elementos que se tengan al alcance, para poder ubicar cuáles son los conflictos predominantes y además, si estos son intrapsíquicos e intersubjetivos. En paralelo es importante situar como se da la repetición de ellos, que deseos y de quienes están en juego. Es así que hay que apuntar a intervenciones como contener, sostener, transformar actos impulsivos en juego, cualificar afecto y apelar a intervenciones estructurantes con los niños y a intervenciones sostenedoras de los padres (Janin, 2013).

Janin (2013) remarca que, en el tratamiento psicoanalítico, al no apuntar a la adaptación o a una repetición vacía, se puede dar paso a nuevos recorridos, a que se cree algo que no se prevee de antemano, a que un niño construya una red de deseos y que pueda constituir un proceso secundario que haga posible desplegarlos. Esto posibilita que el niño arme su propia historia y no se transforme en un robot.

En consonancia, Untoiglich (2013) remarca que cuando se trabaja con la salud mental de los más pequeños se tendría que utilizar un lápiz para escribir las primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de cura, pero que no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de un sujeto. Un niño es una persona que se encuentra en proceso de constitución subjetiva, entramado con los Otros y atravesado por la época histórica que le toca vivir.

En definitiva, se entiende que en la niñez y desde una perspectiva psicoanalítica diagnosticar no es una hipótesis a la que se arriba de una vez y para siempre ya que en esta etapa el encuentro es con un sujeto en vías de constitución y por lo tanto también entran en juego sus padres, quienes tienen un rol principal en ese proceso y con los cuales es importante llevar un análisis paralelo al de el niño. En esta etapa el fantasma está en

vías de estructuración y los síntomas pueden estar develando la realidad de la pareja parental o significan que el niño está tomado como *objeto* de quien cumple la función materna colmándola, es decir, que esa primera pregunta originaria ¿che vuoi?, ¿Qué me quiere?, no da lugar al desencuentro, al enigma y por lo tanto el fantasma no se estructura. El diagnóstico en esta etapa es un proceso que permite que otras experiencias tengan lugar por lo tanto las modificaciones en los síntomas del niño pueden ser notorias, es por esto que se considera que pensar en un diagnóstico dado de una vez y para siempre imposibilita el avance del niño, lo encasilla e inmoviliza en esa etiqueta.

5. Conclusión

A estas alturas es posible establecer algunas posibles conclusiones. En primer lugar, se entiende que desde una perspectiva psicoanalítica los diagnósticos en la infancia funcionan como brújulas orientadoras, teniendo en cuenta que se construyen en una etapa en donde el sujeto se encuentra en vías de constitución, es decir, que el diagnóstico se va modificando ya sea por el proceso de maduración que es propio del crecimiento, como por el trabajo mismo que se va realizando.

Desde esta perspectiva psicoanalítica, el diagnóstico hace referencia a la coyuntura fantasmática del sujeto, y como se vio con anterioridad, es la infancia la etapa donde este se estructura, pero para esto es necesario que el niño ocupe el lugar de objeto de deseo para la madre y luego pueda perder ese lugar y aparezca la falta, la castración. Por otro lado, es necesario resaltar la cuestión de que una vía de acceso a este fantasma son los síntomas, y al momento de pensar en los mismos en la niñez se descubre con que existen dos formas de significarlos, como revelando la verdad de la pareja parental o revelando que el niño se encuentra capturado como *objeto* de la madre, es decir, sin posibilidad de encontrarse con la falta que permite la estructuración del fantasma, que posibilita el deseo.

Siguiendo esta perspectiva se deduce que no se apunta a la eliminación del síntoma como primera medida, sino a que los mismos se vuelven interpretables una vez que la transferencia se ha establecido. Una vez que la misma tuvo lugar, se intentará develar el significado de los mismos intentando rastrear qué de la historia familiar está develando.

Es de esta manera que se llega a la conclusión de que en psicoanálisis el trabajo no solo implica a los niños sino también a sus padres y es necesario el trabajo paralelo con ellos para hacer lugar a otras experiencias. Desde esta lógica se hace posible indagar las formas en que el pequeño se relaciona con el mundo. Así, se considera al espacio clínico como posibilitador de nuevas preguntas.

Como se ha hecho notar, el diagnóstico en la infancia es un tema complejo y desafiante, implica considerar las particularidades del desarrollo psíquico infantil, las modalidades de intervención clínica y las implicaciones éticas y sociales de la práctica psicoanalítica con niños, es por esto que se concibe que el recorrido realizado en el presente trabajo contribuye a enriquecer el debate y la reflexión dentro del campo de las psicologías sobre esta temática tan compleja.

Se estima que hacer énfasis en este tipo de perspectiva frente al diagnóstico es de suma relevancia como futuros profesionales de la salud mental, ya que existen otras formas de pensar el diagnóstico y el tratamiento en la niñez sosteniendo una postura diferente al psicoanálisis, una postura ligada a la lógica médica. El recorrido hecho en esta investigación bibliográfica aporta una mirada crítica frente a este tipo de perspectiva, entendiéndolo como intervención hecha de una vez y para siempre, que posee carácter de certeza y puede volverse una etiqueta que se le adosa al sujeto sin posibilidad de modificación. Esta implica, como se mencionó con anterioridad, hacer corresponder un conjunto de signos con una categoría nosográfica borrando de esta manera la singularidad que se pone en juego.

Es también menester no olvidar que actualmente el campo de la medicalización y patologización de la infancia es cada vez más fértil, la cantidad de etiquetas diagnósticas que existen no dejan a nadie por fuera. Al considerar al comportamiento del niño como algo estático, un trastorno que el niño trae y es que atemporal, no se toma en cuenta su sufrimiento. Por esto es que se considera fundamental pensar otra forma de propiciar encuentros con los niños, una forma que tenga en cuenta la singularidad y resista a la exclusión.

Por último, cabe preguntar qué imagen de sí mismo podrá constituir un niño si la imagen que los otros le devuelven lo encasilla en una categoría nosográfica sin posibilidad de movimiento.

16

6. Bibliografía

Ansermet, F. Magistretti, P. (2006). *A cada cual su cerebro*. Katz.

Capurro, R. (2008). *Psicopatologizar o psicoanalizar*. Ecole lacannienne de psychanalyse.

Bleichmar, S. (1988). *Cuestiones acerca de la técnica psicoanalítica con niños y adolescentes. Diagnóstico, una perspectiva metapsicológica*. 7ª Jornada de Psicoanálisis Niños y adolescentes.

Colovini, M. (2013). *Debates actuales en el psicoanálisis: las marcas de un paradigma*. En <http://clinicaypsicoanalisis1.webnode.es/textos/unidad-3>

Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Siglo veintiuno editores.

Freud, S (1932). *Nuevas conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Conferencia 34*. Amorrortu.

Le Gaufey, G. (2002). *Una clínica sin mucho de realidad*. En <http://clinicaypsicoanalisis1.webnode.es/news/una-clinica-sin-mucho-de-realidad-guy-legaufey/>

Janin, B. (2013). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Noveduc

Lacan, J. (1988). *Dos notas sobre el niño*. Manantia.

Lacan, J. (2018). *Libro 4: La relación con el objeto*. Paidós.

Lacan, J. (2019a). *Libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós.

Lacan, J. (2019b). *Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Paidós.

Lacan, J. (2019c). *Libro 10: La angustia*. Paidós.

Levin, E. (1991). *La experiencia de ser niño. Plasticidad simbólica*. Nueva Visión.

Muiña, D. *Los primeros tiempos en los procesos de la subjetivación*.

Ritvo, J. (2014). *Vindicación de la psicopatología*. En <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=705>

Schejman, F. (2013). *Sinthome. Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Gramma.

Thompson. (2014). *Compilación: El Diagnóstico. Test de Rorschach fundamentos y origen. Los test proyectivos*. Ficha de cátedra de la Facultad de Psicología. UNR. <http://clinicaypsicoanalisis1.webnode.es/textos/unidad-3/>

Untoiglich, G (2013). *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.