



U.N.R.

Facultad de Psicología

Trabajo Integrador Final (T.I.F.)

(Ensayo)

“PROBLEMATIZANDO EL SINTAGMA “ESTRUCTURAS CLÍNICAS”

Autor: Iocco, José Alejandro

Legajo: I-5027/1

Docente Responsable: Faccendini, Jorge

Año: 2018

AGRADECIMIENTOS

A Jorge Faccendini, por el tiempo, la dedicación y la meticulosidad que le ha aportado a mi trabajo.

A los docentes presentes en la mesa y a las personas que de forma directa o indirecta me han ayudado a realizar el presente ensayo.

A mi hermano mayor. Siempre una guía en este camino que me invito a transitar y que de alguna forma hoy lo concluyo.

ÍNDICE

Palabras clave.....	1
Introducción.....	1
¿Qué se entiende por estructura?.....	2
¿Qué entendemos por estructuras clínicas?.....	4
Psicoanálisis con niños.....	8
Extracción del objeto a: una clínica distinta.....	10
A modo de concluir.....	12
Conclusión.....	14
Bibliografía.....	16

PALABRAS CLAVE

Estructuras clínicas- Estructura- Lenguaje- Desustancialización.

INTRODUCCIÓN

“*Estructuras clínicas*”, peculiar forma de nombrar un constructo teórico perteneciente al psicoanálisis, heredado de la nosografía psiquiátrica. El mismo constituye hoy un sintagma en cuestionamiento, de debate actual y digno de revisión. Es por ello que, nos proponemos en el presente escrito abordarlo de manera problemática, ubicando diversas posiciones que autores actuales mantienen sobre la temática.

Sostenemos que la forma de nombrar, de esta manera, a ciertas “categorías”, tendrá consecuencias a la hora de ejercer la práctica del psicoanálisis, ya que partimos del postulado, de que el despliegue, el accionar del ejercicio mismo de una actividad cualquiera sea, se verá condicionada desde el marco teórico del cual se la mire, es decir, a partir de las posibles lecturas que se hagan sobre un problema, es de donde saldrán las diferentes “soluciones”.

Pensamos con Freud el hecho de que “se empieza por ceder en las palabras y se acaba a veces por ceder en las cosas” (Freud, 2013, p. 2577).

A poco menos de un siglo de haber pronunciado dicha afirmación, al modo de una sentencia ineludible, le rendimos homenaje a la misma, indagando si en la transmisión del psicoanálisis, no se estaría filtrando la desviación advertida. Para ello comenzamos por un recorrido sobre el término *estructura*, para luego problematizarlo, estudiando qué se entiende por *estructuras clínicas*.

Asimismo, se realiza una lectura, a partir de las coordenadas aportadas por el término *estructura*, sobre una de las principales problemáticas, que se da a nuestro entender, hoy día, en la clínica con niños, a saber, la patologización con la consecuente medicalización de la infancia.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR ESTRUCTURA?

Para comenzar el siguiente trabajo vamos a desarrollar una de las nociones de *estructura*, dada por Lacan, que nos parece una de las más importantes, ya que permite entender la lógica a partir de la cual trabaja el analista, a saber; “Una estructura es constituyente de la praxis llamada psicoanálisis” (Lacan, 2005, p. 773).

Tal como sitúa Jorge Faccendini (2016), se ve que hay una necesidad lógica de una estructura sobre la que se va a construir la praxis analítica.

Lo estructural, siguiendo a Faccendini (2016), tiene que ver con las relaciones entre los elementos que se constituyen en una determinada trama vincular, no como elementos que tienen, a priori, alguna propiedad en sí mismo. “Siguiendo a Eidelsztein, y para representar la noción estructural de Lacan, podemos apelar a la imagen de un rompecabezas” (Faccendini, 2016, p. 42). La analogía de *estructura* con el rompecabezas es de por sí, más que evidente, las piezas por sí solas, no arman nada, ni tampoco tienen valor alguno. Esto es interesante, ya que una de las definiciones más difundidas de Lacan sobre el sujeto, “un significante representa a un sujeto para otro significante” abona a la cuestión del desarrollo, de que, en sí, un significante no significa nada, solamente representa, pero representa ante otro significante. Es decir, siempre vamos a tener en la cadena dos o más significantes, atentos a esto y si se preguntase por el significado del amor, o cualquier otro tema a una persona, deberíamos tener la precaución de colocar ese significante en relación a otros significantes, ya que sabemos que un significante en cuanto tal no significa nada. Por lo tanto, si quisiéramos empezar a comprender qué significado va a tener el amor -en este caso- para un sujeto tal, no deberíamos perder la noción del rompecabezas.

Dicho lo precedente creo, a mi entender, que esta es una de las nociones más básicas y perdidas del psicoanálisis lacaniano, ya que, por un lado, lo básico aquí, se podría entender como el “abc” de la teoría, lo mínimo indispensable, el bloque fundamental que hace al

constructo teórico. Por otro lado, por ser básico, se pierde, se le resta importancia, distorsionándose la teoría, trayendo luego como consecuencia que se repita una sentencia lacaniana con mucho énfasis pero completamente vacía de contenido, no pudiendo ser explicada a partir de un desarrollo, o desde una construcción lógica.

Estas cuestiones son, acorde a mi lectura, centrales. Permitiendo en parte sostener al analista “la singularidad de cada sujeto” (otro sintagma que queda simplificado y banalizado, perdiendo su verdadera riqueza conceptual) como así también situarse en ese lugar un tanto ingenuo, pero sumamente necesario, de no saber. Tal vez lo expuesto hasta aquí sea demasiado “simple” u “obvio”, creo que por tal motivo queda olvidado, llevando a errores conceptuales que desembocan en una práctica vaciada de fundamentos rigurosos.

¿Qué entiende Lacan por sujeto?

Según Eidelsztein (2011) se entenderá lo que en francés designa *sujet*, es decir, “asunto, tema, materia”, pero advirtiéndole que es sólo en el sentido con el que se encuentra en la obra de Lacan, a saber, el sujeto dividido, el sujeto siempre producto de una suposición y consecuencia de una posición. Por lo tanto, el sujeto siempre se hallará dividido, entre dos significantes, entre un hablante-ser y Otro, entre dos escenas o entre saber y verdad.

Siguiendo la línea de este planteamiento y haciendo alusión respecto de la construcción del grafo del deseo, sería prudente estar atentos a lo que señala Lacan cuando nos dice que: “No deben imaginarse que el sujeto esté en el punto de partida de la necesidad- la necesidad no es todavía el sujeto (...) El sujeto es todo el sistema, y tal vez algo que se consume en este sistema” (Lacan, 2005, p. 126), de aquí se desprende, según Faccendini (2016), que el sujeto no está de entrada, va a ser una articulación en todo el sistema, es decir, en todo el grafo. Por lo tanto, para dirigir una cura, el primer movimiento es no suponerlo de entrada, teniendo en cuenta que “(...) el hablante-ser será uno y posee un cuerpo, el sujeto como texto y trama será lo que se construya entre este hablante-ser que

consulta por un padecimiento y quien ofrece su escucha y recorte de lectura como Otro hablante-ser” (ídem, p. 35).

Según dicho autor y en consonancia con lo planteado hasta el momento, podríamos decir que el analista no trabaja con la materialidad discursiva del sujeto, sino que trabaja construyendo esa materialidad discursiva que es el sujeto.

¿QUÉ ENTENDEMOS POR ESTRUCTURAS CLÍNICAS?

¿Qué queremos decir cuando decimos *estructuras clínicas*? podría por el momento ser un interrogante que problematizar. La idea sería preguntar, ¿de dónde sale este sintagma? Sintagma por demás de conocido y controversial. El psicoanalista Pablo Muñoz, señala que “El sintagma “estructuras clínicas” es inexistente en la obra de Lacan. No solo no está ni fundamentado ni justificado en los términos de su enseñanza, sino que no está” (Las locuras según Lacan, 2011, p. 31), aclara que en todo caso a lo que se refiere Lacan en los seminarios III y IV es al término de estructuras, pero “estructuras freudianas” en lugar de estructuras clínicas. Según dicho autor, lo que Lacan va a trabajar en el seminario III son las estructuras freudianas en los fenómenos de las Psicosis. Otra peculiar situación no menos importante a la hora de entender la transmisión de Lacan es que en el seminario IV titulado “La relación de Objeto”, ha sido omitida la segunda parte, a decir de Muñoz (2011) “y las estructuras freudianas”.

Si solo se tratará de una omisión del título, no nos adentraríamos a problematizar dichas palabras, a saber, “*estructuras clínicas*”. Pero ya sabemos, tal como nos lo dice Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo” (que hemos citado con anterioridad), se renuncia a las palabras y luego a la cosa en sí.

Ahora bien, por otra parte, siguiendo a Colovini, el problema empieza cuando se entiende que: “la noción de estructura utilizada por la Psicopatología privilegia la totalidad frente a la fragmentación o el reduccionismo biologicista, proporciona un nuevo concepto

de semiología, situando un síntoma único, global y totalizado que pueda dar cuenta de todo el proceso mórbido (...)" (Colovini, Debates actuales: ¿Hay estructuras clínicas? Las marcas de un paradigma. Recuperado de <http://clinicaypsicoanalisis1.wednode.es/textos/unidad-3/>).

Diametralmente opuesto a esto, Eidelsztein (2011) plantea, que las estructuras clínicas no clasifican a la gente, sino que dan cuenta de las posibilidades diferenciales recíprocas que puede encontrar en su práctica específica, el analista.

Tal como lo plantea Faccendini (2016) en consonancia con lo planteado hasta el momento, cuando consulta un paciente, no lo hace un histérico u obsesivo, sino que quien consulta es un hablante-ser que tiene un sufrimiento. "Este sufrimiento no es una entidad en sí misma, sino que surge como producto de un sistema y se operará con este también dentro de un sistema, dentro del dispositivo que se le propone. Nosotros llamamos a ese dispositivo transferencia, donde ofrecemos el vínculo analítico" (ídem, p. 44).

Entonces, si entendemos de esta forma lo estructural, siguiendo lo planteado por Faccendini, lo que situarán las *estructuras clínicas* será, una determinada forma de establecer una posición o un vínculo en relación con otros elementos o figuras (fantasma, otro, Otro, deseo, etc).

Continuando con Pablo Muñoz, el mismo sitúa: "concebidas las estructuras freudianas como "estructuras clínicas" y convertidas así en esencias, al incluir al sujeto en ellas- ¡eso es de buenos psicoanalistas! -se lo concibió a él tan continuo y consistente como la *estructura*. Es así como el sujeto es neurótico, psicótico, perverso" (Muñoz, 2011 p. 33). Si bien acentúa que esto se convirtió en una cristalización del sintagma "estructuras subjetivas", advierte que es usado pocas veces por Lacan, pero que nunca referidos a las tres categorías como estructuras clínicas, "Pues para él la *estructura subjetiva* no es una modalidad de la enfermedad mental sino una posición de sujeto y la *posición subjetiva* es el modo en que se responde a la condición de Otro" (Ídem, p. 33).

Introduciremos nuevamente el concepto de *estructura* -lo que nos permitirá dar una nueva lectura a la problemática que estamos planteando- ahora desde una nueva definición, a saber, "(...) grupo de elementos que forman un conjunto co-variante" (Lacan, 1988, p. 261). El conjunto permite no identificar a este con la totalidad, es decir, es una parte del todo, dichos elementos son definidos con precisión, mientras tanto la noción de co-variación, noción fundamental de la definición de Lacan, *desustancializa* al elemento. Es decir, el elemento por sí mismo no vale nada, su valencia va a estar dada por la relación que mantenga con todos los demás elementos del sistema, efectivamente al variar las relaciones dentro del sistema variará la valencia del elemento, el elemento no tiene identidad que le pertenezca, entonces cada elemento es lo que los otros no son, pura diferencia. Siguiendo la lógica de Muñoz (2011), para él no habría, en el diagnóstico estructural, un síntoma que fuera algo en sí mismo, sino que este es, en relación con los otros elementos del sistema. A raíz de esto el sujeto es considerado como efecto del *lenguaje*, efecto de la estructura significativa al no poder concebirlo ya como un ser neurótico, psicótico o perverso, de allí resulta entendida por Muñoz, el axioma lacaniano "El significante es lo que representa a un sujeto para otro significante" (Lacan, 2008, p. 779). Muñoz explica que si bien Lacan hace uso del saber de la psiquiatría en relación con sus categorías clínicas, lo hace con la finalidad de rever sus fenómenos con la misma premisa que sostiene su edificio teórico, de que el sujeto es un efecto, tanto de la *estructura* del significante como del discurso, "O sea que trata de la perspectiva más contraria a la ontologización del sujeto a la que se llega al hacerlo consistir por el atributo estructural que lo localiza como sustancia en "estructura clínica" (Muñoz, 2011, p. 35).

Un breve comentario sobre este recorrido muestra claramente la disparidad en la lectura que se extrae al entender el sintagma en "cuestión" como la esencia de algo, como aquello de lo cual constituye la naturaleza de las cosas, lectura completamente disímil cuando se introduce en el problema la co-variación, esa propiedad fundamental que da cuenta de la relación de los elementos entre sí, y que posibilita a entender las cosas en

estado “de” y no como lo constitutivo e invariable. La noción de sujeto como efecto de una *estructura* y no como aquello que es preexistente “a”, es de vital importancia y se encuentra en el corazón mismo de la lógica con la que Lacan realiza las teorizaciones explicitadas en el desarrollo del presente trabajo.

Ahora bien, Ricardo Rodríguez Ponte, se propone revisar algunos de los conceptos utilizados en forma cotidiana por el psicoanálisis. Según el autor, en algunos de los términos tales como psique, se halla contenido el de patología y por ende el binarismo normal/patológico, que, según lo visto por las *estructuras del lenguaje*, poco se asemejarían. Dichas categorías, sería mejor desterrarlas, ya que vendrían a ser escollos que arrastran con nuestro pensamiento.

Por otra parte, no menos importante es el rastreo del tríptico-neurosis, psicosis y perversión- que, según el autor, se lo atribuye a Oscar Massotta, señalando la lectura errónea, al dar cuenta de que tanto los mecanismos de defensa -represión, renegación y forclusión- serían los modos de defensa que constituirían a las *estructuras clínicas*, “creo que en Freud no hay lugar para hacer esta tripartición en base a “modos de defensa constitutivos” (Ricardo Rodríguez Ponte, Estructuras Clínicas. Recuperado de www.efbaires.com.ar/files/texts/textoOnline_1537.pdf).

El interrogante que surge en mí, a esta altura del trabajo, es saber si esta forma de caracterizar el psicoanálisis lacaniano, es decir, a partir del tríptico neurosis-psicosis-perversión, ocurre solo aquí en Argentina o en los demás países se da la misma lógica. Para ello escogimos un trabajo realizado en Colombia.

El trabajo se titula “Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano” donde el autor Hernando Alberto Bernal, psicólogo-psicoanalista, sitúa ya de entrada, que el psicoanálisis está compuesto por tres *estructuras clínicas*, las ya denominadas psicosis, neurosis y perversión. A continuación, plantea que: “Ellas le permiten al psicólogo clínico,

como al psicoanalista, comprender un sin número de comportamientos que reflejan la posición subjetiva de cada sujeto en el mundo” (Recuperado de

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/141/128>).

Desde el inicio, el autor realiza una analogía entre psicopatología psicoanalítica y enfermedades que afectan a la psique de los sujetos. Como ya dijimos anteriormente el término psique, se asocia según Ricardo Rodríguez Ponte con el binarismo normal/patológico.

En sí, lo más llamativo del trabajo, es que, siendo un trabajo de investigación, en el mismo no se halle a lo largo de sus páginas la palabra *lenguaje*, y que por otro lado realice una fenomenología de cada *estructura*, es decir, una descripción de cómo se comportaría cada sujeto según su *estructura*.

Lejos del planteo que venimos trabajando, en este caso particular la *estructura* no es dada por la relación del sujeto con *lenguaje*, sino más bien por determinados síntomas y por la relación del sujeto con los mismos. Esto es significativo, en tanto pone de relieve, como algunos autores, denominándose psicoanalistas, no hacen alusión alguna a algo tan fundamental como el *lenguaje*, entificando a un sujeto, es decir, dándole, una entidad. Este proceder propio del diagnóstico, como bien señala Muñoz (2011) es, además, contrario a la propuesta de Lacan, ya que “nos identifica con la psiquiatría en el punto en que se revela una concepción del sujeto como un ser consistente, que vuelve a ser el sujeto de la filosofía o de la psicología que Lacan tanto combate” (pág. 40).

PSICOANÁLISIS CON NIÑOS

Este apartado tiene como finalidad situar una de las problemáticas que surgen en la actualidad en la clínica con niños. Las mismas se estudiarán con las coordenadas aportadas por el estudio sobre los términos *estructura* y *estructuras clínicas*.

En la clínica con niños se puede ver, que la problemática ya no surge tanto en torno al tríptico neurosis-psicosis-perversión, sino que el problema se acentúa sobre la patologización y medicalización de la infancia.

Entonces, la problematización se sitúa sobre ciertas prácticas de índole médica, cuya mecánica se apoya bajo una semiótica que se sostiene en un régimen de veracidad, que, conjugada con una serie de prácticas, van a conformar un dispositivo que dan existencia real a un inexistente. Bajo esta lógica, aparecen hoy en día, determinados trastornos, donde dentro de los mismos se circunscriben patologías en relación a diversos comportamientos, con el fin último de enmarcar, encuadrar o dar nombre a algo que no lo tenía, dando así lugar a ser pasible de medicalización de dichos síntomas y conductas. Por lo tanto, todo lo que entre en los diagnósticos cada vez más flexibles y amplios será por ende destinado a llevar a partir de ahora el nombre de una supuesta patología.

De esta forma, el cuerpo será, objeto de diversas intervenciones, discursos, prácticas, clasificaciones y segregaciones de orden normal-anormal, que, por su parte, van delimitando a los sujetos, constituyendo subjetividades determinadas bajo formas patológicas. Es decir, todo aquel que entre en el orden de lo enfermo, será menester activar sobre él, lógicas de prescripciones psicofarmacológicas.

Muñoz (2011) señala que el diagnóstico en el psicoanálisis adquiere la forma de una pregunta por el ser, es decir, si se es psicótico, si se es neurótico, etc. Es relevante tener en cuenta este efecto que produce el diagnóstico cuando se trata de niños, niñas y adolescentes, es decir, sujetos en vías de constitución subjetiva, ya que, al ser diagnosticados, se les estaría otorgando un nombre de ser y de este modo, se los convierte en un ente, o, dicho de otro modo, se les cierra la boca y se los petrifica. Lo cual, lejos de habilitar al surgimiento de un sujeto como materialidad discursiva, como efecto de la cadena significativa, surge un sujeto/ser petrificado/identificado a un diagnóstico que funciona al modo de un signo.

Dicho esto, lo que nos interesa señalar, es el efecto de entificación que produce un diagnóstico, al cual hemos concebido como semejante al efecto que genera una fotografía, es decir, el hecho de retratar o de fabricar el “ser” del otro, que, en resumidas palabras, lo cosifica.

Por nuestra parte, sostenemos que de lo que se trata, es de apelar a la construcción -con mucho trabajo y tiempo- de un relato, de una historia, a partir de nuestras principales herramientas, la escucha, la palabra y la operación de lectura que de ello se realiza.

Para nosotros, se trata de alojar esa singularidad y excepción como un texto a construir, de este modo, las fotografías o retratos diagnósticos no son más que partes de textos a construir.

En resumen, Esteban Levin acentúa: “Cuanto más el otro decodifica a los niños, los coagula en un gesto-signo, menos les posibilita representar, jugar, hablar, decir, acerca de su historia y sus padecimientos. Al mismo tiempo, lleva al niño a construir nuevas defensas frente a semejante invasión. Es la puesta en acto del estar mal infantil” (Levin, 2007, p.22).

EXTRACCIÓN DEL OBJETO a: UNA CLÍNICA DISTINTA

Alfredo Eidelsztein hace una lectura con una lógica distinta sobre las “estructuras clínicas”. Tal como lo explica Colovini (2013), este autor trabaja lo que él llama “estructuras de las estructuras”, una lógica que no lleva en si misma el cuestionamiento de la tríada que venimos problematizando a lo largo de todo el escrito. Sino más bien tiene en cuenta una operación fundamental, a saber, extracción o no del objeto *a*, operación que se sitúa fuera del campo de la realidad. Eidelsztein explica claramente de que se trata la lógica con la que él se decide a trabajar exponiendo que “(...) en el sentido de establecer que hay marca de la falta, se la denomina: “extracción del objeto *a*” (Alfredo Eidelsztein, 2012, p. 73). Esta connotación de la falta mediante el S(/A), sostiene según Eidelsztein (2012), que “No hay

Otro del Otro”, explicitando que no se trata de una igualdad con la pura incompletud, y que se denomina extracción del objeto *a*. Se refiere a que dicha extracción hace del objeto *a* como algo “imposible en la realidad tridimensional” (ídem, p. 73), concibiéndolo como causa perdida, y no “como algo que, por faltar, se pueda querer y obtener” (ídem, p. 73), siguiendo dicha lógica, Eidelsztein (2012) deduce, que la falta de objeto va a quedar a nivel de la estructura, por ende, lo que la estructura aporta, es la incompletud.

La causa del deseo, es decir el objeto *a*, implica según Eidelsztein (2012) una operatoria sobre la incompletud en la *estructura*. Entonces aclara, que “Esta última siendo, de la estructura, es para todo sujeto, mientras que la extracción del objeto *a* puede estar inscrita y operar para *x* sujeto y para otro no” (ídem, p. 73). Deduciendo de su lógica, podremos exponer que la extracción NO se da en todos los sujetos, de ahí sus dos grandes campos a la hora de confeccionar su división según las estructuras, es decir que “A partir de esta lógica, la clínica psicoanalítica se constituye mediante la distinción de dos grandes campos, cuya oposición es precisa” (ídem, p. 74). Dicha oposición será dada como ya lo habíamos mencionado, por la extracción o no del objeto *a*, quedando así dos campos diferenciados, a saber, el campo del INTERVALO en oposición al de la HOLOFRASE.

Para aclarar de qué estamos hablando, cuando situamos estos dos campos, nos parece pertinente, volver, una vez más a las palabras de Eidelsztein (2012):

El primero es donde se ha producido la extracción del objeto *a*, o sea donde la incompletud estructural se halla inscrita para un sujeto en particular y que se denomina “la clínica del intervalo o la extracción del objeto *a*”, el otro es aquél donde la incompletud, propia a todo conjunto de significantes, no está connotada como extracción del objeto *a*. A esta última se la denomina “clínica de la holofrase”. La primera implica la operatoria de la ley paterna y la inscripción de la misma a través del significante de una falta en el Otro; la segunda, su ausencia absoluta (Alfredo Eidelsztein, 2012, p. 74).

Dentro de la clínica del INTERVALO ubica a las Neurosis y a las Perversiones, con diferencia entre ambas. Dentro de la clínica de la HOLOFRASE ubica a las Psicosis, la

Debilidad Mental y el fenómeno Psicossomático, advirtiéndonos el autor que quedan por fuera de su lógica y de su tabla, figuras y fenómenos del sufrimiento subjetivo, “Están son la melancolía, las locuras, las adicciones, la anorexia mental, la caracoeopáticas, la hipocondría” (Colovini, Debates actuales: ¿Hay estructuras clínicas? Las marcas de un paradigma. Recuperado de <http://clinicapsicoanalisis1.wednode.es/textos/unidad-3/>).

Eidelsztein sigue con la lectura lacaniana, estudiando la “clínica más allá del padre”, lo que permitirá encarar el problema según otras vías y conceptualizaciones, que tienen como eje una cierta operación, a saber, la extracción o no del objeto *a*. Clínica más allá del padre es según Eidelsztein (2012) la clínica del objeto *a* y del intervalo, implica rectificación teórica y la discusión al respecto a qué se coloca como determinante fundamental de la posición del sujeto. No se considerará más como determinante fundamental de la posición del sujeto, la función del padre, sino al objeto *a*.

A MODO DE CONCLUIR

“El discurso, por más que en apariencia sea poca cosa, las prohibiciones que recaen sobre él, revelan muy pronto, rápidamente, su vinculación con el deseo y con el poder” (Foucault, 1992, p.6).

Teniendo en cuenta que: “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo” (Foucault, 2014, p. 87), podemos inferir que el estudio en *estructuras clínicas* conllevaría, sin darnos cuenta, a la idea de pensar en la posibilidad de someter a un cuadro determinado, una serie de conductas relacionadas a una forma de ser o estar en el mundo, interactuando con éste de acuerdo a tal o cual estructura. Es decir, se estaría entificando a un sujeto, cayendo en un ejercicio diametralmente opuesto a la propuesta de Lacan, anteriormente estudiada.

Podríamos desprender otra lectura del enunciado de Foucault, en particular en la problemática actual de la clínica con niños, de qué manera el control de los cuerpos queda en parte supeditada a éste, a partir, de la patologización y medicalización. Es decir, toda una invención de clasificaciones determinadas, que tratan de dar cuenta de comportamientos específicos, patologizando conductas y medicando con psicofármacos a los niños, teniendo así el control tan preciado de sus cuerpos, pudiendo activar sobre éstos, diversos mecanismos microfísicos de poder, callando sus síntomas, asesinando su imaginación, quedando su “destino” en manos de moléculas mágicas que lo “ayudan” a estar en diversas instituciones, pudiendo así, captar las reglas normativas que el sistema les “ofrece”.

A modo de corolario, según Marité Colovini (2013):

El problema es la deriva psicopatologizante y psiquiatrizante de la práctica analítica. Al situar a las estructuras clínicas como “cuadro”, aún si lo es de la psicopatología, se transforma una posición subjetiva en un ente permanente, sustancializado y con ello el sujeto que le corresponde pasa a ser también un ente y no aquello que un significante representa para otro significante y que desaparece frente al segundo significante. O sea: perdemos lo que ganaron Freud y Lacan respecto a la especificidad del psicoanálisis frente a otras prácticas: la médica, la psiquiátrica, la psicológica (Colovini, Debates actuales: ¿Hay estructuras clínicas? Las marcas de un paradigma. Recuperado de <http://clinicaypsicoanalisis1.wednode.es/textos/unidad-3/>).

CONCLUSIÓN

En el precedente desarrollo se han expuesto de manera sintética las ideas principales que sostienen algunos de los autores en relación con la problemática que se da alrededor del sintagma “Estructuras Clínicas”. Las posturas expuestas en el trabajo convergen en una idea central, a saber, que dicho sintagma no se encontraba ni en Freud ni en Lacan. Debido a esto nos pareció pertinente dejar las palabras finales a Colovini, quien a nuestro entender aclara el debate, a la vez que arroja luz sobre el mismo, al situar este desplazamiento psiquiatrizante y psicopatologizante, y haciendo mención de las conquistas obtenidas por Freud y Lacan, y señalando que se perdería la lógica de la lectura lacaniana en relación a la desustancialización del sujeto.

Si se pierde esta lectura desustancializadora, producirá por ende un entendimiento muy diferente al postulado por Lacan. De gran interés es rescatar este punto debido a que el desplazamiento en torno a las lecturas generaría grandes incidencias a la hora de la práctica misma. Como ya lo sostuvimos a lo largo de todo el trabajo, el sujeto con el que trabajamos es un efecto, es decir el sujeto es efecto de la estructura del lenguaje y del discurso, y no como algo dado de antemano que posee una esencia. Dicha lectura es sumamente central poder sostenerla, ya que, si así fuera estaríamos trabajando con un sujeto en estado “de”, dejando de lado la noción de que el sujeto es “Neurótico-Psicótico-Perverso”, ya que poco o nada nos ayuda en el transcurso de la práctica, produciendo además un estancamiento por demás de inoperante. Nos parece que este es el eje central, el cual quisimos resaltar.

Otro autor que se inscribió en el precedente trabajo fue Alfredo Eidelsztein, con una lógica distinta, pudimos incorporar más heterogeneidad al escrito, mostrando de manera puntual como trabaja la “clínica más allá del padre”, describiendo su operación fundamental, la extracción o no del objeto *a*. Al igual que los demás psicoanalistas que incorporan el cuerpo del trabajo, Eidelsztein realiza una lectura crítica, pero no problematiza sobre el sintagma “estructuras clínicas”,

Con la idea de acercarnos a una conclusión más personal, retomamos el epígrafe de Foucault donde el Deseo y el Poder van a ser revelados a través del discurso, es en este sentido, donde deberíamos de preguntarnos si la transmisión en psicoanálisis, a partir de las tres ya mencionadas “categorías clínicas”, sigue discurriendo de forma casi natural y acrítica, efecto de ¿qué intereses? O solo preguntarnos si ¿hay intereses en que este discurso se siga reproduciendo?

Lejos de intentar conjeturar sobre las posibles respuestas, volvemos donde empezamos, para ello, recurrimos nuevamente a Freud (Freud, 2013, p. 2577) donde señala que “se empieza por ceder en las palabras y se acaba a veces por ceder en las cosas”. Es en este sentido, donde sostenemos que deberíamos de producir pequeñas fisuras donde todo está demasiado sólido y naturalizado, y ver si ese discurso realmente nos pertenece.

Creo que la riqueza del precedente escrito, radica íntegramente en el rastreo de nociones básicas del psicoanálisis lacaniano, muchas veces olvidadas, dando lugar a interpretaciones erróneas o banales, desprovistas de todo tipo de argumento lógico, desencadenando una práctica que cada vez más va perdiendo su rigurosidad.

Lejos de dudar de la eficacia del psicoanálisis como tal, a mi entender, los psicoanalistas se han encerrado tanto en “su” disciplina que ésta pareciera estar cada vez más muerta. Al no ponerse en juego las nociones fundamentales en relación con otras disciplinas o de poner los “postulados” en interpelación con otras vertientes dentro del campo psi. Los llamados psicoanalistas, se mueven dentro de un perímetro acotado, utilizando términos tales como “falo”, “objeto a”, “metáfora paterna”, llevando al extremo nociones que se entienden solo dentro de ese espacio.

Pareciera ser que se olvida que tanto Freud como Lacan han utilizado todos los saberes de la época para producir operadores teóricos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernal, Hernando Alberto (2009) Las estructuras clínicas en el psicoanálisis lacaniano. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/download/141/128>
- Colovini, Marité (2013) Debates actuales: ¿Hay estructuras clínicas? Las marcas de un paradigma. Recuperado de <http://clinicaypsicoanalisis1.wednode.es/textos/unidad-3/>).
- Eidelsztein, Alfredo (2008) Las estructuras clínicas a partir de Lacan, volumen I. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, Alfredo (2011) Las estructuras clínicas a partir de Lacan, volumen II. Buenos Aires: Letra Viva.
- Faccendini, Jorge (2016) Una clínica del grafo del deseo. Buenos Aires: Letra Viva.
- Foucault, Michel (1992) El orden del Discurso. Buenos Aires: Tusquets editores.
- Foucault, Michel (2014) Los anormales. Buenos Aires: Caronte Ensayos.
- Foucault, Michel (2016) Nacimiento de la biopolítica. Ciudad autónoma de buenos aires: Fondo de cultura económica.
- Freud Sigmund (2013) Psicología de las masas y Análisis del Yo, Volumen XIX. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Muñoz, Pablo (2011) Las locuras según Lacan. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, Jacques (2008) Escritos II. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques (2005) Escritos II. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques (1988) Seminario III, Las Psicosis. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, Jacques (2005) Seminario V, Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires: Paidós.
- Levin, Esteban (2007) Infancia medicada, Imago agenda n°108. Buenos Aires.
- Ponte, Ricardo Rodríguez (2010) Estructuras Clínicas. Recuperado de www.efbaires.com.ar/files/texts/textoOnline_1537.pdf.