



Universidad
Nacional
de Rosario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Integrador Final

“Cuestionar la herencia: diagnóstico y psicoanálisis”

Modalidad de presentación: Ensayo

Autora: Mei, Sofía Victoria

Legajo: M-5587/5

Graduado Responsable: Vaccaro, Ignacio

Año: 2024

Agradecimientos

Agradezco profundamente haber transitado esta carrera en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, pública y gratuita. Institución que se convirtió en mi segunda casa, aquella que quiero seguir habitando y defendiendo, por mí y por todos los que tengan el sueño de construir un futuro de trabajo digno.

Agradezco a quienes me acompañaron en el transcurso de estos años hermosos y vertiginosos. A mis papás por haberme escuchado cuando en el verano del 2015 les dije muy segura que quería estudiar psicología y por haberme dado la posibilidad de mudarme a otra ciudad para llevar adelante el anhelo de formarme profesionalmente. Por haber plantado en mí la semilla de la curiosidad por las cosas del mundo y por enseñarme que hay que trabajar incansablemente para conseguir lo que una quiere.

Agradezco a mis amigos por su presencia y cariño constante, por sus palabras cuando la duda se presentaba arrolladora y parecía que no había más. Fueron, son y serán el pilar de la alegría de mis días.

Agradezco a los profesores que me encontré por casualidad y dejaron una huella imborrable, quienes mediante la noble y complejísima tarea de enseñar sembraron en mí el deseo de aprender.

Por último, una mención especial a Norma. Agradezco su amor y compañía estos 28 años de vida. Mi título también es suyo y espero que lo esté disfrutando desde donde esté.

Mi corazón está lleno de gratitud por todos los que contribuyeron a alcanzar el cierre de esta etapa maravillosa, porque, aunque el título lleve mi nombre no hubiera sido posible sin todos esos otros. Gracias.

Índice

Resumen.....	pág 3
Introducción.....	pág 4
Problematización de lo dado.....	pág 6
Estructuras clínicas.....	pág 9
Diagnóstico.....	pág 13
Conclusión.....	pág 16
Bibliografía.....	pág 17

Resumen

El presente ensayo consiste en una revisión crítica del uso del diagnóstico en psicoanálisis, así como de aquellos conceptos que se utilizan en la práctica, pero que fueron gestados en una clínica anterior: la médica y su especialización psiquiátrica. El traspaso de estas, al campo que nos ocupa, en parte tiene que ver con la formación de quien abrió el camino para dirigir la cura mediante la palabra, Sigmund Freud, por cierto, médico neurólogo, y quien continuó ese camino: Jacques Lacan, psiquiatra. Desde el marco teórico del psicoanálisis, se propone realizar una consideración sobre los inicios de la disciplina, ubicando los paradigmas psiquiátricos con los que dialogan tanto Freud como Lacan, para así identificar el contexto de producción teórica y los vasallajes conceptuales que ahí se suscitan. Luego, se problematiza la designación de estructuras clínicas, ubicando el concepto en clave histórica y la atribución que se le hace a Lacan de tal denominación, para finalmente decantar en un análisis de la dificultad de sostener, en la práctica analítica, la elaboración del diagnóstico en términos clínicos, el cual lleva a una deriva psiquiatrizante del psicoanálisis, borrando su singularidad característica y dejando al analista en el lugar del psicoterapeuta.

Palabras clave: psicoanálisis- psiquiatría- diagnóstico- estructuras clínicas.

Introducción

La elección de un ensayo para cerrar el tránsito por la Facultad de Psicología tiene que ver con una pregunta que ha persistido a través de los años, la cual retornaba y se plasmaba tanto en monografías, trabajos de cierre de seminarios, elecciones de temas para presentar algún final. Es una pregunta abierta, sometida a crítica y problematización: ¿Qué se hace con el diagnóstico en psicoanálisis?

Comenta Lacan (2012) que la clínica es anterior al discurso analítico, pero, esos campos, el de la psiquiatría y el que se desarrolla en el presente ensayo, guardan relación. De hecho, el sintagma que se utiliza en la cotidianeidad es 'clínica psicoanalítica'. Sin embargo, corresponde ubicar un signo de pregunta al final de la juntura de estos términos, ya que el psicoanálisis funcionaría allí como adjetivo de la clínica y, entre estos, también hay grandes diferencias. Ambos sostienen líneas rectoras de trabajo que no se tocan entre sí, siendo por ejemplo el encuadre una de las principales distinciones entre ellas. La condición del tercero excluido especifica que en la práctica psicoanalítica no se admiten terceros, condición que sí se lleva a cabo en los consultorios médicos o en instituciones en las que hay gran cantidad de residentes o estudiantes presenciando situaciones clínicas. Otra, hito fundamental en la teoría freudiana, es el concepto de transferencia, así como el establecimiento del método (asociación libre) y la regla técnica fundamental (atención flotante por parte del analista).

Se puede pensar, entonces, que el punto de partida para revisar la cuestión del diagnóstico en psicoanálisis es esa clínica anterior, en la que se ubica a la psiquiatría, y la influencia que ésta tuvo sobre esa nueva práctica discursiva.

El modo de operar de la psiquiatría, siguiendo el legado de la clínica médica, se rige por una serie de pasos mecánicos. La mirada clínica se dirige hacia un conjunto de signos que plantean problemas semiológicos y revelan la presencia de determinada enfermedad. A partir de esto, se elabora un diagnóstico y un pronóstico para el tratamiento de la patología en cuestión. Este modo de trabajo, esa forma de proceder, ¿se extiende al psicoanálisis?, ¿se trabaja también allí con el *check list* de síntomas que permiten ubicar cuadros nosográficos?

Pues, así como hay una nosografía psiquiátrica, también hay una nosografía psicoanalítica. Freud no desestima la clasificación, pero propone una diferente, ya que va más allá de un mero sistema clasificatorio descriptivo. Le interesaba describir aquellos mecanismos constitutivos de síntomas que escuchaba en sus pacientes, sobre todo en aquel momento de investigación, fundante en la expansión del campo.

Cabe resaltar, en base a la lectura de la producción teórica de Freud, que la marca que más se destaca es aquella que refiere a la distinción o diferenciación entre neurosis y

psicosis a partir de elementos transferenciales. Una podría ser influenciada por el médico y otra no, en términos de curación. La posibilidad del neurótico de transferir hace posible iniciar una cura analítica.

Con Lacan las cosas son un poco diferentes, ya que sobre la lectura de su producción teórica no cabe duda de su conceptualización sobre las estructuras clínicas. Es el famoso ternario Pernepsi (nombrado de esa manera por Jean Allouch): perversión-neurosis-psicosis, cada una con sus respectivos mecanismos de defensa.

De modo que, la dificultad que suscita esa afirmación es que Lacan (2016), en realidad, nunca nombró las estructuras clínicas como tales. Lo que puede leerse tanto en el *Seminario 3* como en el *4* es: “estructuras freudianas” (p.11), algo completamente distinto, ya que Lacan alude con esto a la estructura del lenguaje.

Entonces, el inconveniente de sostener esa lectura es que se lleva a una deriva psiquiatrizante del psicoanálisis. Las famosas estructuras clínicas se convierten así en categorías totalizadoras a partir de las cuales se lee y se escucha. De esta forma, la nosografía psicoanalítica se tornaría taxonómica, y con ella quedaría en suspenso la singularidad, característica fundamental de la práctica.

Es así que el problema radicaría en la utilización del diagnóstico en psicoanálisis al modo de esa clínica anterior, de forma mecánica, trazando el pronóstico de un trayecto que en realidad está plagado de contingencias, cuyas alternativas se van develando en el transcurso del despliegue discursivo del sujeto. Por ende, el objetivo del presente ensayo es indagar, revisar y problematizar sobre la cuestión del diagnóstico en psicoanálisis.

Problematización de lo dado

Quiten la transferencia (...)
y tendrán toda la clínica que quieran.
(Le Gaufey, 2004, p. 62)

En *Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos*, Lacan (2012) plantea: “Pues la cuestión comienza a partir de lo siguiente: hay tipos de síntomas, hay una clínica. Sólo ocurre que esa clínica es anterior al discurso analítico, y si este aporta una luz es seguro pero no cierto” (p. 583). Efectivamente hay una clínica anterior al advenimiento del discurso psicoanalítico, que es la clínica médica, la de la psiquiatría.

Sin embargo, no es posible desconocer el hecho de que esta clínica no es un territorio completamente separado del psicoanálisis, pues ha tenido fuertes influencias sobre ese campo y, por esa razón, ciertos conceptos fueron “heredados”, adoptados por los mayores exponentes del psicoanálisis -por su formación médica y psiquiátrica- y utilizados en la producción teórica del mismo. Por ese motivo, y la cercanía que hay entre ambos, en la cotidianeidad se utiliza el sintagma ‘clínica psicoanalítica’ para referirse al trabajo con pacientes, aunque sería pertinente ubicar un signo de pregunta al final de la juntura de estos términos. Tanto Sigmund Freud (médico neurólogo) como Jacques Lacan (médico psiquiatra) dialogan con los distintos paradigmas psiquiátricos de la época.

Por el año 1850 (hasta 1926) se instala en el campo de la psiquiatría el paradigma de las *enfermedades mentales*. Por ese tiempo, específicamente en 1885, Freud acude a París para trabajar en la Salpêtrière junto a Charcot. En Francia los psiquiatras se encontraban ocupados construyendo (mediante observación clínica) cuadros nosológicos, tratando de ubicar la alteración anatómica que estaría en la base de la correspondiente afección. Es Charcot allí quien produce un viraje, comenzando a interesarse por la histeria y sus manifestaciones, una enfermedad nerviosa desacreditada por los médicos de la época.

Como relata Freud (1991), éste estaba empeñado en el estudio de las parálisis histéricas que se generan después de traumas y se le ocurrió reproducirlas artificialmente. Para ello, se valió de pacientes histéricos a quienes ponía en estado de sonambulismo mediante hipnosis. Logró demostrar que esas parálisis eran consecuencia de representaciones que en momentos de predisposición particular habían gobernado el cerebro del enfermo. Este es el puntapié inicial, lo que hace que el fundador del campo empiece a investigar con la pretensión de proponer otra explicación a esas manifestaciones. Es por las histéricas que Freud entra al psicoanálisis, con el método de la sugestión hipnótica.

Por otro lado, desde 1926 hasta 1977 se instala el paradigma de las *grandes estructuras psicopatológicas*. Éste se produce como reacción frente a la acumulación de categorías nosográficas, con el objetivo de simplificar la clínica, pero también como intento de situar las categorías con base en los síntomas principales de los cuales pudiera inferirse el proceso mórbido.

La noción de estructura utilizada por la psicopatología privilegia la totalidad frente a la fragmentación, proporciona un nuevo concepto de semiología, ya que sitúa un síntoma único, global y totalizador que da cuenta de todo el proceso mórbido, y redimensiona el papel de la psicopatología por sobre el de la clínica psiquiátrica (Colovini, 2013, p. 56).

Este es el paradigma con el cual va a dialogar Lacan, y uno de los motivos de que se lea en sus producciones teóricas el nombre de Henri Ey, contemporáneo y amigo del autor, así como también el concepto de “Estructuras clínicas”, que refieren al famoso ternario *pernepsi*, una abreviación propuesta por Allouch en la que se sintetizan respectivamente perversión, neurosis y psicosis.

Aunque ambos dialogan con estos paradigmas, se observa cómo se separan de ellos y continúan produciendo en otra dirección, según la teoría psicoanalítica que en un principio se gestaba, y que luego se revisitó, ya que en sus inicios Freud buscaba dar a conocer sus postulados y expandir el resultado de sus investigaciones a través del trabajo con pacientes. Por su parte, Lacan, mucho después, ubica la necesidad de volver a la letra de Freud, ya que aquellos que formaban parte de su círculo más íntimo de divulgación, bajo su óptica, *se perdieron* en la psicología del yo, razón por la cual plantea la consigna del retorno.

Lo expuesto decanta en una pregunta necesaria: la psiquiatría y el psicoanálisis, más allá de sus influencias recíprocas, ¿son equiparables? La breve historización desarrollada anteriormente ayuda en un esbozo de respuesta, ya que pone en evidencia el pasaje que se produce: del campo de la mirada, propio de esa clínica anterior, al campo de la escucha, característico del psicoanálisis: del signo al significante. Así como lo describe Néstor Aliani: “hay un corrimiento de la relación síntoma-órgano, a una relación síntoma-palabra” (2012, p. 66).

El modo de operar de la psiquiatría, siguiendo el legado de la clínica médica, se rige por una serie de pasos mecánicos. Al decir de Le Gaufey (2002), la mirada clínica se dirige hacia un conjunto de signos que plantean problemas semiológicos y revelan la presencia de determinada enfermedad. A partir de esto, se elabora un diagnóstico y un

pronóstico para el tratamiento de la patología en cuestión.

Allí el sujeto es objeto de la mirada atenta que lo recorre en busca de signos somáticos, que arman síndromes y se ubican en un determinado cuadro nosográfico. Es harto conocido lo que sobra el decir en este espacio de consulta, ya que lo que interesa es la especificación de los síntomas, o sea, qué dolencia somática aqueja al paciente.

El psicoanálisis, en cambio, recoge de alguna manera aquello que queda por fuera del espacio rígido de ese consultorio médico: la palabra del paciente. El foco está puesto en la transferencia, aquello que ocurre entre analista y analizante, y en el hito fundamental de la teoría freudiana: el establecimiento del método (asociación libre) y la regla técnica fundamental (atención flotante).

Además, se abandona la pretensión de localización anatómica y se prioriza otra vertiente, que es la sintomática, es decir, el sentido del síntoma que porta el paciente. Sumado esto a la diferencia radical del encuadre, que es la condición del tercero excluido.

Si bien estos discursos guardan relación, las diferencias son más que evidentes, aunque muchos de los conceptos de esa clínica anterior se sostienen en el psicoanálisis. Se habla de diagnóstico y de estructuras clínicas, de una nosografía psicoanalítica. Pero ¿qué función cumplen estos conceptos? ¿Por qué se sostienen? Si el diagnóstico adoptara otro nombre, propio del campo que Freud inauguró, ¿el problema quedaría resuelto? ¿Se reduce a una mera cuestión de nominación?

Estructuras clínicas

La clasificación suele tranquilizarnos,
aunque no nos deja tranquilos.
(Ritvo, 2019, p.2)

Partiendo de un breve desarrollo histórico que lleva al meollo del asunto, el estructuralismo es “un enfoque de las ciencias humanas que se convirtió en uno de los métodos más utilizados para analizar el lenguaje, la cultura y la sociedad en la segunda mitad del siglo XX” (Aliani, 2012, p.154). Es un método de interpretación cuyo origen se ubica en la obra de Ferdinand de Saussure con su *Curso de lingüística general* en 1916.

En *Una introducción a Lacan* (2016), los autores comentan que Saussure señala que la realidad del lenguaje es inclasificable en tanto es al mismo tiempo física, fisiológica y psíquica, así como individual y social. La originalidad de su obra, y lo que lo diferencia de las producciones anteriores, es haber construido una noción a la que llamará lengua. Éste es el objeto por excelencia de la lingüística, que forma parte del lenguaje y se diferencia de él por ser su producto social.

En este sentido, los elementos que la componen son los signos, es decir, la combinación de un concepto y una imagen acústica, dos caras unidas que son en correspondencia: significado/significante. El signo en tanto forma parte de un sistema, no solo tiene relación positiva entre significante y significado, sino también una relación negativa y diferencial con los otros signos. “La concepción de la lengua como un sistema de diferencias, cuyas unidades son en consecuencia formas y no sustancias, definirá la principal propiedad de la filosofía estructuralista” (Aliani, 2012, p. 162).

Esta breve descripción viene al caso ya que Lacan toma prestado este concepto de la lingüística a condición de desarmarlo. Parte de una crítica a su unicidad en la que se implican recíprocamente significante y significado. Al romper la unidad del signo se destaca la primacía del significante: S/s es la notación del algoritmo propuesto por Lacan, cuya barra indica diferencia. El significante, así, ya no será la otra cara del signo sino una operación en la que se articula una ley. A la altura del *Seminario 3*, Lacan (2013) está situado allí, teorizando en base a la primacía del significante enunciando su clásica definición de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, es decir, depende de las leyes estructurales.

En el mencionado seminario, plantea una definición de estructura: “La estructura es primero un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante. Dije un conjunto, no dije una totalidad” (2013, p. 261). Y agrega:

A fin de cuentas, al examinarlas de cerca, la noción de estructura y la de significante se presentan como inseparables. De hecho, cuando analizamos una estructura, se trata siempre, al menos idealmente, del significante. Lo que más nos satisface en un análisis estructural, es lograr despejar al significante de la manera más radical posible (2013, p. 261).

De este modo, destaca la referencia al conjunto ya que no se trata de un sistema cerrado sobre sí mismo (lógica del no-todo), y plantea la co-variancia con relación a que cada uno de los significantes vale en la medida de su diferencia con los demás, donde ninguno posee una posición fija o produce una significación única: el significante en tanto tal no significa nada, existe en cadena con otros. La estructura, entonces, es del discurso con las leyes que le son propias. ¿Y las estructuras clínicas? Ese sintagma, con un término que resuena a un concepto tomado de ese campo anterior, ¿sugiere lo mismo? En tal caso, ¿por qué el agregado de ‘clínica’?

Según Ricardo Rodríguez Ponte (2010), en una conferencia dada en la Escuela Freudiana de Buenos Aires, *Sobre las estructuras clínicas*, fue Oscar Masotta quien planteó que había modos de defensa que tenían un alcance estructural, es decir, que eran constitutivos de estructuras. Éstos son: represión (neurosis), forclusión (psicosis) y renegación (perversión). El autor no recuerda explícitamente si fue una invención de Masotta o lo tomó de otros autores, pero sí recuerda que lo aprendió de aquél.

El armado del ternario que propone Masotta deriva de una lectura de Freud, y claro, de Lacan. Entonces, comienza el vox populi de que fue Lacan quien nombró las estructuras clínicas como tales. Sin embargo, en ninguno de sus escritos se puede ubicar esta referencia.

Lo que puede leerse tanto en el *Seminario 3* como en el *4* es: “estructuras freudianas” (2016, p.11). En principio hace referencia a las estructuras que Freud aisló en las formas clínicas de las psicosis, pero el punto fundamental es que alude con eso a la estructura del lenguaje y de la palabra (metáfora y metonimia en el decir lacaniano). En *S’truc dure*, Miller (1993) ubica que cuando Lacan indica estructura hace referencia al lenguaje, ya que para éste la estructura quiere decir lenguaje.

En este sentido, y teniendo en consideración las preguntas anteriormente enunciadas, se puede ubicar la problemática respecto a la nominación, tema arduo de resolver, ya que si bien por un lado resulta necesario enunciar los conceptos para poder transmitirlos, punto fundamental y espinoso en la enseñanza del psicoanálisis, por otro lado, resulta problemático dado que la designación del concepto -o plantearlo de

determinada manera- evidencia aquellas raíces que es preciso desenterrar para comprender, ya que se encuentran implícitas. Nombrar la estructura del lenguaje, del inconsciente, como estructuras clínicas supone inevitablemente la referencia a una clínica que no es la del psicoanálisis, y sucede lo mismo al enunciar la práctica del psicoanálisis como “la clínica”. No solo porque el psicoanálisis quede allí adjetivado en el otro término, sino porque la inauguración del campo surge como ruptura respecto de la clínica de ese entonces y se constituye como una nueva práctica discursiva.

Así, respecto a las raíces que portan estos conceptos, la ciencia médica -a la que se hace referencia en el párrafo anterior- se fundó sobre los parámetros epistemológicos acerca de que no hay patología sin norma y no hay norma sin ideal. Sería patológico, en este sentido, todo aquello que atente contra el lazo social o todo aquello que se aparte de la norma, entendiendo por tal lo que evidencia o denuncia lo irregular, los desvíos, la cual se pretende universalizar funcionando transversalmente a las distintas disciplinas o discursos.

Se funda de esa manera la división tajante entre normal y patológico, que, tal vez en lo que respecta a resultados de estudios médicos alivie anoticiarse de que los valores son normales, pero cuando se trata de trabajar con la salud mental, o el malestar de un analizante, la marca de ese trayecto difícilmente llegue a buen puerto.

Para el psicoanálisis no existe tal distinción entre normal y patológico, ya que el conflicto funciona como lógica que articula, por ejemplo, entre los diferentes sistemas o instancias psíquicas. Plantea Freud:

La importancia que hemos de reconocer a la cantidad de libido en la causación de la enfermedad coincide a maravilla con dos de los principios analíticos de la teoría de las neurosis. En primer lugar, con el de que las neurosis nacen del conflicto entre el yo y la libido, y en segundo, con el que afirma que entre las condiciones de salud y las de neurosis no existe diferencia cualitativa alguna, resultando que los sanos han de luchar también por alcanzar el dominio sobre su libido, si bien lo consiguen más perfectamente (2002, p. 244).

Se podría ubicar entonces que no hay analista que, al cabo de escuchar a un analizante, enumere síntomas para ubicar correspondencias con determinada estructura, que denuncie patología y corrección, ya que quien enuncia y posee saber sobre el malestar que lo aqueja es el mismo analizante.

En este sentido, no resulta igual referenciar que el sujeto tiene estructura (dirección

en la que apunta el sintagma estructuras clínicas) a plantear que se le supone un sujeto a la estructura. Precisamente el sujeto se hace presente cuando falta, en sus tropiezos: “La estructura sólo se completa descompletándose con el rasgo que singulariza pero no tipifica al sujeto de la enunciación” (Alliani, 2012, p. 15). Si le suponemos un sujeto a la estructura y la estructura no es del sujeto. ¿Por qué se diagnostican sujetos psicóticos, perversos y neuróticos? ¿Por qué el empeño en trazar líneas tajantes y divisorias entre cuadros nosográficos que se transmiten en nombre de producciones teóricas del psicoanálisis? ¿Hay nosografía psicoanalítica?

Diagnóstico

El arte del psicoanálisis debe ser
el de suspender las certidumbres subjetivas
hasta que se consuman sus últimos espejismos.
Y es en el discurso donde debe escandirse su resolución
(Lacan, 1997, p. 357)

Para dar pie al tema, se trae a colación un ciclo de conversaciones que lleva adelante la cátedra de Clínica I en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario. En 2019 fue invitado Juan Bautista Ritvo, quien dijo: “El tema del diagnóstico es un tema que uno siempre tiene que pensar, y pensarlo desde muchos puntos de vista” (p. 2).

No hay un posicionamiento unívoco sobre esta noción y una lectura crítica resulta necesaria. Ciertos autores ubican este concepto como fundamental dentro de la práctica analítica y otros sostienen que no lo es. Pero tal vez se puede ir un poco más allá de una posición moralista, que deje como sesgo único si este concepto corresponde o no.

Una de las preguntas que cierran el apartado anterior se refiere a la nosografía, apuntando específicamente si se puede ubicar una en la práctica del psicoanálisis. Antes de responder este interrogante conviene ir un poco más atrás.

En su momento, la nosografía se construyó para resolver un problema que era el de saber más ágil y velozmente qué tipo de enfermedad sufría el paciente para su tratamiento y curación. Por la repitencia sintomática de determinadas enfermedades se comenzaron a construir cuadros, ya que era mucho más práctico para el trabajo cotidiano en lugar de analizar individualmente síntoma por síntoma. Esta metodología fue extrapolada del campo de la botánica, ya que por el 1700 se había consumado una clasificación de las especies según sus características, la cual permitía su denominación.

Empero, el psicoanálisis no funciona de esa manera. Está claro que su epistemología rechaza los protocolos estandarizados que se ubican tan lejos de la singularidad propia del dispositivo analítico. Aunque esto no quita que se pueda ubicar una nosografía psicoanalítica, ya que Freud no desestima la clasificación, pero propone una diferente, porque va más allá de un mero sistema clasificatorio descriptivo. La nosografía que elaboró, en disputa con la psiquiatría, fue: neurosis actuales (neurastenia y psiconeurosis), neurosis de transferencia (neurosis obsesiva, histeria de conversión, histeria de angustia – fobia -) y neurosis narcisísticas (esquizofrenia y psicosis).

La elaboración de esa nosografía se llevó a cabo a partir del trabajo con pacientes, en los que Freud podía ubicar ciertas cuestiones que se repetían en tanto mecanismos

constitutivos de neurosis y sus síntomas. Enunciaba “tipos clínicos”, que admitían variedad de manifestaciones entre sí, pero no le interesaba armar cuadros para que posteriormente quienes se adentraran en el campo y comenzaran a trabajar desde los postulados psicoanalíticos pudieran reconocer rápidamente síntomas y referenciaran a cuál de ellos pertenecía el sujeto. Los síntomas que se escuchan en la práctica pueden repetirse en variedad de pacientes. Sin embargo, el armado de ese síntoma es absolutamente singular y, por eso, es de fundamental importancia el establecimiento y análisis de la transferencia.

Retomando lo enunciado más atrás en relación con la nosografía propuesta por Freud, con el correr del tiempo puede leerse que la marca que más se destaca en sus producciones teóricas es aquella que refiere a la distinción entre neurosis y psicosis, a partir de elementos transferenciales. Una podría ser influenciada por el médico y otra no, en términos de curación, y la posibilidad del neurótico de transferir hace posible iniciar una cura analítica. No existen, en las elaboraciones freudianas, mecanismos constitutivos de cuadros: la represión, por ejemplo, opera tanto en neurosis como en psicosis para el autor.

De hecho, en *Sobre la iniciación del tratamiento*, Freud (1957) plantea: “La iniciación del tratamiento con un período de prueba así, fijado en algunas semanas, tiene además una motivación diagnóstica” (p. 126). Esa motivación diagnóstica a la que refiere se inscribe en esa misma línea, y tiene que ver con la constatación, por parte del analista, de poder llevar a cabo la cura, ya que para el autor el tratamiento psicoanalítico no podía conducirse en las psicosis. Años más tarde, Lacan teoriza que esto es posible siempre y cuando el analista adopte la posición de “secretario del alienado”, dando así un tratamiento distinto a la transferencia.

De esta manera lo explicita Ritvo:

Quando digo que es preliminar -el diagnóstico- digo que hay una operación que hay que realizar y después olvidar. Alguien me decía “tengo un paciente que es igual al hombre de las ratas”. No tenes un paciente, tenes al hombre de las ratas. Vas a pensar todo el tiempo en Freud. No tiene sentido eso. Lo singular ha quedado reducido a ser un mero ejemplo particular de algo general (2019, p. 20).

Entonces, se observa una diferencia radical entre conceptualizar el diagnóstico como paso preliminar en un análisis y el diagnóstico “clásico”, propio de la clínica médica, cuya función esencial es nombrar una patología para poder tratarla.

Se sabe que el diagnóstico médico ubica la correspondencia de un caso clínico con un nombre proveniente de una clasificación general, subsume un caso particular en una

regla general. Ese proceder excluye la singularidad propia y constitutiva del psicoanálisis y lo limita a reconocer lo que de él se parece a otros. Lo más singular en ese campo es el sentido del síntoma, la significación que porta el analizante y devela en transferencia. El recorrido que traza el psicoanálisis va de lo particular a lo singular, de lo particular de los tipos de síntomas a lo singular del caso (Muñoz, 2011). Eso no implica que no existan tipos clínicos o que el psicoanálisis pueda escapar de lo común, de cierta generalización que lo hace universalizable. De hecho, Freud no se aleja de cierta pretensión sobre todo en los comienzos, etapa de investigación y divulgación, pero eso no implica su cuadratura y generalización.

Entonces las 'estructuras clínicas', que vendrían a funcionar como cuadros al modo de la psiquiatría, pero en la práctica psicoanalítica, operan al servicio del diagnóstico diferencial y forman parte del proceder médico. Así, obturan la escucha y rechazan la singularidad.

El inconveniente de sostener esa lectura es que lleva a una deriva psiquiatrizante del psicoanálisis y lo hace ver como la culminación de ese campo anterior, es decir, la formalización de un ideal psiquiátrico clasificadorio. Las famosas estructuras clínicas corren el riesgo de convertirse en categorías totalizadoras a partir de las cuales se lee y se escucha, transformando una posición subjetiva en un ente permanente, no dejando más opción al analista que tomar el lugar de psicoterapeuta.

Conclusión

En el transcurso del presente ensayo se indagó, revisó y problematizó el uso del diagnóstico en psicoanálisis comenzando por el cuestionamiento de la herencia, es decir, de aquellos conceptos que han traspasado los discursos y se sostienen en la práctica hoy en día. Los paradigmas con los que dialogan los máximos exponentes del campo dan cuenta de los entrecruzamientos que existen entre esa clínica anterior y el psicoanálisis, lo cual no lo exime de guardar relación, pero tampoco de diferenciarse.

El problema central, aquel que atraviesa el ensayo en su totalidad, es la atribución a Lacan de la designación de estructuras clínicas. No solo esto es un embuste, ya que no es posible ubicar la referencia en el autor, sino que trae aparejado un sesgo psiquiatrizante, un aparejamiento con esa clínica que se encarga de clasificar, nombrar y diagnosticar. No se trata sólo del problema de la nominación, ya que, a consideración de la autora de este trabajo integrador final, no se resuelve el conflicto inventando un concepto que designe lo mismo, pero propio de este campo. Ya que el diagnóstico en tanto función responde a un mecanismo o epistemología positivista: reduce el malestar a una serie de síntomas enumerados. Lo fundamental es el análisis de la transferencia y si hay un diagnóstico que hacer, que sea preliminar, para que el analista pueda pararse transferencialmente y continuar escuchando, develando las alternativas que traza todo análisis para el sujeto en cuestión.

Bibliografía

- Aliani, N. (2012). *Psicopatología, psicoanálisis y orden médico*. Rosario: Mar por medio.
- Colovini, M. (2013). *Debates actuales en el psicoanálisis: las marcas de un paradigma*. Recuperado de <https://clinicapsicoanalisis1.webnode.es/news/debates-actuales%3A%C2%BFhay-estructuras-clinicas-las-marcas-de-un-paradigma-marite-colovini/>
- D'Angelo, R., Eduardo Carbajal, Alberto Marchilli (2016). *Una introducción a Lacan*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Freud, S. (1991). Charcot. En: S. Freud. *Obras completas. III*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1976). Presentación autobiográfica. En: S. Freud. *Obras Completas. XX*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1957). Sobre la iniciación del tratamiento. En: S. Freud. *Obras Completas. XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (2002). Sobre los tipos de contracción de neurosis. En: S. Freud. *Obras Completas. XII*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (2012). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos. En: *Otros escritos* (pp. 579-585). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2016). *Seminario 4: La relación de objeto*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Le Gaufey, G. (28/08/02). *Una clínica sin mucho de realidad*. Recuperado de <https://clinicapsicoanalisis1.webnode.es/news/una-clinica-sin-mucho-de-realidad-guy-le-gaufey/>
- Masotta, O. (2011). *Ensayos lacanianos*. Buenos Aires: Eterna Cadencia Editorial
- Miller, J. A. (1993). S'tructure en *Matemas 2*. Buenos Aires: Manantial.
- Muñoz, P. (2011). *Las locuras según Lacan*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ritvo, J. B. (2019). *Una posición sobre el diagnóstico*. Recuperado de: Conferencia del ciclo Conversando con autores de la asignatura Clínica I. Facultad de Psicología UNR.
- Ponte, R. R. (4 de mayo de 2010). *Estructuras clínicas*. Recuperado de: www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_1537.

