

# **Diferencias diagnósticas entre psiquiatria y psicoanálisis: vigencias actuales de las estructuras clínicas neurosis y psicosis.**

Leguizamón, Lucio Lautaro.

Cita:

Leguizamón, Lucio Lautaro (2025). *Diferencias diagnósticas entre psiquiatria y psicoanálisis: vigencias actuales de las estructuras clínicas neurosis y psicosis. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/544>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/SCK>

# DIFERENCIAS DIAGNÓSTICAS ENTRE PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS: VIGENCIAS ACTUALES DE LAS ESTRUCTURAS CLÍNICAS NEUROSIS Y PSICOSIS

Leguizamón, Lucio Lautaro

Universidad de Buenos Aires. Hospital de Clínicas "J. de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo está dedicado a repensar el uso del diagnóstico en psicoanálisis, y cuáles son las diferencias con el diagnóstico clásico que propone el paradigma médico psiquiátrico. Este escrito surge de un primer acercamiento al servicio de guardia externa en el Hospital José de San Martín, "Hospital de Clínicas", como residente (R1) en el servicio de la facultad de psicología (UBA). El trabajo interdisciplinario, el intercambio con otros profesionales en la guardia, y las diferencias diagnósticas desde diferentes perspectivas, habilitan los siguientes interrogantes: ¿Qué es un diagnóstico? ¿Qué es un diagnóstico desde el marco del psicoanálisis? ¿Qué usos se hace del diagnóstico? Por último, otra pregunta que vale la pena formular ¿Qué hace que actualmente se mantengan vigentes las estructuras clínicas neurosis y psicosis?

## Palabras clave

Diagnóstico - Psiquiatría - Psicoanálisis - Estructuras clínicas

## ABSTRACT

DIAGNOSTIC DIFFERENCES BETWEEN PSYCHIATRY AND PSYCHOANALYSIS: CURRENT RELEVANCE OF THE CLINICAL STRUCTURES OF NEUROSIS AND PSYCHOSIS

This paper is dedicated to rethinking the use of diagnosis in psychoanalysis and its differences with the classic diagnosis proposed by the psychiatric medical paradigm. This article arises from my initial experience with the outpatient clinic at the José de San Martín Hospital, "Hospital de Clínicas," as a resident (R1) in the Faculty of Psychology (UBA) service. The interdisciplinary work, the exchange with other professionals on the outpatient clinic, and the diagnostic differences from different perspectives raise the following questions: What is a diagnosis? What is a diagnosis from the framework of psychoanalysis? What are the uses of diagnosis? Finally, another question worth asking: What keeps the clinical structures of neurosis and psychosis current?

## Keywords

Diagnosis - Psychiatry - Psychoanalysis - Clinical structure

## DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: SÍNTOMA CLASIFICADO

Durante el siglo pasado hubo revisiones, cambios y la creación de diferentes manuales diagnósticos de trastornos mentales. Las revisiones diagnósticas y sus modificaciones llevaron al DSM III a transformarse en DSM IV, para culminar actualmente en el DSM V; también surgieron en el mismo campo sistemas diagnósticos como el CIE-10, OPD (Manual de psicodiagnóstico operacionalizado) y PDM (Manual diagnóstico psicodinámico). El discurso médico sostiene que un diagnóstico es de utilidad clínica, permite determinar el pronóstico, los planes de tratamiento, y los posibles resultados terapéuticos (DSM V). Establece un lenguaje común, compartido, permitiendo a los profesionales de la salud generar un intercambio interdisciplinario. Tanto Freud como Lacan siguieron sosteniendo las estructuras clínicas clásicas (Neurosis, Psicosis, y sus variantes) sin desconocer, ni tampoco rechazar, pero si tomando distancia, del avance de la psiquiatría de su época.

Se puede plantear como primera diferencia en el proceso diagnóstico de cada paradigma, la **diferencia entre signo y significante**, como también la **concepción de síntoma** que sostiene cada uno. El criterio diagnóstico de los manuales de psiquiatría mantiene que el conjunto de síntomas constituye un síndrome, cada "serie de síntomas" dice de cierta categoría diagnóstica. En este punto, los síntomas son tratados como signos, el discurso médico se encarga de encajar las quejas que los pacientes traen a la consulta en una red de signos que tienen impregnado un saber científico.

El psiquiatra toma a los síntomas como orientación en el tratamiento, para poder pronosticar posibles resultados, utilizando su propio juicio clínico. Se empeña en reducir los síntomas hasta alcanzar la remisión sintomática. El síntoma para el discurso de la psiquiatría, es un síntoma que no dice, que no habla, excluye al sujeto que posee un saber inconsciente no reconocido de su malestar, Lacan (1966) refiere a partir del empleo de instrumentos psicoterapéuticos que "*el inconsciente le da un asiento poco propicio para reducirlo a lo que la referencia a los instrumentos de precisión designa como error subjetivo*". Es decir, que el inconsciente hace tambalear de su silla a las categorías diagnósticas, o cualquier test que pretenda dejarlo sentado, quieto, al

sujeto que tiene algo para decir. Siguiendo la línea que plantean algunos autores, el diagnóstico psiquiátrico es un “diagnóstico desde afuera”, un diagnóstico que clasifica, ordena, agrupa, calla lo que el cuerpo y la conducta, como “pantomima del lenguaje”, puedan desplegar en la invitación a un decir.

En *Del sujeto por fin cuestionado* (1966) Lacan invita a pensar la relación del sujeto con el discurso de la ciencia, el cual unos años más tarde lo va a llevar a decir que el sujeto con el cual trabaja el psicoanálisis, es el sujeto que la ciencia forcluye, rechaza. “(...) *A diferencia del signo, del humo que no va sin fuego, fuego que áquel indica con un llamado eventualmente a apagarlo, el síntoma no se interpreta sino en el orden del significante. El significante no tiene sentido sino en su relación con otro significante. Es en esta articulación donde reside la verdad del síntoma.* (...)” (Lacan. 1966. Pp. 227).

“Humo que no va sin fuego” y que indica un llamado a apagarlo. La psiquiatría no le interesa commover algo de la posición subjetiva del sujeto, tampoco le interesa la historización del síntoma, sino más bien se encarga de calmar, sedar, eso que aparece en la urgencia, aquello por lo cual el paciente consulta en la guardia. En este punto, la psicofarmacología incide en nuestra práctica como analistas, no se trata de desconocer, ni rechazar el discurso psiquiátrico/psicofarmacológico, a veces se vuelve necesario para que un paciente sostenga cierto tratamiento analítico, más bien el fármaco tendría que permitir, tal como dice G. Lombardi (2018), “*al sujeto testimoniar de su síntoma sin anestesiarlo por completo*”.

## DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS: SÍNTOMA COMO FORMACIÓN DEL INCONSCIENTE

Desde la mirada psicoanalítica el síntoma es tratado como significante. El síntoma no se interpreta sino en el orden de la cadena significante. En la conferencia 16º psicoanálisis y psiquiatría, Freud refiere que “*el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología es a la anatomía*”, la primera se enfoca en los elementos no visibles que conforman una estructura, mientras que la otra se enfoca en los elementos que se aprecian a simple vista. El psicoanálisis se formula una pregunta por la causa de un síntoma, llegando a la construcción de un saber en análisis más particular y próxima.

El proceso diagnóstico en psicoanálisis tiene una relación con el síntoma en transferencia. El diagnóstico, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico de manual, se desprende del vínculo transferencial con el consultante. Las entrevistas preliminares al inicio del tratamiento son de motivación diagnóstica, permiten recortar un síntoma que dice de la estructura psíquica del paciente. Este proceso diagnóstico incluye una apuesta por parte del analista, apuesta que no está librada a la suerte, sino a las determinaciones significantes puestas a trabajar en el campo de la transferencia.

Los autores S. Thompson, A. Frydman, L. Salinas y G. Lombardi refieren que el proceso diagnóstico en psicoanálisis “(...) *Consiste, desde nuestra perspectiva, en el trabajo por el cual el analista se ubica en el campo transferencial del paciente, para hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma en tanto expresión de un saber inconciente que concierne y divide al sujeto que lo padece.* (...)”. En este sentido, el diagnóstico no es solo una etiqueta o categoría nosológica, sino que “*supone al menos una experiencia del inconsciente*”. En las primeras entrevistas se intenta producir un anudamiento que posibilite el decir, movimiento necesario para la continuidad del tratamiento analítico.

El gran descubrimiento freudiano es suponer que el síntoma tiene un sentido, un propósito de ser, “*la aseveración de que no es contingente, sino que posee un motivo, un sentido y un propósito*”, este síntoma divide al sujeto y está anudado a un intenso sufrimiento subjetivo. La instalación de la transferencia es equivalente a la noción de sujeto supuesto saber, si hay transferencia es porque se está en el campo del saber, el analista le supone un saber al consultante para establecer un diálogo con el sujeto llevado a cabo por equivocos, actos fallidos, interpretaciones, construcciones.

La transferencia habilita que el síntoma siga creciendo, entrometiéndose en la relación del paciente con el analista. Es así que en el tratamiento se produce una nueva neurosis, también podría agregarse una nueva psicosis (en este punto habría que pensar el manejo de la transferencia y la ubicación del analista en la psicosis). No se está delante del mismo padecimiento por el cual se consulta, sino una neurosis o una psicosis recién creada donde se toma como objeto la figura del analista y que sustituye a la primera forma de presentación del padecimiento subjetivo. En este punto, Freud refiere que “*... Todos los síntomas del enfermo han abandonado su significado originario y se han incorporado a un sentido nuevo, que consiste en un vínculo con la transferencia.* (...)” (Freud. 1917. Pp.404).

## VIGENCIAS ACTUALES DE LAS ESTRUCTURAS CLÍNICAS

Ahora bien, ¿Por qué actualmente entre los analistas se sigue hablando de neurosis y psicosis? ¿Qué hace que actualmente sigan vigente estas categorías clínicas? En Estudios sobre las psicosis, Colette Soler refiere “(...) *Si ahora tuviese que definir concisamente la estructura, escogería la siguiente fórmula: la estructura es el efecto de lenguaje.* (...)” (Soler. 1989. Pp. 45). Esta frase hace referencia a la estructura de las psicosis, pero también se podrían concebir a las estructuras clínicas como modos de respuestas frente al efecto del lenguaje en el cuerpo, un modo de posicionarse del sujeto frente a la castración.

Colette Soler en *El sujeto psicótico en el psicoanálisis*, distingue dos coordenadas clínicas las cuales permiten localizar al sujeto y a su síntoma en las estructuras de neurosis y psicosis. La primera es a partir del **mecanismo de defensa** que opera en

las distintas estructuras, la segunda es la **instalación de la transferencia** y la posición del analista.

En las neurosis el mecanismo de defensa central es la represión, un significante es elidido y sustituido por otro significante. De esta ecuación nace el síntoma neurótico, metáfora de una incógnita, de un saber que el sujeto no quiere saber y que le devuelve el plus de una satisfacción paradójica, una ganancia a partir del efecto de pérdida de castración de goce. El síntoma es traducción, cumple la función de acertijo pudiendo ser descifrado a partir de la historización vía la transferencia.

En las psicosis la cosa se define por la diferencia, “*No es la presencia en otra parte del significante reprimido, sino la falta radical de un significante; no una sustitución, sino una falla, un simple agujero.*” Lo que en las neurosis encontramos como represión, en las psicosis lo encontramos como forclusión. Un mecanismo que se caracteriza por el rechazo del significante Nombre-del-Padre, significante que no es cualquier significante, sino el que instaura la oposición significante y que permite regular la metonimia del deseo y el goce. Los síntomas en las psicosis no van a estar en relación a un saber no sabido, por ende, no tienen un estatuto de cifra para ser descifrado en transferencia, sino que serán la expresión de un significante que retorna en el orden de lo real. “*Aquello que la neurosis dialectiza, la psicosis lo suelta, y esto en fenómenos contrastados de mortificación y goce desenfrenados.*”. Serán síntomas no camuflados por el orden simbólico, síntomas no articulados a los equívocos que los efectos de las palabras producen.

En articulación con los mecanismos de defensa, se puede pensar la instalación de la transferencia y la posición del analista en ambas estructuras. En las neurosis, como señalé arriba, la transferencia vehiculiza el síntoma y distribuye el saber puesto en escena. El amor de transferencia ubica al analista en un lugar privilegiado, un llamado al lugar de responder a la demanda, que el analista se sirve, desplazándose de ese lugar y redoblando la apuesta, suponiendo un saber al sujeto, ubicándose como semblante de objeto causa de deseo, lo que permite la histerización del discurso en el analizante, y que, a través de puntuaciones, intervenciones, le devuelve siendo receptor un “mensaje invertido” que posibilita la interpretación.

Después de Lacan, no hay duda de que hay transferencia en las psicosis, la pregunta que sigue en pie es ¿Qué significantes podrían entrar en lazo con un analista? En este sentido, al inicio de un tratamiento el amor de transferencia queda invertida, es decir, el despliegue de la libido recae autísticamente sobre el sujeto, un rodeo semejante a lo que Freud denomina “introyección de la libido al yo” en la psicosis. El delirio de persecución, la megalomanía y la erotomanía son producciones de este vuelco libidinal, donde el sujeto es quien interpreta lo que el Otro dice o hace. En este punto, la posición del analista en la psicosis va a tener su responsabilidad, “*Así pues, él mismo será interpretado en todas sus palabras y en todas sus intervenciones; será incluso vigilado, asignado a un lugar.*”. Un lugar al cual se debe

estar advertido, siendo testigo de la producción delirante, o bien, prestando algunos significantes que sirvan de sostén al sujeto donde él queda sin respuesta frente a la castración en lo real.

## CONCLUSIÓN

En resumen, se pueden puntuar diferencias diagnósticas entre el paradigma médico hegemónico y el psicoanálisis, así también en la forma de intervenir de cada una. El diagnóstico es inherente a la concepción de síntoma que sostiene cada paradigma. La psiquiatría trata a los síntomas como si fueran signos, es decir, la acumulación de una serie de síntomas constituye un síndrome que es identificado en el manual a cierto saber científico, saber consensuado, y que el psiquiatra interpreta a partir de su juicio clínico. Diagnóstico que lleva el nombre de “etiqueta”, significados vacíos que eclipsan al sujeto, y que orientan en un tratamiento objetivado por el discurso de la ciencia.

El psicoanálisis toma posición frente al saber consensuado, pero sin desentenderse del discurso psiquiátrico y su articulación con la época. Un síntoma como formación del inconsciente sostiene otro lugar en la institución hospitalaria y en la época, que no es el mismo que el de la psiquiatría. El gran descubrimiento freudiano es revelar que los síntomas tienen un sentido, una manera de ser que hace del quien consulta pa(de)siente. Las estructuras clínicas mantienen sus vigencias en este punto, permiten localizar al sujeto y su articulación con el síntoma vía la transferencia, permiten recortar una dirección posible en el tratamiento analítico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V). 5<sup>ta</sup> edición. (2014). *Definición de trastorno mental*. Editorial médica panamericana.
- Freud, S. (1917). 16<sup>º</sup> conferencia. *Psicoanálisis y psiquiatría*. En Sigmund Freud Obras completas. Tomo XVI. Amorrortu editores.
- Freud, S. (1917). 27<sup>º</sup> conferencia. *La transferencia*. En Sigmund Freud Obras completas. Tomo XVI. Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1966). *Del sujeto por fin cuestionado*. En *Escritos 1*. Siglo veintiuno editores.
- Lombardi, G. (2018). *La psicofarmacología. El psicoanálisis no es una neurociencia*. En *El método clínico en la perspectiva analítica*. Ed. Paidós.
- Soler, C. (2021). *El sujeto psicótico en el psicoanálisis (1989)*. En *Estudios sobre las psicosis*. Ed. Manantial.
- Thompson, A., Frydman, L. Salinas y G. Lombardi. *El proceso diagnóstico en psicoanálisis*.