

ALGUNAS PRECISIONES SOBRE EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

Edmundo Mordoh – Mónica Gurevicz – Gabriel Lombardi

Introducción

Este trabajo se inscribe en el Proyecto de investigación UBACYT “*La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social: El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos del psicoanálisis*”. En el mismo tomamos como objeto de estudio la práctica analítica llevada a cabo por el equipo de atención clínica de adultos del Programa Avellaneda.

Una de las hipótesis de trabajo de nuestra investigación sostiene que el proceso diagnóstico psicoanalítico, a diferencia del diagnóstico psiquiátrico, conlleva de por sí efectos terapéuticos, en el punto en que el sujeto puede en dicho proceso, determinar su participación inconsciente en la etiología del síntoma que lo aqueja. Es decir advertir su implicación en la formación y en el mantenimiento del mismo. Sabemos también que dicha participación será diferente en las neurosis, en las perversiones y en las psicosis, así como también, dentro de cada una de esas categorías, en los distintos tipos de configuraciones típicas de síntomas en que se pueden subdividir. Sin embargo no podemos reducir el sujeto y su relación con el padecer sintomático al tipo clínico en el cual aquél se inscribe.

Resulta necesario especificar cómo definimos en nuestra investigación el proceso diagnóstico psicoanalítico, ya que es sustancialmente opuesto al diagnóstico psiquiátrico. Definimos este proceso como “el trabajo por el que 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 inconsciente que concierne y divide al sujeto que lo padece” (Lacan, 1964-65, pp. 155).

Nuestro objetivo en este trabajo consiste en precisar algunas de las complejas características del proceso diagnóstico propio de la clínica psicoanalítica, irreductible por un lado a la mera rotulación clasificatoria de la psiquiatría, pero irreductible también al etiquetamiento del sujeto mediante categorías estructurales psicoanalíticas (histérico, obsesivo, perverso, etc). Pensamos que estas características no han sido suficientemente exploradas en el punto en que marcan una ruptura radical entre la clínica psicoanalítica por un lado, y las clínicas psiquiátrica y psicoterapéutica por el otro.

Nuestra metodología en este trabajo consistió en una revisión bibliográfica y reelaboración conceptual, a partir de su entrecruzamiento, de algunas elaboraciones en Freud, Lacan y otros autores referentes al diagnóstico en psicoanálisis.

¿De quién es el diagnóstico?

En un trabajo anterior¹ expusimos nuestra opinión de que el diagnóstico psiquiátrico, estilo DSM IV, tiende a dejar al sujeto en una posición pasiva, o peor aún, lo pasiviza en el punto en el que recibe desde el exterior un saber clasificatorio preestablecido. El sujeto es allí leído y evaluado con un saber clasificatorio exterior según el que se precisará y se ajustará su diagnóstico para aplicar los recursos terapéuticos correspondientes al trastorno específico que padece. Desde esta concepción diagnóstico y terapia están separados, y el primero determina a la segunda. Luego de que el malestar del paciente es nombrado por un saber exterior, la terapia específica para dicho trastorno entra en acción.

Sabemos que el psicoanálisis también posee categorías psicopatológicas diagnósticas imprescindibles para nuestra orientación en el trabajo clínico ¿Cuándo nos orientan? Colette Soler dirá que cuando “consisten en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta”. (Soler, 1996, pp. 26). Pero dilucidar la estructura en juego será necesario justamente para que el analista

tome su lugar en ella, a fin de que pueda sostener la transferencia en su singularidad en cada caso.

Soler nos advierte sin embargo que el diagnóstico estructural también puede desorientarnos cuando no tiene buenos efectos, cuando funciona como una taxonomía consistiendo en “colocar una pequeña etiqueta sobre el paciente: psicótico, histérico, homosexual, etc”. Y agrega que el diagnóstico puede tener también peligrosos efectos sobre el terapeuta, ya sea que genere en él inhibiciones o excesivos cuidados ante un caso de psicosis o excesivo alivio ante una neurosis, cosa “completamente injustificada...” (Soler, 1996, pp. 23-24).

Sin duda se puede, a partir de sus dichos o comportamientos, diagnosticar a una persona desde un saber “analítico” exterior al dispositivo transferencial. Lacan mismo nos dirá que el progreso de nuestra concepción de la neurosis nos ha mostrado que no está hecha únicamente de síntomas susceptibles de ser descompuestos en elementos significantes y en los efectos de significado de dichos significantes, sino que “toda la personalidad del sujeto lleva la marca de esas relaciones estructurales” y que todo “el conjunto del comportamiento obsesivo o histérico está estructurado como un lenguaje”. (Lacan, 1957-58, pp. 485)

También Freud dirá que es perfectamente posible referirse a las conductas de las personas que padecen de neurosis, describir la manera en que padecen por su causa, se defienden de ellas y con ellas conviven, pero que así corremos el riesgo de “no descubrir el inconsciente, de descuidar la gran importancia de la libido, y de juzgar todas las constelaciones tal como le aparecen al yo del neurótico”. (Freud, 1917, pp.346)

Reducir el diagnóstico a la aplicación desde el exterior de un conocimiento “analítico” no sólo no nos garantiza la posibilidad de realizar un tratamiento psicoanalítico, sino que además nos expone al riesgo de obstaculizar la aparición del sujeto del inconsciente.

Pensamos que el proceso diagnóstico psicoanalítico es mucho más complejo y genera posibilidades terapéuticas mucho más específicas y ricas a su vez. El diagnóstico constituido en la situación transferencial, que es una innovación de la clínica psicoanalítica, ubica un punto por fuera de cualquier intento sugestivo del terapeuta de “catalogar” el malestar del paciente. Pensamos que el dispositivo analítico habilita la emergencia de un sujeto capaz de ubicar y advertir su responsabilidad en el padecer que lo aqueja. Este saber diagnóstico del sujeto proviene necesariamente del interior del dispositivo.

Así Freud dirá que para la cura tenga lugar “es preciso que el paciente cobre el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de la enfermedad” y que “ya no tiene permitido considerarla algo despreciable; más bien será un digno oponente, un fragmento de su ser que se nutre de buenos motivos y del que deberá espigar algo valioso para su vida posterior” (Freud, 1914, pp.154). Evidentemente Freud diferencia a la enfermedad en sí, de la posición del sujeto, quien debe “tomar coraje” frente a la misma y dejar de lado la “política de avestruz” que había practicado frente a los orígenes de ella. Pensamos que el proceso diagnóstico de la clínica psicoanalítica es el que le permite al sujeto, en la escena transferencial, dar cuenta y modificar su posición ante la enfermedad misma.

Lacan nos advierte que el proceder analítico no parte del enunciado del síntoma, caracterizado por la compulsión y por la lucha ansiosa que lo acompaña, sino del reconocimiento de que “eso funciona así” (Lacan, 1962-63, pp.302) y que el primer paso de un análisis es que el síntoma se constituya en su forma clásica, es decir que “salga del estado de enigma todavía informulado” y que en el sujeto se “perfile algo tal que le sugiera que hay una causa para eso” (Lacan, 1962-63, pp.303). Lacan nos dice que tan sólo por ese lado se rompe la implicación del sujeto en su conducta y que esa ruptura “es la complementación necesaria para que el síntoma sea abordable por nosotros” (Lacan, 1962-63, pp. 303). Así dirá que aún por ejemplo, para un síntoma obsesivo, por más molesto que sea, no es seguro que los pacientes “hagan el esfuerzo de regularidad para salir de él”. (Lacan, 1975).

El efecto analítico resultante del proceso diagnóstico genera el encuentro del sujeto con lo real del lenguaje, y se presenta como algo incalculable para el analista. Así cuando Lacan se pregunta qué quiere decir que la interpretación es incalculable en sus efectos, responde que su único sentido es el goce. Así lo ejemplifica utilizando la impactante alusión a una situación de batalla diciendo que resulta enteramente claro que si la victoria de un ejército sobre otro es estrictamente imprevisible, es porque no es posible calcular “el goce del combatiente”, y agrega: “si hay quienes gozan con hacerse matar, llevan la ventaja.” Nos encontramos en el campo de lo contingente, “es decir, con lo que se define por lo incalculable”. (Lacan, 1973, pp.27).

La clínica psicoanalítica precisa su efectividad, paradójicamente, en el punto en que sitúa aquellos lugares en que el analista no posee un saber dado de antemano sobre el sujeto. El saber sobre el goce de un sujeto en particular, es sin duda un saber “imposible” para el analista.

Freud, por ejemplo, ante la pregunta por la posible duración de un tratamiento responde que: “En verdad, la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible”, ya que es fácil que el neurótico altere su *tempo* y en ciertos períodos sólo haga progresos muy lentos (Freud, 1913, pp.130).

El descubrimiento freudiano nos sorprende y genera interrogantes hacia los que dirigimos nuestra investigación. No podríamos predecir entre otras cosas la duración de un tratamiento pues “el neurótico” puede alterar su *tempo*. Creemos que Freud en esta figura ubica la acción de un sujeto que ya no es víctima de una enfermedad sino que se posiciona activamente entre los significantes que lo representan.

Freud diferenciará esta ubicación diagnóstica del sujeto ante lo real de la estructura, de cualquier apropiación yoica de las razones de su malestar. Nos dirá también que no podemos formular un juicio sobre los pacientes que acuden al tratamiento ni sobre los candidatos que demandan formación antes

de haberlos “estudiado analíticamente” durante unas semanas o unos meses. Así de hecho “recibimos a todos los gatos en una misma bolsa”. (Freud, 1933, pp. 144)

Nos preguntamos acaso a qué se refiere Freud con “estudiar analíticamente” a los pacientes. Cuando decimos que el proceso diagnóstico en psicoanálisis no consiste en la aplicación de un saber exterior, es porque pensamos que es en el interior del dispositivo, de acuerdo a la posición del paciente en transferencia y a su respuesta a las intervenciones del analista, donde el sujeto puede “diagnosticar” o advertir determinadas características de su posición subjetiva. Por lo tanto tratamiento y proceso diagnóstico no estarían separados, en el punto en que el advertir su propia responsabilidad en el padecer sintomático ya tiene de por sí efectos terapéuticos.

Si el analista introduce en la escena analítica un saber diagnóstico exterior a la misma, podría deshacer la operación realizada por el sujeto. Colette Soler nos diría que se trataría de un “hetero-diagnóstico” (Soler, 2004, pp. 16), un diagnóstico que vendría del Otro y en el cual la palabra en absoluto sería constituyente, sino que simplemente sería el vehículo de los signos. Nos dice que el síntoma que sí puede tratarse en un análisis está constituido de un modo muy distinto, es un síntoma “auto-diagnosticado”, y nos aclara terminantemente que en psicoanálisis “es síntoma lo que el sujeto considera como síntoma” (Soler, 2004, pp.16). No podría de ninguna manera quedar subsumido en el saber del analista. Se trata así de generar el encuentro del sujeto con lo real de la estructura subjetiva más allá de cualquier metalenguaje, o de cualquier operación sugestiva sobre el sujeto.

¿Cómo responder?

Lacan nos advierte que cuando los pacientes vienen a consultarnos y despliegan sus demandas en la escena analítica, detrás de esos pedidos encontramos una posición subjetiva no explicitada y, en muchos casos, difícil de conmovir. Nos dice que cuando el enfermo es remitido al médico no espera de él pura y simplemente la curación, sino que “coloca al médico ante la

prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla” (Lacan, 1966, pp. 91). Viene a veces a demandarnos que lo autentiquemos como enfermo y en muchos otros casos, “viene de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad.” (Lacan, 1966, pp. 91).

Colette Soler nos dice que son los mismos sujetos los que demandan un diagnóstico: “dígame lo que soy, dígame lo que tengo’...tal vez esto los tranquiliza frente al desconcierto reinante”. (Soler, 2004, pp. 15).

Es importante ver entonces que si el analista intenta satisfacer las demandas desplegadas por los pacientes o intenta operar desde un saber hacer diagnóstico, se perderá la posibilidad para el paciente de dar cuenta y modificar su singular posición subjetiva frente al padecer, quedando confirmada su condición de “enfermo”.

Decíamos antes que una de las características del proceso diagnóstico psicoanalítico era que el analista se incluía en el campo transferencial del paciente para desde allí lograr una expresión más nítida del síntoma del sujeto. Lacan nos dice que esta posición transferencial le da al analista otra manera de abordar la diversidad de los casos, y a partir de ese momento quizás “se llegará a encontrar una nueva clasificación clínica que la de la psiquiatría clásica que no ha sido tocada ni enhebrada nunca por una buena razón, que hasta el momento sobre ese tema nadie pudo hacer otra cosa que seguirla”. (Lacan, 1967-68, pp. 179).

El padecer en el paciente tiene que volverse síntoma. Ese es uno de los resultados del proceso diagnóstico que estudiamos aquí. Pero este resultado no es el efecto de una operación sugestiva sobre el paciente sino de la utilización de una vía estrictamente analítica.

¿Cuál es esta vía? En trabajos anteriores investigamos las características de lo que denominamos efectos analíticos del psicoanálisis². Arribamos, entre otras, a la hipótesis de que por su naturaleza estos efectos analíticos no podían ser previstos ni forzados, diferenciándose así de los efectos provocados por la sugestión directa utilizada por las psicoterapias. También sosteníamos que para que haya efectos analíticos era necesario que el analista deponga su posición de saber en el análisis de un paciente. Cobra pleno sentido aquí la afirmación de Lacan cuando dice que: "es indispensable que el analista sea al menos dos... El analista para tener efectos y el analista que, a esos efectos, los teoriza". (Lacan, 1974-75, pp. 7)

Lacan nos dice que la posición del analista es la de aquel que "tiene que responder a una demanda de saber, aunque sólo pueda hacerlo llevando al sujeto a dirigirse hacia el lado opuesto a las ideas que emite para presentar esa demanda". (Lacan, 1966, pp. 97). Es importante ver que si el analista intenta satisfacer las demandas del paciente no hará más que confirmar el diagnóstico "silencioso" detrás de las mismas y que enmascara la responsabilidad del sujeto en relación a su propia posición.

El analista responde, pero de otra manera. Llevar al paciente hacia "el lado opuesto de las ideas que emite", no implica llevarlo hacia otras ideas o hacia otro diagnóstico distinto, sino a enfrentarse con su propio deseo articulado en la metonimia de la cadena significante. Para eso no debe responder mediante un saber exterior sobre el sujeto, sino operando con la transferencia misma.

Lacan se pregunta por nuestra operación en este lugar y nos dice que esta es precisamente "abstinente" y que consiste en no ratificar nunca la demanda en cuanto tal. Luego nos dirá que esta abstinencia, "aunque sea esencial, no es por sí misma suficiente" (Lacan, 1957-58, pp. 438). Nos advierte aquí de un peligro. Dirá que por "nuestra sola presencia" - en tanto que escuchamos al paciente - tendemos a hacer que se confunda la línea de la transferencia con la línea de la demanda. (Lacan, 1957-58, pp. 438)

Sorprendentemente dirá que “así por principio, somos nocivos” (Lacan, 1957-58, pp. 438). El analista que sólo escucha, por principio es nocivo, en tanto ratifica la demanda y la posición del sujeto subyacente a la misma. La abstinencia del analista no es por fuerza silenciosa, sino que al operar con la transferencia reenvía al sujeto desde la demanda hacia su deseo.

Javier Aramburu dirá que, en ese sentido, interpretar no es solamente desarticular el sentido común del discurso del yo, haciendo juegos de palabras, sino sobre todo “desarticular el lugar del Otro signifiante al que se dirige primero y en donde el sujeto se aliena en el discurso de la demanda del destino”. El juego signifiante sólo tiene sentido en tanto permite leer a la letra, y por lo tanto “desarticular los puntos en los cuales el sujeto hizo del deseo del Otro demanda: ¿Quién habla y para quién habla?” (Aramburu, 1984, pp. 63)

En el trabajo que realizamos en el Servicio Asistencial de Clínica de Adultos recibimos una inmensa variedad de demandas. Pensamos que más allá de la posible clasificación de las mismas de acuerdo a un saber diagnóstico exterior, es sólo el proceso diagnóstico propio de la clínica analítica el que permite que emerja allí un sujeto capaz dar cuenta de “quién” y “para quién” habla en sus demandas, abriendo la posibilidad de no quedar encerrado en los diagnósticos del destino.

Bibliografía

- Aramburu, J (1984) La sugestión de la demanda, en *El deseo del analista* (pp.62-68), Buenos Aires: Tres haches
- Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas, T. XII*, (pp.125-144). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII (PP 149-157) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). 24ª conferencia. El estado neurótico común. En *Obras Completas, T. XVI*, (pp. 344-356). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S (1933) “Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 34ª”, en *Obras Completas, TXXII* (pp.126-145), Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario V, clase XXIV* (pp.431-446). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958). *Seminario V, clase XXVII* (pp.483-500). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1962-1963). *Seminario X, clase XXI* (PP-301-316). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964-1965). *Seminario XII, Problemas cruciales del psicoanálisis, clase del 10 de junio de 1965* (pp.155). Inédito *
- Lacan, J (1966) Psicoanálisis y medicina, en *Intervenciones y textos* (pp.86-99), Buenos Aires: Ed. Manatíal
- Lacan, J. (1967-1968). *Seminario XV, clase del 27-03-68* (pp. 179). Inédito*
- Lacan, J (1973) *Seminario XXI, Case 2* (pp. 27), Inédito*
- Lacan, J (1974-1975) *Seminario XXII, Clase I* (pp. 7), Inédito*
- Lacan, J. (1975). Conferencia de Yale del 24 de noviembre de 1975, Inédito*
- Mordoh, E, Gurevicz, M, Thompson, Mattera, S, Lombardi, G (2005) Efectos analíticos del psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones*, XII, 239-243

- Mordoh, E, Gurevicz (2005) El diagnóstico en transferencia. En *Memorias de las XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA*, 128-129
- Soler, C (1996) Los diagnósticos, en *Revista Freudiana*, XVI (pp.21-33), Barcelona, Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya
- Soler, C (2004) Del diagnóstico en psicoanálisis. En *La querrela de los diagnósticos* (pp. 5-23), inédito.

* La traducción que utilizamos de los Seminarios inéditos de Lacan es la realizada por la Escuela Freudiana de Buenos Aires (EFBA).

Notas

¹ Mordoh, E, Gurevicz (2005) El diagnóstico en transferencia. En *Memorias de las XII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología de la UBA*, 128-129

² Mordoh, E, Gurevicz, M, Thompson, Mattera, S, Lombardi, G (2005) Efectos analíticos del psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, XII, 239-243