

## **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 conlleva de por sí efectos terapéuticos, en el punto en que el sujeto puede, en dicho proceso, determinar su participación en la etiología del síntoma que lo aqueja. Es decir advertir su implicación en la formación y en el mantenimiento del mismo.

Nuestro objetivo en este trabajo consiste en precisar algunas de las características del diagnóstico en transferencia, propio de la clínica psicoanalítica. Pensamos que estas características no han sido suficientemente exploradas en el punto en que marcan una ruptura radical entre el psicoanálisis y las psicoterapias.

Nuestra metodología 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. Ilustraremos también lo expuesto con una pequeña viñeta clínica extraída de nuestra experiencia clínica en el Servicio de Avellaneda

### **¿De quién es el diagnóstico?**

En un trabajo anterior expusimos nuestra opinión de que el diagnóstico psiquiátrico, estilo DSM IV, tiende a dejar al sujeto en una posición pasiva, y 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 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.

En el psicoanálisis las cosas son diferentes. El diagnóstico constituido en transferencia, novedoso 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 permite que sea el sujeto quien ubique y precise su responsabilidad en el padecer que lo aqueja. Este saber diagnóstico del sujeto proviene necesariamente del interior del dispositivo.

Ese diagnóstico, el de los encuentros del sujeto con lo real del lenguaje, se presenta como algo incalculable para el analista. Así cuando Lacan se pregunta por 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: “Resulta asimismo enteramente claro que si la victoria de un ejército sobre otro es estrictamente imprevisible, es porque no es posible calcular el goce del combatiente. En fin, todo está aquí: si hay quienes gozan con hacerse matar, llevan la ventaja.” y agrega que nos encontramos en el campo de lo contingente, “es decir, con lo que se define por lo incalculable” (Lacan, 1973).

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. Se trata de un saber “imposible” para el analista. Así Freud, por ejemplo, ante la pregunta por la posible duración de un tratamiento responde que: “es fácil, en efecto, que el neurótico altere su tempo y en ciertos períodos sólo haga progresos muy lentos. En verdad, la pregunta por la duración del tratamiento es de respuesta casi imposible.” (Freud, 1913).

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 de lo real en el sujeto, de cualquier apropiación yoica de las razones de su malestar. Así nos dirá 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. El paciente traía una queja indeterminada, general, que no permitían un diagnóstico seguro, pasado este tiempo de prueba, acaso resulte que no era un caso apropiado. Entonces reprobamos al candidato, pero en cuanto al paciente, ensayamos todavía durante un lapso a la espera de poder verlo bajo una luz más favorable....” (Freud, 1933)

Nos preguntamos acaso a qué se refiere Freud con “estudiar analíticamente” a los pacientes. Cuando decimos que el proceso diagnóstico en psicoanálisis no es 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” los significantes a los que se encontraba identificado. Por lo tanto tratamiento y proceso diagnóstico no estarían separados. Si el analista introduce en la escena analítica un saber diagnóstico exterior a dicha escena podría deshacer la operación realizada por el sujeto. Se trataría de dar cuenta de un encuentro del sujeto con lo real del significante más allá de cualquier metalenguaje. 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)

### **Un caso clínico**

Eduardo solicita un turno para tratamiento en el Servicio de clínica de adultos del Programa Avellaneda. Concorre por una derivación previa con un diagnóstico de TOC (Trastorno obsesivo-compulsivo) y Cleptomanía, solicitando evaluación y tratamiento.

Ante la pregunta de la analista sobre que lo trae dice: “TOC y cleptomanía...me apropio de cosas que no son mías, cosas sin valor, boludeces, que después las devuelvo o intento hacerlo”. Aquella vez, en abril, se llevó de una casa en la que estaba trabajando 3 broches, y 3 potes vacíos de dulce. Coincidió que en la casa faltaron otras cosas, y se lo acusó a él. Se enteró su esposa, él se puso muy mal, sentía mucha “vergüenza”, y por primera vez sintió que tenía que tratarse. “No quiero traerle problemas a ella”. Aclara que no le pasa siempre, sino cuando está mal. “Es como una huida...Quiero curarme”.

Se le pregunta por la “huida”. Contesta que está mal por no poder ver a su hijo de 5 años, lo extraña. El paciente es extranjero, su hijo quedó en el país de origen. En abril iban a pasar juntos un mes aquí en la Argentina, pero a último momento la madre del niño no lo dejó venir.

No concurre a las siguientes dos entrevistas, la analista resuelve llamarlo y concurre. Plantea que estaba trabajando lejos y no llegaba. Comenta que falleció su padre en esos días, y que llamativamente no sintió nada. Hacía muchos años que sus padres estaban separados. Sin embargo el padre vivía en el mismo terreno que él y su madre, porque nunca quiso irse de allí. “Yo no le hablaba, de lejos lo miraba y lo saludaba nada más”. Nos hizo sufrir mucho, era bebedor, y pegador, a mi hermano lo hirió con un cuchillo, yo lo paré una vez, y nunca más se volvió a meter”. Vuelve a extrañarse de no sentir nada por su muerte. La analista le dice que tal vez al padre lo perdió hace mucho.

La entrevista siguiente, dice que está mal, que se quedó pensando en la intervención del analista de "que perdió hace mucho a su padre", y en lo que le pasa con su propio hijo. El tenerlo lejos, el hablar con él todas las semanas. Antes viajaba por lo menos tres veces al año. Ahora está más difícil. Dice que es la primera vez que puede hablar de las cosas que le han pasado en su vida, de sus sufrimientos. Sorpresivamente, en esa sesión, formula la siguiente pregunta: "¿Qué es ser un padre?".

A partir del trabajo analítico con Eduardo en las entrevistas, sus impulsiones cesaron. Pensamos que esta cura analítica "por añadidura" fue lograda justamente por no haber iniciado una "acción terapéutica" específica para dichos trastornos, sea por la vía de la psicoeducación, o por la vía del registro de los pensamientos. Para poder ubicar allí al sujeto del inconsciente, era necesario no dejarse llevar por la ambición diagnóstica, terapéutica ni pedagógica. Es a este punto al que se refiere el principio de abstinencia freudiano. (Freud, 1915)

Nos interesa en este caso estudiar el pasaje entre el diagnóstico clasificatorio exterior basado en el DSM IV, de "TOC" y "Cleptomanía", a la ubicación por parte del sujeto de su conflicto en relación a la cuestión sobre lo que es "ser un padre". La intervención analítica no cataloga sino abre el espacio para que el sujeto "diagnostique" su encuentro con lo real del significante en la estructura. En este caso, la intervención analítica donde se señala la posible implicación del sujeto en la relación de Eduardo con su padre, en el "perderlo" incluso cuándo aquel estaba vivo, tiene como consecuencia, incalculable, la irrupción de una pregunta novedosa y angustiante en la escena transferencial. Pregunta que sin duda expone con precisión el conflicto libidinal del paciente. Ese diagnóstico corresponde al sujeto y el analista no debe obturarlo. Coincidimos con Freud cuando afirma que en psicoanálisis las cosas ocurren "directamente al revés" que en la medicina (Freud, 1916).

Si el analista impusiera su diagnóstico estaría desorientado en tanto dejaría de escuchar al sujeto del inconsciente. Colette Soler afirma: "Hay que decir que el diagnóstico tiene efectos sobre el terapeuta, esto hay que tenerlo en cuenta. Cuando se diagnostica una psicosis esto produce efectos subjetivos en el terapeuta, que son diversos. Pueden ser de inhibición, de ser muy cuidadoso, de retroceder, y cuando se dice que es una neurosis: 'uf: que alivio', cosa que está completamente injustificada. Entonces se percibe que realizar un diagnóstico puede orientar pero también desorientar." (Soler, 1996)

Pensamos que ubicar y habilitar en lo actual de la transferencia, cada vez, el diagnóstico del sujeto, es lo que le permitirá al analista sortear estos efectos de "alivio" (y sus consecuencias) aportados por un saber clasificatorio exterior. Suponemos, por último, que este diagnóstico en

transferencia al marcar un límite entre sujeto y Otro, diferencia al psicoanálisis de cualquier terapia sugestiva.

Es en esta dirección de estudiar y precisar el diagnóstico en transferencia en la que continuarán nuestras investigaciones.

## Bibliografía Citada

- Lacan, J (1973) *Seminario XXI*, Case 2, Inédito
- Lacan, J (1974) *Seminario XXII*, Clase I, Inédito
- Freud, S (1913) "Sobre la iniciación al tratamiento", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992
- Freud, S (1933) "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 34ª", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992
- Freud, S (1915) "Puntualizaciones sobre el amor de transferencia", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992
- Freud, S (1916) "Conferencias de introducción al psicoanálisis. 1ª Conferencia", en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992
- Soler, C (1996) *Revista Freudiana* nº 16, Publicación de la Escuela Europea de Psicoanálisis de Catalunya, Barcelona, 1996

## El diagnóstico en transferencia

### Diagnosis on transference

#### Resumen:

Tomamos como objeto de estudio el proceso diagnóstico en transferencia específico del psicoanálisis. Exploraremos sus propiedades y lo diferenciaremos del diagnóstico psiquiátrico. Lo relacionaremos con la aparición del sujeto del inconsciente y con la posibilidad por parte de este de responsabilizarse del padecer subjetivo que lo aqueja. Estudiaremos cómo implica un nuevo posicionamiento del sujeto del inconsciente y no una adecuación de este a un saber exterior. Estableceremos también relaciones entre el proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos característicos de la clínica psicoanalítica. Tomaremos algunas elaboraciones conceptuales de Freud y de Lacan y al final ilustraremos con un caso del Servicio de atención clínica de adultos del Programa Avellaneda de la Facultad de Psicología.

Palabras clave: Diagnostico - Transferencia - Responsabilidad subjetiva - Efectos terapéuticos

#### Summary

Our aim is to study the diagnostic process on transference of psychoanalysis. We will explore its properties and we will establish its differences with the psychiatric diagnosis. We will relate it with the appearance of the subject of the unconscious and its possibility of taking responsibility of its own subjective suffering. We will study how it shows a new position of the subject of unconscious instead of its accommodation to an external knowledge. We will also establish a relationship between the diagnostic process under transference and therapeutic effects of the psychoanalytical clinic. We will take some Freud's and Lacan's elaborations and at the end we will illustrate with a case of the Service of clinical attention of adults at the Avellaneda Program of the Psychology Faculty.

Key words: Diagnosis - Transference - Subjective responsibility - Therapeutic effects