

EL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

Santiago Thompson – Arturo Frydman – Laura Salinas – Gabriel Lombardi

I. EL PROCESO DIAGNÓSTICO

Nos propusimos como objetivo de nuestra investigación indagar la factibilidad, las características y los efectos del proceso diagnóstico psicoanalítico. Para ello hemos tomado como base la actividad clínica del equipo del Programa de asistencia clínica de adultos de la Facultad de Psicología.

La metodología del trabajo de campo consistió en relevar los datos pertinentes a nuestra investigación a través de instrumentos aplicados no sólo a la población que se atiende, sino también al conjunto de profesionales que los recibe. Lo diferencial de nuestro recorte es que el objeto de estudio es la práctica analítica, y no sólo las vicisitudes de la población atendida.

En tal sentido, los instrumentos de recolección más relevantes fueron los testimonios, tanto escritos (historias clínicas, viñetas clínicas, escritos elaborados para alocuciones públicas) como orales (en supervisiones y reuniones clínicas semanales) de cada analista respecto de la población atendida.

En ediciones anteriores de esta publicación¹ hemos explicitado qué entendemos por 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. El resultado del proceso no es solamente una etiqueta o código diagnóstico, sino una puesta en forma del síntoma en un vínculo transferencial, que supone al menos una experiencia del inconciente. El síntoma no es algo ya dado al comienzo del proceso, sino que se completa en la transferencia, incluyendo al analista como uno de sus componentes: aquel a quien el síntoma en tanto mensaje inconciente está dirigido. En el proceso diagnóstico intervienen ya los efectos del dispositivo y de la intervención psicoanalítica, en la medida en que esos efectos hacen posible una formulación más explícita del padecimiento subjetivo.

A los fines de responder a uno de los objetivos específicos que nos hemos planteado: “describir las variables que definen al diagnóstico psicoanalítico”, tenemos que internarnos en la estructura íntima del proceso que concluye con el diagnóstico, para desglosar las variables buscadas. Por eso en el presente trabajo intentaremos, por un lado, precisar nuestra definición de proceso diagnóstico psicoanalítico, explicitando los supuestos que conlleva. Por otro lado, daremos cuenta de los estados iniciales y pasajes que tal proceso supone.

A- EL DIAGNÓSTICO MEDICO Y EL PSICOANALITICO

Para situar el diagnóstico en psicoanálisis tomaremos inicialmente como referente la posición tradicional del médico respecto del diagnóstico.

El diagnóstico médico se sostiene en el hecho de que “el lenguaje médico dará cuenta de la enfermedad (...) descubriendo sus ‘causas naturales’, las únicas que forman parte del discurso médico, así como habrá constituido otros síntomas en hechos, y los habrá reagrupado en síndromes” (CLAVREUL 1978, 227).

Este discurso que se ocupa de la enfermedad se funda a sí mismo en el rechazo del discurso del enfermo en tanto sufrimiento, en tanto goce. Para la medicina el sufrimiento se llama ‘dolor’, ‘opresión’ o ‘fiebre’ y es sólo formulable en los términos que constituyen un síndrome dentro de una nosología.

El discurso médico sólo captura la queja por el sufrimiento en la red de signos de ese mismo saber médico. Captura que se materializa por la escritura del síntoma localizándolo dentro de un síndrome y otorgando sentido a un goce que parece ser reintegrado por una operación que, como dijimos, rechaza el discurso del enfermo sobre su malestar.

Por ello, este diagnóstico, que involucra la correlación de un significado con un signo ya instituido, implica un proceso que excluye el lugar del sujeto, en tanto se halla gobernado por la aspiración científica.

En nuestra práctica tal correlación entraña lo que solemos denominar un “diagnóstico desde fuera” y la vemos funcionar cuando le es otorgado a cierto elemento el carácter de patognomónico, es decir, cuando se toma una cierta característica del caso como suficiente para establecer el diagnóstico.

Hemos verificado que sólo en una parte menor de los casos sometidos a estudio se ha podido llegar a un diagnóstico sin ambigüedades. Por el contrario, en la mayor

cantidad de casos, verificamos que si bien el diagnóstico no era difícil *per se*, era posible poner en cuestión los diagnósticos presuntivos. Para ello era suficiente aislar, durante la evaluación diagnóstica, cierto rasgo que tornaba al caso "sospechoso" de ser "otra cosa" de lo que primariamente podía sostenerse. Mediante esta utilización del "elemento patognomónico" es posible poner en cuestión cualquier diagnóstico, ensayo que ha sido realizado con frecuencia con los historiales freudianos. En cambio, la exigencia de llegar a un "diagnóstico desde dentro" del caso obliga a revisar los indicadores que habitualmente orientan a los psicoanalistas.

B- EL DIAGNÓSTICO Y EL PROCESO DIAGNÓSTICO

Nuestra definición de proceso diagnóstico en psicoanálisis, en primer lugar, hace necesaria una diferenciación entre diagnóstico y proceso diagnóstico. Como se deduce de dicha definición, el diagnóstico es uno de los resultados (no el único) de este proceso. Consiste en la atribución clasificatoria, respecto de una determinada presentación clínica, de una categoría nosológica. El psicoanálisis no es original respecto de tales categorías (neurosis, psicosis, perversión) sino que las toma de la psiquiatría clásica (Kraepelin, Bleuer, Krafft- Ebing, Charcot). El diagnóstico en psicoanálisis toma entonces su punto de partida de una clínica que lo precede. Es en tal sentido que Lacan afirma: "hay una clínica. Solo que resulta que esa clínica es de antes del discurso analítico" (LACAN 1975b, 13). Sin embargo es evidente que, partiendo de allí, el psicoanálisis se ha caracterizado por el intento de construir la estructura de estos tipos clínicos. Por otro lado, también se separa del diagnóstico tradicional respecto de su objeto. Tal como señala Soler: "un diagnóstico consiste en concluir sobre la estructura, no tanto de la persona, sino sobre la estructura del material clínico que el paciente presenta" (SOLER 1995, 34). ¿Cuál es ese material clínico? No otro que el discurso del analizante. Al entender el diagnóstico como 'proceso' suponemos en su devenir el paso de un estado a otro, que implica al menos dos tiempos lógicos, un trabajo del lado del analizante, y una operación del lado del analista. Si tal trabajo tiene por objeto "*hacer posible desde allí una manifestación más nítida del síntoma*", suponemos entonces cierta opacidad inicial del síntoma, un estado

primero que hace de él algo difuso. Como hemos señalado en publicaciones anteriores², el síntoma con frecuencia se presenta bajo distintas máscaras: la *neurosis* en cuanto defensa contra el síntoma, el así denominado *carácter* del que nos hemos ocupado ya³, los *trastornos* que toman del muro de lenguaje con que la cultura engrosa día a día los emblemas de su autodiagnóstico.

II. PRESENTACIONES Y PASAJES INICIALES DEL PROCESO DIAGNÓSTICO

El vocablo “proceso” es definido como “Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial.”⁴ Por lo tanto un proceso, en su expresión mínima, supone:

- Un estado inicial que constituye su primera fase, que en nuestra clínica remitimos a las modalidades de presentación del padecimiento subjetivo.
- Un estado posterior que constituye su segunda fase, del cual el estado inicial es antecedente.
- Al menos una operación que hace posible el pasaje o sucesión de un estado a otro.

Hemos aludido supra a la operación analítica que hace posibles tales pasajes. No será nuestro objeto desarrollar este elemento del proceso aquí. Intentaremos en cambio dar cuenta de los de los indicadores clínicos de los estados iniciales del proceso diagnóstico, así como de los pasajes que se derivan de tales estados.

A- EL MOTIVO DE CONSULTA

La influencia médica restringe el motivo de consulta al padecimiento que conduce al paciente a buscar la intervención de un profesional. En cambio nuestra práctica nos obliga a extender su sentido ya que son numerosos los casos en los que el motivo de la consulta no coincide con el padecimiento, si restringimos el uso de este último término a alguna de las modalidades que Freud aisló: inhibición, síntoma o angustia. El padecimiento puede estar inicialmente velado y la razón de la consulta asume una infinidad de motivos, desde pedidos de certificados, las pretensiones de un juicio respecto de lo correcto o incorrecto de una posición propia o de un allegado, hasta las variantes del “conocerse más a fondo”, la aspiración de optimizar talentos o afectos, etc.

Esto nos ha llevado a definir al motivo de consulta como “aquello que empuja a ese primer punto de encuentro entre el analista y el paciente” (HALDEMANN- MURARO 2006, 362), y es lo que nos permite verificar la variedad de argumentos con los que el paciente intenta justificar ante el terapeuta por qué se debe prestar oídos a lo que viene a traerle, constituyendo una articulación primera de la demanda.

Por ello, si bien la comunidad analítica ha sido llevada a menospreciar el motivo de consulta en tanto difiere de la manifestación sintomática del padecer, se ha tornado para nosotros un indicador valioso para el diagnóstico. Nos enseña tanto el lugar en que se ubica el paciente como el que le atribuye al Otro en estos momentos iniciales del tratamiento. Así, no es lo mismo el desamparo neurótico que busca del Otro la salvación, que el psicótico que llega a presentar al Otro los hallazgos para la solución de su síntoma.

No es un elemento desdeñable al momento de concluir un diagnóstico incluso si falta, ó incluso porque falta: es un observable clínico que en muchas ocasiones el perverso prescinde de este modo de justificación de su consulta.

Y es en términos de proceso que verificamos a este nivel un pasaje de un estado primero en el cual el padecimiento se presenta indeterminado o no se presenta y frente al cual el paciente sostiene su posición de no querer saber, descrita por Freud como “política del avestruz” (FREUD 1914, 154), a un estado siguiente en el que, despejadas las demandas primeras y modificándose parcialmente la posición del paciente “se exteriorizan unos síntomas que antes eran casi imperceptibles” (FREUD 1914, 154).

La ausencia de esas exteriorizaciones de la represión, explica que el síntoma se revele más explícitamente cuando la psicosis ya ha hecho su eclosión en algún momento, pareciendo menor la dificultad diagnóstica. En estos casos la reticencia del paciente suele ser la causa más importante en la dificultad de la pesquisa del síntoma o de la comunicación de los fenómenos elementales.

B- DE LA OCASIÓN DE LA CONSULTA A LA OCASIÓN DE ENFERMAR

Entramado o no al motivo de consulta, otro vector que se hace presente es “la ocasión de la consulta”: episodio o circunstancia, encuentro que determina que el sufriente consulte a un profesional. Suele ser de gran valor diagnóstico esa brecha

que se presenta entre los comienzos del padecer del paciente y la toma de decisión de consultar por eso.

Entendemos a “la ocasión de enfermar” como ese elemento que ya Freud distinguía en la causación de la neurosis: el traumático “vivenciar accidental del adulto” (FREUD 1917a, 330). Tal “acontecer traumático del adulto”, es el que lleva a la formación de síntoma en tanto solución al conflicto patológico. Pero justamente en cuanto la ocasión de enfermar deriva en una solución, no deja de anudar la estructura, por lo que no necesariamente lleva a la consulta. Es en el fracaso de tal anudamiento que la enfermedad eventualmente termina de constituirse como defensa contra el síntoma:

“El yo encuentra que este intruso [el síntoma] amenaza y menoscaba su unicidad, prosigue la lucha contra el síntoma tal como se había defendido de la moción pulsional originaria, y todo esto da por resultado el cuadro de la neurosis.” (FREUD 1924, 155-156).

Si bien la descripción freudiana se limita a la neurosis, es evidente que en las psicosis se presentan muchas veces modalidades de estabilización que le permiten al enfermo arreglárselas con los avatares de la vida, mientras que al perverso la fijeza en la modalidad de goce le brinda un discurrir que lo mantiene a distancia de la angustia.

Por otra parte, en los casos estudiados, fue posible con frecuencia ubicar aquella encrucijada vital que hizo fracasar la solución sintomática. Y es a tal encrucijada a la que entendemos como la ocasión de la consulta.

En la distancia que media entre la ocasión de enfermar y la de la consulta, se han destacado dos elementos con valor diagnóstico: por un lado, el auto-tratamiento que el paciente ha realizado en el intervalo y que le sirvió para alcanzar una cierta estabilización; por el otro, las características del elemento desencadenante frente al cual la homeostasis no puede recuperarse.

C- LOS PASAJES PROPIOS DEL CAMPO TRANSFERENCIAL

Al hacer referencia, en nuestra definición de proceso diagnóstico, al *“trabajo por el que el analista se ubica en el campo transferencial del paciente”* explicitamos que tal proceso implica una operación inaugural del lado del analista (y no una mera espera a que “algo suceda”). Freud da cuenta de tal trabajo en diferentes momentos de su

obra cuando, por ejemplo, indica que la primer tarea del medico consiste en allegar al paciente a su persona. O bien, en su exposición condensada de la cura analítica durante la 28ª Conferencia introductoria al psicoanálisis, donde indica que en un primer momento “toda la libido es esforzada a pasar de los síntomas a la transferencia” (FREUD 1917c, 414). Lo cual tiene por objetivo que la transferencia se haga operativa, siendo la posición del analista la que hace posible el trabajo del analizante y empuja al desciframiento de los síntomas.

Esta operación, sin embargo, no prescinde del consentimiento del analizante. Por lo que Lacan entiende que “La transferencia es precisamente ese algo por el cual el sujeto, en el alcance de sus medios, ha establecido su sitio en el lugar del Otro” (LACAN 1965a).

Es justamente la transferencia el indicador diagnóstico con mayor incidencia en los casos estudiados. Los avatares de la instalación de la transferencia en el proceso diagnóstico, tanto en pacientes recelosos que vienen porque alguien o alguna circunstancia los conminó, como en aquellos otros que orientaron sus pasos buscando una terapia o pidiendo abiertamente un análisis, dan cuenta de su valor diagnóstico.

Tanto es así que suele ser frecuente llegar a verificar por el despliegue transferencial una neurosis, aún quedando en la indefinición diagnóstica a qué tipo de neurosis corresponde. Como dice Freud: una “neurosis recién creada y recreada (...) sustituye a la primera” (FREUD 1917b, 404). Esta nueva neurosis es la primera que conseguimos aprehender, siendo la anterior muchas veces inescrutable.

Por su lado, hemos apreciado cómo la psicosis sanciona prestamente y con todo rigor al practicante que con su intervención ha excedido el límite y la función atribuidos al mismo en el tratamiento. En su lugar, el perverso se apodera de la escena transferencial arrasando el lugar del analista al cual sólo le deja los límites necesarios para repetir su escena.

Hasta aquí nos hemos limitado a apreciar la transferencia en su faz fenoménica. Si damos un paso más y la abordamos desde el vector intencional que implica a los móviles y las características de la relación al Otro, constatamos tres formas de este lazo:

- La demanda al Otro, donde incluimos todas las articulaciones de la demanda: demanda de curación, reconocimiento, amor, demanda de satisfacción, etc. Lacan plantea la articulación de este lugar como aquel a ser encarnado por el analista: “Ese Otro nos interesa en tanto que nosotros, analistas, tenemos que ocupar su lugar” (LACAN 1965b). Y evoca respecto del carácter de tal lugar su fórmula del Sujeto Supuesto Saber, en tanto “el analista no podría ser concebido como un lugar vacío, el lugar de inscripción -el lugar es un poco diferente- el lugar de resonancia de la palabra del sujeto.” (LACAN 1965b).

A dicha fórmula queda articulada la demanda como punto de partida: “El sujeto viene con una demanda. Esta demanda, es sumario hablar de una demanda pura y simple originada en la necesidad; la necesidad puede venir (...) a presentificarse, a autenticarse en la relación analítica. Está claro que el sujeto en el punto de partida se enfila en la demanda, pero de esta demanda, tenemos que precisar su estatuto.” (LACAN 1965b).

Dicha precisión del estatuto de la demanda conduce o bien a una toma de posición del sujeto frente a su demanda o bien puede conducir a la transformación de la misma. En el proceso diagnóstico aspiramos que se presente como una variable de la demanda de desembarazarse del síntoma⁵.

- El rechazo del Otro, presentación características de los cuadros de anorexias, bulimias y adicciones, donde la relación con el objeto es solidaria de un desentendimiento respecto del Otro.

- La mostración al Otro, donde incluimos las presentaciones cuya modalidad privilegiada es el acting-out.

Si bien estamos acostumbrados en nuestro ámbito a entender el acting-out como un correctivo al analista, en muchos de los casos trabajados es evidente que el llamado al Otro se abre camino por la vía de una puesta en escena inaugural. Ya Freud advertía respecto del enfermo diciendo que “En especial, él *empieza* la cura con una repetición así” (FREUD 1914, 152) siendo la transferencia la escena donde se monta la mostración del objeto causa.

Ahora bien, esta posición mostrativa no conduce a un diagnóstico: podemos encontrarla tanto en la neurosis como en la psicosis y en la perversión. En las neurosis, por no tener otro medio para sostenerse el sufriente en cuanto deseante,

siendo el movimiento inicial dentro de esta “transferencia sin análisis” (LACAN 1963, 139) constituir la dimensión del Sujeto Supuesto Saber en el lugar del Otro.

En cambio, el sujeto psicótico “es tomado” por el Otro y desde el lugar del Otro, como un objeto a injuriar o bien a amar. Este hecho decisivo, que es desde el Otro de donde provienen las atribuciones persecutorias o erotomaníacas, puede o no ser absorbido por el delirio, y aun en ciertas condiciones, funciona para el sujeto como una nominación. Frente a este mecanismo transferencial Lacan define la posición que conviene al analista, no la de promover la suposición de saber, sino la de testigo.

Especial atención requiere esta modalidad de presentación respecto de la perversión. La misma conlleva lidiar con las dificultades de esta mostración en cuanto manifestación de la estructura, es decir, mostración de un saber sobre el goce. Tal como afirma Lacan “esto es lo que mostraría fundamentalmente la perversión (...) el carácter perfectamente contingente, casi accesorio de ese órgano que asegura la función copulante por la oferta de un placer.”. (LACAN 1967a)⁶. Estar advertido de lo que se muestra allí respecto de lo contingente del órgano es fundamental entonces para no extraviarse respecto del diagnóstico de perversión. Extravío que es frecuente observar en nuestro trabajo de investigación y en que podemos decir que, más allá de las dificultades propias del practicante, tiene su peso el prejuicio de que “los perversos no consultan” o bien que “son inanalizables”, lo cual facilita el siguiente fenómeno: al perverso se lo escucha, se lo atiende, a condición de no diagnosticarlo como tal.

III. EL SABER SUPUESTO AL SINTOMA

Tales pasajes, más allá de su diversidad, tienen una dirección unívoca: tal como sostenemos en nuestra definición de proceso diagnóstico, se trata de *“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”*.

Partamos de la siguiente aserción de Lacan “cualquiera que viene a presentarnos un síntoma allí cree. ¿Qué quiere decir eso? Si nos demanda nuestra ayuda, nuestro socorro, es porque él cree que el síntoma es capaz de decir algo, que solamente hay que descifrarlo” (LACAN 1975a).

Si se le supone al síntoma un querer decir a ser descifrado, este “querer decir” implica:

- En principio, la suposición de un saber que encarna el síntoma. Como sostiene en otro lugar Lacan “hay siempre en el síntoma la indicación que él es cuestión de saber.” (LACAN 1965b).

- Por otra parte, una intencionalidad implicada en ese “querer” del querer decir, pues ¿quién es el que quiere? Un sujeto. Es decir, la suposición de un sujeto como aquel agente que responde a tal saber. Este sujeto que emerge como hipótesis respecto del saber inconsciente es un efecto del dispositivo, una suposición que se produce como significación del saber inconsciente⁷. Lacan plantea la necesidad de esta suposición adicional, por la que el saber inconsciente y el sujeto que responde de él no se confunden⁸.

Siguiendo su recorrido, concebimos a tal sujeto como el efecto de división que el lenguaje produce en el ser hablante, entre la determinación inconsciente que hace de él una marioneta alienada en un saber que desconoce, y la respuesta que lo separa y le permite responsabilizarse de su posición.

- Por último, la dirección al Otro, es decir la demanda, deriva de la creencia en “eso” que el síntoma quiere decir y su correlativo desciframiento. Debido a ello sabemos que no se encuentra al síntoma formalizado desde el comienzo; será necesario que entre en transferencia, que se complete en la transferencia incluyendo al analista. Es evidente que el síntoma que va a incluir “*al analista como uno de sus componentes*”, el síntoma que en un trayecto de la cura se deja leer como mensaje inconsciente, es el síntoma neurótico. Así, que el síntoma quiera decir y que eso lo lleve a alguien al Otro que descifre lo que eso quiere decir, es propio de la neurosis: “Sé que hay que descifrarlo pero no tengo la llave”.

En la psicosis se sabe que eso quiere decir, pero el analista no tiene el saber, ni se le dirige la demanda de descifrarlo.

El perverso goza del secreto que posee (si él lo posee, los otros no)

Entonces, si la dimensión del saber en el síntoma es común a las neurosis, las psicosis y las perversiones, no es la misma para los tres tipos, implicando una diferenciación respecto de los tipos clínicos. Lacan es explícito al respecto:

“La indicación definida en el síntoma mismo de esta referencia del saber (...) ese saber en cuestión, en la medida que es falta y hasta fracaso, se

diversifica según tres planos aislados en relación a las tres variedades de psicosis, neurosis y perversión.” (LACAN 1965c)

Sólo en las neurosis tal saber funciona como llamado respecto de Otro. En las psicosis, el saber se petrifica como certeza, mientras en la perversión aloja la dimensión del secreto que él posee respecto del Otro, el secreto que daría la cifra del goce del Otro:

“La Psicosis, que sabe que existe un significado, pero, en la medida en que no está segura de él en nada.

La neurosis, con su *Tun Kánon* en cuanto la reencuentra, en cuanto yo no tendría la llave, sino la cifra. Y el perverso para quien el deseo se sitúa él mismo, hablando propiamente, en la dimensión de un secreto poseído” (LACAN 1965c)

Previa a la puesta en forma de la relación del síntoma al saber, nos topamos con las presentaciones subjetivas propias de esta relación, solidarias con lo anteriormente descrito:

- Lo que apreciamos como el “amor al saber”, que se manifiesta como una pasión por el sentido dando lugar a ese “sentido nuevo” (FREUD 1917b, 404) que adquieren los síntomas en el vínculo transferencial.
 - Un “No quiere saber”, posición opuesta a la anterior y coherente con una relación al otro que privilegia la vertiente imaginaria de la transferencia, caracterizada por Lacan en el esquema lambda con el eje a-a.
- Ambas formas sin embargo implican la faceta resistencial de cierre del inconciente que destaca Lacan cuando advierte que “El amor, sin duda, es un efecto de transferencia, pero es su faz de resistencia. Los analistas, para poder interpretar, tienen que esperar que se produzca este efecto de transferencia, y, a la vez, saben que hace que el sujeto se cierre al efecto de la interpretación.” (LACAN 1964, 261).
- Por último, la posición que se podría enunciar como un “No hay nada que saber”, que es definida como rechazo del inconciente. Rechazo que ya Freud ubicaba como una resistencia “contra el análisis en general y, por ende, contra la curación” (FREUD 1937, 241).

Finalmente, al afirmar en nuestra definición de proceso diagnóstico que en él “*intervienen ya los efectos del dispositivo y de la intervención psicoanalítica, en la medida en que esos efectos hacen posible una formulación más explícita del padecimiento subjetivo*”, entendemos que la suposición de un saber, que tiene como referente a un sujeto, desemboca en la suposición de un sujeto al sufrimiento. Lo que nos permite reformularlo como “padecimiento subjetivo”. Designamos a tal padecimiento entonces como distinto del padecimiento objetivable, medible y cuantificable, así como del padecimiento meramente orgánico.

Sabemos que el diagnóstico psicoanalítico no tiene como objetivo, (como sucede en otras terapéuticas) producir efectos directos sobre el analizante. No opera sobre el paciente imprimiéndole un código (o, como solemos decir, una “etiqueta”) que deviene con frecuencia objeto de identificación, ni incluyéndolo en una categoría que lo reenvía al lazo social bajo la égida su nuevo grupo de pertenencia psicopatológico y anónimo (“alcohólicos”, fóbicos, anoréxicos etc.). Ejerce en cambio efectos no menores sobre el analista, en tanto orienta sus decisiones respecto del tratamiento. Partiendo de una lectura de elementos clínicos por parte del analista, influye luego en sus decisiones.

En cambio, el proceso diagnóstico en psicoanálisis, y en ello consiste su originalidad e interés, tiene *per se* efectos directos sobre “aquel que sufre”, efectos que nos ocupamos de distinguir en publicaciones anteriores de este anuario⁹: efectos catárticos derivados de la posibilidad muchas veces novedosa de tomar la palabra, efectos terapéuticos que difieren del retorno a un estado anterior en cuanto afectan la economía libidinal del sujeto, efectos analíticos en cuando supone un pasaje por las determinaciones subjetivas respecto del deseo y el goce.

TEXTOS CITADOS Y BIBLIOGRAFÍA

Allouch, J. (1989). Ustedes están al corriente. En *Litoral* N°s 7/8: Las Psicosis. Córdoba: La torre abolida. 1989.

Clavreul, J. (1978). El orden medico. Barcelona: Argot. 1983.

Freud, S. (1913). Sobre la iniciación del tratamiento. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 121-144). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir, reelaborar. En *Obras Completas*, Vol. XII (pp. 146-157). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

Freud, S. (1917a). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 326-343). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.

Freud, S. (1917b). 27ª Conferencia. La transferencia. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 392-407). Buenos Aires: Amorrortu editores, 1984.

Freud, S. (1917c). 28ª Conferencia. La terapia analítica. En *Obras Completas*, Vol. XVI (pp. 408-421). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1984.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Vol. XIX (pp. 71-174). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*, Vol. XXIII (pp. 211-278). Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1986.

Frydman, A. y Thompson, S. (2006). Una dificultad para delimitar el síntoma neurótico: el carácter. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores En Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas", Tomo II* (pp. 340-342). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.

Haldemann, G. y Muraro, V. (2006). Dificultades metodológicas de la categoría "motivo de consulta" en la historia clínica. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Paradigmas, métodos y técnicas", Tomo II* (pp. 360-362). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Lacan, J. (1963). *El Seminario. Libro 10. La angustia*. Clase IX (pp. 127-144). Buenos Aires: Paidós, 2006.

- Lacan, J. (1964). *El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
- Lacan, J. (1965a). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 8. 3 de Febrero de 1965. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1965b). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 11. 10 de Marzo de 1965. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1965c). *El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis*. Clase 14. 5 de Mayo de 1965. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1966). Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconciente freudiano. En *Escritos 2* (pp. 773-807). México: Siglo XXI, 1985.
- Lacan, J. (1967a). *El Seminario. Libro 14: La lógica del fantasma*. Clases 22. Del 7 y 14 de Junio de 1967. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1967b). Proposición del 9 de octubre de 1967 Sobre el Psicoanálisis de la Escuela. En Lacan, J. et al. *Momentos Cruciales de la experiencia analítica* (pp. 7-23). Buenos Aires: Manantial, 1987.
- Lacan, J. (1975a). *El Seminario. Libro 22: RSI*. Clase del 21 de enero de 1975. Manuscrito no publicado.
- Lacan, J. (1975b). Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los Escritos. En *Uno por Uno*, N° 42 (pp. 9-15), 1995.
- Lacan, J. (1975c). Conferencia en Yale del 24 de noviembre de 1975. Manuscrito no publicado.
- Lombardi, G. (2002). Nota sobre los diagnósticos difíciles. En Lombardi, G. et al. *Vestigios clínicos de lo real en el Hombre de los Lobos* (pp. 13-26). Buenos Aires: JVE.
- Lombardi, G. (2003). Efectos didácticos y terapéuticos del psicoanálisis. En *Hojas Clínicas 6* (pp. 13-30). Buenos Aires: JVE.
- Lombardi, G. (2005). Efectos analíticos y diagnóstico en la primera fase del tratamiento. En *Memorias de las XII Jornadas de investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: U.B.A.-Facultad de Psicología-Secretaría de Investigaciones. Tomo III (pp.106-108). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina.

- Mazzuca, R. (2004). *Perversión: de la psychopatia sexualis a la subjetividad perversa*, Cap. 8 (pp. 157-180). Buenos Aires: Berggasse 19, 2004.
- Soler, C. (1995). Los diagnósticos. En *Freudiana* N° 16. Catalunya: Escuela Freudiana de Psicoanálisis, 1996.
- Thompson, S., Mattera, S., Mordoh, E., Gurevicz, M. y Lombardi, G. (2005). La preocupación por los efectos terapéuticos en psicoanálisis. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología*, 12, 265-270.
- Thompson, S., Frydman, A., Mordoh, E., Gurevicz, M. y Lombardi, G. (2006). Las Dificultades para Delimitar el Síntoma Neurótico. *Anuario de Investigaciones Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología*, 13, Tomo II, 109-114.

¹ Thompson, S.; Frydman, A.; Lombardi, G. et al. Las dificultades para delimitar el síntoma neurótico. En *XIII Anuario de Investigaciones – Año 2005*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología, Tomo II, 109-114, 2006.

² *Ídem*.

³ Frydman, A.; Thompson, S. Una dificultad para delimitar el síntoma neurótico: el carácter. En *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores En Psicología del Mercosur “Paradigmas, métodos y técnicas”*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Argentina, 340-342, Tomo II, 2006.

⁴ DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA – VIGÉSIMA EDICIÓN
<http://buscon.rae.es/drae/> - Extraído el 15/12/06.

⁵ Lacan, J. (1975) “Conferencia en Yale del 24 de noviembre de 1975”

⁶ El carácter mostrativo de la perversión es desarrollado por Roberto Mazzuca en el libro “Perversión: de la *psychopatia sexualis* a la subjetividad perversa. Capítulo 8, págs 166-168.

⁷ Lacan da cuenta de esta suposición cuando en la “Proposición...” invierte su fórmula del Sujeto Supuesto Saber y afirma “un sujeto no supone nada, es supuesto. Supuesto (...) por el significante que lo representa para otro significante.” (LACAN 1967b, 12).

⁸ Lo que lo lleva a preguntarse: “una vez reconocida en el inconciente la estructura del lenguaje ¿Qué clase de sujeto podemos concebirle?” (LACAN 1966, 779).

⁹ Thompson, S.; Mattera, S.; Lombardi, G. et al. La preocupación por los efectos terapéuticos en psicoanálisis. XII Anuario de Investigaciones – Año 2004 - Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología – Págs. 265-270, 2005.