

Cuestiones del diagnóstico

Questions of the diagnosis

Por Pablo Muñoz

RESUMEN

El diagnóstico en psicoanálisis es un tema de permanente debate y conlleva una multiplicidad de problemas. En este trabajo, orientados por la enseñanza de Jacques Lacan, abordaremos solo algunos: el problema del valor de las categorías clínicas que empleamos, la oposición diagnóstico psiquiátrico versus diagnóstico psicoanalítico, la tensión que el diagnóstico sostiene entre lo universal y lo singular, y por fin, la concepción de sujeto que se deduce del modo en que se emplea el diagnóstico en la práctica analítica.

Palabras clave: Diagnóstico - Sujeto - Singularidad - Paradigma

SUMMARY

The diagnosis in psychoanalysis is a topic of permanent debate and carries a multiplicity of problems. In this work, orientated by Jacques Lacan's teaching, we will approach only some: the problem of the value of the clinical categories that we use, the opposition diagnostic psychiatric *versus* diagnostic psychoanalytic, the tension that the diagnosis supports between the categories universal and singular, and finally, the conception of subject that is deduced of the way in which the diagnosis is used in the analytical practice.

Key words: Diagnosis - Subject - Singularity - Paradigm

“...la estructura aparece en lo que se puede llamar, en sentido propio, el fenómeno.”

Jacques Lacan. *El Seminario. Las psicosis*.

“La cuestión comienza en el hecho de que hay tipos de síntomas -es decir de nudos-“

Jacques Lacan. *Autocomentario*.

Sobre el problema del diagnóstico en psicoanálisis han corrido ríos de tinta. Los debates entre posiciones opuestas abundan. No se trata aquí de sumar un eslabón a la serie, más bien apostamos a dar argumentos con el fin de extraer algunas consecuencias para la práctica del psicoanálisis. Quizás ello nos ha inspirado para titular este escrito con un término cuyas acepciones cómodamente pueden conjugarse con los diversos aspectos que el diagnóstico condensa. En efecto, *cuestión* es una pregunta que se formula con el fin de averiguar la verdad sobre algo controvirtiéndolo, es también una discusión o disputa, y una materia dudosa o discutible. Vaya si el diagnóstico en psicoanálisis podría encararse desde todas y cada una de esas perspectivas...

Si queremos hacer notar hasta qué punto el diagnóstico se debate, se discute, se pone en duda, podemos exponer dos polos extremos respecto de cuál es el lugar que ha de otorgársele en nuestra práctica. Podemos entonces identificar, en primer lugar, la postura que promueve una exaltación del valor del diagnóstico diferencial en psicoanálisis. Es así que los autores le dan gran importancia al diagnóstico como operación clínica fundamental para la iniciación y el transcurso de un tratamiento psicoanalítico, postulándolo como una de las

funciones decisivas del psicoanalista, poniendo especial énfasis en el diagnóstico inicial; se refieren habitualmente al diagnóstico estructural neurosis-psicosis, en la medida en que este constituye la variable determinante para decidir el tipo de dispositivo y el modo de trabajo que utilizará en el tratamiento.

En el polo opuesto se encuentran los autores que llegan a cuestionar la concepción de una clínica “psicoanalítica” que necesariamente devendrá *psiquiatrizada* o *psicologizada* o *psicopatologizada*, sosteniendo que las viñetas clínicas y los pequeños relatos de casos no hacen sino traicionar los pilares fundamentales del psicoanálisis pues solo apuntan a ilustrar la teoría que se intenta transmitir de un modo universal. En esta postura se llega a plantear no sólo la no necesidad del diagnóstico sino su contraindicación para el normal desarrollo de la práctica analítica.

Ambos polos, como tales, representan posturas opuestas y extremas, entre las cuales se encuentran posiciones que se acercan más a uno u otro, en diversos grados y combinaciones.

Categorías clínicas

Como es sabido, es la psiquiatría la que comienza a construir nosografías con el fin de alcanzar una delimitación clara entre las diversas enfermedades mentales, y entre ellas y la “normalidad”. En ese camino, en el siglo XIX, con la consolidación del paradigma de las enfermedades mentales, la psiquiatría encontró un *impasse*. Las discusiones entre las escuelas francesa y alemana -y sus interrelaciones-, en especial desde Emil Kraepelin en adelante, le fueron

dando a ese panorama arborescente y confuso una forma más compacta y ordenada (Bercherie, 1986). Sin embargo, ha sido una constante, aún en las elaboraciones nosográficas más sistemáticas, encontrarse con el siguiente problema irresuelto: el de las formas atenuadas, rudimentarias y parciales de las psicosis. Para tomar un ejemplo bien representativo, puede observarse que en el *Tratado* de Emil Kraepelin estas formas no encontraban un lugar pues no se adecuaban a sus presupuestos nosológicos -etiológicos, sintomáticos, evolutivos y en lo atinente a las formas de terminación-. El problema mencionado llevó a los psiquiatras a grandes debates respecto de si debían considerarlas enfermedades mentales de pleno derecho o bien meras formas de las grandes categorías nosográficas descritas.

Por supuesto que el psicoanálisis no podía estar al margen de este debate. Desde Freud en adelante los psicoanalistas hemos empleado las categorías clínicas que la psiquiatría forjó a lo largo de algunos siglos de construcciones nosológicas. Es cierto que ello ha abierto a su vez debates no sólo con la psiquiatría sino al interior del psicoanálisis mismo, sobre todo respecto del modo de emplear dichas categorías.

También es cierto que el psicoanálisis ha construido sus propias categorías, nuevas e independientes del saber psiquiátrico: *borderline* (en el psicoanálisis de lengua inglesa), *états limites* (en el psicoanálisis de lengua francesa), pacientes fronterizos o límites, personalidades narcisistas, trastornos narcisistas, personalidades como si, son algunas de las más conocidas. En este ca-

so, los psicoanalistas no se vieron ocupados en el problema de las formas atenuadas o parciales de las psicosis como los psiquiatras pero enfrentaron dificultades homólogas, por ejemplo se toparon con las dificultades de conceptualizar y clasificar formas impuras, mezclas o combinaciones, que creyeron resolver con la delimitación de categorías como las mencionadas.

En algunos grupos de psicoanalistas lacanianos está muy difundida la afirmación que le atribuye a Lacan el haber logrado delimitar la tripartición estructural neurosis-psicosis-perversión, gracias a la cual el psicoanálisis habría superado estas malas soluciones: perderse en *continuum* clínicos que permiten afirmar la psicotización de pacientes neuróticos y viceversa, con concomitantes serios desvíos en la dirección de la cura.¹ Es así que las llamadas “estructuras clínicas” han adquirido un valor insólito, convirtiéndose en la tabla de salvación de los psicoanalistas lanzados a la mar de las incertidumbres diagnósticas. Así, las tres grandes “estructuras clínicas” abarcarían *toda* la clínica freudiana y habrían resuelto los *impasses* psiquiátricos y posfreudianos, dotándonos de un sistema clasificatorio superador, en tanto ellas no intersectan entre sí y tienen la virtud universalista de abarcar las formas más estridentes como las más sutiles.

Esta tesis conlleva -sin explicitarlo- la suposición de una temporalidad de las “estructuras clínicas” condicionada justamente por aquello que estas vendrían a remediar: el problema de las continuidades clínicas. El ideal psiquiátrico de la clasificación absoluta encuentra en el

psicoanálisis su realización pues ya no habrá formas parciales o atenuadas que no encajen en los cuadros bien delimitados. Todo fenómeno clínico podrá ser encuadrado. Los cuadros han devenido “estructuras clínicas” consistentes que además pueden enriquecerse absorbiendo las “nuevas formas” que los síntomas van asumiendo con el correr de los tiempos.

En la vereda opuesta están los psicoanalistas que se han inspirado más en el movimiento antipsiquiátrico, que ha llegado a considerar que: “... desde el momento que usted hace un diagnóstico, la etiqueta es inmediata; cuando usted dice esquizofrenia, en realidad quiere decir una cosa que no es la esquizofrenia sino lo que el médico entiende por ella; y lo que este entiende es un juicio de valor: bueno o malo” (Basaglia y otros 1978, 29).

Si confrontamos aquí ambas posiciones es para hacer notar que el problema del diagnóstico en psicoanálisis no debe resumirse en si es bueno o malo en sí mismo. Freud y Lacan han utilizado hasta sus últimos días las categorías clínicas que la psiquiatría forjó sin por eso hacer un uso estigmatizante. Otros psicoanalistas forjaron categorías propias, incluso el mismo Lacan lo ha hecho. Es cierto que de un modo extraño, en sus últimos seminarios, van apareciendo categorías nuevas: debilidad mental, enfermedad de la mentalidad, psicosis lacaniana -como llegó a decir Lacan en el curso de una presentación de enfermos-, y no dejemos de mencionar la más célebre de todas: el *sinthome*, esa nueva grafía que propone como diferente -aunque articulada- a la de

symptome (síntoma).

En suma, el problema del diagnóstico y las categorías clínicas que se emplean, no es si deben emplearse o no, sino cómo se las emplea.

¿Nosologías analíticas?

La pretensión de delimitar *nosologías* en la obra de Freud al modo de la psiquiatría es problemático. En mi opinión, nada hay más lejano a ese objetivo en la pluma del creador del psicoanálisis. Más bien interpreto que cada vez que Freud interviene sobre la nomenclatura -ya sea para refutarla, corregirla, revitalizarla o defenderla- no lo hace con el interés de aportar a su consolidación sino que le resulta imposible eludir los términos y categorías clínicas que el saber de la época ha construido, pues Freud ha teorizado en función de la interlocución que ha mantenido con el saber de su época.

Prueba de su desinterés por construir sistemas nosológicos es una tajante afirmación: “En general, no es muy importante cómo se nombre a los cuadros clínicos” (Freud, 1911, 70). Lo cual demuestra que no desconoce la nosología, que hace uso de ella pues le importan ciertas distinciones, pero que su uso no reviste pretensión universalizante.

Es sabido que Freud no utiliza el término estructura y que cuando se trata de establecer oposiciones, diferencias, es decir cuando se ve llevado a referirse a las variedades clínicas, utiliza la expresión *tipos clínicos*. En textos como “Las Neuropsicosis de defensa” y “Nuevas puntualizaciones...” se refiere a la relación y diferenciación entre histeria y obsesión en términos de *tipos* con una plu-

ralidad de formas, es decir que, a su vez, cada uno de estos tipos admite una variedad no solo en la forma de su manifestación sino en la composición misma. Es verdad entonces que le parece sustantivo conservar una clara diferenciación entre los *tipos clínicos* pero nunca con el afán psiquiátrico clasificatorio de sostener cuadros sólidos y estables, nunca tomando el modelo de la clínica psiquiátrica. Para tomar tan solo un ejemplo, su delimitación de una *trayectoria típica de la neurosis obsesiva* no lo inscribe en la continuidad de la clínica psiquiátrica “diacrónica”. No sólo porque Freud refuta posteriormente innumerables veces lo típico de dicha trayectoria -por ejemplo, cuestionándola explícitamente al reconocer su empeño unificador como un exceso, o implícitamente al mostrar con el caso paradigmático de neurosis obsesiva, el Hombre de las ratas, que no todos sus síntomas la respetan fidedignamente- sino porque allí mismo utiliza el concepto de síntoma de un modo tan heterogéneo (llamando síntomas a los “síntomas de la defensa”, a los síntomas del “retorno de lo reprimido”, a los síntomas que ubica como “defensa secundaria”), que denota su falta de interés por seguir las vías psiquiátricas de su definición, nombrando del mismo modo procesos de naturaleza muy diferentes, todos ellos incluidos en la categoría de “síntomas”, o bien denominándolos “formas”. Que Lacan denomine *variedad clínica* -con una insistencia permanente a lo largo de su enseñanza- a esas formas freudianas, nos hace conjeturar que apunta a no confundir esos tipos freudianos con una uniformidad. Las tipolo-

gías psiquiátricas están apoyadas en un deseo de clasificación asentado en un afán científico que no se halla en Freud ni en Lacan.

Las estructuras freudianas

Ahora bien, estos nuevos términos que aporta el psicoanálisis merecen algunos comentarios. En la promoción de la distinción estructural neurosis-psicosis-perversión suele enfatizarse que Lacan la “leyó” en la obra de Freud. Objeciones a esta tesis hay varias. Si abundásemos en ello desviaríamos la meta, pero es preciso señalar unas pocas cuestiones.

Primero y fundamental, evidente aunque no se lo menciona habitualmente, explicitemos que el sintagma “estructuras clínicas” es inexistente en la obra de Lacan. No solo -en mi opinión- no está ni fundamentado ni justificado en los términos de su enseñanza sino que *no está*: Lacan jamás habló o escribió “estructuras clínicas”. El sintagma que efectivamente ha surgido de su pluma es “estructuras freudianas”. Sin embargo, el uso que hace de él es sistemáticamente distinto al que estamos acostumbrados a ver se le atribuye respecto del inexistente “estructuras clínicas”.

Cuando Lacan lo utiliza -y con insistencia- en *El Seminario 3* lo hace del siguiente modo: “Abordamos el problema de las psicosis a través de la cuestión de las estructuras freudianas” (Lacan, 1955-56/1984, 207), lo cual quiere decir que intentará dilucidar la economía de las psicosis “...por el camino de un análisis de la estructura” (que es la del lenguaje y la palabra) (Ibíd.). En igual sentido aclara más adelante: “...el análisis

del texto schreberiano nos condujo a enfatizar la importancia de los fenómenos de lenguaje en la economía de la psicosis. En este sentido podemos hablar de estructuras freudianas de la psicosis” (Ibíd. 229). Nótese que Lacan no afirma que la psicosis sea una estructura freudiana, sino que hay un “de” estratégico, preposición que denota pertenencia o posesión, indicando la materia de que está hecho algo: la estructura de lenguaje *de* los fenómenos psicóticos. E insiste luego en esta formulación: “...vamos, este trimestre, a retomar el estudio de las estructuras freudianas **de** las psicosis. En efecto, se trata de lo que Freud dejó en lo concerniente a las *estructuras de las psicosis*, y por lo cual las calificamos de freudianas” (subrayo los plurales, y en negrita los “de” siempre olvidados) (Ibíd. 261). Es decir, las estructuras lingüísticas que reconocemos en las psicosis, en sus variedades clínicas. Esta afirmación prosigue en el Seminario con la definición de la noción de estructura (“grupo de elementos que forman un conjunto co-variante” (Ibíd.)) que entiende es la que ha podido extraer del texto freudiano: “Pienso que ya tienen la orientación suficiente para comprender que la noción de estructura es ya en sí misma una manifestación del significado. Lo poco que acabo de indicarles acerca de su dinámica, sobre lo que implica, los dirige hacia la noción de significante. Interesarse por la estructura es no poder descuidar el significante. En el análisis estructural encontramos, como en el análisis de la relación entre significante y significado, relaciones de grupos basadas en conjuntos, abiertos o cerrados, pero que entra-

ñan esencialmente referencias recíprocas. En el análisis de la relación entre significante y significado, aprendimos a acentuar la sincronía y la diacronía, y encontramos lo mismo en el análisis estructural. 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” (Ibíd. 262).

Ahora bien, concebidas las estructuras freudianas como “estructuras clínicas” y convertidas así en esencias, al incluir al sujeto en ellas, se lo concibió a él tan continuo y consistente como la estructura que le da su ser permanente. Es así que el sujeto **es** neurótico, psicótico, perverso. Ello ha cristalizado en el uso de otro sintagma: “estructuras subjetivas”. Este sí lo hallamos en los escritos de Lacan y en algún seminario, es cierto que muy pocas veces, pero nunca referido a las neurosis, psicosis o perversiones como categorías clínicas, pues para él la *estructura subjetiva* no es una modalidad de la enfermedad mental sino una posición de sujeto y la *posición subjetiva* es el modo en que se responde a la condición del Otro.

Lacan pone el acento en el sujeto como efecto de la estructura del significante, lo cual corresponde a esta definición: “el significante es lo que representa a un sujeto para otro significante”, justificada en *Subversión del sujeto...* en 1960 (Lacan, 1960/2002, 779), enfatizando así la función del significante y sus efectos:

“por donde él determina, singularmente, al sujeto por arrojarle a cada instante los efectos mismos del discurso” (Lacan 1964-65, clase del 07/04/65). De modo tal que el sujeto está determinado por la estructura del lenguaje. En consecuencia, propongo entender que efectivamente Lacan retoma el saber de la psiquiatría en lo que hace a las categorías clínicas, y entonces habla de neurosis, psicosis, perversiones, histeria, paranoia, esquizofrenia, etc., pero con el fin de revisar sus fenómenos con la premisa de la estructura del sujeto en cuanto determinado por la estructura del significante y del discurso, a partir de lo cual las trata como *tipos clínicos*, tipos de síntoma.

No se trata de un simple cambio de nomenclatura y de sustituir *estructuras clínicas* por *tipos clínicos* por el solo hecho -por otra parte perfectamente constatable- de que este término sí es empleado por Lacan y no el primero. Existe una teoría de tipos, en matemáticas y lógica, que se utiliza para referirse a cualquier sistema formal que pueda servir como alternativa a la teoría informal de conjuntos. Las estructuras clínicas responden más claramente a dicha teoría, con tendencia a cerrar un universo o universos comparables, que las tipologías que, como la Real Academia muestra, al derivarse de la definición de *tipo* incluye la idea de *modelo*, de lo *ejemplar*, pero en tanto *persona extraña y singular*. Estas acepciones del término contrastan notablemente con la más clásica, la que se emplea en botánica y zoología, que concibe como tipo a cada uno de los grandes grupos taxonómicos en que se dividen los reinos animal y vege-

tal, y que, a su vez, se subdividen en clases. El *tipo clínico* concebido como ejemplar y singular evita la universalidad, no se afirma en la ontologización y resta consistencia al ser del sujeto. Es este el espíritu que leo en Lacan cuando afirma en su seminario del año 1974-75 (inédito), precisamente la sesión del 18 de febrero de 1975, que “estos síntomas particulares tienen tipos, y el síntoma del obsesivo no es el síntoma de la histérica”.

Cuando Lacan comenta en *El Seminario 12* aquella definición de sujeto citada un párrafo atrás, afirma que se trata de la fórmula de la alienación en la medida en que ella representa un sujeto para otro significante pero en tanto el significante que determina al sujeto lo barra, lo cual quiere decir vacilación, división. O sea que se trata de la perspectiva más contraria a la ontologización del sujeto a la que se llega al hacerlo consistir por el atributo estructural que lo localiza como sustancia en la “estructura clínica”. Podemos conjeturar que Lacan en sus inicios recurre al estructuralismo para desplazar el sustancialismo en la medida en que esta es una doctrina que se funda en la diferencia de las propiedades intrínsecas de los seres. Conlleva entonces la creencia en la existencia de sustancias dotadas de propiedades y que pueden ser consideradas en cuanto tales. Lacan se orienta decididamente a vaciar de consistencia la sustancia subjetiva y el estructuralismo le aporta -vía Saussure- la noción de que en la lengua no hay más que diferencias sin términos positivos. En *El Seminario 2*, en su quinta clase, Lacan llega a decir que la mayor dificultad existente en la concepción

de la subjetividad es la *entificación* del sujeto y a proponer que “el sujeto es *nadie*” (Lacan, 1954-55/1983, 88). -jugueando en francés con el término *personne* que significa *nadie* pero a la vez *persona*. Vale decir el sujeto no es la persona, el sujeto no es el individuo, el sujeto no es a quien tenemos delante, no se trata del ser humano.

Es así que encontramos en Lacan la expresión escrita “el sujeto de la psicosis” (Lacan, 1960/2002, 767), que podemos entender como el sujeto que suponemos a una psicosis, no identificándolo con ella en cuanto estructura existente. No es menos cierto que hallamos también en Lacan la expresión “sujeto psicótico”. Por tanto, la elección queda de nuestra parte. Y elijo la expresión “sujeto de la psicosis” para utilizar, así como “sujeto de la neurosis”, etc., pero también como modo de leer incluso la expresión “sujeto psicótico”. Más explícitamente: propongo leer “sujeto psicótico” como “sujeto de la psicosis” (de la neurosis, etc.), en cuanto esta última expresa mejor lo que Lacan concibe como sujeto en psicoanálisis.

Diagnóstico en singular

Ahora bien, si el sujeto se caracteriza esencialmente como siendo del orden de la falta, entonces la cuestión debe revisarse. La estructura es concebida a partir de la falta de significante, falta imposible de suturar y que designa el lugar hueco del sujeto. Pero no se trata de la estructura concebida como una colección de rasgos a la que le faltaría uno para completarse, sino que es la estructura del rasgo unario (Ritvo, 2003). A partir del trabajo que Lacan ha-

ce en torno del nombre propio en *El Seminario 12* nos hace sentir de qué se trata: “el estatuto del nombre propio *no posible de articular como una connotación* más y más cercada de lo que, *en la inclusión clasificatoria* llegará a reducirse, sino al contrario, como el *complemento* de algo del otro orden que es lo que, en la lógica clásica se oponía a la relación binaria de lo universal y lo particular, como algo tercero e irreductible, a saber: *lo singular*” [los destacados me pertenecen] (Lacan, 1964-65, clase del 05/05/65).

El diagnóstico, en tanto práctica que desembarca en el psicoanálisis tomada prestada de la práctica médica, supone hacer corresponder un caso clínico con un nombre en una clasificación que, como tal, depende del lenguaje y entonces ineludiblemente será arbitraria. El problema que este *furor categorizandis* acarrea para el psicoanálisis al importarlo desprevénidamente es que eso necesariamente excluye lo singular del caso y se limita a reconocer lo que de él se parece a otros. Hay allí una tensión que resulta irreductible. Conviene ver entonces el modo en que Lacan interviene en la tensa relación entre psiquiatría y psicoanálisis.

Pero antes un breve rodeo. En *La historia de la locura en la época clásica*, Foucault edifica una ficción genealógica del discurso de la psiquiatría en la que exhibe cómo la locura (entendida de modo genérico y no como trataremos en este libro siguiendo la enseñanza de Lacan) pasa de ser sometida al encierro junto con otras modalidades de ocio y exclusión, a convertirse en un objeto del saber médico. Cuando Ph. Pinel es llama-

do a organizar el Hospital general francés lo es gracias a su reconocida moralidad, no por su saber. La locura era entonces un desorden a ser controlado, no era un problema médico. Es así que surge el famoso tratamiento moral pineleano. Sin embargo, Pinel lo era (médico, además de un virtuoso moralista digno de imitar) y entonces comienza a operar con su saber: observa, describe, clasifica, nomenclatura y así nace la clínica psiquiátrica. El texto de Foucault muestra bien cómo la psiquiatría deviene saber positivo, la locura se convierte en un problema médico dejando de pertenecer al grupo de los desórdenes morales y deviene enfermedad mental. Surgen de este modo las clasificaciones, nomenclaturas, taxonomías que objetivan la locura mediante un saber pretendidamente científico. Su planteo resulta muy interesante pues hace ver claramente que la eficacia del saber médico no radica en su saber objetivo sino en las fascinaciones que produce por su investidura moral. Cuando el personaje del médico olvida que su eficacia proviene de allí, según Foucault, hace consistir al saber. No hago este rodeo por un simple gusto por lo histórico o por erudición sino porque apunta justamente a algo que deberíamos tener presente en la consideración del valor del diagnóstico en psicoanálisis en la medida en que, a veces, pareciera olvidarse que dicho valor no se asienta en el saber psiquiátrico ni en las categorías psicoanalíticas *ag-giornadas* “en el hoy” sino en la investidura, que ya no se trata de moral sino en la que provee la transferencia. Esto hace deconsistir la vertiente positivista del discurso psiquiátrico que domina a

algunas posturas psicoanalíticas, por lo que hacen de la enfermedad mental algo en sí, objetivo y objetivable.

Retornando al modo en que Lacan interviene, recordemos que en un escrito de sus últimos años sostiene que “la cuestión comienza a partir de lo siguiente: que hay tipos de síntoma, que hay una clínica” (Lacan, 1973/1995, 12). En primer lugar debe aclararse que Lacan llama clínica aquí a la descripción y delimitación de tipos. Y en segundo lugar debe subrayarse que hace recaer sobre el síntoma cierto peso en la concepción de la clínica y la nosología: los tipos de síntoma son el eje para ordenar la variedad clínica. Pero advirtiéndonos: “sólo que resulta que esa clínica es de antes del discurso analítico” (Ibíd. 13). Es decir, la clínica que se organiza a partir de los tipos de síntomas es de antes del discurso analítico: la clínica psiquiátrica. No es la clínica psicoanalítica. Por tanto, los tipos clínicos aislados por la psiquiatría ya no pueden ser admitidos tal cual, sin tener en cuenta la conmoción que el cruce con el psicoanálisis les produce, abriendo en los sistemas de clasificación psiquiátricos algunas brechas que dejan ver zonas oscuras que antes no se evidenciaban. Quizás hallemos allí al menos un argumento para entender por qué la locura no es concepto, no es categoría clínica en la obra de Lacan: que él mantenga en simultaneidad referencias filosóficas, psiquiátricas y psicoanalíticas cuando se refiere a la locura, puede ser indicador de que busca sostener el término en esas zonas oscuras, jugando con esas opacidades. Y prosigue la cita de Lacan: “si éste [e/ psicoanálisis] le aporta una luz [a esa

clínica organizada a partir de los tipos de síntoma (y podemos decir también que si le aporta luz es porque hay allí alguna oscuridad)] es seguro pero no cierto” (Ibíd.). Seguro indica que entonces hay efectos sobre esa clínica, lo cual quiere decir que la del psicoanálisis no es idéntica. Seguro pero no cierto: indica alguna indeterminación, es decir que hay efectos pero no están determinados, no están fijados de un modo preciso e invariable, no tienen un valor de verdad irrefutable.

Propongo que ese margen de incertidumbre es el intersticio en el que se alojan diversas posturas. De un lado, las que pretenden sostener cuadros psicoanalíticos consistentes (las “estructuras clínicas”); y del otro, las que entienden la efectuación de la estructura de un fenómeno y el sujeto que se le supone como lectura en acto, con la temporalidad lógica que le es inherente. Por supuesto que el establecimiento de estos polos supone -como toda polarización- una reducción, pues al interior de ambos polos hay posturas diversas, matices diferenciales que pueden señalarse.

Ahora bien, ¿en qué para el psicoanálisis la clínica que se sigue del “hay tipos de síntoma” no debe ser igual? Dirá Lacan: “tenemos necesidad de la certeza porque sólo ella puede transmitirse, pues se demuestra” (Ibíd.). Entonces, podríamos leer allí que la clínica de antes del discurso analítico organizada a partir de tipos de síntomas se lleva bien con la observación y clasificación, y con la mostración propedéutica que en la enseñanza es requerida para la preparación y formación en una disciplina, pero lo propiamente psicoanalítico, lo que

este le puede aportar a esa clínica exige una certeza: la de la transmisión vía la demostración.

¿Y qué es lo que hay que demostrar que sea propiamente analítico? En el mismo texto Lacan afirma: “Que los tipos clínicos responden a la estructura, es algo que puede escribirse ya, aunque no sin cierta vacilación” (Ibíd.). Es decir que Lacan sostiene la pregunta por si los tipos clínicos responden a la estructura. Y prosigue: “Sólo es cierto y transmisible del discurso histórico [...] Por lo cual indico que lo que responde a la misma estructura no tiene forzosa-mente el mismo sentido” (Ibíd.). Allí, al destacar esto último, localiza el sentido del síntoma como lo más singular (en tanto la significación del sujeto atañe a su singularidad), lo que varía en la estructura, más allá que el síntoma que lo soporta puede configurar un tipo. Vale decir que si el diagnóstico psiquiátrico opera por la taxonomía, subsumiendo un caso particular en una regla general, refiriendo un ejemplar a una clase nosográfica, el psicoanálisis opera de otro modo. Dice Lacan: “Por eso mismo no hay análisis sino de lo particular”. Esto es transitar de lo particular a lo singular; de lo particular de los tipos de síntoma a lo singular del caso: PARTICULAR → SINGULAR.

La Real Academia define lo singular como lo que es solo, sin otro de su especie. Lo que debe transmitirse y demostrarse es ese singular deducido del tipo de síntoma. Entonces *hay tipos de síntoma pero cada síntoma es diferente* de un sujeto a otro, aunque en lo observable puedan parecerse. Siempre tenemos el problema de notar lo que de ca-

da caso se parece a otros y puede guardar elementos en común, de modo que no escapa a cierta generalización y por tanto es universalizable. Pero el acto de diagnosticar es lo inverso de analizar. Como lo define Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica*, es hacer entrar el caso singular en una especie general (que, agreguemos, puede tener dos niveles): SINGULAR → PARTICULAR / UNIVERSAL.

Ahora bien, esto puede conducir a la posición bastante difundida de rechazo del uso del diagnóstico en psicoanálisis. No me parece que esa posición extrema sea la de Lacan. Hay una psicopatología a la que el psicoanálisis desde Freud no le ha sido indiferente. Nuestra postura no tiene la ingenuidad de pretender no reconocer diferencias entre diversos tipos de síntomas. En efecto, Lacan hace uso del diagnóstico, lo vemos operar en el sentido de llevar lo singular a lo particular, pero lo hace de un modo que descompleta la lógica del sistema de cuadros al no convertirlo en la ilustración de un tipo. Dice: el caso lo llevo al *paradigma*. Esto nos permite pensar lo singular como lo que de cada caso, aunque se ponga en serie con algún tipo conocido, representa una variación estructural: SINGULAR → PARADIGMA.

Es una singularidad que vacía, que descompleta en tanto no tipifica al sujeto de la enunciación sino que delinea su *estilo* único. El primer ejemplo de ello que nos da Lacan es temprano: ya en su tesis doctoral de 1932, cuando presenta el caso Aimée, concluye que se inscribe dentro de los marcos de las psicosis paranoicas pero constituye un caso paradigmático que lo lleva a darle un nom-

bre nuevo: la paranoia de autocastigo. Incluso llega a decir que de allí en adelante, todo caso que se le parezca podrá ser llamado *paranoia de autocastigo* o caso Aimée.

En conclusión, lo singular del caso no es deducible de la “estructura clínica” en tanto constituida, en tanto dada, por eso lo singular debe ser considerado variación estructural - pero en un sentido radical: no hay sino variación estructural, o mejor dicho: la estructura es -siempre a *posteriori*- variación. Lo singular es lo atípico. Dicho de otro modo: el diagnóstico en psicoanálisis demuestra la atipia generalizada. De ahí el valor de lo contingente. Es decir, lo que de cada caso es paradigmático, ligado a la lógica del acto y no a la de las estructuras preformadas y determinantes que el exceso del pensamiento psicopatológico hace consistir como compartimientos estancos. Por lo que la singularidad no será algo meramente exclusivo y como tal sin valor de transmisión sino que se le puede dar valor paradigmático, agujereando la consistencia de lo particular y lo universal. Y será transmisible porque será demostrable.²

Así, el diagnóstico en psicoanálisis es demostrativo de lo radical del sujeto del inconsciente, inaprehensible por ningún sistema clasificatorio. Contrariamente a las tipologías psiquiátricas, que se apuntalan en un afán de clasificación universalizante, el psicoanalista opera con la singularidad que él mismo engendra en su acto (aunque la presuponga antes de su intervención).

Por fin, retomando el comienzo de este punto, donde se sitúa que el diagnóstico implica la preocupación por la corres-

pondencia de un caso con un nombre en una clasificación, podríamos decir ahora que ello vale para lo particular, pero no para lo singular porque hay una inadecuación estructural entre pensamiento y cosa, entre lenguaje y referente, y, por tanto, hay inadecuación plena, sin resto, entre diagnóstico y caso. Hay entonces algo como tal, como hecho de estructura, en cada caso, inclasificable: “La función clasificatoria es demasiado parcial, nos enmascara que el nombre propio va siempre a colocarse en el punto donde la función clasificatoria, el orden de la *deixis*³ escapa no ante una particularidad demasiado grande, sino ante un desgarró, una falta un agujero del sujeto y justamente para suturarlo, enmascararlo, pegarlo” (Lacan, 1964-65, clase del 07/04/65). Semejante afirmación exime de agregar cualquier comentario al respecto. Sólo a modo de conclusión podemos decir que si el diagnóstico en psicoanálisis se asienta en el hecho de que no hay sino variación estructural, vale decir: singularidad, nombre propio, en última instancia la lógica ternaria de las “estructuras clínicas” se diluye.

Por último, Lacan ha sido tan explícito en cuanto a distinguir el psicoanálisis de la psiquiatría que no ha dudado en afirmar que el psicoanalista no es un “sabio, acorazado detrás de las categorías en las cuales él no tendría cajones para guardar síntomas psicóticos, neuróticos u otros, pero en la medida en que entra en el juego significativo y es en lo cual un examen clínico, una presentación de enfermos no puede absolutamente ser la misma en el tiempo del psicoanálisis o en el tiempo que lo ha precedido” (La-

can, 1964-65, clase del 05/05/65). Lo que hace la diferencia es la transferencia: “En el tiempo precedente, cualquiera fuera el genio que animara al clínico, Dios sabe si he tenido la ocasión de expresar mi admiración por las estrofas deslumbrantes de Kraepelin cuando describía sus formas de la paranoia, la distinción radical de lo que, al menos en teoría es exigible de la relación del clínico al enfermo en la primera presentación. Si el clínico que presenta no sabe más que una mitad del síntoma, es él quien tiene la carga, que no haya presentación del enfermo sino diálogo de dos personas y que sin esta segunda persona, no habría síntoma acabado” (Ibíd.). Vale decir que en psicoanálisis no hay síntoma a partir de la mirada del Otro que lo clasifica como perteneciente a una especie mórbida a partir de ciertos signos que lo esclarecen, sino que el síntoma es establecido como tal por quien habla de él a Otro y lo reconoce como tal en un marco transferencial al presentarlo como un significante (el de la transferencia), que supone un sujeto. El sujeto de que se trata no es *causa sui* sino efecto del lenguaje. Pero esto no significa que Lacan lo conciba como una pieza de la maquinaria simbólica -la estructura- que puede cumplir eficazmente con una función precisa en ella. Por el contrario, el sujeto es allí lo que falla, lo que no responde, lo imprevisible e incalculable. Si del lado de la ciencia no se ha dejado de pensar en un sujeto totalmente calculable que podría reducirse a algún coeficiente o a un nombre en una clasificación, el psicoanálisis revela la imposibilidad de dicha reducción. En este sentido se hace eco de las

palabras que Sófocles ponía en uno de los coros de Antígona 2500 años antes de Cristo: “*Nada que sea más asombroso que el hombre*”; asombro como reacción inevitable ante lo que irremediablemente rebasa todo cálculo y previsión: el sujeto del inconsciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BASAGLIA, F.; LANGER, M. y otros (1978). *Razón, locura y sociedad*, México: Siglo XXI, 2006.

BERCHERIE, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica*, Buenos Aires: Manantial.

FREUD, S. (1893-95). “Estudios sobre la histeria”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol. II, pp. 1-315.

FREUD, S. (1894). “Las neuropsicosis de defensa”. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol.III, pp. 41-61.

FREUD, S. (1911). “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente” (Caso Schreber). En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu Editores, Vol. XII, pp. 1-76.

GÓMEZ, N.; GORDÓ, H.; PIEGARI, J.C.; WEINER, C.: “Problematicidad e historicidad de la clínica”, <http://www.ecole-lacanianne.net/enseignements.php?choixtype=%&choixlieu=Buenos+Aires&x=25&y=25>.

KRAEPELIN, E. (1905). *Introducción a la clínica psiquiátrica*, Madrid: Nieva, 1988.

LACAN, J. (1932/1976). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, México: Siglo XXI, 1998.

LACAN, J. (1946/2002). “Acerca de la causalidad psíquica”. En *Escritos 1*, México: Siglo XXI, 2008 (Ed. revisada), pp. 151-190.

LACAN, J. (1953-54/1981). *El Seminario 1. Los escritos técnicos de Freud*, Buenos Aires: Paidós, 1995.

LACAN, J. (1953/2002). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”. En *Escritos 1*, op. cit., pp. 231-309.

LACAN, J. (1954-55/1983). *El Seminario 2. El yo en la teoría de Freud*, Buenos Aires: Paidós, 2001.

LACAN, J. (1955-56/1984). *El Seminario 3. Las psicosis*, Buenos Aires: Paidós, 1995.

LACAN, J. (1956-57/1994). *El Seminario 4. Las relaciones de objeto*, Barcelona: Paidós.

LACAN, J. (1957-58/2002). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” En *Escritos 2*, México: Siglo XXI, 2008 (Ed. revisada), pp. 509-557.

LACAN, J. (1960/2000). “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano”. En *Escritos 2*, op. cit., pp. 755-787.

LACAN, J. (1964-65). “El Seminario 12. *Problemas cruciales para el psicoanálisis*”. Inédito.

LACAN, J. (1975-76/2006). *El Seminario 23. El sinthome*, Buenos Aires: Paidós.

LACAN, J. (1975/1995). "Introducción a la Edición Alemana de un Primer Volumen de los *Escritos*". En *Uno por Uno, Revista Mundial de Psicoanálisis*, Nº 42, pp. 9-15.

LE GAUFEY, G. (2004). "¿Es el analista un clínico?". En *Opacidades*, 3, agosto 2004.

MUÑOZ, P. (2009). *La invención lacaniana del pasaje al acto. De la psiquiatría al psicoanálisis*, Buenos Aires: Manantial.

MUÑOZ, P. (2011). *Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas*, Buenos Aires: Letra Viva.

RITVO, J. (2003). "La estructura no es la taxonomía". En *Imago Agenda*, 72, 2003.

RITVO, J. (2003). "Vindicación de la psicopatología". En *Imago Agenda*, 73, 2003.

NOTAS

¹Quizás sea el siguiente texto de J.-A. Miller el que ha servido de base a esta argumentación: "Si hay algo que la experiencia analítica puede enseñar es que existen estructuras y que estas son sólidas, no se modifican y no pasan de una a la otra. [...] Tanto el psicoanálisis como Lacan acentúan que no se debe retroceder frente a un diagnóstico de estructura. [...] Es necesario rehacer la clínica. [...] Necesitamos saber cuando estamos dando apoyo a alguien, que se trata de un caso de psicosis [...] Es por ello que el diagnóstico estructural puede ser importante". En *Elucidación de Lacan*, Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998, cap. "Psicoanálisis y psiquiatría". Estas frases, las más salientes de un texto que se ordena en derredor de ellas para justificar esa posición, junto con "Esquizofrenia y paranoia", en *Psicosis y psicoanálisis*, Bs. As., Manantial, 1985, se erigieron en los pilares fundamentales de la enseñanza de la psicopatología, dando lugar a una versión del diagnóstico diferencial, sesgada y parcial. Es este el puntapié inicial, que encuentra luego en el mismo autor numerosas referencias en el mismo sentido y en sus seguidores -entre los cuales se destaca Jean Claude Maleval, uno de los más firmes teóricos de la defensa de la consistencia de las estructuras clínicas-, para luego expandirse masivamente a través de la difusión que la universidad garantiza.

²Muy interesante es el modo en que aborda este problema Guy Le Gaufey en *El "notodo" de Lacan*, op. cit., capítulo: "Algunas consecuencias clínicas de la diferencia lógica entre los sexos", donde a partir de su análisis crítico de las categorías lógicas de lo universal, lo particular y lo singular formula el esbozo de una clínica de máxima que concluye que lo único existente es la *excepción* como fenómeno cualitativo y no cuantitativo (que pretende aislar

indebidamente un porcentaje mínimo de individuos frente a una mayoría situada en posición de cuasi-universalidad).

³*Taxis*: clasificar.

RESEÑA CURRICULAR DEL AUTOR

Psicoanalista. Mgter. en Psicoanálisis y Lic. en Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor Adjunto a cargo de la asignatura "Psicología Fenomenológica y Existencial" y Jefe de Trabajos Prácticos Regular del Área de Psicología Clínica y Psicopatología. Miembro del Consejo Académico Asesor de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica, Facultad de Psicología, UBA. Director del Proyecto UBACyT (2012-15): "La libertad en Psicoanálisis. Su incidencia en la concepción de sujeto y la causalidad en la obra de J. Lacan Consecuencias clínicas y éticas". Autor de los libros *La invención lacaniana del pasaje al acto* (2009), Bs. As., Ed. Manantial y de *Las locuras según Lacan* (2011), Bs. As., Ed. Letra Viva.

E-Mail: pmunoz@psi.uba.ar