

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

# El diagnóstico en psicoanálisis.

Quiroga, Florencia.

Cita:

Quiroga, Florencia (2017). *El diagnóstico en psicoanálisis*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/278>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/z2F>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

Quiroga, Florencia

Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

¿Qué es y para qué sirve un diagnóstico? Nos preguntamos los analistas cuando comenzamos nuestra práctica. Se define diagnóstico como un conjunto de signos y síntomas que se presentan simultáneamente en el momento actual, como el del DSM. La época ubica a la enfermedad como algo a eliminar “rápido y con poco costo”, esto lleva a una segunda definición, en la cual el diagnóstico se utiliza como instrumento para eliminar el sufrimiento. El psicoanálisis en cambio ubica al síntoma como algo que debe ponerse a trabajar. El movimiento antipsiquiátrico y las orientaciones postfreudianas se oponían a la práctica diagnóstica “prejuiciosa”, obstáculo para la posición neutral y abstinentes del analista. En cambio para Freud o Lacan, el diagnóstico siempre fue de primordial importancia clínica. En psicoanálisis, cuando se establece un diagnóstico no se refiere a la persona, al sujeto o a la enfermedad, sino a la estructura del discurso de ese hablante-ser. Finalmente si bien la clínica nos sorprende con lo singular de cada sujeto hay que jerarquizar la importancia de hacer un buen diagnóstico en psicoanálisis para la dirección de la cura. Cuando se habla de diagnóstico se está hablando de un problema clínico y no de una mera nominación.

## Palabras clave

Diagnóstico, Psicoanálisis, Clínica, Estructura

## ABSTRACT

### THE DIAGNOSIS IN PSYCHOANALYSIS

What is it and what is it for? We asked the analysts when we started our practice. Diagnosis is defined as a set of signs and symptoms that occur simultaneously at the present time, such as the DSM. The era places the disease as something to eliminate “fast and with little cost”, this leads to a second definition, in which the diagnosis is used as an instrument to eliminate suffering. Psychoanalysis instead places the symptom as something to be put to work. The anti-psychiatric movement and the post-Freudian orientations were opposed to the “prejudiced” diagnostic practice, an obstacle to the analyst’s neutral and abstinent position. In contrast to Freud or Lacan, diagnosis was always of paramount clinical importance. In psychoanalysis, when a diagnosis is made, it does not refer to the person, to the subject or to the illness, but to the structure of the discourse of that speaker-being. Finally, although the clinic surprises us with the singularity of each subject, it is necessary to prioritize the importance of making a good diagnosis in psychoanalysis for the direction of cure. When talking about diagnosis is talking about a clinical problem and not a mere nomination.

## Key words

Diagnosis, Psychoanalysis, Clinic, Structure

¿Qué es un diagnóstico? ¿Cómo diagnosticar? ¿Cuándo diagnóstico qué es lo que hago? ¿Para qué sirve un diagnóstico? Estas y muchas otras son las preguntas que nos hacemos los noveles analistas, los que recién comenzamos nuestra práctica y que invadidos por la angustia nos dejamos sorprender, nos preguntamos, cuestionamos y terminamos “clínicando” como diría Lacan, quien en el Seminario 22 plantea que “(...) es indispensable que el analista sea al menos dos: el analista para tener efectos, y el analista que a esos efectos los teoriza”<sup>1</sup>, es decir que está el analista que conduce la cura, el que interpreta, el analista en acto y también, sin confundirse con él, se encuentra el analista que conceptualiza, que supervisa, que lee la práctica, el que Fabián Schejtman ubica como el clínico, que como tal se encuentra en posición de sujeto dividido, de psicoanalizante. Lacan en la apertura a la sección clínica señala que “hay que clínicar. Es decir acostarse. La clínica siempre está ligada a la cama (...)”<sup>2</sup>. Según Lanteri- Laura “echamos mucho de menos una teoría de la práctica capaz de explicar de forma reflexiva estas prácticas mismas”<sup>3</sup>.

En este trabajo intentaremos recorrer estas preguntas y esbozar algunas respuestas posibles a ellas, iremos a la teoría a partir de las inquietudes suscitadas por la práctica para volver a esta luego. En principio si buscamos en el diccionario entre las acepciones de diagnóstico aparecen “conocimiento diferencial que se adquiere del estado físico y psíquico del enfermo mediante la observación de los signos y los síntomas de la enfermedad que presenta”<sup>4</sup> o “examen de una cosa, de un hecho o de una situación para realizar un análisis o para buscar una solución a sus problemas o dificultades”<sup>5</sup>.

Esto nos permite ubicar algunos puntos de partida, por ejemplo, en la primera acepción se habla de signos y síntomas que se presentan simultáneamente en el momento actual determinando un cuadro clínico, lo que podríamos ubicar siguiendo a Bercherie como un diagnóstico sincrónico, definición que le quedaría muy bien al diagnóstico psiquiátrico establecido por el DSM, que tiene “un modelo más esquiroleano que kraepeliniano”<sup>6</sup> según expresa uno de sus traductores e introductores en Francia como plantea Mazzucca en *el diagnóstico en la psiquiatría y el psicoanálisis*. Este tipo de diagnóstico se propone determinar el estado actual del paciente de forma compartible con otros interlocutores, “el diagnóstico psiquiátrico está constituido a nivel de la objetividad y puede parecer ‘mecanicista’”<sup>7</sup>, dice Miller en su introducción al método psicoanalítico. La época actual ubica a la salud como un objeto de consumo y a la enfermedad como algo a eliminar “rápido y con poco costo”, lo cual nos lleva a pensar sobre la segunda acepción.

Esta ubica la “búsqueda de una solución a los problemas y dificultades”<sup>8</sup>, es decir que el diagnóstico se utilizaría como instrumento para eliminar el sufrimiento, tal como plantea Miller la salud mental es ubicada como una promesa de felicidad, heredera de la paz so-

cial. Sin embargo el psicoanálisis viene a decir algo distinto ya que ubica al síntoma no como algo a ser eliminado sino como algo que debe ponerse a trabajar y en todo caso se podría pensar, que se trata de un derecho al síntoma más que a la salud, en el sentido de respetar lo que cada uno puede saber hacer con ese dolor de existir. Ya Freud aconseja “cuidar el padecer del paciente”<sup>9</sup>, o Lacan que plantea que de lo que se trata al final de un análisis es saber hacer allí con la castración, con el no hay relación sexual.

Lanteri- Laura plantea que el psicoanálisis “ha desempeñado un gran papel en el hecho de reconsiderar las exigencias del diagnóstico clínico y colocar en primer plano el diagnóstico estructural”<sup>10</sup>, ya que tanto el movimiento antipsiquiátrico como muchas orientaciones postfreudianas se oponían a la práctica diagnóstica “prejuiciosa” y que constituía un obstáculo para la posición neutral y abstinentemente del psicoanalista. Nada más alejado de la posición de Freud o de Lacan frente al diagnóstico, ya que para ambos siempre fue de primordial importancia clínica, para el primero servía para verificar si se trataba de un caso abordable por el psicoanálisis, es decir de una neurosis, o no y para el segundo en función de la dirección de la cura distinta en uno y otro caso. “(...) La psicopatología (...) es indispensable para toda práctica, como garante y como guía”<sup>11</sup>.

En psicoanálisis, siguiendo a Bercherie, podemos hablar de un diagnóstico diacrónico, “una secuencia temporal de síntomas cambiantes que, sin embargo remiten a una posición única”<sup>12</sup>, es decir que a pesar de que haya muchas formas clínicas distintas, ya que se trata de sujetos singulares, a pesar de que ningún obsesivo sea igual a otro o ningún psicótico a otro psicótico, etc., todos pertenecen a la misma categoría clínica, al mismo particular, a la misma estructura, ya que cuando se establece un diagnóstico en psicoanálisis no se diagnostica ni a la persona, ni al sujeto, ni a la enfermedad, lo que se diagnostica es la estructura del discurso de ese hablante-ser, es decir, la posición que asume frente a la falta del Otro, frente al “no hay relación sexual”. Miller plantea que es fácil diagnosticar una conducta, prácticamente lo puede hacer cualquiera, “lo que difiere, el elemento que puede introducir la experiencia analítica es la posición que el paciente asume”<sup>13</sup> en relación a su conducta, a su modo de gozar, “lo esencial es lo que el paciente dice (...) el paso siguiente es cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos (...) localizar el decir del sujeto”<sup>14</sup>.

Siguiendo a Freud que construyó su teoría yendo de la práctica a la teoría y volviendo a ella, introduciré aquí una pequeña viñeta de un caso clínico. Hace un tiempo llega un joven de 20 años a la admisión en consultorios externos y plantea que tiene pensamientos obsesivos en relación con la limpieza, que todo el tiempo se lava las manos porque piensa que está sucio, se le ocurre que puede haber dejado algo, como sangre y que eso lo haga ubicable, así como la información que deja en internet, se ubica como distinto a la gente de su edad, ya que reflexiona sobre temas políticos o sociales y se preocupa por ellos excesivamente, considera que la sociedad actual es muy individualista y cada uno piensa en lo suyo y cree que en este país las cosas están mal y no van a cambiar si la gente se sigue comportando así, que hay injusticias y que faltan oportunidades. Este joven comenta que ha tenido un tratamiento anteriormente, pero que no funcionó ya que la psicóloga nunca le

dijo lo que tenía y que si no sabe lo que tiene mucho menos va a poder curarlo, de modo que viene a demandar que le pongan un nombre a eso que le pasa para que se lo puedan sacar rápidamente y así pueda reintroducirse al sistema productivo, una concepción capitalista y sincrónica del diagnóstico.

Agrega que buscó en internet lo que le pasaba y encontró que tiene TOC, está convencido porque los síntomas son los mismos que él tiene y no entiende por qué no se lo quieren decir, pues así todo sería más fácil.

Efectivamente si buscamos en el DSM IV<sup>15</sup> los criterios diagnósticos del Trastorno obsesivo-compulsivo algunos de ellos son:

· Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos
3. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.
4. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

Esta completa y detallada descripción de los síntomas actuales de este paciente, no tiene nada que aportarle a un analista, para quien “lo que importa en el diagnóstico previo a un psicoanálisis es establecer si se trata de una subjetividad neurótica o psicótica”<sup>16</sup>, ya que esto determina la dirección de la cura y la posición del analista. No es de extrañar entonces que la analista con la que comenzó su tratamiento este joven deje a un lado la descripción sintomática del mismo que le aporta el DSM IV, y se pregunte por cual es la estructura subjetiva permanente que se infiere de síntomas y manifesta-

ciones que varían ampliamente en el tiempo. Es así que comienza a aislar una serie de síntomas o más bien de fenómenos elementales ya que el paciente ubica en varias escenas un goce en el Otro que “no quiere darle trabajo, que no quiere darle una cita, que le pide una cosa y luego otra”. También se encuentra una falla a nivel del lazo social y se empieza a escuchar a un joven aislado, que no tiene vínculos y no sabe cómo generarlos.

Asimismo es algo problemático la sexualidad, que retorna como  $S_1$  suelto en lo real y se le impone, por ejemplo en el pensamiento de poder embarazar a su hermana por haber dejado alguna partícula de semen luego de masturbarse en el baño o la certeza de haberse contagiado de sida por haber tenido relaciones sexuales a pesar de haber tomado los recaudos correspondientes.

Parecería que este sería el caso de una psicosis no desencadenada, “una estructura psicótica sin psicosis”<sup>17</sup>, en la cual se puede reconocer la estructura mas no los síntomas floridos de la psicosis clínica. Sin embargo este diagnóstico es de crucial importancia para la analista quien se ubicará como secretario, con quien el paciente pueda venir a dar testimonio del goce que lo está invadiendo y la función será ir acotando el mismo para producir un alivio.

Se puede decir entonces que en psiquiatría y en psicoanálisis el diagnóstico es ya una operación clínica, que produce efectos terapéuticos en sí y sirve a la orientación del tratamiento, pero se trata de dos modelos diagnósticos distintos que responden a diferentes problemas clínicos. En el caso de la psiquiatría Sanfilippo plantea que se trata de un “doble movimiento de recorte de las singularidades y establecimiento de un sistema comparativo que permite la inclusión del individuo en categorías nosográficas y la medición de las desviaciones respecto de lo normal”<sup>18</sup>. En el caso del psicoanálisis se trataría de ubicar el tipo clínico al que pertenece esa estructura discursiva clave para la orientación de la cura, ya que si bien, siguiendo a Lacan en la dirección de la cura, la política tanto en el caso de la psicosis como de la neurosis es la ética del deseo del analista “la que constituye, en la experiencia analítica al sujeto”<sup>19</sup>, a nivel de la estrategia ubicamos la transferencia pero es importante que el analista que en el caso de la neurosis se ubica como sujeto supuesto saber, en el caso de la psicosis debe ubicarse atravesado por la barra y no sabiendo para no volverse gozador de ese saber y en la táctica que es donde más libre se encuentra en caso de la psicosis debe más que interpretar, acotar esa producción metonímica de sentido.

Siguiendo a Miller, si el diagnóstico psiquiátrico se caracteriza casi siempre por una supuesta objetividad, “nosotros, en el campo analítico, estamos, contrariamente, del lado del sujeto”<sup>20</sup>.

Para terminar, es importante destacar que si bien la clínica nos sorprende día a día con lo singular de cada sujeto es importante jerarquizar la importancia que tiene hacer un buen diagnóstico en psicoanálisis para la dirección de la cura. Cuando se habla de diagnóstico se está hablando de un problema clínico y no de una mera nominación. Sin embargo es importante aclarar que el diagnóstico es hecho en transferencia, con lo que se pone en juego con ese analista y que siempre puede estar sujeto a modificaciones pues los diagnósticos son hipótesis que guían el tratamiento pero más de una vez, pueden ser revisados.

## NOTAS

- <sup>1</sup>Lacan, J., Seminario 22, Clase del 10 de Diciembre de 1974.
- <sup>2</sup>Lacan, J., Apertura a la sección clínica, pp. 68
- <sup>3</sup>Lanteri-Laura. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, pp. 252.
- <sup>4</sup><https://www.google.com.ar/#q=diagnostico>
- <sup>5</sup>Cit. <https://www.google.com.ar/#q=diagnostico>
- <sup>6</sup>Mazzuca, R., El Diagnóstico en la psiquiatría y el psicoanálisis. Pp.217
- <sup>7</sup>Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, pp. 30.
- <sup>8</sup>Cit. <https://www.google.com.ar/#q=diagnostico>
- <sup>9</sup>Freud, Nuevos caminos de la terapia analítica. Pp. 158
- <sup>10</sup>Lanteri-Laura. Op. Cit, pp. 251.
- <sup>11</sup>Lanteri-Laura. Op. Cit, pp. 254-255.
- <sup>12</sup>Mazzuca, R., Op. Cit. Pp. 215
- <sup>13</sup>Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, pp. 34.
- <sup>14</sup>Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, pp. 38-39.
- <sup>15</sup>DSM IV, Trastornos de ansiedad, F 42.8, Trastorno Obsesivo compulsivo.
- <sup>16</sup>Mazzuca, Op. Cit. Pp. 219.
- <sup>17</sup>Mazzuca, Op. Cit. Pp. 216
- <sup>18</sup>Sanfilippo, L., Interlocutores del psicoanálisis: Michel Foucault y la historia de las prácticas psi, pp. 6.
- <sup>19</sup>Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, pp. 37.
- <sup>20</sup>Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, pp. 30.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bercherie, P., Los fundamentos de la clínica, Manantial, Buenos Aires, 1985.
- D.S.M. IV, Edit. Masson Año 1995.
- Freud, S., Obras completas, tomo XII, “Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico”, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- Freud, S., Obras completas, tomo XVII, “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, Amorrortu, Buenos Aires, 1986.
- Lacan, J., El seminario. Libro 3: “Las psicosis”, Paidós, Buenos Aires, 1984
- Lacan, J., “La dirección de la cura y los principios de su poder”, Escritos 2. Siglo XXI. Argentina. 2008.
- Lacan, J., El seminario. Libro 22: “RSI”, inédito, 1974-1975.
- Lacan, J., “Apertura de la sección clínica”. En *Ornicar?*, 3, Petrel, Barcelona, 1981.
- Lanteri-Laura. Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna, Cap. 4 “Los problemas del paradigma actual”, Triacastela, Madrid, 2000.
- Mazzuca, R., Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis, “El diagnóstico en la psiquiatría y el psicoanálisis”, Grama, Buenos Aires, 2013.
- Miller, J., Introducción al método psicoanalítico, “Diagnóstico psicoanalítico y localización subjetiva”, Paidós, Buenos Aires, 2015.
- Sanfilippo, L., Interlocutores del psicoanálisis: Michel Foucault y la historia de las prácticas psi, 2011.
- Schejtman, F., Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis, “Verba, Scripta, Lectio”, Grama, Buenos Aires, 2013.