

El diagnóstico, malentendido.

Lanci, Martín.

Cita:

Lanci, Martín (2014). *El diagnóstico, malentendido. Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología. Psicopatología Cátedra II - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jornadas.psicopatologia.30.aniversario/68>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ehOw/n8q>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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, MALENTENDIDO

Martín Lanci

¿En qué plano ubicamos lo “diferencial” del “diagnóstico en psicoanálisis”? Este sintagma marca de entrada cierta disyunción entre dos campos heterogéneos. Sabemos que el diagnóstico es una práctica que el psicoanálisis importa del campo de la medicina. ¿Qué torsiones imprime en la cuestión diagnóstica esa importación? ¿Cuáles serían sus *usos* posibles para el psicoanalista? ¿Qué lugar tiene en relación a la dirección de la cura?

Empecemos por plantear que la posición del analista no contempla que el diagnóstico sea usado como elemento probatorio del caso, es decir, como herramienta teórica a partir de la cual podríamos encontrar los signos característicos que hacen de un paciente un caso perfectamente clasificable dentro de una categoría pre-establecida, de un “rasgo diferencial de la teoría” (Lacan 15/01/64). Ese interés por definir el diagnóstico diferencial a partir de una descripción nosológica clara y distinta es propio de la tradición psiquiátrica. Sin embargo, eso no nos habilita a pensar que la psicopatología estaría fuera de lugar en el campo del psicoanálisis, como *perro en cancha de bochas*. Tanto Freud como Lacan plantean la pregunta por el diagnóstico como efecto de la argumentación, del esfuerzo por transmitir y formalizar qué es lo que tiene lugar en la práctica analítica y por ubicar cuáles son sus fundamentos.

Los “tipos clínicos” y su diagnóstico

Encontramos algunas orientaciones en un conocido artículo (Lacan 07/10/1973). Allí Lacan nos dice que “*en un análisis hay que acoger todo -donde vemos que el analista no puede escabullirse-, ... como si por otra parte nada estuviera establecido. Esto no quiere decir nada sino que siempre hay que volver a abrir la fuga del tonel*” (resuena aquí el principio de la *atención flotante* que Freud ubica del lado de la posición del analista, correlativo a la regla fundamental).

Esto se articula con la proposición que Lacan había enunciado al comienzo del texto, y que va a estructurar su argumentación: “*El sentido del sentido en mi práctica se aprehende (Begriff) por el hecho de que fuga: a entender como de un tonel, no de una escapada. Es porque se fuga (en el sentido: tonel) que un discurso toma su sentido, o sea: por el hecho de que sus efectos sean imposibles de calcular*” (ibíd., p.2).

Es decir que aquello que se a-prehede es algo que se pierde y que, por eso mismo, es imposible de aprehender. De ahí que lo posible de transmitir de la experiencia analítica será, fundamentalmente, una imposibilidad de transmisión. El discurso analítico, por lo tanto, se

prende de esa fuga. Entendemos entonces que la operación analítica se produce justamente a partir de esa apertura del tonel y la consecuente fuga y pérdida del *sentido del sentido* supuestamente establecido. El sentido nace así *estavencido*: vencido, a-gotado, lacerado, torsionado, equivocado por la lógica del significante. Tal como Freud lo descubre e interroga al nivel del síntoma, el sentido nace *sexual*.

Primera orientación: pretender apresar “El” sentido por la vía del diagnóstico, y procurar avanzar a partir de allí, es *escabullirse* de la posición del analista. El diagnóstico que interesa al psicoanalista es uno que no hace “sentido común”. La noción de “tipo” (clínico) queda, a partir de allí, enrarecida. Se tratará de “tipos” que no forman clase¹: un obsesivo no representa a “La” obsesión para otro obsesivo; no hay, entre uno y otro, signo de obsesión que se sostenga en cuanto tal.

En cuanto a los *tipos clínicos* de los que habla Lacan, queda claro que se trata de los tipos de síntoma que clasifica la clínica psiquiátrica, aquellos que son anteriores al discurso analítico (ibíd., p.10). En el campo de la psiquiatría, el síntoma se ha leído clásicamente como un signo que representa a una clase. De ahí que se hable de “semiología psiquiátrica”. El campo que de esta manera se define en cuanto tal está delimitado por toneles sin fuga, sin agujero ni pérdida, *cada cual más fútil que los otros*. El diagnóstico, una vez definido, cumple allí una función central: permite que los efectos del trastorno (de alguna función psíquica supuesta) sean perfectamente clasificados y, por tanto, calculables. Y así es posible establecer un pronóstico de la enfermedad.

El discurso analítico introduce un agujero en el tonel de la psiquiatría clásica, en la medida en que nos muestra que esos tipos definidos por la “clínica de antes” *resultan de la estructura del lenguaje* (ibíd., p.11). Leer esos signos (lo que representa determinado trastorno -algo- para el clínico -alguien-) en la escena transferencial en términos de *significante*², es decir, de aquello que representa a un sujeto para otro significante, introduce el mal-entendido fundamental que causa esa fuga del *sentido del sentido*, y es a partir de allí que el discurso psicoanalítico, tal como lo señala Lacan, toma el suyo. Sus efectos serán entonces imposibles de calcular.

El diagnóstico como “huso”

¹ Ver, en relación a esta subversión de la noción de “tipo”, Muñoz 2012, p.35.

² Para interrogar este contrapunto entre signo y significante, remito al lector a Leibson 2013.

Algunos autores lacanianos conciben al diagnóstico como un aserto que se establece *previamente* a la puesta en marcha del dispositivo psicoanalítico propiamente dicho, y que entonces funciona como aquello que orientará la cura³. Y, a la vez, conciben a la clínica psicoanalítica como una “*clínica auto-diagnosticada del sujeto*” (Soler 2009, p. 19).

Primera cuestión: entendemos que el diagnóstico no es por fuera de la escena transferencial. Freud mismo nos indica que el momento inicial del tratamiento psicoanalítico (“ensayo de puesta a prueba”) en el cual se plantea la pregunta por el diagnóstico, no es el momento previo, sino que “*ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas*”⁴.

El fenómeno a diagnosticar, es decir, la estructura (Lacan 23/11/55) se plantea en la puesta en acto de la realidad del inconsciente (Lacan 22/04/64). Cualquier pretensión diagnóstica que se articule por fuera de la realidad que se pone en acto tras el *telón*⁵ de la transferencia, de esa *mucha tela para cortar* que (in)viste al analista en el escenario del análisis, se desliza fácilmente hacia el campo de la ontología, hacia un más allá sustancial, un ente que estaría en el trasfondo de los fenómenos que lo representan. Se pierde de vista que la estructura es la del significante, es decir, corte, hiancia en la que se manifiesta el inconsciente, en un tiempo que en su cierre capta su apertura de manera evanescente. Por lo tanto, la estructura no podrá más que ser supuesta.

Cualquier idea de un “diagnóstico previo”, uno que pueda calcular los efectos del discurso, queda arruinada, en tanto supone hacer del diagnóstico un uso muy particular: un *huso* (valga la homofonía). Esto es, ubicar al diagnóstico como un eje rígido y consistente alrededor del cual se tejerían los hilos del decir del analizante. Se dispondría así de una matriz que nos permitiría pre-figurar la forma del “pullover a tejer” y saber si el paciente podrá abrigarse lo suficiente con él (“*saber si la persona que recibimos puede o no beneficiarse de la operatoria analítica*”). ¿Es ese *el saber clínico que orienta la acción* (ibíd., p.22)?

Muy por el contrario a lo que Lacan una y otra vez nos enseña: que hay un vacío radical en el lugar de la causa del deseo, y que es *esa* (a escribir “ese-a”) justamente la condición de posibilidad del decir a medias que se teje en un análisis, y cuyos efectos serán estructuralmente incalculables. El saber que se extrae de la experiencia analítica (y que, del lado del analista,

³ Ver Coler 2009, fundamentalmente el primer capítulo del libro (“Del diagnóstico en psicoanálisis”). También Mazzuca 2013, p. 219.

⁴ La posición de Freud en relación a la “motivación diagnóstica” que tiene este “ensayo previo” es indicativa de la hipótesis que proponemos: “*Pongo en tela de juicio que resulte muy fácil trazar el distingo...por desdicha, no estoy en condiciones de afirmar que ese ensayo posibilite de manera regular una decisión segura; sólo es una buena cautela más*” (Freud 1913, p.126).

⁵ Curiosa torsión anagramática de *tonel*.

podemos calificar de “clínico”) estará irremediabilmente marcado por esa hiancia⁶. De lo contrario, el deseo axial en torno al cual gira la práctica analítica (el del analista) deja de ser deseo de máxima diferencia, para instituirse más bien como un deseo de máxima *indiferencia*... a la palabra del analizante.

Por último, ¿qué tiene de “auto” el diagnóstico? No creo exagerar al decir que todo en la enseñanza de Lacan se opone a esta idea. El síntoma, como aquello que el sujeto vive como ajeno, que lo interroga desde Otro lugar, arruina cualquier pretensión auto-referencial. Ubicar en el lugar del sujeto la función de un auto-diagnóstico es desconocer, entre otras cosas, que la palabra viene siempre del Otro, que nos es siempre *impuesta* (Lacan 17/02/76). Es olvidar que el significante no es auto-referencial, que en cuanto tal no significa nada, que representa a un sujeto para otro significante. Extraño retorno del *yo autónomo* de los post-freudianos.

El diagnóstico, ¿en la “época”?

Otra propuesta de moda con respecto al diagnóstico: ubicarlo en relación a la *época* (Buchanan 2010). Estas consideraciones se apoyan, casi sin excepción, en una “sentencia” de Lacan: “*mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época*” (Lacan 1953, p. 309).

Ahora bien, ¿cuál es el tiempo en que, en un psicoanálisis, se produce la subjetividad? ¿Es el de la época o más bien se trata de la temporalidad del inconsciente? Entendemos que el diagnóstico que concierne a la posición del analista supone una lectura retroactiva que de ninguna manera coincide con una época. Además, hay en la relación analítica la máxima disparidad posible entre la posición del analizante y la del analista: consecuencia de ello es que el uno y el otro no hacen *época* (versión heroica del psicoanálisis). Y, después de todo, ¿cuál es la época? ¿Y cuál sería *la nuestra*? ¿Se trata de una realidad común que compartimos todos en tanto que contemporáneos?

Uno no puede ser, en ese sentido, contemporáneo de lo contemporáneo. Fundamento de ello, el síntoma, es decir, aquello de lo que el sujeto nunca puede ser completamente *contemporáneo*, en tanto siempre supone una pregunta después, fuera de época⁷. El sujeto se produce en una temporalidad, según la designación freudiana, *nachtraglich* (retro-activa), en la que un

⁶ Relean los prólogos de cada uno de los historiales fundamentales de Freud y se encontrarán, a repetición, con el testimonio de su encuentro “tíquico” con una *insuficiencia estructural* que marca lo que de un psicoanálisis puede transmitirse.

⁷ Articulación propuesta por Leonardo Leibson durante las Jornadas del Hospital Piñero, “Política del psicoanálisis en el hospital público”, 05/09/2012.

significante lo representa para otro significante. Por lo tanto, no habrá entre ellos (el uno y el Otro significante) relación de contemporaneidad posible. Esa es la temporalidad por fuera de la cual no podemos hablar de *sujeto del inconsciente*, en el sentido lacaniano del término. Llamar “época” al tiempo en que la subjetividad se produce es, cuanto menos, un deslizamiento problemático, un señuelo que nos puede llevar a encallarnos en las áridas costas de la sociología. Lacan mismo nos advierte sobre ello (Lacan 1965, p.215).

Si el analista se sume a *las posiciones propiamente subjetivas del enfermo* (Lacan 1957/58, p.516), es decir, a las condiciones de estructura, podemos decir entonces que el diagnóstico en psicoanálisis nunca se realiza “en la época”. Que la época tenga que estar necesariamente en el *horizonte* del acto del analista no implica que éste se produzca *en* ella. Marcar un horizonte es distinguir dos espacios heterogéneos que no se superponen: el uno, el de la transferencia, espacio en el que se despliega la cura psicoanalítica. Un otro, horizonte del primero y, en cuanto tal, espacio en el que nunca se está, que no se alcanza, que se desliza: el de “la época”.

Conclusiones provisionarias

¿Está el analista llamado a dirigir la cura en función de un saber sin fisuras y siempre igual a sí mismo (saber completo que forma un conjunto cerrado)? Allí ubicamos el obstáculo, la resistencia del analista, la caída de su posición. Si tenemos todas las respuestas de antemano, sólo quedaría aplicarlas de la manera conveniente para un feliz avance y desenlace de la cura. Se hace así un “buen diagnóstico”, ese que pronostica, que calcula lo que conviene o no hacer y cómo, de acuerdo a la “estructura clínica” de la que se trate.

Estas posiciones enunciativas van a contrapelo de la operatoria del análisis, en tanto se fundan en el olvido del estatuto del significante. Se olvida que el *sentido del sentido* se fuga en nuestra práctica. Resultado: el significante en cuanto tal no sólo pasaría a significar algo, sino que se significaría a sí mismo o lo significaría todo. Un uso del diagnóstico correlativo al deseo del analista es aquel que toma valor a partir del poder incalculable y sorpresivo de la combinatoria significante, de la estructura equívoca del lenguaje, y que a partir de allí, de eso que se anunciaba como pleno de sentido un instante antes, y que puede aparecer sin sentido un instante después (o a la inversa), se abre siempre como pregunta.

Pensamos al diagnóstico como un *trayecto* (Ritvo 2003). Pero se trata de uno vacío, que no fija de antemano los accidentes del curso de navegación, ni los pasos a franquear. *Trayecto conjetural*, siempre a trazar a partir de las contingencias del recorrido, nunca en tierra firme,

antes de zarpa. El diagnóstico es *de y en* lo que se sacude, y es de ahí que el psicoanálisis podrá eventualmente no hundirse (sutil torsión del lema evocado por Freud: *fluctuat ergo mergitur*). Si el trayecto es pasible de ser trazado será como consecuencia de que habría habido un efecto de lectura de cierto recorrido transferencial. Pretender purificar al analista sacándolo del “barco” en una anterioridad supuesta es dejarlo directamente afuera de la de la escena analítica.

La posición del analista se apoya en la posibilidad de perder lo que sabe, de olvidarlo. El saber que lo concierne es entonces un saber en falla, siempre por establecer o, más bien, que se pierde tan pronto se ha establecido: *estavlencido*, hemos propuesto. Olvido, que no es superación ni supresión. Se trata de una hiancia no suturable que relanza una y otra vez, sin posibilidad de encuadrarla (función del fantasma), la pregunta por el deseo.

El psicoanálisis es una práctica fragmentaria de lo fragmentario, de lo que sólo se puede decir a medias, mal-decirse, equi-vocarse. De eso que en el decir se desliza y que, por eso mismo, es causa del deseo. De manera homóloga, el saber que se puede transmitir de un psicoanálisis (y un rasgo de ese saber es el diagnóstico psicopatológico) no podrá más que ser fragmentario. Entendemos que ese es uno de los resortes fundamentales de la práctica que Freud nos legó.

Por lo tanto, el diagnóstico será necesario para la dirección de la cura en la medida en que intervenga siempre como hipótesis, como *conjetura*⁸. Podremos hablar así de una “construcción psicopatológica” (Schejtman 2013, p. 10) que vale en tanto hay algo en ella que se presta al equívoco y que, por consiguiente, se da a leer, a interpretar. Suponer que el diagnóstico es una respuesta real-izada es convertir el uso del diagnóstico en un *huso* firme, sólido y rígido, que obtura el lugar de la causa que motoriza la operación analítica. Decimos entonces que el psicoanálisis es no-sin psicopatología⁹.

Mordidos por el decir lacaniano (Lacan 07/10/73), concluimos que no hay transmisión en psicoanálisis que de testimonio de ningún real sino es a causa de la fuga a la que responde. De allí que el diagnóstico, si tiene algún valor en la práctica analítica, deberá encontrarlo por el lado de esa fuga, como demostración de un modo de la imposibilidad (de la relación sexual) en la que la estructura se funda.

⁸ *Ciencia conjetural del sujeto*, propone Lacan (Lacan 05/02/64).

⁹ Citando a David Kreszes: “*Si resulta imposible purificar al psicoanálisis de la lengua psicopatologizante que lo acecha, no por ello debemos ofrecernos acríticamente a su goce. La operación de vaciamiento de la causa implica necesariamente la puesta en tensión permanente de la lengua analítica con la de la psicopatología*” (Kreszes 2007, p. 135).

Bibliografía

- Buchanan, Verónica (2010). “Bordeando la historia”. Ancla 3 [Psicoanálisis y Psicopatología], *Encadenamientos y desencadenamientos II*. Buenos Aires, 2010.
- Freud, Sigmund (1913). “Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)”. *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, XII.
- Kreszes, David (2007). “Cuando se comienza cediendo en las palabras”. *Redes de la letra 12/13, Los desiertos de la palabra*. Ediciones Legere, Buenos Aires, 2007.
- Lacan, Jacques (1953). “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis”. *Escritos I*, Siglo veintiuno editores, Buenos Aires, 2003.
- Lacan, Jacques (1955-1956). *El Seminario, Libro 3, “Las psicosis”*. Paidós, 2006.
- Lacan, Jacques (1957/1958). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. *Escritos II*, Siglo veintiuno editores, Buenos Aires, 2003.
- Lacan, Jacques (1964-1965). *El Seminario, Libro 11, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”*. Paidós, Buenos Aires, 2010.
- Lacan, Jacques (1965). “Homenaje a Marguerite Duras, por el arrobamiento de Lol V. Stein”. *Otros Escritos*. Paidós, Buenos Aires, 2012.
- Lacan, Jacques (07/10/1973). “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los escritos”. Traducción crítica de la Escuela Freudiana de Buenos Aires (inédita).
- Lacan, Jacques (1975-1976). *El Seminario, Libro 23, “El Sinthome”*. Paidós, Buenos Aires, 2008.
- Leibson, Leonardo. “La subversión de la psiquiatría y la formación del psicoanalista”. *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Grama ediciones, Buenos Aires, 2013.
- Mazzuca, Roberto (2013). “El diagnóstico en la psiquiatría y el psicoanálisis”. *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Grama ediciones, Buenos Aires, 2013.
- Muñoz, Pablo (2011). “Las locuras según Lacan. Consecuencias clínicas, éticas y psicopatológicas”. *Letra Viva*, Buenos Aires, 2011.
- Ritvo, Juan Bautista (2003). “Vindicación de la psicopatología”. *Imago Agenda N° 73, El diagnóstico en psicoanálisis*. Buenos Aires, 2003.
- Schejtman, Fabián (2013). “Lacan: resistencia de la psicopatología”. *Psicopatología: clínica y ética. De la psiquiatría al psicoanálisis*. Grama ediciones, Olivos, 2013.
- Soler, Colette (2003/2004). “La querrela de los diagnósticos”. *Letra Viva*, Buenos Aires, 2009.