2
Síntoma y diagnóstico

En toda práctica clínica, se suelen establecer correlaciones entre la especificidad de los síntomas y la identificación de un diagnóstico. Por suerte, dichas correlaciones, de las cuales depende el éxito de una iniciativa terapéutica, generalmente existen. De todos modos, un dispositivo causalista sólo es eficaz porque el cuerpo responde, de una manera determinada, a un proceso de funcionamiento regulado, a su vez, por determinaciones que obedecen al mismo principio. Así, cuanto más profundo sea el conocimiento de este determinismo, mayor será la cantidad de correlaciones que puedan establecerse entre las causas y los efectos y, como consecuencia, también se hace más sutil la especificación del diagnóstico.

Si bien este principio resulta uniformemente aceptable en todos los ámbitos de la clínica médica, se lo critica de modo implacable en la clínica analítica. Este rechazo se debe sobre todo al singular determinismo que se manifiesta con mucha fuerza en el nivel de los procesos psíquicos con el nombre de *causalidad psíquica*.

La causalidad psíquica opera por otras vías, que no son las cadenas habituales de interacción de causas a efectos, tal como las reconocemos por ejemplo en las ciencias biológicas. El éxito de la terapia médica suele depender, en muchísimos casos, de la regularidad y permanencia de los hechos causales que se producen en el cuerpo. Por el contrario, por más que aparezca algún tipo de determinismo en el proceso de causalidad psíquica, no parece posible encontrar líneas semejantes de regularidad. En otros términos, no puede establecerse rigurosamente ningún ordenamiento fijo entre la índole de las causas y la de los efectos. Se hace, pues, imposible determinar perfiles de previsiones idénticos a los que observamos en las disciplinas biológicas y médicas en general.

En el campo científico, una previsión sólo tiene sentido cuando se basa en una ley, es decir, en una explicación objetiva y universalizable que da cuenta de una articulación estable entre causas y efectos. La causalidad psíquica

no puede formularse en ese tipo de leyes, por lo menos en lo que hace a los requisitos empíricos y formales que permiten definirlas en las ciencias exactas. En estas condiciones, la ausencia de legalidad entre las causas y los efectos, con la consecuente imposibilidad de hacer determinaciones preventivas estables, nos obliga a reconocer que *el psicoanálisis no es una ciencia* en el sentido estricto que habitualmente se le da a este término.[17]

Hay un hecho que debe destacarse en esta primera constatación referida *al establecimiento del diagnóstico en la clínica psicoanalítica: no existe una inferencia fija entre las causas psíquicas y los efectos sintomáticos.* En esta invariante conviene detenerse un poco, aunque sólo sea porque es contraria al funcionamiento habitual de nuestros procesos mentales. Lo sepamos o no, pensamos —e inclusive nos pensamos a nosotros mismos— en un registro de racionalidad cartesiana. Así, nos vemos llevados espontáneamente a estructurar las explicaciones que damos según órdenes de pensamiento lógico que son profundamente *causalistas* en el sentido del discurso de la ciencia. Rechazar este registro de pensamientos por implicación lógica es uno de los principales esfuerzos que hay que hacer al comenzar el trabajo psicoanalítico.

El pretexto de que es necesario desprenderse de la racionalidad lógica no basta para dejar librado el trabajo psicoanalítico a merced de las fantasías personales. No todo es posible en esta tarea y su desarrollo está sujeto a determinadas exigencias de rigor, por lo menos las que nos imponen seguir el hilo del *decir de aquél a quien se escucha,* si es que aspiramos seguramente a identificar algo de la *estructura del sujeto* sobre lo cual pueda apoyarse la evaluación diagnóstica.

Suponiendo que pudiéramos validar una hipótesis diagnóstica a partir de la aparición concreta de síntomas, estamos admitiendo implícitamente la actualización de una relación irreductible de causa a efecto. Como veremos luego, ésto significa dejar de lado toda la dinámica propia del inconsciente. La práctica clínica nos enseña que la relación que vincula el síntoma con la etiología de la afección que lo produce está mediatizada por el conjunto de los procesos inconscientes. La correlación entre un síntoma y la determinación de un diagnóstico supone, *a minima,* la acción de una cadena de procesos intrapsíquicos cuya dinámica no sería la del determinismo causal corriente.

Cualquiera de los mecanismos del proceso primario nos ofrece una prueba indubitable de esta lógica sorprendente de los procesos inconscientes. Examinemos, a título de ejemplo, el destino particular del proceso pulsional que Freud denomina *orientación contra la propia persona* y que explica del modo siguiente en la *Metapsicología:*

> "La orientación contra la propia persona queda aclarada en cuanto reflexionamos que el masoquismo es precisamente un sadismo dirigido contra el propio yo y que el exhibicionismo entraña la contemplación del propio cuerpo. La observación analítica demuestra de un modo indubitable que el masoquista comparte el goce activo de la agresión a su propia persona y el exhibicionista, el resultante de la desnudez de su propio cuerpo."[18]

17. Las razones que invalidan el psicoanálisis en la categoría de las disciplinas científicas, no son sino consecuencias lógicas surgidas de un principio de epistemología intrínseco al objeto mismo del psicoanálisis. Planteo esta cuestión en una obra que aparecerá con el título: *L'a-scientificité de la psychanalyse.*

Si una actividad sintomática como el sadismo supone esta lógica contradictoria de la orientación contra la propia persona, la índole misma de ese proceso descripto por Freud invalida de por sí la idea de una relación causal directa entre un síntoma y un diagnóstico.

Este primer argumento exige que lo ampliemos un poco más. Supongamos que esta lógica contradictoria fuera una lógica estable en el nivel de los procesos inconscientes. En ese caso, podríamos considerar a los pares de opuestos sadismo / masoquismo y exhibicionismo / voyeurismo como equivalencias fijas. Pero ni siquiera contando con esta hipótesis, estaríamos todavía en condiciones de inferir un diagnóstico seguro a partir de los síntomas.

Admitamos que la actividad sintomática del voyeurismo implica lógicamente al exhibicionismo. Dicho de otro modo, supongamos que la transformación en su contrario se aceptara como una "ley fija". ¿Podríamos por esa razón deducir lógicamente un diagnóstico de perversión a partir de un síntoma como el exhibicionismo? Una vez más, los datos de la experiencia clínica invalidan ese tipo de posibilidad de inferencia directa. El componente exhibicionista, por ejemplo, está presente particularmente en la histeria con la modalidad, a veces espectacular, de "poner a la vista de los histéricos".

El mismo tipo de reservas se nos plantean en el caso de otra figura: la actividad sintomática del orden y la prolijidad. En algunos sujetos este síntoma adquiere proporciones lo bastante inquietantes como para llegar a convertirse en una verdadera inhibición del comportamiento. Tradicionalmente, en las investigaciones freudianas, esta particularidad de carácter adquiere fácilmente la dimensión sintomática, se atribuye al *componente erótico anal* que es una disposición constitutiva de la neurosis obsesiva.[19] Si seguimos estas indica-

18. S. Freud: Triebe und Triebschicksale (1915), *G.W.*, X, 210/232. *S.E.*, XIV, 109/140. Trad. J. Laplanche y J. B. Pontalis, "Pulsions et destins des pulsiones", en *Métapsychologie,* París, Gallimard, 1968, pág. 26. "Los instintos y sus destinos", *Obras Completas,* vol. I, pág. 1031.

19. S. Freud, cf.:

a) Character und Analerotik (1908), *G.W.*, VII, 203/209. *S.E.*, IX, 167/175. Trad. D. Berger, P. Bruno, D. Guérineau, F. Oppenot: Charactère et érotisme anal, en *Psychose, Névrose et Perversion,* París, P.U.F., 1973, págs. 143/148. "El carácter y el erotismo anal", *Obras Completas,* vol. I, págs. 950-953.

b) Die Disposition zur Zwangeneutose (1913), *G.W.* VIII, 442/452. *S.E.*, XII, 311/326. Trad. D. Berger, P. Bruno, D. Guérineau, F. Oppenot: La disposition a la névrose obsesionnelle, en *Psychose, Névrose et Perversion,* París, P.U.F., 1973, págs. 189-197. Versión castellana: "La disposición a la neurosis obsesiva", *Obras completas,* vol. I, pág. 982.

c) Uber Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik (1917), *G.W.*, X, 402/410. *S.E.*, XIII, 125/133. Trad. D. Berger: Sur la transformation des pulsiones particulièrement dans l'erotisme anal, en *La Vie Sexuelle,* París, P.U.F., 1969, págs. 106-112. Versiones castellanas: "Sobre las transmutaciones de los instintos y especialmente del erotismo anal", *Obras Completas,* vol. I, pág. 992-995.

a) b) y c) en: "Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis", *Obras Completas,* vol. I, pág. 931 y 55.

ciones ¿podemos llegar al diagnóstico de neurosis obsesiva basándonos solamente en la identificación de ese síntoma?

No podemos, del mismo modo que no podíamos antes, por la simple razón de que ese síntoma es igualmente identificable en una forma muy activa en la histeria. En efecto, aparece particularmente ampliado en algunas mujeres histéricas en el registro de las tareas domésticas. Las más de las veces se trata, por otra parte, de un síntoma de imitación "conyugal". En su disposición a identificarse con el deseo del otro, el histérico con frecuencia se apropia espontáneamente del síntoma de su cónyuge obsesivo.

Este ejemplo confirma, una vez más, la inexistencia de una solución de continuidad directa entre una cartografía de los síntomas y una clasificación diagnóstica.

* * *

Dicha discontinuidad entre la observación del síntoma y la evaluación diagnóstica nos obliga a reenfocar el problema a la luz de los procesos inconscientes que nunca pueden ser objeto de una observación directa.

Esta imposibilidad de observación directa requiere precisamente la participación activa del paciente, la cual es, siempre, en el campo psicoanalítico, una *participación con palabras.* Y aquí nos volvemos a encontrar con el precepto freudiano que figura en el frontispicio del edificio analítico. Si bien este precepto nos recuerda que "el sueño es la vía regia que conduce al inconsciente", en realidad toda su eficacia se apoya únicamente en el hecho de que *se lleva al sujeto a formular un discurso sobre ese sueño.* Estrictamente hablando, entonces, la "vía regia" es el discurso en sí. Las actualizaciones generales del inconsciente no se pueden decodificar con el aparato de la racionalidad explicativa de las deducciones pseudocientíficas, sino exclusivamente en las *asociaciones discursivas.*

Dentro de su perspectiva de "retorno a Freud", Lacan nunca dejó de insistir sobre la índole básica del discurso en psicoanálisis, como lo testimonian por ejemplo las siguientes directivas de pensamiento formuladas en "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud":

> "E incluso, ¿cómo un psicoanalista de hoy no sentiría que ha llegado a eso, a tocar el habla, cuando la experiencia recibe de él su instrumento, su marco, su material y hasta el ruido de fondo de sus incertidumbres?
>
> Nuestro título da a entender que más allá de ese habla, es toda la estructura del lenguaje lo que la experiencia psicoanalítica descubre en el inconsciente."[20]

La misma insistencia de Lacan en destacar la incidencia del habla en la

20. J. Lacan: "L'instance de la lettre dans l'inconscient ou la raison depuis Freud" (1957), en *Ecrits,* Paris, Seuil, 1966, págs. 494-495. Versión castellana: "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud", en *Escritos I,* México, Siglo XXI, 10ª ed., 1938, pág. 180.

experiencia del inconsciente la volvemos a encontrar en otra línea argumental desarrollada en "Situación del psicoanálisis en 1956":

> "Para saber lo que ocurre en el análisis, hay que saber de dónde viene el habla. Para saber lo que es la resistencia, hay que conocer lo que actúa como pantalla al advenimiento del habla (...)
>
> Entonces, ¿por qué eludir las preguntas que el inconsciente provoca?
>
> Si la asociación llamada libre nos da acceso a él, ¿es por una liberación que se compara a la de los automatismos neurológicos?
>
> Si las pulsiones que se descubren en él son del nivel diencefálico o aun del rinocéfalo, ¿cómo concebir que se estructuren en términos de lenguaje?
>
> Pues desde el origen ha sido en el lenguaje donde se han dado a conocer sus efectos —sus astucias, que hemos aprendido desde entonces a reconocer, no denotan menos en su trivialidad como en sus finuras, un procedimiento de lenguaje."[21]

Para llegar en forma más directa a la problemática del síntoma, recordemos también esta breve formulación del *Discurso de Roma:*

> "El síntoma se resuelve en su totalidad en un análisis del lenguaje, porque el mismo está estructurado como un lenguaje, porque es lenguaje del que hay que liberar su habla."[22]

Si el síntoma se sitúa en el nivel del habla y del lenguaje, parece evidente que el *diagnóstico* ya no puede prescindir de él. En consecuencia, lo que vamos a denominar las *referencias diagnósticas estructurales* hay que buscarlas en ese registro del habla. De todos modos, sólo constituirán elementos confiables en la evaluación diagnóstica a condición de separarlos de la identificación de síntomas. La identidad del síntoma se remite, la mayor parte de las veces, a una entidad clínica engañosa, un artefacto producido por los efectos del inconsciente, cuyas astucias y trampas nos señala Lacan, con justa razón, a partir de Freud.

La investigación diagnóstica exige instalarse en un más acá del síntoma, digamos en ese espacio intersubjetivo en el que Freud intentaba establecer la comunicación de inconsciente a inconsciente, mediante su célebre metáfora telefónica:

> "(El analista) debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente, como órgano receptor, comportándose con respecto al analizado como el receptor del teléfono con respecto al emisor. Como el receptor transforma de nuevo en ondas sonoras las oscilaciones eléctricas provocadas por las ondas sonoras emitidas, así también el psiquismo inconsciente

21. J. Lacan; "Situation de la psychanalyse en 1956", en *Ecrits,* Paris, Seuil, 1966, págs. 461 y 466. "Situación del psicoanálisis en 1956", en *Escritos II,* pág. 189.

22. J. Lacan: "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse" (1953), en *Ecrits,* Paris, Seuil, pág. 269. Versión castellana: "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", *Escritos I,* pág. 59 y 55.

del médico está capacitado para reconstruir, gracias a los productos de lo inconciente que le son comunicados, este inconsciente mismo que ha determinado las asociaciones del sujeto."[23]

Las *referencias diagnósticas estructurales* se ponen de manifiesto en el desarrollo del decir, en la forma de atisbos significativos del deseo que se esbozan en la persona que habla. Estas referencias aparecen entonces como los *indicios* que orientan acerca del funcionamiento de la estructura psíquica misma. De algún modo constituyen los indicadores de señalización impuestos por la dinámica del deseo. Como veremos más adelante, la especificidad de la estructura de un sujeto está predeterminada por la economía de su deseo. Y esta economía está regida por orientaciones, por trayectorias estereotipadas, digamos por ciertos principios de circulación, para seguir con las metáforas viales. Si convenimos en llamar *rasgos estructurales* a esas trayectorias estabilizadas, las *referencias diagnósticas estructurales* serían signos codificados mediante esos rasgos de la estructura que dan testimonio de la economía del deseo.

Con el fin de precisar un poco más el carácter operatorio del diagnóstico, resulta entonces conveniente no sólo aclarar muy bien el concepto de estructura, sino también la *distinción que existe entre síntomas y rasgos estructurales.*

23. S. Freud: Ratschläge für den Arztbei der psychoanalytischen Behandlung, (1912), *G. W.*, VIII, 364/374. *S.E.*, XII, 109/120. Trad. A. Berman: "Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique", en *La Technique psychanalytique, op. cit.*, pág. 66. Versión castellana: "Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico", en *Técnica psicoanalítica, Obras Completas* vol. II, pág. 328.

3

Síntomas y rasgos estructurales

Ejemplo de su diferenciación en un caso clínico de histeria

1. Entrevistas preliminares

Para poder utilizar en forma adecuada el diagnóstico en el campo de la clínica psicoanalítica, es necesario que permanentemente se efectúe una discriminación rigurosa entre la *identidad del síntoma* y la *identidad de los rasgos estructurales.* Si no ejerce esta continua vigilancia, el clínico se expone a terribles confusiones de diagnóstico que comprometen gravemente el pronóstico terapéutico.

La exposición del caso clínico que haremos a continuación resulta en este sentido sumamente ilustrativa porque también se produjo en su desarrollo una confusión como la que acabamos de mencionar.[24]

Desde las primeras entrevistas, será puesta en evidencia una estricta línea divisoria entre la especificación de algunos rasgos estructurales y la identidad ostensible del síntoma.

Primera entrevista

La señorita X, una mujer de apenas 30 años, me fue derivada para una consulta por un especialista en medicina interna, luego de haber estado hospitalizada durante un tiempo. Durante la primera entrevista, la información básica que me proporciona en forma abrupta se refiere precisamente a ese período de internación pero sin indicarme las causas que la motivaron. Pero, por más que directamente nada me será dicho, durante esa entrevista todo me será puesto a la vista, a través de una estrategia en la

24. Los elementos anamnésicos presentados aquí fueron aislados de un contexto psicopatológico complejo. La historia de esta mujer —fallecida accidentalmente después— no será reconstruida más allá de algunas menciones necesarias para la exposición de una ilustración "técnica".