

CONSULTA, ADMISIÓN, DERIVACIÓN

ADRIANA RUBISTEIN

(CON LA COLABORACIÓN DE MÓNICA GUREVICZ)

Capítulo 4

La derivación

Vamos a tomar *la derivación* desde las dos puntas que pone en juego: a) cómo llega derivado el paciente; y b) a dónde se lo deriva.

Hay diferentes recorridos de la derivación, pero hay algo conceptual que va a atravesar las dos puntas del asunto, que es la incidencia de la transferencia en la derivación.

4.1 Cómo llegan los pacientes

Comencemos por retomar algunas cosas que ya anticipamos. Los pacientes: a veces llegan directamente a consultorio externo, y se trata de decidir qué destino darle a esa consulta. Otras veces llegan a la guardia y desde allí se decide si derivarlo y a dónde, para que inicie un tratamiento (consultorios externos, internación, hospital de día). La llegada por guardia pone en juego la urgencia subjetiva, y el tratamiento de esa urgencia y del tiempo de la espera. La derivación implica que se instala allí un espacio de espera. Se trata de producir una subjetivación de la urgencia una localización de la demanda. De crear una temporalidad que subjetive esa demanda, que le dé forma y que haga que eso se pueda tramitar por consultorio externo. También se pone en juego en ese momento la evaluación del riesgo, para decidir una posible internación o un tratamiento ambulatorio. Esto no depende exclusivamente de ti o clínico. No es automático, y no podemos decir que si es una psicosis, lo interno, y si es una neurosis, no.

Hay otros modos de llegada que no son por la urgencia, sino que son aquellos pacientes que llegan derivados *por el médico*. Este no es un tema sin importancia, sobre todo en los hospitales generales. Es importante que para el médico se abra un espacio de transferencia con el “psi”, donde el médico encuentra su límite y puede reconocer que algo no responde a la causalidad orgánica. No le pidamos que hable del inconsciente, pero por lo menos que se dé cuenta de que hay algo que es de un orden no biológico. Ahora está muy aceptada esta cuestión, pero fue un paso importante en nuestra historia lograr que los médicos deriven a psicopatología.

Esto es porque hay una transferencia del médico con los profesionales del campo “psi” (porque a veces están indiferenciados los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras). Aquí estamos hablando de lo que sería la presencia del espacio de causalidad psíquica en la cultura. Es una transferencia muy general, pero necesaria, para que los médicos deriven a esos pacientes. Hace muchos años yo hice mi concurrencia en el Hospital Aráoz Alfaro, de Lanús, y cuando Goldenberg creó allí el servicio de psicopatología, costó mucho hacer un trabajo con los médicos, porque la presencia de un servicio de psicopatología en un hospital general fue novedosa en ese momento, aunque hoy es algo ya instalado en el marco de la salud pública.

Claro que muchos de los casos que llegan enviados por los médicos son personas que dicen “vengo porque me mandaron”, y ahí aparece el tema de darle forma a una demanda, que a lo mejor no existe ni siquiera claramente formulada para el paciente, y que tiene que ver bastante con el modo de la derivación. Seguramente no es lo mismo que haya una derivación de un médico, que lo manda al paciente sin palabras, que si hay algún trabajo de formalización de esta demanda como parte de la derivación.

El modo en que llega clarificada la demanda es variable. Siempre es importante ubicar el punto de sufrimiento del paciente, lo que desencadena en un determinado momento la consulta, y desde allí dar forma a la subjetivación de esa demanda y

al punto que podría motorizar el trabajo. Aunque todavía no se da demanda de análisis, en el sentido de que estén dadas todas las condiciones para una entrada en análisis, se trata de situar un espacio de demanda. Hemos visto que demanda, pedido, implica falta, hueco, decir “sólo no puedo”, implica algo que empieza siendo un pedido de ayuda. Pero hay que ubicarlo –y a veces poner en forma cuál es el punto que desencadenó la consulta es un trabajo para hacer–, porque si viene derivado por un médico, eso no viene hecho. Esto no lo hace generalmente el médico, sino que es un trabajo que se inicia en las entrevistas de admisión y que continúa luego. Se trata de darle forma a la demanda. No hay que suponer que el que llega derivado de esa manera tiene idea de lo que es la causalidad psíquica, y muchísimo menos de lo que es una causalidad inconsciente. Como el psicoanálisis está inscripto en nuestra cultura, muchos pacientes abren ese espacio mucho más fácilmente, pero ahí entramos en el terreno del caso por caso, y de cuál es el punto en el cual recibimos la derivación de ese paciente.

Hay otro modo de la derivación, del que ya hablamos, en el cual la persona llega derivada *por un juez*. Se hace allí necesario abrir ese espacio de localización subjetiva y de subjetivación, para decidir si hay algo que sostenga la posibilidad de iniciar un tratamiento o no. Porque, que el juez pida tratamiento obligatorio, no obliga al analista que lo recibe a tomarlo como paciente. A lo mejor la institución en algunos casos obliga, entonces hay que ver cuáles son las disposiciones y las condiciones institucionales. Pero sabemos que en muchos casos vienen para que se les dé la constancia de tratamiento y nada más. Y es importante ver si es posible encontrar algún punto de sufrimiento, alguna demanda del sujeto, más allá del cumplir con la indicación del juez. Lo que quiero decir es que, ya sea que venga derivado del juez o del colegio –que es otro modo de llegada–, es importante saber que el juez no está obligado a convalidar esa demanda tal como ella llega. No hay manera de zafar de lo que implica esa puesta en forma de la demanda, del paso de crear la demanda del sujeto. Se trata de

un niño derivado por el colegio, también será importante encontrar un espacio de consentimiento, algún punto de malestar que justifique para el niño iniciar el trabajo. Es importante ubicar la demanda, y dar lugar a que el chico pueda consentir sin que esto sancione su problema como sólo de él, o dé razón a los maestros o a los padres, evitando cristalizar el síntoma.

Cuando viene mandado por el juez, por el colegio o por indicación médica, no sabemos qué forma tiene la transferencia. Podemos pensar que hay transferencias previas con la institución y queda por hacer que esa transferencia se encarne en alguien que se va a hacer cargo de ese tratamiento. Forma parte del trabajo del analista escuchar si hay algo que al sujeto lo divide. ¿Y cómo saberlo si uno no intenta producirlo? Y esto nos lleva al tema de la transferencia e interpretación, aun en el momento mismo de la admisión, que retomaremos con más detalle en otra clase.

Comentario de la Lic. Mónica Gurevicz: Al respecto de cómo crear el espacio de una demanda subjetiva, me parece que no hay que pensar nada *a priori*, porque muchas veces solamente nos quedamos con esta idea de que es mandado. Pero hay que rescatar que esa persona viene, así que también hay una relación al Otro, y habrá que ver en qué condiciones y cuáles de estas condiciones se ponen en juego. Por otro lado, aunque venga derivado del médico, del juez o de la escuela, también hay que pensar la posición del analista frente a esa demanda. Porque se crea la obligación de responder, nos mandan como una tarea que tenemos que cumplir o incluso se nos pide que seamos educadores. Pero me parece que hay que poder ver qué lugar ocupa ese analista o ese admisor. Porque eso tiene efectos. Este es un ámbito que requiere cierto tiempo para pensar, pensar los efectos en el paciente y en el lugar del analista también.

Es interesante esto, porque efectivamente el “vengo porque me mandan” oculta que el sujeto está ahí, vino y por algo habrá sido. Y eso puede abrir una puerta.

4.2 ¿A dónde se derivan?

A veces llegan a la admisión y es necesario derivarlos a otra institución, a internación, hospital de día, etc. La admisión implica una relación entre la demanda y la oferta del servicio. Pone en juego los recursos de que se dispone para determinado tipo de pacientes. A veces se producen cortocircuitos cuando hay que derivar a otra institución y quizás no hay cama. Son los problemas que surge en los quiebres del sistema de salud. Pero si uno evalúa que hay riesgo, es necesario derivarlo a una internación, aún cuando no se trate de una psicosis, o bien tratar de armar una red de soporte que contenga el riesgo.

También hay que poner en juego la derivación de la admisión a la iniciación de un tratamiento en consultorio externo. Eso es lo habitual, y es fundamental que el que recibe la admisión pueda desde su lugar en la transferencia, dar lugar a la derivación, trabajar sobre ella, localizar la demanda, generar confianza en el que recibirá al sujeto.

4.3 No hay derivación sin transferencia

Ahora bien, no hay derivación sin transferencia. Y es a transferencia entra a funcionar en terrenos múltiples.

A veces, el paciente llega derivado por alguien que inventa el sujeto supuesto saber para el analista, poniendo en juego el manejo de su propia neurosis y de su posición fantasmática. Se trata de evitar que esa transferencia con el derivador afecte interfiera con la posición del analista. A veces, el analista tratante cree que tiene que dar cuenta al que lo derivó de lo que ha sido, lo cual puede obstaculizar su trabajo.

Respecto de la transferencia del paciente con el derivador, se ponen en juego algunas variantes. Cuando uno piensa en pedir una derivación, ¿a quién se dirige? A alguien con quien se tiene alguna transferencia, ya sea para pedir una derivación o aun para ir a un hospital. Quiere decir que hay una transferencia con el que va a cumplir la función de derivador, quizás un acto de amor, de confianza o una atribución de saber. Cuando el que deriva es un maestro, el lugar de SsS puede estar muy jugado en relación a él, y puede haber obstáculos para que el lugar de SsS se constituya con este analista. De la misma manera, el amor por la persona a la cual se le pide derivación puede hacer obstáculo para la cesión del objeto y el desplazamiento de la transferencia, y es todo un tema encontrar la manera de producir ese desplazamiento al que será el analista tratante.]

Y a veces ese lazo se crea con el admisor que recibe la consulta, y el paciente puede rechazar la derivación a otro analista y pedir ser tratado por el admisor que lo recibió. En este punto es importante tener en cuenta que en la admisión se trata de no retener la transferencia, sino de pasarla, lo cual implica un trabajo de derivación durante la entrevista.

Y no nos olvidemos que en el tema de la derivación hay además un problema bien actual, que es el grado de increencia de nuestra época, el grado de desconfianza. Es una época caracterizada por el “no creo en nada ni en nadie”. Entonces ese espacio de “creer en...” es el lugar de transferencia. La caída de los Nombres del Padre en nuestra época, va acompañada de una increencia, y sabemos que sostener una consulta y una dirección al Otro requiere la creencia en el Otro de la transferencia. Ya lo decía Freud en “Psicoanálisis y psiquiatría” (Freud, 1916), cuando decía que no pedía que creyeran lo que dice, sino que pedía que lo siguieran, que se dejaran llevar. Y hay un seminario inédito de Lacan que se llama *Los no incautos no yerran* (Lacan, 1973-1974), donde dice que hay que ser un poco incauto de lo inconsciente, hay que creer un poco. Porque el que cree que puede no ser incauto y estar siempre advertido no confía. Acá todavía estamos en el borde

entre incauto del inconsciente y lo que implica el espacio del Otro creíble, en quien se pueda confiar.

¿Por qué decimos que es indispensable la transferencia para poder iniciar un análisis? Porque tiene que haber un mínimo de lazo de confiabilidad que haga que no esté predominando el fantasma “me van a cagar”, “todos son corruptos”, “lo único que quieren es plata”. Por lo menos hay que hacer que eso vacile un poco por el lazo transferencial, para que el espacio de iniciación de algo (lo que sea) sea posible. Este no es un tema menor.

Y esto entra a formar parte del tema de la derivación, donde aquél que tiene que derivar tiene que saber que hay una transferencia que se juega con él, y hay que encontrar una buena manera de usarla.

Algunos creen que conviene no interpretar en la admisión, para no crear transferencia y facilitar la derivación. Pero la cosa no es tan sencilla, porque a veces hay una oportunidad única para interpretar o ubicar algo, y eso no puede perderse. Nadie asegura que el paciente va a seguir viniendo.

A veces hay una transferencia que es previa, y hay que ver cómo maniobra con ella el que deriva. El admisor que no va a tomar al paciente, pero recibe el pedido, tiene que encontrar la manera de valerse de esa transferencia que se juega con él en ese momento, para crear un espacio de transferencia con el Otro. No se presta a encarnar ese lugar de objeto que recibe por la transferencia y lo pasa. Es casi un pase en algún punto. Este es un buen momento para afianzar lo que dice el psicoanálisis acerca de que la transferencia no es conmigo como persona, es con el objeto. Entonces, el que va a derivar a un paciente es el que decide no ser él, como persona, soporte de ese objeto, sino que ese objeto pase a estar soportado por otro. Eso es un trabajo a hacer en cualquier espacio que tenga como posibilidad la derivación. En este punto, la derivación es con transferencia, pero tiene que ser una transferencia tal que haga jugar esa condición de movilidad, que no se crea que, si no soy yo, no hay transferencia posible. Porque creer que es con uno solamente es un impedimento

el concepto de transferencia. Si bien es verdad que la transferencia se encarna, una cosa es que se encarna y otra cosa es la fijación libidinal que implicaría que no se soporte la pérdida de ese objeto, que no cedería en pasar a otro. Tiene que haber un trabajo de desprendimiento necesario, y digo desprendimiento porque, para que algo de eso tome forma, primero tuvo que haberse abierto un lazo, aunque sea un lazo sin análisis.

Acá hay algunas cuestiones prácticas, que habría que pensar de qué manera manejarlas, en relación a si conviene o no avisar que es una entrevista de admisión, y que no lo va a tomar en tratamiento el admisor, en caso de que se lo vaya a admitir. A veces se avisa previamente, y a veces se define allí. Y eso crea variaciones. A mí me parece que, si decididamente va a tener que pasar a otro analista, eso tiene que quedar claro como condición de trabajo. Y los efectos son siempre incalculables, ya sean los efectos de decirlo o de no decirlo, por eso digo que no hay reglas.

Sigamos con otras cuestiones que se ponen en juego en la derivación. a que distinguir la puesta en forma del Sujeto supuesto Saber de una transferencia todavía imaginaria, tanto con e que va a hacer la derivación como con el que lo va a recibir. No es lo mismo una confianza sostenida en una atribución de un saber, necesaria en la derivación, que la construcción del operador formal del SsS. Pero para poder derivar se pone en juego la creencia, la confianza en el que tomará el lugar de oyente, y eso forma parte del trabajo de la derivación. Crear condiciones de confianza.

4.4 ¿A quién derivarle?

Ustedes sabrán por experiencia que la derivación no pasa sólo por pertenecer a tal escuela o a tal orientación. Hay algo que pasa más por la presencia, y por el modo en que se encarna o se sostiene la presencia del analista, y que tiene que ver con cosas del “estilo” del analista que son muy singulares. Por eso, a veces uno se pregunta a *quién se lo derivo*, quién podría ser un

buen analista para este sujeto. Esto pasa por varios factores: por supuesto, pasa por una transferencia del derivador con aquel al que le va a derivar, pero también pasa por suponer, aunque sea como conjetura, algo del estilo del analista que puede venirle bien a ese paciente. Y eso no es fácil, pero funciona, forma parte de las cosas que se tienen en cuenta. Así como funciona para muchos la pregunta de si se lo deriva a un hombre o a una mujer. Incluso, a veces un sexo u otro, forma parte del pedido del paciente. Esto también tiene matices. Uno podría decir que el analista no tiene sexo, que el objeto a no tiene sexo, y esto implica pasar el objeto al campo del Otro en el orden de lo libidinal, no en el orden hombre-mujer. Y sin embargo es verdad que, aunque se trate de una cuestión fantasmática, porque en torno a esto se pone en juego el fantasma de cada uno, puede ser algo del orden de la táctica tenerlo en cuenta, porque va a crear menos obstáculos iniciales, aunque después eso tenga que caer y ese fantasma sea parte del análisis. Se tratará de tener en cuenta cuáles van a ser las mejores encarnaduras de este objeto como para avanzar con el trabajo, por lo menos inicialmente. Y si se trata de un hospital, puede ocurrir que, si se trata de un hombre, no haya disponibles. Y en esos casos estará el trabajo de hacer funcionar que no se trata de eso.

Fíjense que estamos viendo cuestiones facilitadoras de la transferencia o puntos que pueden funcionar como resistencial. Y el fantasma siempre es un poco resistencial. Sin embargo uno no puede más que recibir a cada uno con el fantasma que tra. Y, en el lugar que uno toma en la transferencia, ver de qué manera el fantasma se pone a trabajar. Pero el fantasma está en juego entrada, en la consulta y en la derivación que se hace.

4.5 ¿A quién sancionamos como paciente?

También la derivación implica preguntarnos a *quién derivamos, a quién sancionamos como paciente*. Es muy frecuente en casos de niños que se consulte por el niño, pero es o sea una demanda de la madre. Siempre es una cuestión crucial a decidir.

Y es del orden de la táctica. Porque no siempre están dadas las condiciones para que la madre o el padre inicien un tratamiento, aún cuando uno piense que es lo que conviene. A veces no hay ningún espacio para eso y hay que evaluar en cada caso hasta dónde forzar el modo en que llega la demanda. Porque si uno piensa que sería bueno que la mamá se trate, y lo juega de entrada sin que las condiciones transferenciales estén dadas, puede ocurrir una interrupción. No hay reglas, pero nos podemos preguntar hasta dónde uno puede ir en contra de lo que resiste, cuál es el mejor modo de entrar a través de eso que resiste sin ir en contra, ya que eso seguramente lleva al fracaso. A veces puede ser importante decir que no, forzar un poco las cosas y decir “no es el niño”, y no tomarlo. Pero no hay un manual donde uno pueda decir que siempre hay que tomar al que consulta o no.

4.6 La oportunidad de la derivación

Esto se liga al cuándo de la derivación, cuál es el momento, la *oportunidad de la derivación*. Muchas veces puedo creer que un tratamiento le vendría bien a alguien, pero si eso no se acompaña de una subjetivación que cree las condiciones para una derivación, es mejor abstenerse, y encontrar la oportunidad. Y a veces la oportunidad hay que crearla por la vía de la interrelación. Llevar al sujeto al punto en donde algo le haga ruido. El momento mejor para una derivación es cuando el sujeto se confronta con algún orden o revisión subjetiva, que cree las ganas o la creencia de que eso le puede hacer bien. A veces la urgencia es un buen momento, porque es cuando alguien no puede más. Y ustedes saben que todos dormimos un poco hasta que algo hace ruido suficiente para que uno se despierte. Y esa es una buena oportunidad. Y ya el momento de una consulta en el hospital es del orden de esta oportunidad. Con respecto al cuándo, si hay alguien que no ha pedido nada, no lo podés derivar en ese momento. A veces, para que esa derivación pueda tener lugar, hace falta un trabajo previo, con ciertas condiciones que la hagan posible.

4.7 La interconsulta

También muchas veces se juega en la derivación la necesidad de una *interconsulta*, generalmente con el psiquiatra, para contar eventualmente con medicación, o bien con un médico o especialista para hacer un diagnóstico diferencial con una sintomatología orgánica. Parecen cosas poco importantes, pero son esenciales. Porque sería muy grave que alguien hiciera una derivación para iniciar un tratamiento cuando hay una duda con un cuadro orgánico. Hay un borde que hace que sea importante que, si hay una duda, se haga el diagnóstico diferencial, porque para que una iniciación de tratamiento sea posible, el síntoma tiene que poder transformarse en un síntoma analítico, y aunque ese sujeto no entre en análisis, por lo menos tiene que haber algo de la causalidad no orgánica. Y sería un poco necio que pensemos que no hay ninguna causalidad orgánica y que todo lo provoca la cabeza.

Hace muchos años, una persona me contó una historia pero al revés, de un médico pediatra al que le llevan un niño de 4 ó 5 años, que estaba desgastado, triste. El médico, que estaba muy interesado en la cuestión psi, escuchó lo que le contó la madre y dijo que lo que tenía ese niño eran celos porque había nacido un hermanito. Pero el nene seguía mal, y a los pocos días lo tuvieron que internar con un coma diabético y casi se muere. Lo que quiero decir es que forma parte de esto que estamos trabajando, no hay que pensar que todo es del orden “psi”, y conviene tener un buen diagnóstico diferencial para descartar o saber si hay un compromiso orgánico.

Por supuesto que con el tema de la medicación hay otras cosas en juego, como cuál es el lugar del objeto mediación en la fantasmática de cada uno, tanto del practicante, como del psiquiatra, como del paciente. Hay un texto que les recomiendo, de Eric Laurent, que se llama “¿Cómo tragarse la píldora?” (Laurent, 2004), que es muy interesante porque es para la cuestión del objeto-droga. Este es un objeto que entra a funcionar en la

fantasmática del sujeto, como imaginario, como simbólico y como real. Entonces, la decisión de una interconsulta con alguien que medique también depende de cómo se lo haga funcionar, porque no es lo mismo suponer que eso va a resolver el tema, y tampoco es lo mismo que el psiquiatra que lo reciba para medicarlo sea alguien atravesado por el análisis, o con una posición neuro-biológica. En este sentido, vemos que no hay que hablar de la psiquiatría en general, sino de cada psiquiatra, su formación y sus atravesamientos.

La admisión es un espacio de decisión y de derivación, lo que implica que, en el caso de necesitar medicación, no se debe obtener el espacio de la subjetivación. Digo esto porque podría ocurrir que hubiera una lesión orgánica o un problema que necesite una intervención médica, pero esto no implica que haya que optar necesariamente entre médico o psicoanalista. Así como también sería una falacia pensar que el tratamiento psicológico –digo psicológico a propósito– podría reducir el problema orgánico, como si hubiera una cuestión lineal de causa-efecto. Uno tiene que saber que hay un espacio de subjetivación del cuerpo, de este cuerpo biológico que a veces se presenta como real y escapa, y que a veces soportar una enfermedad orgánica implica al o que puede dar lugar a un trabajo analítico, sin que eso sustituya el tratamiento propiamente orgánico, que puede ser necesario.

4.8 *Lo que se transmite de la admisión*

Hay otra cosa muy importante al pensar el paso de la admisión a la iniciación de un tratamiento, y es qué se hace con *lo que el paciente dice durante la admisión*. Cómo juega eso en la derivación. Algunos terapeutas prefieren recibir al paciente sin saber lo que dijo en la admisión, y esperar a escuchar lo que aparece en la entrevista. “Si no me lo dijo a mí, es como si no existiera.” En una época, para algunos, pasar información era mal visto. Pero el tema es delicado, porque el paciente consulta en una institución, y puede ocurrir que en la admisión cuente a go

que quede registrado como significativo, pero que curiosamente de eso no hable una vez que fue derivado. Eso puede pasar, y a veces uno se pregunta qué hacer con eso, y es una decisión respecto del modo en que se utiliza lo que se sabe de la admisión, al iniciar el tratamiento. Me parece que o hay necesariamente una prohibición de hacer intervenir eso. Pienso que si se trata de un espacio institucional, y eso está dicho, está escrito y no quedó por fuera, uno puede preguntarle al paciente al respecto. Esto implica no hacerse el tonto respecto de algo que puede tener importancia. Hay que ver de qué manera lograr que lo cuente, cuál es la oportunidad, si vale la pena, etc. Es del orden de la táctica. Pero yo quiero que se entienda que no hay una prohibición de indagar, y no hay que pensar que solamente importa lo que me dijo a mí, especialmente si hay algo que uno considere que puede tener un valor, o incluso un riesgo para el paciente o para otros. A veces hay cosas que sólo se dicen una vez, pero quedan dichas y tienen todo su peso, entonces hay que intentar que eso no quede en el agujero del saco roto del pasaje de un profesional a otro. No vamos a recoger todo lo que quede en el agujero, porque es imposible, pero en cada caso uno tiene que evaluar qué toma de eso y qué no toma.

De la misma manera, como decíamos antes, si vamos a hablar de lo que se transfiere, de lo que pasó en la admisión y qué lugar hay para eso, lo que pasa en la admisión tiene un efecto que queda en el sujeto y eso el sujeto lo lleva con él. Eso quiere decir que hay cosas que se produjeron como preguntas, como movimientos subjetivos en el espacio de admisión, y llegan a la iniciación del tratamiento como algo que el paciente mismo trae, porque queda en cada uno. Por eso insisto con que el tratamiento es del sujeto, por más que haya cambios de un analista a otro, y de la admisión a la derivación, o re-análisis o lo que fuera. Es lo que cada uno puede hacer con eso lo que toma su valor y su efecto subjetivo.

Respecto a lo que no se vuelve a decir, hay que ver si hay algún indicio de eso en lo que el sujeto dice después, que permite retomar por la vía de una interpretación el tema. Tal vez una

omisión, y en determinado momento uno decide hacerlo entrar. Me parece que hay que estar atentos.

Comentario de la Lic. Mónica Gurevicz: Creo que es cierto lo que Adriana planteaba. Es importante para el analista, el que recibe a quien se ha derivado, ver qué efectos tiene lo que se ha trabajado en la admisión, cuando el valor de la admisión no es sólo una cuestión administrativa. Porque también puede ocurrir que el único registro que uno tenga de la admisión sea un diagnóstico del DSM-IV. Me parece que es interesante esta cuestión de pensar qué se hace con lo ocurrió allí. Algunas cosas las va a retomar el propio paciente, pero hay que ver qué queda del lado del analista.

También me parece que no es indiferente quién ha hecho la admisión y qué confiabilidad o qué lazo transferencial hay del que recibe ese caso con el que ha hecho la admisión. Seguramente no es lo mismo el caso del que llega nombrado con el diagnóstico del DSM-IV, pero es distinto si el admisor, desde una escucha psicoanalítica ha pescado algo que puede tener algún valor. Por lo menos, no tiene que haber un prejuicio de que en la admisión no ha pasado nada, porque de lo contrario podría ser una operación forclusiva del que recibe esa información de la admisión. Pero sabemos que lo forcluido retorna desde algún lugar, entonces lo más importante es ver si hay retorno o no, y no como dato aislado sino como recorrido del discurso.

Capítulo 5

El diagnóstico en la admisión

Al abordar este tema, lo que primero que debemos decir es que hay una dificultad para el diagnóstico que hay que aceptarla: no somos magos que hacemos diagnósticos por computadora. Eso ya lo decía Freud en “Sobre la iniciación del tratamiento” (Freud, 1913). En la medida en que se trata de hacer un diagnóstico del sujeto, no se trata de juntar puntitos y que la computadora nos diga si es tal cosa o tal otra. Hay que pescar la lógica subjetiva, y a veces no es tan fácil. Eso requiere un juicio una decisión.

En segundo lugar, me parece que vale la pena distinguir lo que es la tarea del diagnóstico de tipo clínico, de estructura –si es una neurosis, una psicosis, una perversión y qué tipo– de algo que también podría llamarse diagnóstico en un sentido más amplio, pero que no se reduce solamente al tipo clínico. Por ejemplo, cuando uno dice que el paciente está en *acting out* o el paciente viene después de un pasaje al acto, ese es el diagnóstico de un fenómeno clínico que aparece caracterizando la posición del sujeto. El tipo clínico dice de la posición del sujeto, pero él dice algunas cosas que ordenan la posibilidad del diagnóstico según la teoría que se emplee. Por ejemplo, el fantasma no define tipo clínico. Ya sé que hay un fantasma típico de la obsesión de la histeria, pero Lacan no hace diagnóstico por el fantasma, Freud tampoco. Otro ejemplo: en el masoquismo, no es lo mismo el fantasma masoquista en una neurosis que un fantasma masoquista en una estructura perversa. Y ya sabemos que *acting out* y pasaje al acto atraviesan los tipos clínicos.