

ALGUNAS CUESTIONES RELATIVAS AL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

Adriana Rubistein

El tema del diagnóstico ha sido y sigue siendo un tema polémico en psicoanálisis. Para algunos constituye un momento fundamental de la práctica, para otros carece de valor o es cosa de psiquiatras. Quizás las posiciones extremas al respecto han cerrado el espacio para abordar las diversas facetas del problema.

Un poco de historia

Podemos ubicar en nuestra historia diferentes modos de considerar el diagnóstico y su importancia en psicoanálisis. Si bien pueden marcarse algunos hitos, no se trata sólo de momentos cronológicos, sino que expresan posiciones teóricas que pueden ser coexistentes en un corte sincrónico. Señalaré sólo algunas orientaciones.

Luego de un período en que muchos analistas pasaban inmediatamente a sus pacientes al diván dando por supuestas las condiciones para comenzar un análisis, otros analistas de la Asociación Psicoanalítica Argentina (BLEGER, J, 1964; LIBERMAN, D 1972; ROLLA, E, 1972) comenzaron a rescatar la importancia de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación del tratamiento.. Esto tuvo un desarrollo importante y se ligó, en los inicios de la carrera de psicología, con la ubicación del psicólogo como especialista en psicodiagnóstico. En ese momento el diagnóstico era pensado como un proceso a partir del cual era posible orientar el tratamiento y hacer un pronóstico respecto a la evolución del mismo. Se trataba de producir un diagnóstico de personalidad, relativamente objetivo y transmisible. En muchos casos los analistas encargaban tal diagnóstico a un psicólogo antes de comenzar el tratamiento.

La introducción en nuestro medio de algunas lecturas de los textos de Lacan, todavía bastante fragmentarias, dió lugar a una respuesta exagerada en sentido contrario. El diagnóstico comenzó a ser desprestigiado. Se sostenía que el analista no puede hacer diagnóstico porque está en el lugar del que "no sabe". "Si un sujeto está, analista, en el lugar del que no sabe y frente a su paciente no sabe, no puede hacer un diagnóstico" (HARARI, R, 1970) Esta confusión entre el saber referencial y el saber textual del inconsciente, trajo como consecuencia desorientación en la clínica y dificultades para la decisión, en algunos casos, de intervenciones pertinentes, particularmente en casos de psicosis.

Una revisión del problema tuvo lugar dentro del psicoanálisis lacaniano, a partir de una orientación que revalorizó nuevamente el diagnóstico pero ya desde una óptica diferente. Se insistió en la importancia del diagnóstico de estructura y en sus diferencias con el diagnóstico fenomenológico o psiquiátrico.(MILLER, 1981) Se lo consideró decisivo para la dirección de la cura. Tomó su valor particularmente en los casos en los cuales podía confundirse una neurosis con una prepsicosis, y para evitar el riesgo del desencadenamiento si se intervenía a partir de un diagnóstico equivocado. (MAZZUCA, 1988).

Dentro del campo lacaniano aún hoy continúan los debates al respecto. Algunos sostienen que para el Lacan posterior a los setenta, el diagnóstico no resulta tan importante. Para otros, los cambios en la teoría no reducen su valor aunque cambia las coordenadas desde las cuales realizarlo. Se trata entonces de un tema candente.

El término Diagnóstico

Recordemos rápidamente que el Diccionario de la Real Academia Española da dos acepciones de la palabra diagnóstico y diagnosis, una de carácter etimológico y otra proveniente del uso corriente del término.

1.- Etimológicamente deriva del griego y significa distinguir, conocer. En esta acepción se puede identificar el término con el proceso de conocimiento, discernimiento, discriminación, y no termina necesariamente en un rotulamiento.

2.- El uso corriente proviene de la medicina y da cuenta de una etapa del proceso de administración de la cura. Se utiliza para referirse al conocimiento de los signos de las enfermedades, a las conclusiones basadas en el estudio de dichos signos, que sirven para fijar el carácter peculiar de aquéllas y su ubicación en una categoría preestablecida. En esta segunda acepción el término está consustanciado con el modelo médico vigente. El médico realiza un trabajo de clasificación a partir de la lectura de ciertos signos expresados en los síntomas remitiendo finalmente a ciertas categorías nosográficas.

La psiquiatría

A principios de siglo, la psiquiatría intentó poner orden en un campo de fenómenos hasta entonces relativamente caótico. La riqueza del detalle en las descripciones fenoménicas y en las clasificaciones de la psiquiatría clásica no pueden dejar de admirarnos por su precisión. Con esta sistematización creaba los objetos de la práctica psiquiátrica y a su vez creaba un lenguaje, un modo de pensamiento y unas reglas semiológicas que a su vez creaban a los psiquiatras como agentes de aplicación.

En un interesante trabajo, Néstor Braunstein (BRAUNSTEIN, 1980) hace algunos comentarios acerca de la clasificación y de la nosología psiquiátrica. Allí muestra cómo la psiquiatría produce un modo de pensar la enfermedad y un glosario, creando categorías con relación a cuya universalidad es juzgado cada sujeto singular. Así, cada psiquiatra escucha y mira a sus pacientes según la especificación que le es aportada por las definiciones del glosario. La semiología psiquiátrica, en su precisión clasificatoria, busca los signos objetivos de los trastornos de las funciones psíquicas pero desatiende los procesos de su determinación subjetiva.

La obtención de un diagnóstico que nombre adecuadamente la enfermedad tiene un efecto tranquilizador especialmente para el médico, en tanto cree reducir su no saber. Pero si el diagnóstico sólo subsume al sujeto en una categoría, se pierde la singularidad psíquica y el paciente queda oculto tras la mirada

objetivadora que lo nomina, desconociendo las particularidades de su subjetividad. Este ha sido uno de los riesgos a los que quedó expuesto el diagnóstico psiquiátrico, a pesar de su valor.

Sin embargo el cuestionamiento que puede hacerse al diagnóstico en su dimensión objetivante no debe hacernos concluir que hay que eliminarlo, sino que hace necesario redefinir en base a qué criterios se hace y en qué lugar de la teoría y de la práctica se ubica.

El diagnóstico como saber

Ahora bien. No se puede hablar de diagnóstico si no es en el marco de una teoría en la que éste se inscribe. Diría más: hablar de diagnóstico es hacer teoría, es construir un saber.

No se trata de una cuestión meramente especulativa ya que esta teoría tiene consecuencias al nivel de nuestra práctica, al mismo tiempo que surge de ella. Cada teoría recorta el campo particular de los fenómenos clínicos de una manera diferente. De este modo lo que para un psiquiatra puede ser una esquizofrenia, para un psicoanalista podría considerarse, en algunos casos, como una locura histérica. Lo que en una teoría se define como una estructura borderline, para otra puede ser una estructura narcisista y para otra una neurosis grave. Podríamos enumerar muchas de estas controversias que no derivan de posiciones personales como el "a mí me parece que", sino de distintas referencias teóricas en base a las cuales cada uno ordena los fenómenos que se presentan en la experiencia.

El diagnóstico en psicoanálisis

Pero el diagnóstico en psicoanálisis no es sólo un nombre ni se limita a poner la etiqueta a un tipo clínico. Es diagnóstico del sujeto, producido en transferencia, da cuenta de la posición del sujeto en la estructura.. Se aleja así de toda perspectiva que pudiera reducir el sujeto a un objeto de estudio, o a un ejemplo de una clase.

Veamos como procede Freud. Él no desestima la clasificación. Retomando incluso los tipos clínicos de la psiquiatría, nos propone una categorización nosográfica, pero la reordena, la reedita y se interroga sobre las condiciones y mecanismos de su producción. La clasificación adquiere así una nueva determinación. Así, por ejemplo, cuando distingue neurosis actuales de neurosis de defensa, la clasificación se produce a partir de tener en cuenta un mecanismo diferenciado de producción de la neurosis. Un elemento común, la sexualidad, pero una condición etiológica diferente, le permiten distinguirlas. Las neurosis de defensa se caracterizan por la presencia del conflicto entre el deseo y la defensa y por un modo de solución al mismo. Y esta distinción clasificatoria tiene a su vez consecuencias prácticas. Las neurosis de defensa serán abordables por el tratamiento psicoanalítico. También las llama neurosis de transferencia, para diferenciarlas de las neurosis narcisistas en tanto la dirección al Otro es diferente y por ende las posibilidades del tratamiento. Así el diagnóstico psicoanalítico tiene en cuenta la transferencia y sus condiciones, incluyendo en la categoría diagnóstica lo que en la experiencia psicoanalítica se produce y

verifica. La posibilidad del neurótico de transferir hace posible iniciar una cura analítica. Vemos entonces que en Freud la precisión diagnóstica va más allá de un simple sistema clasificatorio descriptivo.

También Lacan hace un recorrido semejante. Discípulo de Clerembault se interroga sobre la psicosis paranoica, se detiene con muchas precisiones en la caracterización de la estructura psicótica y su peculiar modo de relación al significante, y sus desarrollos conceptuales permiten situar las diferentes estructuras clínicas como posiciones con las cuales el sujeto responde de diversos modos al encuentro con lo real, posiciones localizables en la transferencia.

En ambos reconocemos la fecundidad de un pensamiento que construye un saber a partir de discernir y reconocer diferencias y recurrencias producidas en las condiciones de la experiencia analítica. El diagnóstico permite distinguir formas de funcionamiento y organización subjetiva y en esta perspectiva se acerca al sentido etimológico del término.

La búsqueda de recurrencias y el establecimiento de diferencias forma parte del intento del pensamiento por construir un saber que nos permite ordenar y penetrar en la complejidad de lo real. Freud va a encontrar que en la variabilidad de lo fenoménico hay un orden, una legalidad. A esto apunta la idea de estructura. Hay reglas recurrentes, un ordenamiento que organiza el campo de lo que aparece. La estructura permite ordenar la manifestación de acuerdo a reglas de determinación. Freud encuentra mecanismos comunes a distintas expresiones sintomáticas que le permiten delimitar la estructura neurótica con organizadores teóricos como por ejemplo Edipo y Castración, conflicto y defensa. En la diversidad fenoménica encuentra la repetición y un orden que la organiza. Pero al mismo tiempo indaga en las diferencias y en la especificidad de cada estructura.

Generalmente no encontramos estas formas clínicas plasmados en formas empíricas puras. Tampoco ellas dan cuenta de todo. No dicen nada acerca de los significantes particulares que se inscriben en la historia de cada sujeto, de sus marcas ni de sus fantasmas. La singularidad del caso es siempre más rica y más compleja que la estructura que la ordena.

Diagnóstico y práctica analítica

Quiero detenerme entonces en las relaciones entre el diagnóstico y la práctica analítica, y particularmente en el modo en que dicho saber opera en el analista cuando éste toma su lugar en el dispositivo.

Puede afirmarse que la producción teórica y la práctica analítica constituyen dos momentos diferenciados del quehacer analítico, aunque sin duda interdependientes. La práctica analítica sostiene su especificidad en el cumplimiento de la regla fundamental por parte del paciente y en el mantenimiento de la “atención flotante” por parte del analista. Y esto introduce un punto de tensión insoslayable. Mientras el analista está en su posición en el dispositivo, no puede estar pensando en el diagnóstico. Anteponer el “saber referencial” al “saber textual” no permite estar atento a la singularidad de las asociaciones del paciente, perturba la atención flotante requerida por Freud. Sería ingenuo sin embargo pensar que podemos prescindir de la teoría al escuchar o al intervenir. Los conceptos orientan la práctica y una adecuada conjetura diagnóstica resulta de importancia para dirigir adecuadamente una cura. Pero es necesario que no

funcione para el analista como un “saber predigerido”, que el saber del analista no haga obstáculo a la producción significativa del analizante y a la posibilidad del analista de escuchar lo que allí se dice. En esa perspectiva podemos entender la afirmación de Lacan en “Variantes de la Cura Tipo”: “Lo que el analista debe saber: ignorar lo que sabe”.(LACAN, 1955,336)

Si el analista identifica rápidamente al paciente con lo que ya sabe, corre el riesgo de comprender demasiado rápido, de escuchar lo que ya cree saber, de cerrar la posibilidad de escuchar algo nuevo. El analista sabe de la histeria, de la neurosis obsesiva, etc., como saber producido a partir de la experiencia, y esto lo orienta sin duda en sus intervenciones, sabe también de las leyes del inconsciente, pero no sabe de la singularidad de esa histérica o de ese neurótico obsesivo, ni del camino asociativo que sigue su deseo. Por eso Freud y Lacan insistieron siempre en abordar cada caso como un caso nuevo. Por eso, nos dice Lacan, el analista “nada sabe del saber supuesto” recordándonos “...la insistencia de Freud en recomendarnos abordar cada caso nuevo como si no hubiésemos adquirido nada en sus primeros desciframientos.” (LACAN, 1967, 14), y vuelve a decir en 1975 “...lo que responde a la misma estructura no tiene forzosamente el mismo sentido. Por eso mismo no hay análisis sino de lo particular...” (LACAN, 1975, 13) y agrega “Los sujetos de un tipo no tienen pues utilidad para los demás del mismo tipo.” (LACAN, 1975, 13)

Tomado como saber anticipado, como lugar de certeza, el diagnóstico puede obturar la escucha analítica. Pero desconocerlo puede llevar al analista a perder su orientación en la cura. Punto de tensión irreductible intrínseco a las condiciones mismas del análisis.

Quizá la dificultad está en aceptar que se trata de momentos diferentes aunque articulados. En reconocer que “...es indispensable que el analista sea al menos dos, el analista para tener efectos y el analista que, a esos efectos, los teoriza” (LACAN, 1974)

Ya en “Consejos al Médico” Freud se detiene en el mismo problema. Luego de haber insistido durante años en la coincidencia entre investigación y tratamiento y de haber fundado en eso uno de los “títulos de gloria” del psicoanálisis, Freud se ve llevado a afirmar que sin embargo: "La técnica que sirve al segundo se contrapone hasta cierto punto a la de la primera. Mientras el tratamiento del caso no esté cerrado, no es bueno elaborarlo científicamente: componer su edificio, pretender colegir su marcha, establecer de tiempo en tiempo supuestos sobre su estado presente, como lo exigiría el interés científico. El éxito corre peligro en los casos que uno de antemano destina al empleo científico y trata según las necesidades de éste. Por el contrario se asegura mejor cuando uno procede como al azar, se deja sorprender por sus virajes, abordándolos cada vez con ingenuidad y sin premisa. Para el analista, la conducta correcta consistirá en pasar de una actitud psíquica a la otra al compás de sus necesidades, en no especular ni cavilar mientras analiza y en someter el material adquirido al trabajo sintético de pensar sólo después de concluido el análisis".

(FREUD, 1912, 114)

Claro que es imposible posponer hasta el final la construcción de saber sobre un caso. Pero es necesario que la misma no obture el trabajo analítico. Y Freud de esto sabía. Sabía de cómo su insistencia en escuchar el Edipo positivo le había impedido por ejemplo, oír en Dora la importancia de su relación con la Sra. K y tener esto en cuenta en la transferencia.

Dificultades diagnósticas

Por último quiero referirme a las dificultades diagnósticas. Si bien Freud habla de la necesidad de un diagnóstico diferencial entre neurosis, psicosis y perversión nos habla también de las dificultades e incertidumbres que este diagnóstico tiene. En "La iniciación del tratamiento" Freud plantea la necesidad de un tratamiento de ensayo para tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el análisis. Para él "este ensayo previo ya es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas". (FREUD, 1913, 126) Pero este período que nosotros conocemos como entrevistas preliminares, tiene para Freud en buena medida, una motivación diagnóstica. Preocupado por preservar el prestigio del psicoanálisis, prefería no iniciar un tratamiento donde no podía prometer resultados, evitando así también, costos innecesarios al paciente. En ese mismo texto nos dice: "Pongo en tela de juicio que resulte siempre muy fácil trazar el distingo (entre neurosis y psicosis). Sé que hay psiquiatras que rara vez vacilan en el diagnóstico diferencial pero me he convencido de que se equivocan con la misma frecuencia". (FREUD, 1913, 126) Y agrega: "En un tratamiento de prueba de algunas semanas percibirá a menudo signos sospechosos que podrán determinarlo a no continuar con el intento. 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, 126/27)

No se trata de hacer una clasificación de superficie, sino de penetrar en la trama de relaciones, en la posición del sujeto en la estructura, y esto no siempre puede establecerse de entrada. Podría decirse que el diagnóstico es una conjetura que se construye a partir de lo que se escucha y que debe ser verificada también en lo que se escucha. Esto requiere que el analista pueda soportar sus errores y que esté dispuesto a redefinir la conjetura si aparece algo nuevo, o si escucha algo que hasta ese momento había sido pasado por alto. En muchos casos el diagnóstico lleva tiempo y se hace necesario mantener la espera acompañándola de prudencia en las intervenciones. Prudencia que no es sin embargo parálisis.

Digamos por último que el legado del espíritu freudiano enseña a reconocer los límites de la teoría, a renunciar a un saber anticipado y de certeza, pero al mismo tiempo estimula permanentemente a avanzar en el conocimiento y a intentar responder a los enigmas que la práctica genera.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- BRAUNSTEIN, N(1980): *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México, Ed.Siglo XXI.1980.
- 2- BLEGER,J (1964): *La entrevista psicológica*. Bs.As, Nueva Visión, 1985.

- 3- FREUD, S (1912) "Consejos al médico", en *Obras Completas* Bs. As., Amorrortu Editores, 1991, Tomo XII, 107-120
- 4- FREUD, S (1913) "La iniciación del tratamiento" en *Obras Completas* Bs. As., Amorrortu Editores, 1991, Tomo XII, 121-144
- 5- HARARI, R (1790) "Implicaciones Técnicas"
- 6- LACAN, J (1955) "Variantes de la cura tipo", en *Escritos I*, México, Siglo XXI, 1988, 311- 348
- 7- LACAN, J (1967): "Proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la escuela", en *Momentos Cruciales de la Experiencia Analítica*, Bs. As, Manantial, 1991, 7-23
- 8- LACAN, J (1974): *El seminario R.S.I.*, inédito, clase del 10/12/74
- 9- LACAN, J (1975) "Introducción a la Edición Alemana de los Escritos", en *Uno por uno* (Revista *Mundail de psicoanálisis*), 1995, N° 42, 9-15
- 10- LIBERMAN, D (1972): "Evaluación de las entrevistas diagnósticas previas a la iniciación de los tratamientos analíticos. Criterios diagnósticos y esquemas referenciales". En *Revista de Psicoanálisis*, 1972, vol 29, pag 461-509.
- 11- ROLLA, E (1972) "La entrevista clínica" en *Revista de Psicoanálisis*, 1972, vol 3
- 12- MAZZUCA, R Y OTROS (1988) "Algunas cuestiones sobre la prepsicosis". En *Clínica diferencial de las psicosis*, Manantial, Bs. As., 1988.
- 13- MILLER, J.A. (1981) ""Conferencia de Bruselas: Problemas Clínicos para el psicoanálisis" en *Recorrido de Lacan*, Manantial, Bs. As, 1984

RESUMEN

El tema del diagnóstico ha sido y sigue siendo un tema polémico en psicoanálisis. Para algunos constituye un momento fundamental de la práctica, para otros carece de valor o es cosa de psiquiatras. Quizás las posiciones extremas al respecto han cerrado el espacio para abordar las diversas facetas del problema.

El presente trabajo se ocupa del lugar del diagnóstico en psicoanálisis y sostiene la importancia de reconocer que el diagnóstico, en tanto momento de elaboración de saber, se distingue del momento en que el analista interviene en el dispositivo, aunque ambos son parte del quehacer analítico, necesarios e interdependientes entre sí.

Palabras clave: diagnóstico - psicoanálisis - práctica psicoanalítica - Teoría y práctica

ABSTRACT

In psychoanalysis, the role of diagnosis had been and still is a matter of a strong debate. For some currents of opinion the diagnosis is a phase of paramount importance in this practise. For others it is just a matter of psychiatrist. These extreme position had probably obscured the way to see the different aspects of the problem.

The present work deals with the place of diagnosis in psychoanalysis pointing out the importance to recognise the difference between diagnosis as a moment in the producing of knowledge, and as a moment in the psychoanalytic practice. This distinction however, does not affect the notion that both stages are part of the psychoanalytic work, being interdependent among themselves.

Key Words: diagnosis - psychoanalysis - psychoanalytic practice - theory and practice

Résumé

Le sujet du diagnostic a été et continue a être un thème polémique dans la psychanalyse. Pour quelqu'uns cela constitue un moment fondamental de la pratique, pour d'autres il manque de valeur ou c'est un affaire des psychiatres. Peut être les positions si extrêmes à ce sujet ont serré l'espace pour aborder les facettes diverses du problème.

Ce travail s'occupe de la place du diagnostic dans la psychanalyse et il soutient l'importance de reconnaître que le diagnostic, pris comme un moment d'élaboration de savoir, diffère du moment où l'analyste intervient dans le dispositif, bien que les deux font parti du travail psychanalytique, nécessaires et interdépendants entre soi.

Mots clefs: diagnostic - psychanalyse - pratique psychanalytique - Théorie et pratique