

Las dificultades propias del proceso diagnóstico en psicoanálisis: una discusión clínica.

Rodríguez, Claudia, Salinas, Laura y Thompson, Santiago.

Cita:

Rodríguez, Claudia, Salinas, Laura y Thompson, Santiago (2005). *Las dificultades propias del proceso diagnóstico en psicoanálisis: una discusión clínica*. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-051/384>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewYf/cOv>

LAS DIFICULTADES PROPIAS DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS: UNA DISCUSIÓN CLÍNICA

Rodríguez, Claudia; Salinas, Laura; Thompson, Santiago
UBACyT - Universidad de Buenos Aires

Resumen

En nuestro trabajo de investigación intentamos describir la factibilidad y las características del proceso diagnóstico en psicoanálisis en la población correspondiente al Servicio de Clínica Psicológica de Adultos de la U.B.A. Nuestro objeto de estudio no se limita a las vicisitudes de los pacientes sino que abarca la práctica analítica en sí, a partir del testimonio que el analista nos ofrece de ésta. En este marco, exponemos un testimonio clínico en base al cual intentamos exhibir las dificultades de este proceso. El trabajo intenta articular tales dificultades, por un lado, con las divergencias que se presentan a la hora de precisar un diagnóstico. Por otro lado se delimitan los impasses propios de las condiciones específicas de la producción de un diagnóstico en psicoanálisis.

Palabras Clave

Psicoanálisis, Diagnóstico, DSM-IV, Caso clínico

Abstract

PSYCHOANALYSIS DIAGNOSTIC DSM-IV CLINIC_CASE
Our research intends to describe the feasibility and characteristics of the psychoanalytical diagnostic, on patients who belong to the population that attends the Service of Psychological Clinic of Adults of the U.B.A. Our object of study it's not only the population's circumstances but also the psychoanalytic practice itself, approaching the reports that the analyst offers to us. This work exposes a clinical report on the basis of which we try to exhibit the difficulties of this process. The work is focused, on one hand, on the difficulties of the diagnostic process on psychoanalysis that are created by the divergences that appear at the moment of release a diagnostic. On the other hand, it intends to delimit the impasses due to the specific conditions of diagnostic's production on psychoanalysis.

Key words

Psychoanalysis, Diagnostic, DSM-IV, Clinic_case

Introducción

¿Cuál es el interés que cobra el diagnóstico para la práctica analítica?. ¿A partir de qué indicios y con qué criterio se diagnostica en psicoanálisis?. Éstos son algunos de los interrogantes que a partir de nuestra práctica en el Servicio de Clínica Psicológica de Adultos de la U.B.A., han generado una puesta al trabajo.

Sabemos que el diagnóstico en psicoanálisis se aparta del estándar clasificatorio propuesto por el DSM IV, que remite el síntoma a ser un elemento de una clase. Por el contrario, se orienta por las coordenadas lógicas que permiten pensar la clínica privilegiando el lugar de la verdad singular del sujeto. En tanto se instaura la transferencia, esclarecer la estructura clínica en juego es necesario a fin de que el analista tome su lugar en ella, posibilitando el despliegue de los significantes en que quedaron fijadas las demandas del sujeto.

Pareciera entonces que hay acuerdo entre los analistas en cuánto a la función que cumple el diagnóstico: es una construcción que permite orientar la cura y se basa en la perspectiva del

sujeto. En cuanto tal, esta construcción esta abierta siempre a revisión.[1]

El psicoanalista se sostiene de su soledad para producir el acto que decide la dirección de la cura, y es en ese sentido -ahí está su ética- que debe situar un diagnóstico. Pero se sostiene además en la transferencia con sus pares y con los textos que guían su formación. Así entonces, la clínica termina de articularse en función de su relato, de su discusión y es en ese ámbito en el que se hace evidente la dificultad para discernir los elementos sobre los cuáles se concluye el diagnóstico.

Perspectiva metodológica

Nuestra metodología de trabajo consiste en relevar los datos pertinentes a nuestra investigación a través de instrumentos aplicados no sólo a la población que se atiende, sino también al conjunto de profesionales que los recibe. Lo diferencial de nuestro recorte es que el objeto de estudio es la práctica analítica, y no sólo las vicisitudes de la población atendida. Esto es coherente con nuestra concepción del diagnóstico en psicoanálisis: no se plantea como clasificación a partir de un saber exterior, sino que incluye necesariamente al analista. Ofrecemos en esta oportunidad, una pieza de nuestro trabajo de investigación, en la cual exponemos el testimonio escrito que el analista nos ofrece de su práctica, las hipótesis diagnósticas que en nuestros encuentros clínicos se derivaron de éste, así como los impasses a los que nos vimos confrontados.

Testimonio Clínico

"En ocasión de una pasantía en un servicio de asistencia a adictos, M comienza a sentirse mal, algo que luego no puede precisar. Mantiene una conversación con una psicóloga, cuyo consejo la lleva a consultarnos. En la primera entrevista manifiesta sentirse angustiada, con sentimientos de impotencia. Situará el centro de sus preocupaciones: la elección de sus parejas, que denomina "catastróficas", y el consumo de sustancias por parte de su hijo. Dichas relaciones se caracterizan por ser de pegoteo con el otro y por la presencia de episodios de violencia física y verbal. De su hijo dice: "Me cuesta cortar el cordón umbilical, no sé como se hace, me siento responsable de lo que le pasa, de no haberle dado una familia"; de su pareja actual: "no sé por qué estoy con él, no estoy del todo bien pero no puedo cortar esa relación". Rápidamente ofrecerá algunos datos que, supone, tienen que ver con su padecimiento. De niña, a sus doce años, es partícipe de una escena en la que, sentada sobre las rodillas de su padre, éste le toca los pechos. Refiere haber experimentado una excitación y a la vez la convicción de que eso estaba mal, por lo cual huye. La acompañan sensaciones de asco y vergüenza como si ella hubiera hecho algo malo: "Yo era la preferida de mi padre, lo amaba, pero luego vino el desencanto", agrega.

Muchos años después, durante una pelea con su madre, en la que ésta la culpa por los problemas de su hijo, M. le reprocha su descuido y le cuenta lo acontecido con su padre. A los dos días, comienza con pesadillas, alucinaciones visuales y una parálisis en sus piernas. Consulta entonces a una psicóloga. Al relatar ante esta la escena de discusión con su madre manifestando que se sentía pisoteada por ella, la intervención no se hace esperar: "ella la pisotea y Ud. no puede caminar",

sanción cuyo efecto es el levantamiento inmediato de los síntomas. Se asombra de que “la mente pueda producir todo esto”. Otro dato que, supone, puede ayudar a entender algunas cosas es que hasta hace muy poco estuvo en pareja con un primo hermano materno. Refiere: “Ha sido una relación incestuosa; nunca me cuestioné el parentesco hasta ahora”. En su familia, acota, siempre se hizo de cuenta que todo estaba bien. Al conocer a su pareja actual, precipitadamente, se ve llevada a contarle “absolutamente toda” su historia: “necesité sincerarme... pensé: me juego, hago borrón y cuenta nueva, que me conozca como soy, con mis virtudes y miserias”, dice. Recibe de este otro una reconvencción: “es algo indebido”. Luego se lamenta de dicho sinceramiento: “hablo a destiempo, me tragué las palabras”.

Trae sueños recurrentes, que repite a lo largo de las entrevistas con algunas modificaciones: su lengua es grande, sobredimensionada, ocupa toda la cavidad bucal, tiene luego la sensación de que se desprende. Quiere hablar y no puede. Siempre se trata de un exceso que ocupa su cavidad bucal y que luego se desprende o escupe sangre. Los asocia con sus dificultades para hablar: “en su momento no hablé o no pude; ahora siento que a veces hablo demás”. Relata otros sueños en los que aparece su actual pareja: “él quiere cortar conmigo, yo supongo que hay otra, y me confiesa un encuentro con A”. A es la mujer por la que su esposo la dejó. “En otro sueño, lo pesco a él con mi prima. Yo escuchaba detrás de la puerta, era una situación de franeleo, no me sorprendí del todo”. Subrayo: con una prima. “Sí, justamente la hermana de C.”, su primo hermano, persona con la cual convivió. Prosigue diciendo: “en la relación con un hombre, cuándo entra en juego el sexo, aparece en mí la desconfianza, es una cosa loca, como si yo la generara. Si yo tuviera dinero pensaría en posibles usos o abusos, pero como no tengo...”. Intervengo: “hay usos y abusos que no se relacionan con el dinero”. Continúa: “pareciera que no puedo buscar algo agradable en un hombre”.

Invitada a dar cuenta de las alucinaciones, voces y murmullos padecidas tiempo atrás, sólo puede decir algo con respecto a la alucinación visual: “era siempre igual, yo estaba en una habitación, hay un hombre alto, canoso, con bigote, de mirada mansa; en el piso, un reloj viejo y desarmado. El hombre dice: esto se puede recomponer”.

A medida que se trabaja sobre escenas de su infancia, se pregunta asombrada: “¿cómo puede ser que no recordaba que tenía 7 años y dormía con mis padres?”. Aquí recuerdo lo que no recordaba”. Interrogada por esto detalla que dormía entre ambos. El trabajo tiene también como efecto una agudización de sus manifestaciones sintomáticas, a las que denomina “crisis”. Las mismas consisten en palpitaciones, sudoración, taquicardia, falta de aire, sensación de pérdida del equilibrio así como reducción del campo visual y auditivo. Teme enloquecer, desaparecer, dejar de ser persona, perderse... Inexplicablemente para ella encuentra el alivio con el acto de defecar. Le es muy difícil precisar el comienzo de estos síntomas: refiere que estuvieron desde el comienzo de su cuadro anterior y que, desde hace un tiempo, han empezado a manifestarse más puntualmente. Estas “crisis” se harán más repetitivas y le será dificultoso enlazarlas a una cadena asociativa. Con lo único que puede relacionarlas es con su hijo ya que no acepta ayuda para su adicción, la reclama todo el tiempo y se reiteran discusiones y escenas violentas entre ambos: “no sé como va a terminar... D. es impredecible”. Subrayo que con estos mismos términos se había referido a su padecer corporal.

El recrudecimiento sintomático suele producirse a la salida de las entrevistas, y al llegar a la facultad, donde prepara su tesis. Sobre la elección de su carrera (Servicio Social) dice: “me interesa la gente, estar en el campo, no perder el contacto con los que más necesitan. Primero había pensado en estudiar Locución, pero pensé que no entraría. Tenía la fantasía de hacer un programa de radio: poder hacer un trabajo social desde allí”, y relaciona esto con sus condiciones muy pobres de vida y el

ámbito en el que se crió. No faltarán su fastidio y las largas quejas para con los médicos que consulta por controles de rutina: “no me explican, retacean la información, cuando es el derecho de uno. Yo sé defenderme, pero pienso en la gente que no puede hacer valer sus derechos”.

Al tiempo, sobreviene un gran enojo con el médico psiquiatra, ya que éste le concede una entrevista a su pareja, minutos antes de su espacio: “el Dr. me decepcionó; no fui consultada, no me respetó”. Una vez más, M. no puede hablar de aquello que la incomodó, en este caso, con su médico. “Es que cuando hablé, me enfermé”. ¿Le parece?, pregunto. “En realidad hablé a destiempo”, responde.

Luego de dos ausencias, la llamo por teléfono; acude a la entrevista manifestando que debe contarme algo: “debo sincerarme con Ud. Consulté en otro lugar, por el tema de la medicación. Pero allí realizan tratamiento combinado y tuve una entrevista con una psicóloga”. Propone entonces la posibilidad de tener dos tratamientos. ¿Por qué dos, pregunto?. “¿Por qué estaría mal dos?”, replica. La invito a trabajar esto en el próximo encuentro. La paciente no regresa.”

Hipótesis Diagnósticas

El caso, como tantos otros en nuestra práctica, se ofrece a la especulación diagnóstica. Se podría pensar en una neurosis en tanto el trabajo asociativo parece establecer un enlace entre hechos de carácter traumático acaecidos en la infancia y el padecimiento actual. Lo hace específicamente en torno a las parejas con las que la paciente se relaciona y a la modalidad vincular con su hijo, lo cual implicaría un comienzo de adjudicación de una causa a su sufrimiento. Agreguemos que entrega a quien la escucha, de entrada, hechos que tienen que ver con escenas de carácter sexual que considera podrían contribuir en dicha causa. Aquí nos preguntamos ¿Se debe esta confesión a la genuina revelación de una pieza fundamental de la trama neurótica o meramente a una identificación imaginaria al discurso “psi”? ¿Qué estatuto darle entonces?. Por otra parte, el olvido de ciertas escenas y el efecto sorpresa que causa en el sujeto el haberlas recordado, nos coloca nuevamente en el terreno de una neurosis.

La característica de algunos sueños y lo peculiar de los relatos proferidos, vívidos en escenas de fragmentación, nos lleva aquí a otra objeción ¿podemos entender a la enunciación de sueños como un fenómeno distintivo de la neurosis?, ¿o el material aportado por éstos, nos daría cuenta de un fenómeno elemental revelador de una estructura psicótica?.

En cuanto a las manifestaciones sintomáticas que la paciente presenta, y que se intensificaron durante el tratamiento, no se ha podido establecer un trabajo de asociación sobre ello. Las “crisis” que se agudizan al salir de las entrevistas y el regreso de episodios tanto asmáticos como de hipertensión arterial durante el tratamiento, podrían ser pensadas como un recrudecimiento pulsional durante una cura en transferencia. Pero también podrían ser inscriptas en la línea de una respuesta psicosomática del organismo. O bien encuadrarse en una neurosis actual. Los interrogantes que comenzaban a abrirse sobre la feminidad, la otra mujer en situaciones de infidelidad, su relación al padre; los sentimientos de asco, vergüenza y culpa posteriores a una escena de carácter sexual, así como antecedentes de una clara conversión somática, sin perder de vista, que no ocurrió en la actualidad sino en un anterior tratamiento, estarían acercándonos a una histeria.

Es de destacar en tal sentido las razones con las que la paciente fundamenta la elección de la carrera y que se enmarcan en la “situación marginal” que desde niña vivió. Estaría aquí en la línea de lo que Colette Soler subraya como “una vocación de defensa de las víctimas en el sujeto histórico.” (SOLER, 2004). En esta misma línea se inscribe su actitud ante los médicos que consulta.

En la vía de un posible diagnóstico de histeria, la respuesta a la intervención de una analista anterior es un elemento ineludible.

Padeciendo una paralización de las piernas (¿astasia abasia?) la interpretación produce una rápida remisión sintomática. Cura histérica tan clásica que llama la atención en nuestros tiempos. Las huellas de la figura paterna son un indicio que puede llevarnos a sopesar la presencia de una estructura psicótica. Esta figura parece inscribirse solo en su dimensión real-imaginaria, en cuanto presentificación del goce perverso del padre. Sin embargo, habría otro fenómeno que parece bordear el lugar que podría ocupar el padre simbólico en esta estructura: la repetición que lleva al sujeto a encontrarse desconfiando del partenaire una vez atravesado el contacto sexual, introduce la pregunta por el papel que podría desempeñar ese encuentro con el padre como significante que le permite abordar lo real. La angustia, por otra parte, se presenta a nivel del ser: temor a enloquecer, a desaparecer, dejar de ser persona. Nada, podríamos pensar, del orden de los temores neuróticos que Freud remitió al temor a la castración. Pero el factor que sin duda abona con más fuerza esta hipótesis diagnóstica es la mención a la escena alucinada.

Es en el fenómeno transferencial donde encontramos otra dificultad para dilucidar la estructura. El desencanto con el médico psiquiatra parece repetir algo de su decepción ante el padre. Reacciona con la huida, al igual que en la escena del trauma ante el manoseo. En la confesión que hace de un segundo tratamiento parecería reiterarse la misma modalidad de relación al otro, en un "entre dos": entre el hijo y la pareja, en la cama entre la madre y el padre. La paciente expresa - "dos terapeutas... por qué estaría mal dos?". ¿En qué ordenamiento estructural podríamos ubicar esta respuesta del sujeto en la transferencia? ¿Se trata realmente de un volver a producirse entre dos? ¿o de la imposibilidad de fijar la transferencia con un analista, dando lugar a una polifonía transferencial más propia de la psicosis?.

Conclusiones

La dificultad de arribar a un diagnóstico en este caso estuvo condicionada por la ausencia de un desarrollo pleno de la transferencia, obstáculo probablemente insalvable para asegurar una conclusión diagnóstica. La serie de manifestaciones sintomáticas no llegó a decantarse por esta vía en un síntoma privilegiado que revele la estructura en juego. Ahora bien, destaquemos lo siguiente: el déficit no se nos presenta al nivel de los fenómenos descriptos, no se trata de una insuficiencia de observables clínicos. Se trata más bien de la imposibilidad de ubicar cómo estos elementos se estructuran, lo que nos impide, justamente, dar cuenta de una estructura clínica. Y esto es así porque el diagnóstico psicoanalítico se diferencia del que es plausible obtener por medio del manual DSM IV, no sólo por su discrepancia a nivel de la nosografía que sostiene, sino por su método, que se aleja de la observación objetiva (u objetivante) para privilegiar una escucha sostenida en la transferencia, fenómeno que, como bien dice Lacan, "incluye juntos al sujeto y al psicoanalista" (LACAN, 1964, 239).

[1] La demostración *princeps* de esta afirmación es la cantidad de innumerable de hipótesis diagnósticas a que ha dado lugar el caso de Sigmund Freud conocido como el "Hombre de los Lobos".

TEXTOS CITADOS Y BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Escars, C. (2002), Los nombres de los lobos, Buenos Aires, Imago Mundi, 2002
2. Lacan, J. (1956) El Seminario. Libro 3: Las psicosis. Buenos Aires, Paidós, 1984.
3. Lacan, J. (1964) El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis, Buenos Aires, Paidós, 1987.
4. Lacan, J. (1977) "Apertura de la sección clínica", en *Ornicar?* 3, Buenos Aires, Petrel.
5. Miller, J. A. y otros. (1999) Los inclasificables de la clínica psicoanalítica, Buenos Aires, Paidós, 1999
6. Soler, C. (2004) "La Histeria, Aún" Conferencia dictada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires el 12 de Julio de 2004. Manuscrito No Publicado.