

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Psicoanálisis y DSM IV. Incidencias en la subjetividad.

Harraca, María Florencia.

Cita:

Harraca, María Florencia (2013). *Psicoanálisis y DSM IV. Incidencias en la subjetividad. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/726>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edbf/BnS>

PSICOANÁLISIS Y DSM IV. INCIDENCIAS EN LA SUBJETIVIDAD

Harraca, María Florencia

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Argentina

Resumen

Existe actualmente una preocupante tendencia al uso de psicofármacos que se emparenta con el uso del DSM IV. Desde el psicoanálisis, intentaremos aportar -entre otros objetivos propuestos- un análisis crítico y reflexivo acerca de las relaciones entre psicoanálisis y DSM IV. Se abre así un debate a realizarse en cada ámbito de intercambio, con los colegas psi y de otras disciplinas, en nuestras universidades y hospitales, sobre todo porque su pertinencia traspasa las fronteras de esos ámbitos, infiltrándose así en el tejido social. El uso del DSM IV ha ido ganando cada vez más lugar en los diferentes ámbitos de trabajo, conllevando el peligro de generar una clínica masificadora del sujeto. Los portavoces de la ciencia posmoderna y del DSM IV, suponen que para cada desilusión hay un psicofármaco. El sujeto pasa así a ser un cuerpo en busca de pharmakos. La metodología contempla el análisis crítico y teórico de textos de la obra de Lacan y otros autores, y asimismo aborda la temática desde la metodología cualitativa. Esta última resuelve el problema del método, considerando el sujeto al analizar su singularidad en la producción de conocimiento.

Palabras clave

DSM IV, Diagnóstico, Psicoanálisis, Subjetividad

Abstract

PSYCHOANALYSIS AND DSM IV. INCIDENCIES ON SUBJECTIVITY

Lately there exists an upsetting tendency towards psychotropic drugs use, which is associated to the DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Considered from the perspective of psychoanalysis, we will try to bring a critical and reflexive analysis of the connection between psychoanalysis and DSM-IV. In this way we open a debate to be carried in every setting where this interchange takes place: among our colleagues and specialists from other disciplines, in our universities and hospitals; mainly because its scope trespasses the frontiers of these environments, and infiltrates into the social fabric. The use of DSM-IV has been gaining a more important place in the different working environments, and carries within the danger of generating an expanding clinical view of the subject. The spokespeople of the postmodern science and DSM-IV assume that for each episode of disillusionment there is a psychotropic. The subject becomes then a body in the search for pharmaceutical products. The methodology includes the critical and theoretical analysis of the work of Lacan and other authors; and also approachs the topic from qualitative methodology. This latter solves the problem of the method, since it considers the subject by analyzing its uniqueness in the production of knowledge.

Key words

DSM IV, Diagnosis, Psychoanalysis, Subjectivity

El presente trabajo tiene por objeto recorrer la temática a partir de interrogantes y cuestionamientos que nos permitan un análisis crítico y reflexivo acerca de las relaciones entre psicoanálisis y DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002). Esta cuestión instala necesariamente una discusión a realizarse en cada ámbito de intercambio, con los colegas psi y de otras disciplinas, en nuestras universidades y hospitales, sobre todo porque su pertinencia traspasa las fronteras de esos ámbitos, infiltrándose así en el tejido social.

El control del uso del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) escapa de las manos de la Asociación Americana de Psiquiatría, pero su éxito extramuros cada vez más y conquista otros territorios: escuelas, gabinetes psicopedagógicos, juzgados, hospitales se apoderan del instrumento que les permitirá a los legos, sin ser psiquiatras, saber a "ciencia cierta" el nombre técnico de los "trastornados" que abundan en sus respectivos dominios - (Fendrik, 2011).

Los psicoanalistas en ocasiones permanecemos callados sobre esta cuestión y creemos es nuestro compromiso ético decir algo al respecto. En ese silencio, que es el privilegio de las verdades no discutidas, los psicoanalistas encuentran el refugio que los hace impermeables. (Lacan, 1953/2012). Apostando a la palabra y planteando una contracorriente a la comodidad intelectual que implica descansar en los dormidos aposentos de las certidumbres, sostengamos que el psicoanálisis tiene algo para decir sobre las tematizaciones del malestar en la cultura hoy, y sobre la cuestión del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) en particular.

La Psiquiatría, el Conductismo o lo que hoy podemos llamar las Terapias Cognitivo Comportamentales, con el fin de aglomerar casi absolutamente el campo de la salud mental han construido una poderosísima arma: el Manual Diagnóstico y Clasificadorio de las enfermedades mentales.

El Manual de Psiquiatría en sus últimas versiones es un tratado conductista gracias al cual casi cualquier conducta "desviada" de una normalidad intangible, establecida en clave de "lo que se espera" tiene la posibilidad de ser definida- y medicada- como una alteración del "orden"- (Fendrik, 2011).

Algunas preguntas que nos surgen al respecto: ¿Qué efectos tiene en un sujeto que padece de un malestar, el quedar coagulado en un nombre que no es el suyo, pero que en muchos casos termina etiquetándolo bajo ciertas cartas de presentación como "soy obsesivo compulsivo", "soy depresiva"? ¿Con qué fin se usa el DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002).

Ante estas preguntas, lo primero que se despliega es que el DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) se utiliza con el objeto de dar una respuesta cerrada, que por supuesto no da lugar a la pregunta que es motor del análisis, la pregunta por el deseo, la pregunta por la verdad histórica del sujeto. Esa respuesta que busca dar el manual, tal vez intenta dar un nombre a los distintos tipos sufrimiento humano, que en realidad son enigmas de la existencia, vividos a nivel singular. Y ello no puede excluir al deseo.

Bipolar, Ataque de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) todos significantes que coagulan a un sujeto. El "tú eres eso", opera bajo

efectos de coagulación, un sujeto bajo una etiqueta del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) queda tomado en una identificación paterna que lo está devorando, gozando. Los significantes ya no remiten a otros significantes, sino que hay un predominio de la holofrase.

Entonces, nuestra apuesta, desde el psicoanálisis es al nombre propio del sujeto, a aquel que pueda hacer de sostén, intentando liberar este congelamiento, pues el hacerse de un nombre, va de la mano de hacerse un lugar.

Estamos ante una cuestión fundamental en la dirección de una cura, que es la cuestión del diagnóstico. Pero es evidente que el diagnóstico no significa lo mismo según se lo trabaje en relación al DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) o según se lo realice desde una escucha psicoanalítica. El diagnóstico en psicoanálisis se realiza en relación a la posición subjetiva del analizante, a su historia, y a los significantes que lo determinan.

En psicoanálisis trabajamos a partir de un diagnóstico estructural, ofreciendo nuestra escucha a partir de una regla fundamental: la regla de abstinencia, la que no implica un resguardo en la pasividad, sino todo lo contrario, pues la escucha que ofrecemos como analistas es una escucha activa y es en esa oferta de escucha donde los efectos de discurso estarán listos a producirse.

La clínica del trastorno, busca en cambio, eliminar al síntoma sin escuchar al inconsciente, mientras que el diagnóstico en psicoanálisis nunca es la adscripción de los malestares del paciente a un código ya dado de antemano, predeterminado; no busca un denominador común, que cobije al sujeto bajo un significante.

El DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), manual recopilatorio de signos, síntomas y trastornos, busca aportar un poco de luz para muchos profesionales que llevan su *biblia* a todos lados, ignorando lo que ya la Psiquiatría Clásica sabía y por supuesto también el Psicoanálisis, a saber: que la pregunta por el diagnóstico debe incluir estructuralmente al sujeto y a la historia que lo determina.

Desafortunadamente, el grado de infiltración que la ideología dominante ha logrado en el campo de la salud en general, ha tornado a muchos Psicólogos y Psiquiatras en soldados al servicio de los intereses económicos de los sectores que se benefician día a día de la gestación de este manual, generando muchas veces una actitud complaciente y obediente ante los planteamientos simplistas y reduccionistas que dominan nuestro tiempo.

La versión DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), en lugar de ordenar siguiendo los fines de un tratado, desordena, desorienta y oscurece el camino de la psiquiatría actual, que se nos presenta cada vez más extraviada frente a esta colección de trastornos. Siguiendo un horizonte clasificatorio, las estructuras subjetivas quedan reducidas a trastornos, signos y síntomas, susceptibles de ser tratados con psicofármacos y por qué no, con alguna técnica conductista.

Es por ello que en este escrito proponemos una lectura crítica, con el fin de reflexionar a cerca de nuestra práctica clínica, a cerca de los tiempos que corren, y qué ocurre con el psicoanálisis en este contexto.

Consideramos que los rasgos de la época actual dejan improntas en los avatares de la subjetividad y en la configuración de los lazos sociales. Nos preguntamos ¿Qué ocurre con los tiempos, los lazos, con el deseo, en una época que invita más que a la reflexión a la impulsión? ¿Qué pasa con cierto imperativo de inmediatez que atraviesa a diferentes discursos?

Ante estas preguntas creemos que el lugar del analista es continuar con su apuesta a la construcción de un espacio abierto a la singularidad y a la verdad de cada caso, que posibilite la subjetivación, a partir de un tiempo no inmediato, no cronológico sino un “tiempo lógico” propio del sujeto del inconsciente; al contrario del discurso

de la ciencia y la religión que sostienen una verdad para todos e imponen formas homogéneas de subjetivación.

Para poner a trabajar otros interrogantes, transmitiremos a continuación un recorte de nuestra experiencia de trabajo en el ámbito hospitalario. Estando allí como concurrente del “servicio” de Psicología, los niños que llegaban a consulta, eran derivados por pediatras, neurólogos, dermatólogos. Las especialidades médicas van al ritmo de los tiempos que corren. Se nos ha derivado niños en donde se solicitaba la aplicación de una batería de test, elaborar informes con los resultados y rápidamente transmitirlo al profesional médico, junto con el diagnóstico correspondiente al DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002). Ante estas demandas, es necesario un posicionamiento ético que resguarde al sujeto y a su tiempo subjetivo, teniendo en cuenta, que uno de los efectos del discurso de la ciencia puede ser la forclusión del sujeto.

El avance de la ciencia y su proliferación de diferentes objetos en el mercado, promueve la ilusión de completud, e intenta taponar la falta, atentando de este modo contra el deseo. Estos objetos denominados “gadgets”, representan la homogenización de los modos de gozar. Bajo esta línea se sostiene lo que Lacan nombró como el discurso capitalista. Se trata entonces de la promoción de goce, con ausencia de una ley que haga límite.

Los portavoces de la ciencia posmoderna y del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), tienen la ilusión de que para cada deseo hay un objeto y para cada desilusión un psicofármaco. Es que la ciencia actualmente ofrece un plus de gozar desregulado (Barbato, 2010). Es en virtud del dominio de este falso discurso que estamos asistiendo a una caída del Nombre del Padre y en ausencia de esta ley pareciera haber cierta masificación y generalización del goce que le dificulta al sujeto responsabilizarse subjetivamente.

Nuestro pasaje por el hospital, nos lleva a argumentar que a partir de las demandas de los médicos, el niño queda estandarizado según los resultados de un test o del diagnóstico realizado según el DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002). De esta manera, se borran sus fantasías, qué siente, cómo piensa, cómo vive, su historia cuando él no estaba aún. Si el niño queda reducido a una entidad psicofísica y enmarcado en un tiempo cronológico, según la inmediatez que exige el discurso médico, lo que queda excluido es el tiempo subjetivo del niño.

La práctica analítica respecto a la medicina ocupa un lugar marginal, extra-territorial (Lacan 1966/1985). Esto se observa en los peregrinajes del niño por los consultorios médicos, hasta llegar a la consulta con el psicoanalista. Desde el discurso médico la realidad material cobra relevancia, ya que se basa en una lectura del síntoma a partir de la observación empírica de los mismos. Es el ojo el que constata y mira. La aparición de la clínica se caracteriza por ciertas reorganizaciones: de los elementos del cuerpo, de los elementos del fenómeno patológico, de las enfermedades. Este discurso corta y articula lo que ve y lo que dice (Foucault 1963/1996). Ante la pregunta del médico “¿dónde le duele?” observamos que se regocajan en la superficialidad del síntoma sin cuestionar la demanda del sujeto. Por el contrario la propuesta de Lacan, en el texto citado, es interrogar a ésta última ya que supone que existe un desencuentro entre demanda y deseo. Notamos que desde estos discursos se busca un niño que responda a las demandas: de la docente, del médico, siendo objeto de manipulación y evaluación según lo que se imponga en su quehacer.

Algunas resonancias de lo trabajado

En este apartado retomamos diferentes preguntas para poner a trabajar un debate que ya está inscripto en el cruce del psicoanálisis

con el avance de las neurociencias, pero que vale la pena recordar, sobre todo, porque es un tema que nos preocupa y nos concierne a los psicoanalistas.

Una de estas cuestiones es la pregunta por los imprevisibles y devastadores efectos para la subjetividad a partir de los nuevos modos de manipulación de los cuerpos, todos ellos acordes al discurso de la posmodernidad. El uso del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) no escapa a esta regla, por el contrario, ha ido ganando cada vez más lugar en los diferentes ámbitos: educativos, de la salud en general, judiciales, etc. ¿Qué consecuencias tiene esto?

El DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) como el inventario del Neoliberalismo conlleva el peligro de generar una clínica masificadora que, siguiendo el imperativo de inmediatez de nuestro tiempo, no solo no se detiene en el deseo del sujeto sino que lo forcluye. Decíamos más arriba que los portavoces de la ciencia posmoderna y del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), tienen la ilusión de que para cada deseo hay un objeto y para cada desilusión un psicofármaco. El sujeto pasa así a ser un cuerpo en busca de pharmakos.

Pero frente a los avances del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), ¿qué responsabilidad tenemos los psicoanalistas? Estamos diciendo que para esta ciencia posmoderna, se trata de un “para todos” y esto es lo que precisamente arrasa con la singularidad del sujeto, y por lo tanto lo forcluye. Mientras que desde el Psicoanálisis planteamos un sujeto del lenguaje, que no tiene una programación natural, como si ocurre con los animales.

Por lo tanto, no hay un final garantizado, siempre el mismo para todos, y no puede haber un manual hecho de nomenclaturas, que nombre el malestar del sujeto, idénticamente en todos los casos que encajan en esa categoría. Desde el Psicoanálisis no hay un “saber para todos”, pues en la clínica psicoanalítica trabajamos el caso por caso. Solemos decir que el saber en un análisis debe ocupar el lugar de la verdad, no de lo verdadero sino de la verdad singular de cada sujeto. Verdad entonces relacionada con las vicisitudes de cada cual en las que descubrió esa falta en el Otro, - lo que llamamos castración- y la respuesta singular que dio para velarla. Este encuentro es traumático por naturaleza porque es algo que nos separa del Otro irremediablemente. Encuentro entonces con la falta, condición del desear, motor del aparato psíquico freudiano. Quienes trabajan con su biblia DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002), no lo hacen desde una clínica del sujeto, sino que trabajan con una serie de síntomas descriptos previamente, y más aún, por fuera de la transferencia. Pareciera que se tratará de un conjunto de síntomas, abordados sin una teoría de la transferencia y por supuesto sin tiempo de instalación y recorrido transferencial.

Cómo se abordan la Transferencia y el Inconsciente determinan una posición ética en la *dirección de la cura*. Lacan (1985) nos dice que: *El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura, el que le deleitan en primer lugar y que vuelve a encontrar en todas partes en su formación hasta el punto de que se impregna en él, es que no debe dirigir al paciente* (p. 566).

Esta frase de Lacan que inaugura una doble responsabilidad: del lado del analista, una responsabilidad y un posicionamiento ético-epistemológico desde el cual se pueda lograr que el paciente llegue a su palabra; del lado del analizante, la responsabilidad subjetiva que, en transferencia, la dimensión de la palabra abre.

Creemos que el único modo de instalar el Sujeto Supuesto Saber es a partir de poder instalar un enigma. Sin una pregunta no se entra en un análisis. En psicoanálisis, nos ocupamos del sujeto y apostamos a la evanescente aparición del sujeto dividido. El espíritu del DSM IV (López-Ibor y Valdés, 2002) propone la búsqueda de lo compacto, de lo consistente, de la claridad, del borramiento del

enigma y del azar, en suma: la erradicación del sujeto.

Como Freud y Lacan, estamos inmersos en el campo de una práctica que apunta al meollo de lo real, por lo tanto, nuestra práctica hace diferencias con otras prácticas que apuntan a la coherencia y a liberar prontamente al sujeto de sus conflictos, ya que nos preocupamos por lo que no anda, no para corregirlo, como impone la posición del amo: que las cosas anden bien, sino precisamente para que *eso* que un sujeto atraviesa, pueda empezar a hablar y para que diga esa verdad que la inhibición, el síntoma y la angustia denuncian.

Lacan a lo largo de su obra nos advierte de esto, ofreciéndonos una dimensión ética de la clínica psicoanalítica que vendría a reivindicar el legado freudiano. Como plantea Elisabeth Roudinesco (2007): *Jacques Lacan trató de introducir la peste, la subversión y el desorden en el corazón de ese freudismo atemperado del que era contemporáneo: un freudismo que después de haber sobrevivido al fascismo, había sabido adaptarse a la democracia hasta el punto de no reconocer ya la violencia de sus orígenes (...) un hombre quiso ser el fundador de un sistema de pensamiento cuya particularidad consistió en considerar que el mundo moderno de después de Auschwitz, había reprimido, recubierto y quebrantado la esencia de la revolución freudiana* (p. 11-12).

Para terminar, quisiera compartir un fragmento de una entrevista que le hacen a Lacan (1974), realizada por Emilio Granzotto, acordada en 1974 a la revista italiana *Panorama* y ha sido publicada, en francés, por la revista francesa *Magazine Littéraire*, en febrero de 2004 (Colovini, 2013). Este fragmento es pertinente por su relación a la apuesta por la singularidad y por el trabajo del caso por caso que sostendemos desde nuestra práctica clínica:

El descubrimiento del psicoanálisis es el hombre como animal hablante (...) Deshagámonos del hombre promedio, que no existe. No es más que una ficción estadística (...) Cuando escucho hablar del hombre de la calle, de encuestas, de fenómenos de masa y de este género de cosas, pienso en todos los pacientes que vi pasar por el diván durante cuarenta años. Ninguno se parece en ninguna medida a otro, ninguno tiene las mismas fobias, las mismas angustias, la misma manera de contar, el mismo miedo de no entender.

BIBLIOGRAFIA

- Barbato, C. (2010) Psicoanálisis en nuestra época. Rosario: UNR Editora.
- Colovini, M. (2013, mayo 15) Entrevista a Jacques Lacan. En: Clínica y Actualidad Blog post. Recuperado de <http://clinicayactualidad.blogspot.com.ar/2013/05/entrevista-jacques-lacan-1974.html>
- Fendrik, S. (2011) El libro negro de la psicopatología contemporánea. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1996) El nacimiento de la clínica. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Kuri, C. y Ritvo, J. (1980) Significante y Sujeto en Lacan. Rosario: Amalevi.
- Lacan, J. (1985 A) La dirección de la cura y los principios de su poder. En Escritos II. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1985 B) Psicoanálisis y medicina. En Intervenciones y textos. Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (2005 A) Seminario La ética del Psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2005 B) Seminario Aún, Paidós. Buenos Aires.
- Lacan, J. (2005 C) Seminario 7 La ética del Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1953/2012) Variantes de la cura tipo. En: Escritos 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

López-Ibor, J. y Valdés, M. (2002) DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Editorial Masson.

Roudinesco, E (2007) Lacan: Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.