

- Ros, M. (2001). Psicología social de los valores: una perspectiva histórica. En M. Ros & V. Gouveia (Coords.), *Psicología social de los valores humanos: Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados* (pp. 27- 51). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Schwartz, S.H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50(4), 19-45.
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehman, A., Burgess, S., Harris, M. & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross- Cultural Psychology*, 32(5), 519-542.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Zubieta, E.M., Delfino, G.I. & Fernández, O.D. (2007). Dominancia social, valores y posicionamiento ideológico en jóvenes universitarios. *Psicodebate*, 8, 151-169.
- Zubieta, E.M., Filippi, G. & Báez, X. (2007). Valores y creencias asociadas al trabajo en estudiantes universitarios de Argentina y Chile. *Summa Psicológica*, 4(2), 81-98.
- Zubieta, E.M., Mele, S. & Casullo, M.M. (2006). Estructura de valores y religiosidad en población adulta urbana argentina. *Psicodiagnosticar*, 16, 53-60.

ACERCA DEL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS

Mercedes Kopelovich
Facultad de Psicología, UNLP

RESUMEN

El presente trabajo aborda un tema que ha sido y continúa siendo controvertido en el campo psicoanalítico: el diagnóstico. Problemática trabajada, analizada y discutida por muchos, que sin embargo conlleva cierta actualidad que parecería serle inherente. Uno de los objetivos del trabajo es entonces indagar acerca de la actualidad de esta discusión.

Para esto, es necesario partir de la diferenciación entre el diagnóstico psicoanalítico y el diagnóstico psiquiátrico. Al respecto, se toman como base los desarrollos de Colette Soler (2003-2004), quien articula el establecimiento del diagnóstico con el tipo de síntomas considerados por la perspectiva psicoanalítica y la perspectiva médica. Se introducen además las estructuras clínicas delimitadas por Jaques Lacan a partir de la relectura de los desarrollos freudianos: neurosis, psicosis y perversión; y se definen brevemente las dos primeras. Según este autor, tales estructuras se establecerán a partir del mecanismo psíquico en juego. Afirma a su vez, que el mecanismo sea la represión o la forclusión, tendrá consecuencias a nivel del leguaje y de los fenómenos de retorno.

En relación al diagnóstico, se toma la discusión acerca del uso que se hace de éste dentro del psicoanálisis mismo en tanto, según Adriana Rubinstein (1999) para algunos constituye un momento fundamental de la práctica, mientras que para otros carece de valor.

Durante el recorrido del trabajo, se introduce y problematiza además la cuestión de la supervisión en psicoanálisis, su relación con el establecimiento de un diagnóstico, así como los posibles usos que pueden hacerse de la lectura propuesta por el supervisor. Se subraya la necesidad de escuchar los dichos del paciente, intentando soportar la tensión entre no dejar de lado los aportes del supervisor ni investir sus palabras de un valor de significativo amo. El lugar otorgado a la supervisión es entonces el de un espacio donde se elabora un saber sobre el caso que, no debería obturar la escucha de lo nuevo.

Además del rastreo bibliográfico, y de manera paralela al mismo, se analiza en profundidad una viñeta clínica, y se interroga el diagnóstico en juego. Luego del recorrido, se establece el diagnóstico de psicosis, a partir de criterios situados a la luz de la definición de esta estructura referida previamente. Se destacan como determinantes a la hora de establecer un diagnóstico, los efectos de las intervenciones de la analista; intervenciones que no son sino en transferencia.

Se introduce, además, la pregunta acerca de por qué sería necesario determinar un diagnóstico. A respecto, se sitúa que en la viñeta analizada, lo que se evidencia como necesario es construir una orientación en la cura. La formalización del relato permitiría trazar una dirección posible.

Es entonces de acuerdo a la posición del paciente en transferencia y de su respuesta a las intervenciones del analista, que se puede establecer un diagnóstico que permita proyectar un cálculo que a la vez deje lugar a lo incalculable.

Se destaca que es la clínica la que genera las preguntas y la misma clínica la que da elementos para construir respuestas, aunque nunca acabadas. En este sentido, se propone considerar la relación teoría-práctica como dialéctica.

Luego del recorrido realizado, se define al diagnóstico, como una conjetura que se construye a partir de lo que se escucha y que debe ser verificada también en lo que se escucha, vez a vez. Finalmente, este "vez a vez", tan propio del psicoanálisis, arrima a una respuesta posible acerca de actualidad de la problemática.

Introducción

Este escrito aborda un tema que ha sido y continúa siendo controvertido en el campo psicoanalítico: el diagnóstico. Problemática trabajada, analizada y discutida por muchos, que sin embargo conlleva siempre cierta actualidad que parecería serle inherente. Se tratará de preguntarse entonces acerca del por qué de esta actualidad.

Durante el recorrido del trabajo, se introducirá además el tema de la supervisión en psicoanálisis, su relación con el establecimiento de un diagnóstico, así como los posibles usos que pueden hacerse de la lectura propuesta por el supervisor.

Para esto, se analizará en profundidad una viñeta clínica, interrogando el diagnóstico en juego, y problematizando la necesidad de determinarlo.

PALABRAS CLAVE: psicoanálisis-diagnóstico-supervisión-clínica

Especificidad del diagnóstico en psicoanálisis

No se puede hablar de diagnóstico sino en el marco de la teoría que se inscribe. Hacer diagnóstico es hacer teoría, construir un saber. Rubinstein, Adriana (1999: 3).

Para la perspectiva psicoanalítica, a diferencia de la perspectiva psiquiátrica, cuando se habla de diagnóstico, el sujeto es una referencia ineludible.

Colette Soler (2003-2004) articula el establecimiento del diagnóstico con el tipo de síntomas considerados por cada perspectiva. Plantea entonces que la sintomatología de la mirada, establecida por el médico, conduce a un "hétero-diagnóstico" en tanto proviene del Otro y donde la palabra solo sirve como vehículo de signos. Por el contrario, en psicoanálisis, es un síntoma aquello que el sujeto considera como tal, por lo que se trataría de una clínica autodiagnosticada por el sujeto donde la palabra es constituyente del dispositivo. Pero, ¿qué lugar le queda aquí al juicio del analista? Es Miller (1997: 66-67) quien señala que "a nivel de la objetividad, el sujeto no existe, y es responsabilidad del analista producir, crear, otro nivel propio al sujeto". Afirma además, que el diagnóstico no puede ser separado de la "localización subjetiva", es decir, de la posición que toma el sujeto respecto de lo que dice. Esta enunciación es lo que deberá poder situar el analista, para establecer un diagnóstico, cada vez.

Lacan, relejendo los desarrollos freudianos, delimita tres estructuras clínicas: neurosis, psicosis y perversión. A los fines de este trabajo, se definirán brevemente las dos primeras estructuras mencionadas.

Según Lacan, (1956: 118) las estructuras se delimitarán en función del mecanismo

psíquico en juego. Así, señala que "...hay una etapa, lo demuestra la psicosis, donde puede suceder que parte de la simbolización, no se lleve a cabo. Esta etapa primera precede a toda dialéctica neurótica, fundada en que la neurosis es una palabra que se articula, en tanto lo reprimido y el retorno de lo reprimido son una sola y única cosa. Puede entonces suceder que algo primordial en lo tocante al sujeto, no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado", es decir, forcluido.

Que el mecanismo en juego sea la represión o la forclusión, tendrá consecuencias a nivel del leguaje y de los fenómenos de retorno. Lacan plantea que, en la psicosis, la significación de las palabras que llama "neologismos" -así como el "núcleo delirante" y la interpretación elemental"- tiene como propiedad el remitir esencialmente a la significación en cuanto tal, permaneciendo irreductible. El autor llama a esto "inercia dialéctica", que contrasta con el "discurrir dialéctico" propio del lenguaje en la neurosis, donde la significación remite a otra cosa. Esta "otra cosa" es, en última instancia, la neurosis infantil que se reactualizaba en el dispositivo freudiano creado para las psiconeurosis. A su vez, en la neurosis, la significación fálica posibilita las significaciones compartidas con los otros.

En cuanto a los fenómenos clínicos, Lacan sitúa al fenómeno elemental como retorno en lo real cuyo paradigma es la alucinación verbal, como determinante en el establecimiento del diagnóstico de psicosis, en tanto manifestación clínica de la forclusión del Nombre del Padre. De esta manera, los fenómenos elementales revelan la particular perturbación entre el sujeto y la palabra en la estructura psicótica. En la neurosis, en cambio, los síntomas se presentan como retorno de lo reprimido, formación de compromiso entre la moción reprimida y la defensa.

Ahora bien, un punto espinoso en discusión, es además el uso que se hace del diagnóstico dentro del psicoanálisis mismo. Según Rubinstein (1999:1) "Para algunos constituye un momento fundamental de la práctica, para otros carece de valor o es cosa de psiquiatras". Carecería de valor quizás cuando se utiliza como una etiqueta que obtura la escucha de lo que no entra en la categorización, ¿cuándo se vuelve entonces fundamental? Posiblemente cuando permite dar cuenta de la clínica, pensar una dirección de la cura posible, interrogar la orientación de las intervenciones, armar espacios de discusión.

Si determinar un diagnóstico es construir un saber, ¿de dónde proviene este saber? Depende de la relación que se sostenga entre la teoría y la práctica. Si se vuelve a Freud, resulta evidente que él tomó desde el principio, a la clínica como brújula para sus desarrollos teóricos, reformulándolos cada vez que se mostraban infructuosos para explicar lo que se le presentaba en el consultorio.

Ahora bien, ¿por qué es necesario seguir preguntándose acerca del diagnóstico en psicoanálisis cuando -como se señaló al principio del trabajo- éste ha sido un tema extensamente discutido y trabajado por muchos? Suponiendo la relación teoría-práctica antes mencionada, es el encuentro con la clínica lo que impone la necesidad de hacerlo, en tanto los conceptos no son formulados de una vez y para siempre. Al mismo tiempo, justifica tal problematización el hecho de que -como plantea la cita de Rubinstein supra- aún se encuentra en discusión el uso que se hace del diagnóstico en psicoanálisis.

Clínica y supervisión.

Noelia de 24 años es internada en el servicio de Obstetricia de un Hospital general, donde se decide finalizar el embarazo -y realizar un raspado- por ausencia de latidos fetales en la semana 16 del mismo. Ella solicita a los médicos la interconsulta con Psicología, la que deriva en tratamiento por Consultorios Externos. Comienza además tratamiento psiquiátrico, dado que se estaba automedicando para dormir y porque durante la internación, estando casi dormida, creyó escuchar la voz de su pareja diciéndole "¿dónde está el bebé?".

Ya en la primera entrevista plantea algo que va a repetir, prácticamente en todos los encuentros siguientes: "yo a mi hijo no lo aborté, yo a mi hijo lo busqué y lo perdí". Se

indaga sobre esto, y dice "la gente es muy chusma y pueden pensar que lo provoqué. Es por el tema del raspado; muchas mujeres lo hacen cuando abortan..." Señala que la gente la mira y le pregunta cómo está "de una manera rara", que la enoja. Cuando se le pregunta cómo es esta manera, señala, "Y...te preguntan qué te pasó, por qué estuviste internada, como si hubiese venido a hacerme un aborto o un raspado". Se insiste entonces: "¿de qué manera te lo dicen como para que entiendas esto?", "En realidad, solamente me dicen qué te pasó... en realidad, eso está en mi cabeza. (...) porque fue horrible que los médicos me dijeran que vine a hacerme un raspado, o que se dijeran entre ellos 'ella está por un raspado' y no aclararan que yo a mi bebé lo había perdido. También describe detalladamente -y sin afecto en principio- la siguiente situación: "En el parto los médicos hablaban, decían que se estaba desarmando todo. Lo sacaron parte por parte, lo vi, estaba formadito, no era una bola de sangre, pero le faltaba la cabecita".

En esta entrevista dice que no tenía ganas de ir a los cumpleaños ni a reuniones, y que no quería salir de su casa; ¿desde cuándo le ocurría esto? "desde ayer, cuando me dieron el alta".

Hasta acá, llamaba la atención: lo dirigido que le resultaban las miradas de los otros, lo autorreferencial de los comentarios de los demás, el relato de la situación de parto prácticamente sin velo y cierta temporalidad extraña en su relato.

Pero, a medida que se fueron desarrollando las entrevistas, aquel "en mi cabeza" que ella situaba al hablar de cómo interpretaba los comentarios de los demás, se fue desplegando como "lo que pasa es que yo a veces no quería tenerlo...lo busqué, pero a veces cuando discutía con Alejo, pensaba que todo sería mejor si no estuviese embarazada". Lo violento de la relación con esta pareja tomó el lugar central en el tratamiento; violencia que había existido en la relación desde el comienzo, pero que se reforzaba al culparse mutuamente por la pérdida del bebé.

Se decide entonces supervisar el caso planteando la inquietud en relación a los efectos que estaba sufriendo Noelia por la pérdida de su bebé, y el interrogante acerca de cierto quantum exagerado que se percibía en el trabajo de duelo; algo resultaba "demasiado". El supervisor plantea que el duelo iba a poder tener lugar cuando se sintiera alojada no a nivel del enunciado sino de la enunciación; y que éste debería girar en torno a la culpa que ella sentía por la pérdida. Lo exagerado del duelo era directamente proporcional a esta culpa. La dirección era entonces alojarla y a la vez, diferenciar la tristeza por la pérdida, del alivio que la misma pudo significar. Se trataría de una neurosis.

"Se supone que hay un saber que se le supone al supervisor, pero el supervisor es un analista... ¿De qué saber se trata? ¿Se le supone saber supervisar? ¿Se le supone saber analizar? ¿Se le supone saber curar?" (Gram; 2009)

La elección del supervisor nunca es al azar. Además de la necesaria transferencia con el mismo, frecuentemente, se lo elige en función del caso: si se supone a una neurosis, probablemente se vaya a supervisar con un analista y si se cree estar frente a una psicosis, se lo haga con otro. Ahora bien, ¿algunos supervisores "tenderían" a diagnosticar neurosis y otros a diagnosticar psicosis? ¿Es esperable que el diagnóstico varíe según quién lo escuche, su experiencia o lo que ha investigado? ¿Se estaría invirtiendo la relación teoría-práctica antes mencionada, prevaleciendo la primera más allá de la segunda?

En este caso, si bien había fenómenos que llamaban la atención del analista -que podrían justificar el diagnóstico de psicosis- el trauma sufrido y el consecuente trabajo de duelo podían estar tiñendo el cuadro. Se elige entonces al supervisor, se recorta lo considerado más significativo del caso, para que éste plantee, desde su propia lectura, una dirección posible. Tres puntos se cruzan aquí: lo que dice la paciente, lo que escucha y recorta el analista del relato y lo que escucha y señala el supervisor, ¿demasiada subjetividad en juego? Podría pensarse, pero "La supervisión adecuada (...) es la que se deshace de toda ilusión de comunicación (...)" (1). Es decir, siempre

un caso es una construcción a partir de lo que se escucha; no hay pretensión de objetividad en psicoanálisis. (2)

El tratamiento continúa y se ahonda en la relación de ella con sus padres y, en particular con su padre, que había maltratado a su madre durante su infancia y que hace varios años la había abandonado. Al referirse a Alejo, ella dice "No quiero estar más con él porque esa gente no cambia, es como cíclico, yo esto ya lo viví (...) con mi papá"; "Yo dije que nunca iba a estar con un hombre así y justo me vine a enganchar con Alejo". "Justo", se le subraya. Ante lo que responde: "¿No es casualidad, no? ¿Puede ser que estemos predispuestos psicológicamente para eso?". Comienza a hablar entonces acerca de que lo conoció en una esquina consumiendo drogas y que sabía desde el principio que él había estado preso por homicidio.

"Las cosas cada vez están peor", decía cuando llegaba al consultorio. Ella le planteaba que no quería estar más con Alejo, pero él la perseguía y "nadie hacía nada". A ella se le ocurría qué hacer: matarse o matarlo. En este contexto, las intervenciones que empezaron a tener efecto apaciguador fueron de dos tipos: las que mostraban preocupación por parte del analista (por ejemplo, citándola con mayor frecuencia) y las que la acotaban (por ejemplo pronunciar un "no" con cierta firmeza cuando decía que le iba a cortar el cuello a Alejo, diciéndole al mismo tiempo que no podía decir cualquier cosa sin que eso tuviera consecuencias). Mientras tanto, temas como la culpa de él por la pérdida del bebé y el relato del momento del parto, se repetían de manera casi idéntica a la primera vez.

No había ocasión para intervenir desde la lógica sugerida por el supervisor, dado la presentación había virado hacia la urgencia casi permanente. Lo que era posible pesquisar, era que las asociaciones de Noelia respecto a su historia familiar hacían que estuviera "cada vez peor" y que, por el contrario las intervenciones que barraban al analista y la acotaban, lograban apaciguarla. La lectura del analista comenzaba a inclinarse hacia el diagnóstico de psicosis, pero esto no coincidía con la lectura del supervisor. Aquí está en juego, entonces, ya no solamente el uso que se hace del diagnóstico sino de lo que dice el supervisor. "Cuando el analista-control se transforma en una figura del superyó, analizar ha de ser imposible. Ya no es solamente la cita de los textos la que intimida, sino la palabra del supervisor que está allí en la oreja o como mirada –según el valor de goce que para cada uno tenga. Seguramente, muchas veces tiene que ver con la posición del supervisor, pero también con la posición subjetiva del practicante, el que a veces toma una indicación como una orden, como un `habrás de hacer eso´." (Sinatra; 2004:24).

La analista decide seguir escuchando, intentando soportar la tensión entre no dejar de lado los aportes del supervisor ni investir sus palabras de un valor de significativo amo. Noelia deja de concurrir al tratamiento durante casi un mes. Pasado este tiempo, aparece junto a su madre y bajo los efectos de pastillas que el día anterior le dieron en la guardia de Salud Mental del Hospital, donde acudió porque se tomó todos los comprimidos indicados por la psiquiatra para casi dos semanas. Comienza así, internación domiciliaria mediante, el último periodo del tratamiento donde vuelven a aparecer "voces" en el momento en que ella se está por dormir, donde interpreta comentarios que le hacen los otros como haciendo referencia a la pérdida de su bebé, y donde vuelve a contar y a relatar situaciones casi de la misma manera que las había descrito el primer día. Las intervenciones del analista, se dirigieron a indagar en detalle el fenómeno de las voces, a prestarle sentido común en relatos de situaciones en que ella parecía no contar con éste, y a acotar sus interpretaciones cuando se infinitizaban siempre en la misma dirección (le hablaban de la pérdida de su bebé). Esto la apacigua, viene más tranquila y arreglada, dice que se está levantando con ganas de hacer cosas aunque a veces le agarra "el bajón" y quiere estar sola. Se habla sobre qué hacer en estos momentos y, por otro lado, de qué condiciones va a buscar en un partenaire para no ser "usada" como suele sentirse.

Se pide entonces un nuevo control. Esta vez, el supervisor leyó el caso como una psicosis.

A la luz de la definición de psicosis referida, los elementos que justificarían este diagnóstico son: las voces que aparecen en el momento en que Noelia se está por dormir; sus interpretaciones sobre los dichos de los demás; la particular temporalidad que se percibe en su relato; la repetición de frases de manera casi idéntica cada vez, (aparentemente no susceptibles de ser relativizadas a partir de las intervenciones), la necesidad de prestarle sentido común (posibilitado en la neurosis por la significación fálica).

La analista acuerda con el diagnóstico propuesto por el supervisor basándose, no solo en los aspectos mencionados sino principalmente, en el efecto de las intervenciones, siempre en transferencia.

Entonces... ¿diagnóstico, para qué?

¿Por qué sería necesario determinar un diagnóstico? En la viñeta analizada, lo que se evidencia como necesario es establecer una orientación en la cura. La formalización del relato permitiría trazar una dirección posible.

¿Qué lugar aquí para la supervisión? El de aquél espacio donde se elabora un saber sobre el caso que, no debería obturar la escucha de lo nuevo; un saber que posibilite la "ignorancia docta" (Miller; 1997: 33) permitiendo al analista "dejarse tomar por la ocasión" (Sinatra; 2004: 40).

Es entonces de acuerdo a la posición del paciente en transferencia y de su respuesta a las intervenciones del analista, que se puede establecer un diagnóstico que permita trazar un cálculo que a la vez deje lugar a lo incalculable. Es la clínica la que genera las preguntas y la misma clínica la que da elementos para construir respuestas, aunque nunca acabadas, lo cual hace que el proceso sea dialéctico.

Es posible definir entonces al diagnóstico, como una conjetura que se construye a partir de lo que se escucha y que debe ser verificada también en lo que se escucha, vez a vez. Finalmente, este "vez a vez", tan propio del psicoanálisis, arrima a una respuesta posible acerca de actualidad de la problemática.

Notas

(1) Eric Laurent (2002) "El buen uso de la supervisión". Revista virtualia nº 5 Abril-Mayo 2002. <http://virtualia.eol.org.ar/005/pdf/el Laurent.pdf> P.8.

(2) Aunque sí hay formalización posible. Punto de tensión irreductible propio de las condiciones mismas del análisis.

Bibliografía

- Gram, G. (2009). "La supervisión en el hospital y su lugar". Revista El Sigma. www.elsigma.com/site/detalle.asp?...12014
- Lacan, J. (1955) "Variantes de la cura tipo". Escritos I. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, 1988.
- Lacan, J. (1955-1956). El Seminario, Libro 3. Paidós. Buenos Aires, 1984.
- Laurent, E. (2002) "El buen uso de la supervisión". Revista Virtualia nº 5 Abril- Mayo 2002. <http://virtualia.eol.org.ar/005/pdf/el Laurent.pdf>
- Miller, J. A. (1997) Introducción al método psicoanalítico. Paidós. Buenos Aires, 2009.
- Mordoh, E.; y otros (2006). "Algunas precisiones sobre el proceso diagnóstico en psicoanálisis" Facultad de Psicología – UBA. Anuario de Investigaciones, volumen XIV / Año 2006.
- Rubinstein, A. (1999). "Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis". Revista Universitaria de Psicoanálisis N° 1, Bs. As., agosto 1999.
- Sinatra, E. S. (2004). Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis. Buenos Aires. Cuadernos del ICBA-9. .
- Soler, C. (2003-2004) La querrela de los diagnósticos. Letra Viva, Buenos Aires, 2009.