

# ¿QUÉ LUGAR PARA EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS?

Dra. Mónica Favelukes  
Médica psiquiatra y psicoanalista. Presidente de la AEAPG  
(Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para  
Graduados). Docente de la Carrera de Especialización de  
AEAPG en convenio con la UNLaM. Miembro del equipo  
Comunidad de Centro de Investigación y Orientación  
Comunitaria Dr. Arnaldo Rascovsky, de la AEAPG. Autora  
de diversas presentaciones en Congresos y Jornadas.  
mfavelukes@intramed.net

**Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article**

Favelukes M. (2020) ¿QUÉ LUGAR PARA EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS?

Intercambio Psicoanalítico 11 (2), DOI: doi.org/10.60139/InterPsic/14.2.1/

Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

# ¿QUÉ LUGAR PARA EL DIAGNÓSTICO EN PSICOANÁLISIS?<sup>1</sup>

1 Apertura del Ciclo Científico 2020 AEAPG "Interrogantes clínicos. Conjeturas diagnósticas" 8/4/2020

Dra. Mónica Favelukes<sup>1</sup>

1 Médica psiquiatra y psicoanalista. Presidente de la AEAPG (Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados). Docente de la Carrera de Especialización de AEAPG en convenio con la UNLaM. Miembro del equipo Comunidad de Centro de Investigación y Orientación Comunitaria Dr. Arnaldo Rascovsky, de la AEAPG. Autora de diversas presentaciones en Congresos y Jornadas. mfavelukes@intramed.net

**Notoriamente no hay clasificación del universo que no sea arbitraria y conjetural. La razón es muy simple: no sabemos qué cosa es el universo.**

**«El idioma analítico de John Wilkins», Jorge Luis Borges**

¿Qué es diagnosticar?

Etimológicamente la palabra 'diagnóstico' viene del griego 'que permite distinguir'.

El diagnóstico se emite desde el modelo médico; implica un saber aparentemente científico y depende de la formación recibida, formando parte del paradigma que compartimos profesionales de tantas partes del mundo.

El modelo médico asume las enfermedades como objetos naturales. Por otra parte, define lo normal, y a partir de eso define lo patológico por exclusión, como era la homosexualidad hasta 1980, o el trastorno por déficit atencional (TDA).

A diferencia de la medicina, donde se define a partir de parámetros biológicos, en salud mental se jerarquizan rasgos psicológicos, sociales, culturales y políticos. Por ende depende en gran medida de la época y el lugar donde vive cada sujeto. Es un desafío en la clínica diferenciar entre las dificultades inherentes a la vida, y una condición patológica.

Las enfermedades mentales son entes abstractos, construidos desde alguna teoría. Existen porque se las nombra, y esa nominación produce efectos performativos sobre la realidad, tanto sobre los agentes que la aplican (médicos o psicólogos), como sobre los pacientes (internaciones, medicaciones, etc.) Hay grandes controversias entre quienes piensan que dichos cuadros existen, y los que piensan que son un invento médico. Foucault afirma que son constructos culturales mantenidos como prácticas de poder.

Una premisa del diagnóstico es la clasificación, que tiene la pretensión de universalizar, y hacer entrar todo en ella, sin resto. Las clasificaciones no encuentran sus objetos, sino que los producen.

Frecuentemente se toma como ejemplo la clasificación de animales que aparece en "cierta enciclopedia china" citada por Borges en el texto "El idioma analítico de John Wilkins", recogido en Otras inquisiciones. Según dicha clasificación, los animales se dividen en: "(a) pertenecientes al Emperador, (b) embalsamados, (c) amaestrados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros sueltos, (h) incluidos en esta clasificación, (i) que se agitan como locos, (j) innumerables, (k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, (l) etcétera, (m) que acaban de romper el jarrón, (n) que de lejos parecen moscas". ¡Provoca desconcierto y risa!

Las clasificaciones actuales de DSM y CIE se parecen bastante a la citada por Borges. Son arbitrarias y conjeturales. ¡Y así cambian según los modelos imperantes!

## ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y EL PSICOANÁLISIS

El diagnóstico clínico es un campo de diálogo y de controversias en la psiquiatría, en el psicoanálisis, y entre ambas disciplinas. Pone en juego distintas concepciones sobre la salud y la enfermedad, y evidencia diferentes relaciones entre el que atiende y el que demanda atención.

En la psiquiatría clásica, fue Kraepelin quien a comienzos del S. XX propuso la clasificación de los trastornos mentales, sistematizando y ordenando el caos. Estableció un modo de pensar la enfermedad, un nombre, un agente que opera: el psiquiatra, y un modelo de formación para los psiquiatras de todo el mundo, que se autosostiene y se autopropaga. Esta nosografía fue funcional no sólo para el abordaje de los problemas mentales, sino para separar a los locos de los cuerdos, como plantea Foucault.

Por presiones de la OMS, la psiquiatría fue volviéndose más y más descriptiva, y dejó de lado supuestamente, las teorías. La concepción científica de la CIE y el DSM puede sintetizarse en que hay un límite neto entre lo normal y lo patológico, y entre las enfermedades entre sí, y que lo más importante es la dimensión biológica. Ahora, una cosa es no tener una teoría subyacente, y otra es negarla. El paradigma de la medicalización impregnó toda la clasificación. Esto llevó a la fragmentación y a la proliferación de los diagnósticos, útiles para encerrar a los sujetos en "casilleros", y para justificar así la prescripción de un psicofármaco. Este empobrecimiento significó una victoria de la psiquiatría biológica y una derrota de la psiquiatría dinámica.

### El salto de la psiquiatría al psicoanálisis

Desde el inicio la cuestión del diagnóstico en psicoanálisis ha marcado una diferencia fundamental respecto a la fenomenología psiquiátrica, ya que Freud al ir desarrollando la clínica y en paralelo la teoría psicoanalítica, va pensando los cuadros clínicos a partir de los mecanismos de producción de los síntomas. Esto funda entonces la psicopatología psicoanalítica, que va complejizándose y conformando una nueva nosografía. Así delimitó primero las psiconeurosis de defensa de las neurosis actuales; ubica al sujeto en transferencia, y diferencia entonces las neurosis de transferencia de las neurosis narcisistas, para finalmente proponer la división entre neurosis, psicosis y perversiones. La introducción del esquema de la Escisión del Yo y la Tercera tópica propone la coexistencia de corrientes de la vida psíquica en un mismo sujeto, y muestra un funcionamiento mental que no es el de la neurosis clásica ni el de la psicosis desorganizada. Esta teoría, continuada por los desarrollos de los posfreudianos como André Green, permite comprender los cuadros de patología psicósomática, las adicciones, las actuaciones, el campo de lo fronterizo, etc.

Freud valoraba el diagnóstico inicial, a tal punto que en “la Iniciación del Tratamiento” (1913), proponía un tratamiento de prueba, que ahora llamamos primeras entrevistas, para conocer el caso y determinar si era adecuado para un tratamiento psicoanalítico; lo llevaba el propósito de diferenciar entre los cuadros neuróticos y las formas iniciales de las psicosis, para las que aseveraba que el psicoanálisis está contraindicado. De cualquier modo, tampoco eso permitía diagnósticos seguros. Lo que estaba allí implícito era la cuestión no sólo del diagnóstico psicopatológico, sino de la analizabilidad.

Con Melanie Klein y sus continuadores, el diagnóstico pasó a estar en desuso, por la teoría de que todas las personas eran analizables, y se proponía usar el diván desde las primeras entrevistas. Luego, en Argentina, desde los años sesenta, Bleger y Liberman retoman el interés por el diagnóstico y la formulación de indicadores útiles en la clínica. Lo buscado era hacer un pronóstico del proceso terapéutico.

Winnicott presenta en 1959 un interesante artículo “La Clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?”, dice que el psicoanálisis ha destruido la idea de las entidades patológicas. Para él, el diagnóstico no sólo va aclarándose a medida que avanza el análisis, sino que también se modifica. En una histérica puede revelarse una esquizofrenia subyacente; un esquizoide puede resultar ser el miembro sano de un grupo familiar enfermo, y un obsesivo quizá sea un depresivo. Particularmente, el concepto de falso y verdadero self reubica el problema de la patología del funcionamiento mental a los problemas en el medio ambiente, que facilita o no la integración del self.

Lacan como Freud, no desmiente la raigambre psiquiátrica, y profundiza en el concepto de estructura de los tipos clínicos freudianos: neurosis, psicosis y perversión. En el campo lacaniano, se remarca la importancia del diagnóstico de estructura en la dirección de la cura, sobre todo de la psicosis y la prepsicosis, por el riesgo del desencadenamiento. Para algunos es un tiempo insoslayable al comienzo del tratamiento.

Un punto de vista diferente lo plantea Silvia Bleichmar, cuando propone un diagnóstico en diacronía: en el momento de la consulta, y luego también en cada momento del tratamiento. Los síntomas son comprendidos como indicadores del funcionamiento psíquico (predominio del autoerotismo, narcisismo, represión instaurada o no, Edipo, etc.), que puede cambiar en el tiempo, y concibe la posibilidad de la neogénesis, o sea el cambio estructural. También propone la idea de un diagnóstico complejo, con modalidades dominantes y fenómenos marginales, que no coinciden con ellas. Esto coincide con la idea de un psiquismo no homogéneo.

### El diagnóstico y la práctica analítica

Este modo de pensar la clínica psicoanalítica, aislando regularidades y diferencias, permite ir más allá de lo fenoménico de los síntomas, proponiendo un orden en la clínica que orienta las propuestas de tratamiento y las intervenciones. Vamos ubicando ejes teóricos que organizan el campo: narcisismo, Edipo, castración, más allá del principio del placer. Pero las formas clínicas no se dan puras, ni el diagnóstico lo dice todo respecto a la singularidad de cada sujeto, ni de su historia. Es una clínica del caso por caso.

En la práctica, el analista construye una conjetura diagnóstica a partir de lo que escucha, que sin embargo "olvida" durante la sesión, para evitar que obture su atención flotante. También debe ir validando a lo largo del tiempo, y puede ir modificando esa conjetura, si escucha algo novedoso. Esto requiere tolerancia a la espera y prudencia, renunciando a las certezas y sosteniendo los enigmas.

Eso no sólo se refiere al paciente: por qué aparece ahora, qué no anda más, qué recursos tenía y no tiene; también plantear si el analista está dispuesto y con deseo de tomar ese paciente en tratamiento o no.

Ahora, los diagnósticos son complejos e interdisciplinarios. El síntoma no es lo mismo para el psiquiatra que para el psicoanalista. Saberlo no impide el trabajo en común, ya que los abordajes pueden ser complementarios. Implican dos tiempos distintos, el de los cuidados, prescripciones y consejos del psiquiatra, incluyendo la medicación, obrará en el corto plazo, mientras que el tratamiento analítico, en transferencia y en abstinencia, se jugará en un tiempo mediato. Lo que es necesario es construir entre ambos profesionales un modo interdisciplinario de compartir el paciente.

No olvidemos que la asignación de un diagnóstico tiene implicancias prácticas: en el caso individual, orienta hacia la elección de un tratamiento, farmacológico u otro. Determina cuestiones legales y laborales (derecho a recibir atención, tratamiento, licencias laborales, coberturas por discapacidad). Los terapeutas tratantes funcionan dentro del dispositivo de salud mental; se les exige que, en la historia clínica o en informes, conste un diagnóstico de una clasificación válida internacionalmente (CIE10), o sea que necesariamente son agentes de la clasificación.

Por otra parte, los pacientes y sus familias lo demandan más que antes. Una vez emitido, el "nombre" tiene repercusiones más amplias, por la sobreinformación no siempre exacta que está disponible en internet; son "palabras que no se lleva el viento", como dice S. Levin. Y forman parte de los enunciados identificatorios que pueden contribuir a generar identidad. Los diagnósticos psiquiátricos van en una dirección etiquetadora y deshumanizante: el paciente tiende a ser considerado la enfermedad, más que quien la padece. El mayor riesgo es la estigmatización, que no favorece el proceso del tratamiento. Para luchar contra ella, hay que trabajar en cómo se transmite el diagnóstico, y cómo explicar su significado al paciente, a su familia, y eventualmente a la escuela.

Quiero ampliar la pregunta de la mesa: ¿Y el diagnóstico en tiempos del Coronavirus?

Esta pandemia que estamos viviendo a nivel global genera una crisis, tanto a nivel individual como social. Importan tanto el factor externo, como la manera de entenderlo y afrontarlo, como el significado para el sujeto. Más allá de lo manifiesto, se juega un sentimiento de indefensión, de vulnerabilidad; es una situación traumática. También caen los apuntalamientos psíquicos en los otros y en lo social (Kaës) y aparecen urgencias que obligan a pensar el sufrimiento desde la multideterminación, desde la complejidad. Las familias no pueden cumplir con las funciones básicas de sostén y diferenciación, dicen "No estábamos preparados para esto".

Los sanitaristas nos dicen "NO HAY ENFERMOS, HAY AFECTADOS, POR LO TANTO NO HAY QUE PENSAR EN DIAGNÓSTICOS". SON RESPUESTAS ESPERABLES A UNA SITUACION EXTREMA (H. Cohen, OPS). Es muy importante en estos primeros tiempos que estamos viviendo no olvidarlo, para no patologizar o psicologizar a las personas.

En Freud encontramos algunas nociones que nos ayudarán a conceptualizar esta situación, para comprender cómo operar, en ese sentido diagnosticar qué proceso está viviendo el que padece.

Primero recordemos las neurosis actuales: es evidente como coinciden los síntomas de la neurosis de angustia con las manifestaciones que vemos actualmente como reacción al stress: irritabilidad, la expectativa angustiosa, manifestaciones físicas de hiperalerta, dificultades para dormir, temor a morir o enloquecer. También pueden agregarse el consumo de alcohol o psicofármacos, para embotar la angustia, y reacciones maníacas de negación.

El otro concepto es el de TRAUMA. En la conferencia 18 de 1917 dice que "la vivencia traumática es aquella que en un breve lapso provoca en la vida anímica un exceso tal en la intensidad de estímulo que su tramitación por las vías habituales y normales fracasa, de donde por fuerza resultan trastornos duraderos para la economía energética". Retoma esto en el "Más allá del principio del placer" (1920).

Entonces el problema es el de una falta de procesamiento psíquico, como en la neurosis de angustia, dado por el interjuego entre el exceso de cargas que irrumpen, producto de un suceso exterior, que rompen la barrera antiestímulo y la capacidad del aparato psíquico para tramitarlas. No importa sólo el acontecimiento, sino la subjetividad de cada uno, lo singular.

Evoca esto la angustia automática (Inhibición síntoma y angustia, 1926) como la reacción al peligro que se presenta como vivencia de desamparo o desvalimiento, cuando falla la posibilidad de instrumentar la angustia-señal.

Podemos ver tres tiempos en el traumatismo psíquico:

Primer tiempo: Los recursos habituales del sujeto no son suficientes porque se desorganiza el Yo, aparece angustia de muerte, las defensas primitivas como la escisión y la desmentida comandan. (Por ej. los que se fueron a la costa los primeros días de la cuarentena)

Segundo tiempo: aparece intensa angustia, que busca en la realidad donde fijarse. El temor por la supervivencia ocupa todo el interés, y se presenta apatía, desconcentración, las personas escuchan poco. Puede haber pesadillas.

Tercer tiempo: aparecen sentimientos depresivos, que resultan de lo que siguiendo a Silvia Bleichmar podemos caracterizar como "procesos de desobjetivación", que pueden transformarse en salidas maníacas, adicción, agresividad.

Ante la vivencia de peligro, podemos ver un conflicto entre la autoconservación de la vida y la autopreservación del Yo y de sus valores (por ejemplo los que discriminan a los médicos).

El traumatismo ataca al Yo, desde el exterior, y también desde el interior, si el Yo se ve desbordado por las excitaciones externas. Recordando a Carlos Schenquerman: el epicentro del terremoto está en la cabeza de cada uno, podríamos decir que el virus también.

Dejo una pregunta ¿cuándo se traspasa el umbral para ser considerado paciente? Cuando la persona no está consiguiendo reorganizarse y recuperar sus capacidades, y no disminuyen las alteraciones con el correr de los días.

La crisis, sin embargo, también es una oportunidad. De ahí el dicho "de la crisis nadie sale igual que antes".

Un diagnóstico cuidadoso es nuestra responsabilidad hacia los sujetos que nos consultan. Tener claro desde dónde nos posicionamos, para qué lo emitimos, y las limitaciones que tenemos, nos protegerá tanto de excesos como de abdicar en nuestra tarea.