

## Diagnósticar en psicoanálisis

Por Élica E Fernández

Los psicoanalistas han respondido de maneras diversas a la propuesta de diagnosticar. Tomando este término de la praxis médica-psiquiátrica muchos se rehúsan a ejercer cualquier reflexión que se le parezca a ese etiquetado que, con cumplimentar cuatro o cinco ítems, hace que alguien porte un nombre que lo incluye en una clasificación, que parece otorgar algo del ser. Es usual escuchar a quienes vienen a la consulta exhibiendo diagnósticos como: soy bipolar, soy anoréxica, soy... (en general respondiendo a modas diagnósticas de los medicamentos en boga que los laboratorios necesitan hacer circular en el mercado).

Otros psicoanalistas más abocados a la atención hospitalaria y/ o a la escucha de pacientes graves encuentran necesario realizar una hipótesis diagnóstica de estructura que permita situar una dirección al tratamiento, más aún, se ven convocados por las mismas entrevistas preliminares a discernir, dadas las diferencias en la utilización de los recursos que se deberían implementar, de qué sujeto sufriente nos tenemos que ocupar.

Pienso que es necesario sacar el concepto de diagnóstico de la praxis médica para pensarlo con sus diferencias y su especificidad dentro del campo del psicoanálisis.

El diagnóstico se ubica dentro de los tiempos lógicos de la escucha como una conclusión necesaria aunque conjetural para decidir cómo vamos a encarar el tratamiento, si lo vamos a encarar o no, si nos sentimos dispuestos, si tenemos deseos de hacernos cargo de la dirección de ese tratamiento o no.

Es más: dentro del discernimiento presunto de la estructura es ese sujeto en cuestión el que nos interroga: cómo enfermó, qué lo hizo angustiarse o desencadenarse o pedir ayuda o hacer el acting o el pasaje al acto que lo trae o lo hace traer a la consulta.

Es en este sentido que el poder acercarnos a la inteligencia de ese sufrimiento, que hace que ese sujeto nos convoque, hace del proceso diagnóstico un acto ético.

El desconocimiento de las diferencias del abordaje que requieren las distintas modalidades del goce y del Otro hace caer al analista en errores no fácilmente reversibles. Cuando repetimos las fórmulas lacanianas o freudianas o los dogmas que sean, sin poder apropiarnos de ellos en la clínica, creemos por ejemplo que no retroceder ante la psicosis, es una consigna militar de lucha contra un blanco y no una invitación a incluir dentro de un dispositivo no pensado para los pacientes psicóticos las invenciones necesarias como para que allí haya un analista.

Podríamos hacer este ejercicio con muchas fórmulas que se repiten como consignas de pertenencia a determinada escuela, sin que éstas puedan habilitarnos a pensar el compromiso que asumimos con el sujeto al que escuchamos.

Confundir a un psicótico con un neurótico no es sólo arrojarlo al horror de sus infiernos sino algo peor: a veces es impedir que esta persona vuelva a consultar a otro analista condenándolo así al recurso –necesario pero empobrecedor si es el único– de la química neuronal, o directamente al deterioro de la cronicidad. Confundir a un neurótico que ha enloquecido con un psicótico es privarlo de que pueda reestablecer, mediante el análisis adecuado, esa neurosis que se ha suspendido ya sea por un duelo imposible de elaborar o por una forclusión parcial que opera disparada por algún avatar del destino.

Diagnosticar en psicoanálisis es pensar qué hace que ese sujeto que se las venía arreglando sin analista, de pronto aparezca frente a nosotros intentando balbucear alguna razón por la cual la cosa ya no funciona más, porque para que alguien consulte o sea traído a la consulta algo distinto y /o nuevo ha debido operar en ese sujeto, en esa vida, o en esa familia, o en la escena o en el análisis anterior en el que esa persona estaba.

Algo ha vuelto al síntoma, al delirio, al agujero del que se trate, a la relación anterior analista-paciente: insoportable, algo hace que se piense que la palabra debe ser escuchada por otro desconocido al que a veces se le supone saber y otras no, pero cuya presencia va a posibilitar o a testificar algo que haga el padecimiento un poco más soportable, o simplemente diferente.

En este sentido toda consulta tiene algo de acontecimiento, en el cual es esperable que nos dejáramos sorprender, que estuviéramos abiertos a la sorpresa, al descubrimiento desde la posición más rica en la que podemos estar: admitir que de ese que viene a narrarnos algo de su vida nada sabemos, pero nos promueve curiosidad.

No sólo no sabemos de su estructura, sino tampoco sabemos de sus recursos, de sus limitaciones y de sus habilidades. Qué lo hace padecer, cómo se las ha arreglado con lo que le tocó en suerte, cómo jugó sus cartas.

Muchas veces, escuchando en las supervisiones a residentes psicólogos y médicos de distintos hospitales surge la pregunta. A este chico, chica, señor, señora, ¿por qué lo internaron? ¿Por qué no lo medicaron y lo siguieron viendo en consultorios externos?

O ¿Fulanito por qué sigue internado, por qué no lo externan?

A veces, la mayoría, no hay respuesta o la respuesta es ambigua, escurridiza, laxa.

Otras veces un desencadenamiento psicótico es tratado con una liviandad por el psi (psicólogo, psiquiatra, psicoanalista) que termina demasiado tarde, en manos de la policía, del juez o directamente en los medios de difusión.

Muchas veces el diagnóstico de estructura es muy complicado y dudoso, son casos en que es necesario un abordaje como si se tratara de una psicosis: no hacer intervenciones por polisemia significativa, apelar a las construcciones, establecer la transferencia dentro del eje "a-a". Para eso es necesario transitar las diferencias de abordaje del análisis en neuróticos y del tratamiento posible con psicóticos.

Desafíos para el analista: El sujeto que no habla, el que calla, o el que no dice. No me voy a referir a quienes no hablan por inhibición ni a sujetos que callan por conveniencia neurótica, – efecto de la transferencia en juego en cada momento–, no me voy a referir al sujeto que no dice porque quiere mostrarnos su costado más amable o está fascinado con su ampuloso imaginario. Con eso los analistas tenemos más práctica.

Quiero referirme a quienes no hablan porque les falta representación de palabra, a aquellos que callan porque el analista como semejante se constituye en sospechoso en el mejor de los casos, y a aquellos que no dicen porque siempre están desconfiando del uso que haremos de su decir.

Lo planteo como verdaderos desafíos para cualquier analista porque en cada uno de estos casos no hay paciente: hay que construirlo bajo transferencia.

Si bien esto sería propio de cualquier consulta que recibimos: no hay paciente de entrada, hay casos de sujetos no neuróticos: me refiero a locos y/o psicóticos, que si decidimos recibir en nuestro consultorio (ya sea privado u hospitalario) debemos plantearnos algunas cuestiones preliminares.

En principio, con estos casos no podremos hablar rigurosamente de análisis, sino de tratamientos, tratamientos donde si bien no habrá analizantes, sí es necesario que haya analistas. Estos caso atentan contra nuestra posición, nuestros rituales, nuestros tics, nuestros vicios de profesión.

Cuando nos decidimos a escuchar en silencio como es habitualmente, el sujeto no tiene palabras o decide callarse o hará todo lo posible para engañarnos y eludirnos ya que la transferencia no sólo no estará instalada sino que si se esboza lo hace como paranoide y/o erotómana.

La enseñanza de Lacan en la Argentina, mejor en Buenos Aires, ha traído varios vicios de lectura e interpretación de su propia obra o varios intentos pobres de imitación que desoyen lo que el propio Lacan nos legó: "hagan como yo no me imiten".

En el tratamiento de sujetos graves, con esto quiero decir con algún tipo de desencadenamiento, o sin desencadenamiento pero con una lógica distinta a la lógica aristotélica neurótica, los tratamientos no llegan a fracasar. A menudo el consultante deserta, deja de concurrir, se cae de la escena porque no encontró ningún alojamiento en ella. Los tratamientos con sujetos graves no llegan en general a instalarse porque el analista no sabe

cómo hacer y rebota contra el mutismo o la desconfianza que lo deja sin recursos, a menos que pueda crear otros. El dispositivo pensado para las neurosis no sirve tal cual para los que no lo son, o que en ese momento no están organizados neuróticamente. Por esto cuando digo que es necesario que haya un analista no me refiero a alguien que se disponga a escuchar el significante reprimido, a toparse con el objeto a, a promover la asociación libre, a suponer que se le supondrá saber sobre el deseo inconsciente, o a hacer una escansión que marque lo real. Nada de eso.

El que tenemos enfrente no habla, no asocia, o decide callar. Podemos renunciar y dejarlo todo en manos de la psiquiatría, los psicofármacos o intentar pensar allí un sujeto, esperar un sujeto, estar dispuestos a construir el tramado de un sujeto que viene deshilachado o tan compacto que nuestra interpretación no tiene lugar.

El que viene sin palabras. Generalmente es traído o llega por un intenso padecimiento que no sabe contar porque no cuenta con otro en su estructura subjetiva que pueda ser un semejante interlocutor a quien le interese escuchar de él. Nosotros, tan acostumbrados a escuchar en silencio, a esperar, a no jugar ninguna palabra que no esté tamizada por la interdicción de los textos o de los “mayores” –supervisores, maestros– nos quedamos mudos también, y lo que se recrea es el vacío del que sufre ese que tenemos enfrente, le reproducimos el horror que lo trae. Lo mejor que puede hacer es no volver ya que en general tampoco tiene demasiado claro para qué le servirá venir más allá de encontrar alguien que testifique de su padecimiento. El silencio apabullante del analista frente a estos casos no suscita ninguna pregunta en el consultante, ningún enigma. El enigma tiene que quedar del lado del analista, lo mismo que el deseo. Son los casos más difíciles, a veces los imposibles, los que decía Bleger solo podían atender los jóvenes residentes –comparto esa opinión– y a veces con resultados sorprendentes. Por eso me parece importante que el tomar en tratamiento a estos sujetos sea una decisión ética y no una mera práctica para acumular experiencias.

Hay analistas que trabajaron con estos casos y nos han transmitido sus experiencias: Manoni, Dolto, Piera Aulagnier, Gisela Pankow, Winnicot y Searles, entre los ingleses. Nos han legado un abordaje diferente: es el analista el que comienza a nombrar, a donar palabras a veces, a proponer trabajos con plastilina armando un cuerpo que no ha logrado salir de la fragmentación, o a caminar por un parque hasta que algo surge entre ellos, eso que Lacan nombró como la relación filial, la transferencia amistosa, –como está planteada la amistad en la *Ética nicomaquea*–. La relación fuera del eje S-A, para plantearse entre a-a”. Al psicótico o presunto psicótico que se encuentra sin palabras ante el analista hay que armarle mediante la donación de palabras un anclaje en una relación que haga posible instalar un pedido. Es necesario inventar, apostar al deseo del analista de encontrar alguna hilacha de ganas aunque sea agónica que trencé un lazo posible.

Los que callan. ¿Callan a sabiendas de qué? De la increencia en el otro, siempre sospechoso, que se erige como presunto enemigo. Se guardan datos, callan información, prometen a veces darla en otro momento “ya le voy a contar”.

En estos casos lo que se vuelve una vez más imprescindible es instalar la transferencia desde la verdad dicha de la mejor manera que podamos. La psicosis es un ensayo de rigor y exige rigurosidad de parte del analista, rigurosidad también en la formulación de sus intervenciones, intervenciones que, como Freud nos enseñó, tienen que tender más a la construcción con la verdad histórica que con la material. No pretendamos engañar al paranoico ni hacernos los engañados, no haremos más que reforzar su certeza delirante. Es posible darle pelea en aquel resquicio donde aparece su falla lógica. Y digo darle pelea, porque al proponernos no temerle al paranoico, nos respeta como adversarios dignos. Lugar posible para entablar algún lazo con él. También, como dignos adversarios debemos admitir nuestros errores, generalmente pescados con redes de una fineza absoluta.

Los que no dicen. O mejor dicho los que hablan pero no dicen, no a la manera neurótica sino también dentro de una puesta a prueba del analista que en estos casos puede quedar englobado en el delirio.

Cuando Juan concurre a su sesión ocupa mucho tiempo de la hora alabándome. Relata sus anteriores experiencias con otros psicólogos y las barbaridades que tuvo que escuchar y lo bien que está ahora que viene a tratarse conmigo. Tanto elogio me pone “paranoide” ¿qué no dice? Trato de decirle que no es necesario que me tire tantas flores y que me cuente cómo anda. Insiste. Se lo ve perturbado. Me mira fijamente, observa cada uno de mis gestos y me pregunta en qué estoy pensando.

Al irse me dice ya en la puerta del edificio del consultorio: en el laburo me miran y me pasan música donde me dicen cosas que yo sólo he contado acá. ¿Quién pudo decírselas? ¿Cómo lo saben si la única que las sabe es usted? ¿O quizás se las conté también al psiquiatra? ¿Usted cree que él se las contó? ¿Cómo tienen tanta información de mí si no es que ustedes se las dieron? Obviamente era esto lo que estuvo “no diciendo” toda la sesión, pero que lo tomaba con la certeza de ser traicionado. Me enoja, le digo que cómo cree que yo voy a usar lo que él me cuenta para producirle daño.

Era mi último paciente de la noche. Salgo, voy al garaje a buscar mi auto, le digo al cartonero habitual de la esquina que tengo los diarios de la semana para darle. El cartonero me sigue al garaje. En ese momento cuando estoy entrando a buscar mi auto seguida por el cartonero una voz atruena: “¿Todo bien Doctora?” Era Juan que me seguía y estaba defendiéndome de presuntos ataques. Me doy vuelta asustada, el cartonero también: en la entrada se recortaba la figura amenazante de Juan. “¿Necesita ayuda Doctora?”. Ahora era él el que me protegía de supuestos enemigos.

A la sesión siguiente me cuenta que mucho tiempo pensó que sus enemigos me pagaban para que no lo curara, pero que algo había cambiado: los tipos eran tan turros que hasta a mí –su psicóloga– me podían querer hacer daño.

Es interesante pensar aquí los movimientos que se han producido en el delirio y en la transferencia y cómo operar desde allí. Pero ese ya es otro tema, un nuevo desafío.