

TOMADONI EMILIO

MAZUR ANDRES



***Acerca de
diagnósticos posibles***

Acerca de diagnósticos posibles

En una conferencia del año 1917 titulada “Psicoanálisis y Psiquiatría” pregunta Freud a su auditorio: “¿Habéis observado una contradicción entre ambos?” luego de haber hecho una exposición sobre un caso de neurosis obsesiva y de plantear las distintas formas de abordaje de la idea obsesiva para la psiquiatría y para el psicoanálisis. Contesta que no, que psicoanálisis y psiquiatría se complementan uno a otra, ya que la psiquiatría clínica prescinde del contenido de los síntomas, mientras que, en cambio, el psicoanálisis le dedica atención principal y ha sido el primero en establecer que todo síntoma posee un sentido y se halla estrechamente enlazado a la vida psíquica del enfermo. Continúa diciendo que es el psiquiatra y no la psiquiatría quien se opone al psicoanálisis, el cual es a aquélla lo que la histología es a la anatomía, ciencias estas de las cuales una estudia las formas exteriores de los órganos y la otra los tejidos y las células que los componen. El psiquiatra toma en cuenta la exterioridad del síntoma y el analítico interroga sobre su sentido.

Debido a esta forma de entender o de ver al síntoma difieren la psiquiatría y la psicología en el modo de arribar a un diagnóstico.

¿Qué se entiende comúnmente por *diagnóstico*?

La definición que da el diccionario es la siguiente:

Diagnóstico : *adj. De la diagnosis. Conjunto de signos que permiten reconocer las enfermedades. Calificación que da el médico a la enfermedad según dichos signos*

Diagnosis: *conocimiento de los signos de las enfermedades. Descripción abreviada de una especie, género, etc.*

De esta manera, diagnosticar es determinar el carácter de una enfermedad por sus signos, haciendo hincapié en la enfermedad.

La psiquiatría se dedica a la fenomenología y al estudio de las manifestaciones mentales. Los psiquiatras deben entrenarse en la observación precisa y la descripción, esto implica aprender un nuevo lenguaje, parte del cual significa poder reconocer y definir los signos y síntomas conductuales y emocionales. Los signos son, para el psiquiatra, hallazgos objetivos observados por él; los síntomas son experiencias subjetivas que describe el paciente con una supuesta objetividad conciente. Un síndrome sería así un grupo de signos y síntomas que determinan una afección reconocible, objetiva y verificable empíricamente que puede ser menos específica que un trastorno o enfermedad bien definidos. La mayoría de las afecciones psiquiátricas son tomadas como síndromes en este sentido.

Desde esta postura, para el orden psiquiátrico diagnosticar es hacer encajar a un sujeto en una entidad nosológica predeterminada.

Esta forma de entender, tanto a la enfermedad mental como al modo de realizar un diagnóstico se lleva a cabo en la práctica en la actualidad mediante la utilización de los sistemas descriptivos como el DSM-IV y CIE-10 (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders ,de la Asociación americana de Psiquiatría, y Clasificación Internacional de Enfermedades, de la OMS).

El DSM-IV es un manual que, si bien no fue engendrado para servir de instrumento para el diagnóstico sino para ser utilizado para acordar un lenguaje común, un consenso sobre las entidades nosológicas que allí se describen, realiza, de todos modos, diagnóstico al proponer un *conocimiento del conjunto de signos y síntomas que constituyen una enfermedad*

El enfoque de este manual se presenta como *ateórico* (creyendo que el dato tiene un peso real y una existencia más allá de la teoría que podría constituirlo como tal), sin proponerse dar explicaciones etiológicas, excepto algunos trastornos de etiología bien establecida y, por lo tanto, incluida en su definición.

Estos sistemas descriptivos explican sólo cómo es el fenómeno (signos, síntomas, rasgos, actitudes, peculiaridades, etc.) sin interrogar sobre la causa.

Sin que esto conlleve una jerarquización el DSMIV propone una *Evaluación Multiaxial* (axial: de eje) que implica una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información (independientes entre sí), que puede ayudar al clínico en el planeamiento del tratamiento y en la predicción de resultados. Se incluyen cinco ejes:

- 1) trastornos clínicos (trastorno mental debido a una enfermedad médica; trastorno del estado de ánimo, trastorno de la ansiedad, etc.).
- 2) trastornos de la personalidad (trastorno paranoide de la personalidad; trastorno límite de la personalidad; trastorno de la personalidad no especificado, etc.)
- 3) enfermedades médicas. Es el eje etiológico; referido a trastornos somáticos (enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; malformaciones, deformaciones, anomalías cromosómicas congénitas, etc.).
- 4) problemas psicosociales y ambientales. Impacto del stress psicosocial (problemas relativos al grupo primario de apoyo; problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen; problemas relativos al ambiente social, etc.).
- 5) evaluación de la actividad global. Se refiere a los aspectos funcionales, el grado de afección del funcionamiento adaptativo. Este eje comprende tres escalas: la de evaluación de la actividad global (EEAG), la escala de evaluación de la actividad laboral (EESL), y la escala de evaluación de la actividad relacional (EEGAR).

Esta multiaxialidad contempla la heterogeneidad entre los sujetos con el mismo diagnóstico, pero es una heterogeneidad puramente combinatoria de acuerdo al cumplimiento de los distintos ítems requeridos para la inclusión dentro de una categoría.

Esta es una concepción que basa el diagnóstico en la búsqueda y caracterización de los síntomas por parecidos superficiales en pos de

reagrupamientos o de particularidades de entidades clínicas (como ejemplo: divide la fobia en agorafobia, fobia social y fobia simple) bajo la presentación manifiesta de los síndromes, en desprecio de toda consideración de su estructura y sobredeterminación.

Por el contrario, la práctica del psicodiagnóstico es una práctica que, lejos de privilegiar clasificaciones, lejos del encasillamiento y el rótulo, pone el acento del lado del sujeto ya que apunta a su **producción**. El concepto de producción puede entenderse desde dos puntos de vista diferentes: por el lado de la *productividad* (que apunta al grado, al montante de lo producido) y por otro lado, de **producto**, de resultado. Producir es crear, hablamos de creación de parte del sujeto, ya que éste debe imaginar, forjarse una idea, construir algo allí donde nada había. Dentro de un proceso psicodiagnóstico el sujeto se da a entender por la palabra, originando un efecto significativo producto de su estructuración psíquica.

El psicodiagnóstico también toma en consideración el aspecto observable de conductas, actitudes y síntomas, pero enmarcado en una situación particular donde estos fenómenos van a ser leídos dentro de una trama que conduce a la estructura que los subyace y determina. El síntoma en tanto fenómeno nos habla de la dinámica intrapsíquica..

El sentido matemático de **producto** será adecuado a esta perspectiva: el producto es el resultado de componer los elementos de un conjunto según una ley de composición interna dada. Similarmente, la implementación de técnicas proyectivas permiten al sujeto crear una singularidad de respuesta, con una estructura, una composición interna isomorfa a la estructura de la personalidad.

“Será este nuestro objetivo básico: partir de discursos que nos permitan una cierta articulación recíproca sobre la constitución del Hombre en tanto sujeto y en cómo éste nos muestra a través de un “montaje”, la estructura que lo determina.”¹

¹ Schwartz, Liliana. *Efecto de la articulación entre la lingüística y el psicoanálisis para la interpretación en las técnicas proyectivas.*

Al referirnos a ESTRUCTURA hablamos de un conjunto de elementos y las leyes de composición interna de esos elementos; un modelo que patentiza las relaciones que operan determinadas por él mismo. Relaciones objetales interiorizadas, posicionamiento del sujeto con respecto al lenguaje; esta estructura posee un funcionamiento y regulación propios que determinarán los observables empíricos con los que nos enfrentamos. Estos observables empíricos cobran para nosotros importancia en tanto son la vía de acceso a la peculiaridad del sujeto y no un dato para la categorización o para el forzamiento artificial que implicaría incluirlo en un determinado cuadro psicopatológico donde se perdería “el valor metafórico de sus manifestaciones a través de las cuales se simboliza”.²

“El dispositivo psicodiagnóstico, entonces, a la vez registra y promueve ciertos trazados específicos de cada subjetividad. La subjetividad hará letra en el psicodiagnóstico, escucharemos un habla que marcará palabra para hacerse reconocer en su singularidad y diferencia.”³

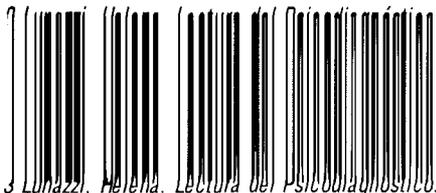
Queremos destacar el hecho de que se *promueve*, se incita a la producción en un marco donde no está uno observando un cuadro sino que se está implicado en la escena. No se es sólo un testigo de cómo el sujeto organiza sus respuestas, actitudes, comentarios, gráficos, etc. sino que también se es partícipe de todo el proceso que comprende un psicodiagnóstico.

DENTRO DEL PSICODIAGNOSTICO...

Estas diferencias en cuanto a la modalidad de acceder a lo observable también están presentes en las distintas maneras de entender las técnicas psicodiagnósticas.

Dentro de, por ejemplo, la aplicación y el estudio la Técnica de Rorschach podemos encontrarnos con posturas que desde una perspectiva epistemológica

² Ídem.



basada en el empirismo positivista también considera las respuestas del sujeto a esta técnica como datos empíricos. Estas posturas hacen un reduccionismo del Rorschach, limitándose a lo que el sujeto *dijo*, excluyendo el *cómo lo dijo* y cómo refiere habérselo representado. Deja de lado el análisis cualitativo y contextual de la situación Rorschach. Según Exner, autoridad en esa postura, el método se reduce a “estudiar los recursos disponibles en el sujeto para resolver problemas”, para lo que son necesarias una serie de operaciones psicológicas complejas que culminan en la toma de una decisión y la entrega de la respuesta. Respuesta a ser sometida a un análisis estadístico.

Habrían ,así, dos posibles polos en la concepción del Rorschach: uno descriptivo-estadístico y otro psicodinámico que, sin embargo, no descuida la referencia a la información normativa.

Privilegiamos un enfoque integral capaz de comprender a la persona como un Todo, envuelta en una circunstancia vital con una historia que le es propia, en una red vincular particular.

O sea, no sólo *diagnosticar* sino saber de qué estamos hablando cuando categorizamos a un sujeto.

Lic. Emilio Tomadoni.

Lic. Andrés Mazur.

BIBLIOGRAFIA

1. Bercherie, Paul: *¿Mescolanza de Idiomas o Desorden Completo?*. Le Magazine Freudienne N°3. 1981. Manual Diagnóstico Estadístico de los desórdenes mentales. Asociación Psiquiátrica Americana. EP. Masson. Barcelona.
2. Freud, Sigmund: *Psicoanálisis y Psiquiatría*. Obras Completas. Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva Madrid. 1968.
3. Kaplan, Harold: *Tratado de Psiquiatría / VI*. Tomo I. Ed. Intermédicas. 1997.
4. Lunazzi, Helena: *Lectura del Psicodiagnóstico*. Ed. Belgrano. 1992.
5. Lunazzi, Helena: *Estudiando Rorschach*. Ed. de la UNLP. 1997.
6. Schwartz, Liliana: *Efecto de la Articulación entre la Lingüística y el Psicoanálisis para la Interpretación en las Técnicas Proyectivas*. VII Congreso Latinoamericano de Rorschach. 1988.
7. DSM-IV. 1995.