

Las variaciones diagnósticas

El eterno retorno de lo igual

Por Daniel Pérez Sucunza

A Lia, que me mostró el alma de los niños.

Introducción

El tema del diagnóstico en clínica con niños con serias dificultades en la estructuración subjetiva cobró relevancia en los últimos años debido al carácter estigmatizante de algunas etiquetas diagnósticas, que comenzaron a usarse indiscriminadamente y fuera de contextos adecuados. Las críticas al sistema clasificatorio americano, tanto como propuesta totalizante y bajo alguna perspectiva degradante del saber psiquiátrico, son centro del análisis desde una perspectiva de la patologización de la infancia.

Coincidiendo con las propuestas de no subrogar la subjetividad de un niño a una serie de signos presentes en la descripción nosográfica es menester interrogar acerca de la utilidad clínica del acto de diagnosticar.

Simplificando ¿Es posible diagnosticar sin arrasar la subjetividad?

¿Cuál sería la utilidad de diagnosticar en psicoanálisis?

¿Es posible vulnerar la asociación entre diagnosticar/ etiquetar y marcar destino social, siendo un acto mágico que produciría una serie de consecuencias insalvables?

Un poco de historia

La perspectiva freudiana enseña una continuidad entre fenómenos patológicos y la normalidad, que se evidencia cuando la única psicopatología sobre la que escribe, con esa denominación, es la de la vida cotidiana. Aunque también en los comienzos de su obra inscribe al proceso analítico como el trabajo

de elaboración de las miserias neuróticas y su transformación en miserias de la vida.

En la conferencia 17 introduce la diferenciación entre síntomas típicos y de expresión histórica poniendo énfasis en dos vertientes: tipicidad y devenir histórico del sujeto. Además, plantea la diferencia entre psiquiatría y psicoanálisis, pero no en forma opositiva sino explicando las diferencias de posición.

“[...] El sentido de los síntomas reside, según tenemos averiguado, en un vínculo con el vivenciar del enfermo. Cuanto más individual sea el cuño del síntoma, tanto más fácilmente esperaremos establecer este nexos... Pero lo hay - por cierto, son muy frecuentes- de un carácter entero frecuentes. Es preciso llamarlos síntomas típicos de la enfermedad; en todos los casos son más o menos semejantes, sus diferencias individuales desaparecen o al menos se reducen tanto que resulta difícil conectarlos con el vivenciar individual del enfermo y referirlos a situaciones vivenciales singulares [...]”⁴

Ya en el creador del psicoanálisis hay concepciones de salud, enfermedad, tipicidad y carácter histórico de los cuadros clínicos.

Cómo organizar conceptualmente la tensión existente entre estos cuatro elementos, que de alguna forma insisten, es una pregunta incesante.

Una de las vías es analizar la posición conceptual del que diagnostica. Rene Loureau, institucionalista francés, trabaja el concepto de implicación paradigmática vinculándolo a lo que denomina efecto Heisenberg, el físico alemán que postulo el principio de incertidumbre donde no se puede soslayar la posición del investigador.

Este concepto nos ubica en las consecuencias de la lectura que se realiza de acuerdo a la perspectiva teórica.

La disputa de los diagnósticos no es algo nuevo, estuvo presente desde el inicio de la psiquiatría tal como lo muestra Lanteri Laura en lo que denomina paradigmas del desarrollo psiquiátrico. En la década del 60 con la aparición de la anti-psiquiatría y algunos psicoanalistas cercanos a esta concepción, como Maud Mannonni, comienzan con prácticas que intentan desmedicalizar la locura, romper el nexo locura y destino social. La locura no había que tratarla sino sólo recibirla: Kinsey Hall y Bonneil son expresiones de este emprendimiento donde el arte, el juego y la creación tienen un lugar central en esta recepción. La curación se daría en el espacio del “entre” del consultante y el dispositivo ofrecido para la recepción.

Sobre el diagnóstico y sus decisiones

Partamos de una serie de afirmaciones.

El diagnóstico es un acto profesional complejo que en principio intenta construir una hipótesis del estado del niño y su medio. Fundamentalmente produce una maniobra inicial que corresponde a los movimientos de apertura que nos aproximan a la indicación de tratamiento

Incluye otras miradas cuanto más compleja sea la situación del niño y la familia, abriendo en el acto de diagnosticar la inclusión de posibles factores que inciden en el sufrimiento por el cual se consulta.

El diagnóstico también incluye la necesidad de indicar el tratamiento pertinente, ya sea en el vector que incluye el sostenimiento del campo transferencial como aquel que compete, cuando la situación lo amerita, el trabajo con otros profesionales y el medio del niño (familia e instituciones escolares). Además, es pertinente incluir en la hipótesis diagnóstica ciertos condicionantes del crecimiento del niño, que incidirían en un desarrollo saludable.

Se diagnostica patología o crecimiento saludable, por lo tanto, coincido con Marisa Rodulfo cuando señala con relación a la indicación de tratamiento:

“[...] Si Freud le dio tanta importancia a los primeros encuentros con el paciente adulto como para paragonar este tiempo con las aperturas de ajedrez, cuya extrema diversidad es bien conocida, esta complejidad no hace sin intensificarse notablemente cuando se trata de la consulta por un niño, pues muchas cosas dependen de un comienzo adecuado y no pocas veces, si el analista yerra en sus hipótesis, se malogra lo que hubiera sido un tratamiento posible. Otras veces una concepción mecánica de apertura lleva a iniciar un tratamiento sin justificación clínica suficiente [...]”ⁱⁱ

Muchas consultas se realizan en función de confirmar diagnósticos ya realizados y somos convocados en el lugar de especialistas, y tomando palabras del M.Mannoni, es esperable que actuemos contra el diagnóstico.

Tomaré recortes clínicos para mostrar el borde dificultoso de los procesos diagnósticos.

Benito al momento de la consulta tiene 5 años. Había dejado de concurrir al Jardín de infantes por las continuas dificultades en su comportamiento. En el relato de los padres se verifica que entra en periodos de agitación que casi siempre concluyen con algún episodio de agresividad o conductas disruptivas.

Los padres refieren que cualquier límite o frustración en el hogar producen crisis similares.

Ellos habían decidido discontinuar la concurrencia al Jardín ya que circulaba, tanto entre los padres de los otros niños como en el personal docente, un mote para Benito: el TGD.

Los padres preguntan mucho por el mencionado diagnóstico, hacemos todas las aclaraciones respectivas.

La madre refiere su angustia frente al rechazo hacia su hijo de la institución y los padres de los otros niños. No se relevan en las entrevistas preliminares datos significativos del desarrollo. Tuvo una intervención quirúrgica intestinal a los 11 meses y la madre dice, a partir de ciertos conocimientos, que no tuvo angustia de octavo mes. Hay algún episodio poco precisado que involucraba la mordedura de un perro que revestía cierta gravedad cercana a los tres años. A partir de ese suceso las situaciones de angustia se incrementaron.

Sobre el tratamiento psicológico que llevaba adelante refieren que la colega le decía que era un poco fantasioso, teniendo una sesión semanal de psicoterapia.

Acordamos en realizar un proceso diagnóstico.

En el trascurso de las entrevistas preliminares se puede observar cómo el niño va mostrando con juegos, dibujos y comunicaciones lo que le está sucediendo.

Accede sin mayores inconvenientes a la consulta, casi sin vivenciar nuestra compañía como extraña. La prosodia del lenguaje es particular y con un uso inestable de los pronombres personales.

Muy desorganizado el uso de los objetos y con dificultades para respetar las reglas de juegos muy sencillos, que cuando pierde culminan en estallidos que implican golpes a las personas, rotura de juegos y juguetes.

Acompaña todo con angustia de destrucción y comienzan a aparecer ideas mal sistematizadas sobre unos fantasmas que lo quieren matar. Frente a estas ideas la angustia se incrementa y pregunta si podemos hacer algo para que lo dejen tranquilo. Se evidencian la amenaza de la ruptura de la continuidad, la desorganización del sentimiento de sí y las relaciones que establece con la realidad. Esta situación clínica se va desplegando progresivamente y transformándose por obra del jugar.

Finalmente concluimos dicho proceso diagnóstico indicando un tratamiento acorde con la perspectiva clínica:

Interconsulta psiquiátrica tras la cual es medicado con neurolépticos.

Cambio de institución escolar y acompañamiento a la familia en la selección de la más adecuada a las características de su hijo.

Acompañamiento terapéutico en la institución escolar, que progresivamente pudo ser retirado.

Tres sesiones semanales de tratamiento psicoanalítico y tres sesiones semanales de psicomotricidad.

Frente al contraste de la indicación, el padre, entre asombrado y preocupado, pregunta si con “todo eso” se va a curar; la respuesta, aunque parezca sugestionante o apresurada, es afirmativa.

Coincidimos con Marisa Rodulfo cuando propone:

“[...] Si puedo imaginarlo en una posición otra de aquella que lo recibo, estoy éticamente habilitado para iniciar un tratamiento; es decir, si pienso que voy a poder trabajar para modificar su situación inicial estoy en condiciones de tomar ese paciente [...]”ⁱⁱⁱ

Otra consulta es de Graciela, niña de 10 años. El motivo de consulta de los padres es crisis de angustia y un progresivo temor a concurrir a la escuela.

En las entrevistas iniciales se despliega la historia de la niña: tiene una hermana gemela; cuando tenían seis años se sospecha de una enfermedad grave, por lo cual deben ser estudiadas para confirmar el diagnóstico. Finalmente, después de mucho tiempo de exploraciones y la espera angustiada de la familia, se concluye que son niñas sanas. No hay elementos significativos en el relato, aunque ambos padres la indican como una niña sensible.

En las entrevistas con la niña cuenta que la maestra es poco tolerante y grita mucho, que no sabe por qué no les tiene paciencia a los niños. Además, hace referencia a que quiere a esta maestra pero no entiende porque no es recíproco.

Recorto una escena puesto que es la que evidencia la angustia de la niña: *“Estábamos en el patio y empezó a los gritos, me miro y me dijo: “Graciela: no sos nada””*.

Escucho la sensibilidad de la niña y el impacto fantasmático de la frase, pero parece decisivo intervenir sobre el medio. A tal fin convoco a los padres para extenderle un certificado de reposo escolar, en el cual escribo *“Paciente de diez años con crisis de angustia y signos distímicos reactivos a situación escolar”*, con la sugerencia de solicitar una entrevista con los directivos para revisar la situación.

Con estos recortes clínicos queremos destacar la iatrogenia que produce la etiqueta diagnóstica que suple el nombre del niño, así como las consecuencias del sub-diagnóstico que llevan a una indicación inadecuada, sin ningún efecto saludable en el niño y su familia.

Jugando con la convocatoria de la Jornada¹, el diagnóstico pone la salud en juego y como el jugar tiene diversas variaciones puede producir aperturas o clausuras en el caso que no se dimensione su importancia.

Al respecto, si bien coincido en la disputa simbólica y clínica presente en la perspectiva de patologización de la infancia, propongo interrogar las dificultades que esta perspectiva presenta:

a) El rechazo irreflexivo a perspectivas de otras disciplinas, fundamentalmente la médica, atribuyendo una dimensión únicamente discriminativa, segregante y medicalizante, dejando de valorar los avances diversos de las neurociencias.

b) La limitación de pensar al psicoanálisis y sus desarrollos como los más valiosos desperdiciando oportunidades de enriquecer nuestra perspectiva con el fin de atender problemáticas novedosas y cada vez más complejas.

c) La dificultad clínica para compartir con los consultantes las conclusiones del proceso u omitir, en el caso de ser solicitado, el diagnóstico y sus posibles derivaciones psicopatológicas.

Luego de estas aproximaciones, considero que de estas concepciones se desprenden formas de abordaje, que permiten circunscribir el aspecto asistencial.

A tal fin enumeraremos aspectos que nos parecen relevantes en la atención de niños.

No intenta ser una prescripción sino la modelación de la herramienta personal, clínica, acumulada en años de desarrollo profesional.

¹ Este texto fue presentado en el marco de la XX Jornada de Niñez y Adolescencia: “La Salud en Juego. Prevención y Terapéutica”, la cual tuvo lugar el 4 de noviembre de 2017 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

- 1) Una concepción de sujeto que incluye: constitución subjetiva a partir de Otro de los cuidados, ubicado en una trama significativa particular.
- 2) Que el infans no es una tabula rasa que será modelado por la presencia del otro, discurso del otro y los significantes que ofrezca sino más bien un sujeto en constitución que da procesamiento a las mencionadas inscripciones. La idea de significantes enigmáticos, mito familiar y procesos de metabolización son conceptos que permiten ceñir la idea precedente, y que dan sustancia al trabajo analítico; es decir, el sujeto podrá hacer algo con su lugar en la trama significativa. Esta trama se define con anterioridad al nacimiento y las claves se pueden rastrear en el mito familiar y las transcripciones generacionales
- 3) Que frecuentemente alteraciones de orden orgánico dificultan las posibilidades de los niños de metabolizar, procesar psíquicamente; que funcionan como condicionantes, pero no como factor etiológico único.
- 4) Que existen alteraciones de la estructuración subjetiva diagnosticables a partir de su forma de presentación. Además, estos niños implican una puesta a prueba a la teoría psicoanalítica en relación a la constitución subjetiva, lo cual acarrea consecuencias que obligan a repensar los presupuestos teóricos. Nunca más precisa la aclaración que hace Piera Aulagnier -enemiga de los dogmatismos- sobre la importancia para la clínica analítica de lo que ella conceptualiza como *teorización flotante*.
- 5) Que no se pueden abordar problemáticas complejas desde una perspectiva disciplinar, sino que siempre deben considerarse, tanto en el diagnóstico como en la indicación del tratamiento, en perspectivas que recorten el problema común y que contribuyan a una respuesta interdisciplinaria. El articulador central tendría que ubicarse en relación a la particularidad de ese niño y no a tipicidad de lo que presente, evitando de esa manera fragmentaciones y parcialidades, que alienen al sujeto por advenir en la supuesta consistencia del saber profesional.
- 6) Mantener una posición de humildad en relación a los avances y posibilidades de tratamiento, tratándose de problemáticas donde los alcances terapéuticos son muy modestos. Esta humildad no debe confundirse con pesimismo, porque también se pueden constatar evoluciones importantes cuando son tomadas a tiempo. Las preguntas de

los padres sobre las posibilidades de cura son recurrentes y ocupan el centro de la escena.

- 7) Confiar más en las posibilidades de recibir y sostener transferencialmente en consulta a un niño, que en la “inteligencia” desarrollada en las inferencias altamente conceptuales que posteriormente no se traducen en intervenciones clínicas, posibilitando que la teoría se transforme en nuestro aparato de combate.

Al respecto es esperable que las consideraciones estructurales puedan ser sostenidas en el material clínico producido y no una rápida presunción teórica sin mayor alcance. De lo contrario, ese saber supuesto queda encerrado en quien interviene sin consecuencias directas sobre el niño y su familia.

- 8) Promover el análisis de la situación trasferencial, que no solamente implica análisis personal y supervisiones sino interlocución permanente, de manera crítica, de las hipótesis conceptuales que guíen la dirección de la cura. El mayor riesgo es la reproducción trasferencial de lo producido por el consultante (vacuidad, proyección, acting out, entre otros) con efectos iatrogénicos.

Para concluir utilizaré al poeta que, según Freud, nos consuela sobre la lentitud de nuestro conocimiento y que es aplicable a todos los procederes clínicos.

“Lo que no puede tomarse volando

Hay que alcanzarlo cojeando

La escritura dice; cojear no es pecado”^{iv}

Bibliografía

- Loureu, R. (1967): *El análisis institucional*, Amorrortu Editores.
- Mannoni, M. (1970): *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, Siglo XXI.
- Lanteri, Laura G. (2000): *Ensayos sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Triascastela.

Lic. Daniel Pérez Sucunza (pesucunza@hotmail.com): Profesor adjunto de la materia Clínica II: Niñez y adolescencia Universidad Nacional del Comahue Neuquén, Argentina - Supervisor de equipos interdisciplinarios de niños con patología grave - Director del Programa de Extensión Niños con trastornos en la estructuración subjetiva, UnComa - Co-autor del libro *Disputas en el campo de la salud mental - Prácticas alternativas en el hospital psiquiátrico*, publicado por oficina de publicaciones del C.B.C. U.B.A.; primera edición, junio, 1997 - Desarrolla actividades docentes en diversas Universidades públicas y privadas.

ⁱ Freud, S. (1916): Conferencia 17, Tomo XVI, Amorrortu Editores, página 247.

ⁱⁱ Punta Rodulfo, M (2016): *Bocetos psicopatológicos*, Paidós, página 51.

ⁱⁱⁱ Punta Rodulfo, M, ob. cit. pag.66.

^{iv} Cita del poeta Rückert, quien versiona, a su vez, a Abu Hariri, filólogo árabe.