

Reflexiones Sobre Usos y Abusos del Test de Rorschach en Salud Pública

Reflections on Uses and Abuses of the Rorschach Test in Public Health

Niklas Bornhauser

Universidad Diego Portales

Universidad Academia de Humanismo Cristiano

Daniela Granados

Actualmente, los tests psicológicos cumplen una importante función al interior del sistema de salud pública. Se examinan los principales propósitos a los cuales sirve el test de Rorschach, en particular, y se discuten algunas consecuencias para la práctica clínica. Dicha problemática es abordada desde la teoría de los discursos y ciertas consideraciones derivadas de una teoría contemporánea de subjetividad.

Palabras Clave: *psicometría, epistemología, práctica clínica, sujeto.*

At present, psychological tests carry out an important function inside the public health system. This article examines the main purposes served by the Rorschach Test and discusses some consequences for clinical practice. The problem is considered using some elements from discourse theory and certain considerations derived from a contemporary theory of subjectivity.

Keywords: *psychometrics, epistemology, clinical practice, subject.*

Las meditaciones y consideraciones expuestas a continuación arrancan de o se originan –si de orígenes se puede hablar– en la experiencia clínica, experiencia que, en lo que a este caso singular respecta, acontece y se inscribe en el marco de una práctica profesional en psicología clínica. Concretamente, la experiencia en cuestión tiene lugar a propósito de las atenciones clínicas efectuadas al interior de una Unidad de Salud Mental, dependiente de un hospital de la V región y de la significación que le es asignada a dichas atenciones. En las respectivas supervisiones docentes, efectuadas a propósito de las atenciones realizadas por la practicante, surgieron algunas de las inquietudes y sospechas, dudas y preguntas que posteriormente fueron sistematizadas y presentadas en el contexto de una reunión clínica interdisciplinaria. De este modo, las reflexiones que se expondrán a continuación pueden ser leídas como el testimonio de las primeras incursio-

nes clínicas en el ámbito de la salud pública y su ulterior elaboración mediante el acto de la escritura.

La práctica profesional que brinda el contexto académico en el cual sucede la mentada experiencia, se efectuó en un centro en el cual, como en tantos otros, se brinda un tipo de atención que, en un principio, es definida como médica, y que es ofrecida a la variada y numerosa población proveniente de las diferentes localidades de la provincia, principalmente de zonas y sectores más bien rurales. Específicamente, la Unidad de Salud Mental en cuestión atiende a una clientela múltiple y diversa, derivada de los correspondientes centros de atención primaria (policlínicos y otras instituciones), de otras unidades hospitalarias o de cualquier otro servicio público. Los sujetos consultantes, en la medida en que proceden de sectores y estratos desfavorecidos y periféricos, situados en las afueras de los centros o núcleos sociales hegemónicos o predominantes, por consiguiente, ya vienen con una carga previa de marginalidad y exclusión, una determinación previa que, como se verá más adelante, será acentuada y subrayada sucesivamente por la lógica imperante a la cual son sometidos por su inclusión en el sistema de atención.

Niklas Bornhauser, Facultad de Ciencias Humanas y Educación, Universidad Diego Portales. Escuela de Psicología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. La correspondencia relativa a este artículo deberá dirigirse a Niklas Bornhauser, e-mail: niklas.bornhauser@gmail.com

Dichos sujetos acuden al mentado centro formulando una demanda de atención, que es correspondida, aunque sea de manera asimétrica y desequilibrante, con atenciones, cuidados o tratamientos, tanto psiquiátricos, psicológicos como psicosociales. Dentro de las principales actividades realizadas por el equipo multidisciplinario, al cual la alumna en práctica se integra en virtud de la función específicamente “psicológica” que ella debe encarnar con tal de asegurar el funcionamiento coordinado de dicho conjunto relacional, se encuentran: diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico, psicoterapia individual y familiar, atención farmacológica, talleres, trabajos en grupos y talleres de capitación.

Con respecto a la primera de las prácticas aludidas, la aplicación del test de Rorschach, una prueba psicológica empleada con cierta frecuencia y sistematicidad en el ámbito de la salud pública, en términos generales, se inscribe en el contexto de las múltiples acciones, operaciones y gestiones, común y consensualmente denominadas “psicodiagnósticas”, realizadas con el propósito de nombrar, distinguir y clasificar un trastorno o una alteración mental¹ (Braunstein, 1980). Específicamente, las reflexiones siguientes están destinadas a examinar algunas de las eventuales consecuencias que se desprenden de un determinado uso u empleo del test, un uso que se da, por lo general, en un contexto clínico más amplio, responsable de aportar el marco socio-simbólico mediante el cual las acciones concretas y particulares reciben su dotación de sentido y, por lo tanto, las cogitaciones que se desplegarán a continuación sólo se relacionan secundaria o derivadamente con el test de Rorschach “en sí” o “como tal” –de existir tal cosa. Consiguientemente, lo dicho a propósito de un quehacer determinado, vinculado con fines didácticos a una prueba determinada, más allá de sus características y propiedades particulares, se puede aplicar a la práctica clínica en general.

¹ Efectivamente, la tan difundida práctica de la clasificación de los “trastornos mentales” se encuentra con la monumental dificultad de que ésta, a diferencia de lo que habitualmente suele acontecer en el campo de las ciencias biomédicas, carece de un suelo corporal sólido y seguro, en el cual hundir sus raíces botánicas, con lo cual las categorías con las cuales opera suelen ser entidades difusas, malamente delimitadas y entremezcladas, sujetas a un importante grado de variabilidad. Consiguientemente, las enfermedades mentales, a las cuales habría que atribuirles una materialidad fundamentalmente simbólica, al menos primariamente sólo existen en el correspondiente espacio clasificatorio, basado en el reconocimiento y la designación de diferencias de reciprocidad entre los términos en cuestión.

En ese sentido, se podría decir, parafraseando a Lacan (1991), que el Rorschach en tanto prueba psicodiagnóstica, a este nivel, hace de sostén y de soporte (*Träger*) del discurso médico, que adopta la forma del discurso amo, dado que no admite la idea de una posición supuesta hacia un saber frágil, incierto y falto de garantías, sino que prima la convicción acerca de un saber axiomático, irrefutable y certero, impuesto por otro (Lipowatz, 1982; Widmer, 1983). Ante semejante coerción cognoscitiva la dimensión del significante cede, retrocede hasta el punto de desaparecer, evocando las siguientes preguntas: ¿cómo sucede eso? ¿Cuál es la finalidad del uso de una prueba como el Rorschach en el contexto señalado?

La respuesta más espontánea –e ingenua– apunta a que en un inicio, el “uso” del test de Rorschach se reduciría únicamente a la formulación “objetiva” de un diagnóstico y su ulterior comprobación, en resumen, un acto –comunicacional– neutro, desprendido y desinteresado. Sin embargo, como se desprende inmediatamente de lo anterior, esta respuesta, generada lisa y llanamente, al desatender las relaciones entre una cierta praxis, en este caso, psicodiagnóstica, y su correspondiente contexto epistemológico, discursivo, social, etc., no agota la(s) pregunta(s) inicialmente planteada(s), sino que, más bien, descubre y abre otras vertientes problemáticas, que aguardan ser resueltas.

A propósito de lo anterior, conviene recordar en este lugar que la principal preocupación de este sistema, llamado “sistema de atención secundaria” –el cual se impone, desde un principio, como una categorización y agrupamiento de determinadas patologías–, consiste en abarcar y englobar la mayor cantidad de trastornos “mentales”, preformulados y preespecificados a nivel gubernamental, definidos, a su vez, en consonancia con las principales líneas directrices que engloban las políticas de salud actuales. Por lo tanto, la aspiración de dichas instituciones, inscritas en el marco y recuadro señalado, apunta a ubicar, colocar y fijar en dichas categorías apriorísticas al mayor número posible de individuos, los cuales, mediante los correspondientes manuales estadísticos, son reducidos a una expresión numérica, aprehendida y apresada en una especie de catálogo, que agrupa y ordena las patologías anteriormente distinguidas y correctamente denominadas.

¿A Quién se Atiende?

¿Se trata de una atención a quién o a qué? ¿A un paciente que padece?

No, a un paciente no. Ahí donde podría haber un paciente entendido al modo de la psicología clínica, un sujeto hablante, un *parlêtre* (Braunstein, 1982; Lacan, 1966; Lang, 1973), éste es reducido, al ser entendido exclusivamente al modo de la clínica de lo observado, a su corporalidad material, su sustrato físico o soma, considerado como signo a ser mirado en su superficie corporal (Foucault, 1986), donde los síntomas cobran un sentido que nada tiene que ver con el sujeto del inconsciente, sino que, más bien, con un saber amo, un saber que Otro impone, donde prima el deseo del médico, que perfectamente puede ser encarnado por un psicólogo o cualquier otro profesional de la salud, deseo de curar. Éste prima y se coloca por sobre el deseo de desear del sujeto, sofocando y acallándolo, haciendo oídos sordos al llamado de otra escucha, escucha desde lo significativo (Brotbeck, 1988). Desde la mirada de lo observado, aproximación privilegiada de la medicina y la psiquiatría, el énfasis está puesto en el cuerpo connotado en la objetividad, en su materialidad objetivada, su carácter empírico-fáctico, reducción epistémica con la cual el sujeto –de lo inconsciente– se disuelve, se desvanece y finalmente desaparece, para quedar disminuido a su mera objetividad a ser leída según el insobornable canon de moldes categoriales y pautas conceptuales prestablecidas desde una lógica asubjetiva, tendiente a la aniquilación del sujeto.

Esto sucede así, por ejemplo, cuando a un paciente que asiste al centro diciendo sentirse “deprimido”, sin siquiera plantear la posibilidad de cuestionar la posición subjetiva de aquel que, de entrada, se autodenomina “deprimido”, se le interroga si, además de lo anterior, en las últimas dos semanas ha sufrido una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, insomnio o hipersomnolia, fatiga o pérdida de energía, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, completando de esta manera los criterios diagnósticos necesarios para poder hablar de un episodio depresivo mayor según el DSM-IV. Nuevamente, no se trata de discernir si la definición aportada por el manual psiquiátrico es “buena” o “mala”, sino de reparar en la incidencia de semejantes categorizaciones en un ejercicio clínico mecánico, irreflexivo y acrítico, identificado a los poderes amos.

El dictamen –prematureo– de depresión, en este caso, viene a obstaculizar que el sujeto, una entidad conceptual que es excluida a priori y tajantemente mediante la aplicación ciega e irreflexiva de esta categoría diagnóstica sintomática y descriptiva, de la cual se siguen automáticamente las medidas terapéuticas a ser iniciadas, se acepte como doliente. Es como si, el reconocimiento de la enfermedad por parte del profesional de salud mediante, se enalteciera y se volviera respetable un sufrimiento que, de no corresponderse con alguna categoría clínica establecida, tendría que callarse y, por consiguiente, ocultarse por deshonroso e incalificable. Siguiendo a L. Israel (1979), se podría decir que la medicalización inherente al acto diagnóstico unidimensional, ejecutado exclusiva y únicamente desde la lógica biomédica, consiste en conducir al sujeto hablante a no ser más que un organismo enfermo².

En franco contraste con la (in)comprensión de sujeto, en la que se sustenta el proceder anteriormente descrito, el análisis contemporáneo del sujeto (Frank, Raulet & Van Reijen, 1988), en lo que sus posibilidades de constitución y existencia respecta, requiere que éste, más que ser pensado como una sustancia, una suerte de esencia clausurada, concluyente y definitiva, sea concebido no solamente como una forma, categoría del pensar que tradicionalmente se suele oponer a la idea de esencia o sustancia (Ebeling, 1993), sino, de manera adicional, como una forma que “no es sobre todo ni siempre idéntica a sí misma” (Foucault, 1994, p. 123), es decir, como una forma voluble, cambiante y, a ratos, caprichosa (Zizek, 2000). Por consiguiente, si realmente queremos hacernos cargo de la pregunta por el sujeto, superando los reduccionismos y las sobresimplificaciones abreviadas y facilistas, en primer lugar, se hace necesario rechazar categóricamente toda concepción o teoría apriorística de sujeto y, segun-

² Un diagnóstico de depresión, en todo caso, como se puede inferir a partir de las palabras de E. Roudinesco (1999), siempre debe hacerse teniendo en cuenta las condiciones socio-históricas de la época, pues actualmente, en contraste con la sociedad imperante a fines del siglo XIX, cuyo paradigma psicopatológico era la histeria, se puede hablar de una genuina “sociedad depresiva”, con lo cual aquella manifestación psíquica denominada “depresión”, bajo cualquiera de sus variaciones, presenta algunas diferencias cruciales con la eventual depresión de antaño. No resulta sorprendente que el conformismo generalizado contemporáneo, caracterizado, entre otros, por la renegación radical de la muerte, completamente un higienismo social propio de un mercado –neoliberal– de consumo, cuyos criterios principales son la eficiencia, la eficacia y la rentabilidad económica.

do, se torna una exigencia imperativa el centrar la discusión a propósito del sujeto en los respectivos modos de producción de subjetividad asociados a ciertas prácticas discursivas³ (Zima, 2000), circunscritas a su vez a momentos históricos o incluso épocas determinadas⁴.

De esta manera, la consideración del problema del sujeto en el marco de los sistemas de atención secundaria requiere, por un lado, pensar al sujeto a partir de sus procesos de constitución subjetiva y, por el otro, recoger y dar cuenta, en la medida de lo posible, de la compleja red de factores confluyentes e incidentes en la subjetivación, en suma, ilustrar la sobredeterminación (*Überdeterminierung*) a la cual está sujeto el sujeto contemporáneo en su misma configuración estructurante (Keupp et al., 1999). Desde ya podemos anticipar la sospecha de que la práctica psicodiagnóstica, en tanto ejercicio rutinario y estandarizado, firmemente consolidado al interior del conjunto de prácticas cotidianas en salud mental, juega un rol crucial y decisivo en la conformación y consolidación de dicha subjetividad.

La Escucha, el Discurso, el Sujeto

La escucha, el gesto de aguzar los oídos y de beber las palabras, gesto constitutivo de toda subjetividad en psicología clínica (Milner, 1989), ante la mirada médica, que persigue el propósito de observar, clasificar, medicar y reducir o eliminar síntomas, se torna un estorbo, una molestia o contrariedad. Al momento de estar basada y orientada toda la gestión y todo el manejo de las enfermedades mentales al cumplimiento y la consecución de metas preestablecidas, metas formuladas e impuestas desde una lógica predominantemente administrativa y burocrática, la escucha clínica no solamente se con-

vierte en un contrasentido y en un núcleo de resistencia, sino que se torna tácticamente imposible.

Del modo en que las ciencias fácticas, aliadas y asociadas con los poderes amos, se proponen hacer olvidar el drama subjetivo, se podría conjeturar que no forcluyen al sujeto, lo que supondría un funcionamiento psicótico, sino que, más bien, no quieren saber nada de la verdad de lo que significa para él su propio acto (Eidelsztein, 2001).

Pero, entonces, retorna la pregunta: ¿cuál es la función del test de Rorschach en un sistema como éste?

Ya lo hemos dicho —el diagnóstico. El esfuerzo, sistemático y metódico, encarnado en una serie de aparatos y maquinarias protésicas, está puesto en determinar un conjunto de signos, que puedan tener el valor de un síndrome (ya sea depresivo, maniaco, bipolar, esquizofrénico, orgánico, etc.), que pueda correlacionarse positivamente con un complejo relacional de acciones terapéuticas y psicofarmacológicas (Braunstein, 1975). De esta forma, el diagnóstico responde a una demanda social, política y económica, donde cada producto farmacéutico, cada *pharmakon* (Derrida, 1972), se relaciona a un diagnóstico determinado, que disminuirá o reducirá la carga sintomática y, de la misma forma, acalla, enmudece, silencia al sujeto. El test de Rorschach, puesto en esta mecánica procedimental, pragmática y eficiente, en cuanto instrumento descriptivo avalado y respaldado por las ciencias fácticas, aporta su correspondiente contribución al etiquetaje de un nombre que borre toda subjetividad. En este sentido, dicho en palabras más módicas, cobra un valor iatrogénico, en tanto hace desaparecer al sujeto de la demanda (Kaltenbeck, 1986a, 1986b).

Conviene recordar que tanto la ciencia psiquiátrica misma como las ciencias asociadas y derivadas, en tanto disciplinas híbridas, levantadas sobre los cimientos históricos, sociales y cognoscitivos de la Modernidad, debido a su singular condición epistémica (Braunstein, 1980), tanto teórica como prácticamente son impensables sin la coexistencia simultánea de una extensa e imbricada trama de instituciones de sujeción y control, entre las cuales figuran, por ejemplo, la cárcel, la escuela, la fábrica, el hospital y, por supuesto, el manicomio. El ejercicio constante y minucioso del poder, ejercicio facilitado por la estructura panóptica (Bentham, 1791) de estas instituciones, engendra un determinado tipo de *saber* respecto de los sujetos apresados, examinados y vigilados, que se registra de manera permanente, dando origen a diferentes archivos y docu-

³ Una de las consecuencias de la división científica del trabajo consiste en el hecho de que hoy en día resulta prácticamente imposible hablar del sujeto “a secas”, o sea, de construir una definición categórica y definitiva del concepto de sujeto, un significante, que en cada disciplina conlleva otra significación. De esta manera, sólo es posible hablar de un sujeto “de” la filosofía, “de” la lingüística, “de” las ciencias jurídicas, “de” la sociología, etc.

⁴ A propósito de la condición epocal de la pregunta por el sujeto, se ha de registrar que una de las dimensiones más llamativas y más polémicas del llamado debate entre Modernidad y Postmodernidad, una expresión excesivamente general e inespecífica, que en otro momento habría que precisar, efectivamente lo constituye la pregunta por las diferentes modalidades subjetivas pensables al interior de las diferentes epistemologías.

mentos. Este saber, levantado gracias a la vigilancia, el control y la corrección institucional, según Foucault, es la condición y el requisito, al mismo tiempo que la base material, a partir de la cual surgen las ciencias humanas, entre ellas la psiquiatría, la psicología, la criminología, la medicina y la pedagogía (Foucault, 1980a, 1980b).

A partir del análisis de este cuerpo fragmentario de saberes, conformado por modalidades de saber altamente discrepantes y hasta contradictorias, a partir del examen pormenorizado de variados elementos entrelazados que, a su vez, conforman un tejido reticular altamente intercalado, puede ser separada la racionalidad disciplinaria particular, que distingue a los diversos saberes en cuestión y que se encuentra en una relación de continuidad o de complicidad con la lógica imperante. Este entramado relacional, denominado *dispositif*, puede ser definido de manera tentativa como:

Un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red (*réseau*) que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault, 1991, p. 128)

Por un lado, el test de Rorschach forma parte de aquel dispositivo, quedando ubicado en un lugar acotado y preciso, que se define y afirma a través de las correspondientes conexiones y vínculos vehiculizados por un plexo prefigurado de relaciones de reciprocidad. Por el otro, dicho retículo relacional se reproduce, a su vez, entre los diferentes elementos, cuyo interjuego correlativo compone –y descompone– el marco o encuadre lógico-conceptual, a partir de o desde el cual se van a leer las verbalizaciones del paciente. Frecuentemente, en la práctica cotidiana se pasa por alto la necesidad de interpretar cada índice o indicador de acuerdo a su carácter de indicación, es decir, correlacionando y contrastándolo con los demás coeficientes o factores. Concretamente, si bien el tipo vivencial puede entregarnos un patrón o una pauta interpretativa de sumo interés, no por ello se debe olvidar, por un lado, de relacionar este dato con la información corroborada mediante la entrevista clínica, y por el otro, de vincular este antecedente con otros números emparentados –tales como el índice de creatividad, el índice de productividad, la madurez emocional, el

nivel evolutivo de las relaciones objetales, la modulación afectiva, el manejo de la depresión y de la angustia, etc.

En otras palabras, al momento de analizar la incidencia y los alcances del uso del test de Rorschach se vuelve inminente considerar el tipo de relaciones que se establecen entre los diferentes componentes de dicho conjunto. Foucault dice “Entre estos elementos, discursivos o no, existe como un juego, de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, éstas también, ser muy diferentes” (1991, p. 129). La naturaleza del dispositivo, en cuyo entramado se asientan las diferentes pruebas psicodiagnósticas, por consiguiente, es esencialmente estratégica pues, al estar inscrito en un juego de poder y ligado a ciertas formas de saber, se trata de “estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos” (Foucault, 1991, pp. 130-131).

El uso de las pruebas psicológicas en general, y del test de Rorschach en particular, no responde a una eventual inquietud o curiosidad por saber sobre ese saber al que nunca se accederá, del que nunca se sabe, sino, más bien, a la necesidad de comprobación y objetivación de un saber otro, consolidado y prescrito desde otro lugar. En este sentido, la función del test de Rorschach al interior del sistema de atención previamente descrito puede ser circunscrita a la confirmación y ratificación de una hipótesis previa, propuesta e impuesta no por el paciente sino por el Otro amo (que puede ser el médico, el psicólogo, la asistente social, el grupo de la unidad, etc). En esta línea ha de ser interpretada la práctica, difundida tanto entre psicodiagnostadores noveles como en sus pares abotargados y embotados, de tomar cada lámina del Rorschach como si fuera un símbolo en el sentido convencional del término, es decir, como si tuviera un significado único, fijo e inmutable, asociado a la lámina en cuestión de manera fija e invariablemente consolidada. De este modo, una respuesta como “*Un monstruo, se ve grande y oscuro*” corre el peligro de ser interpretada, bajo una transcripción mecánica y maquinal, como enunciado proferido por un sujeto, en cuyo psiquismo “gobierna, de manera despótica y tiránica una figura parental [*sic*] autoritaria y dominante, violenta y arcaica, hacia la cual X establece una relación sumisa, temerosa y timorata”.

Por consiguiente, el psicólogo comportamentalista, apoyado en los sólidos cimientos del behaviorismo, reformado o no, de acuerdo a los preceptos y las prescripciones que de este suelo epistémico se despren-

den, usará el instrumento en cuestión, que para él cobra el valor de “prueba de personalidad”, con tal de objetivar datos y contrastarlos con impresiones categorizadas en “adecuado e inadecuado”, “normal y anormal”, según lo socialmente esperado y aceptado. A partir de ahí procederá a emprender los correspondientes pasos terapéuticos, que pueden consistir, por ejemplo, en la desensibilización y extinción del comportamiento, sin sospechar siquiera que con ello asimismo eliminará toda posibilidad de existencia del sujeto, su verdad, su cura. En otras palabras, “anula la dimensión de lo incurable” (Foulkes, 1994).

Desde aquí, el test de Rorschach, que cumple una función precisa y delimitada al interior de un complejo engranaje secuencial y comportamental, opera como un instrumento de categorización, codificación, clasificación y ordenamiento, quedando en concordancia con la utilidad y funcionalidad de las descripciones nosológicas, como lo son las sucesivas ediciones y reediciones del CIE y del DSM. Debido a la particularidad del objeto de conocimiento de las ciencias *psi*, particularidad que se deriva de sus mismas condiciones de producción, a saber, el hecho de que los procesos y alteraciones atribuidos a los sujetos bajo la forma de diagnósticos no son objetos naturales que estén ya ahí, esperando ser descubiertos por la mirada escrutinadora del profesional de la salud, sino objetos discursivos, creados y sostenidos por las mismas disciplinas, el ejercicio diagnóstico pasa a ser la actividad y el momento más importantes de dicha práctica y el test de Rorschach, así como otras pruebas psicológicas, cumple una función vital en él.

El dispositivo en cuestión, por lo tanto, en la medida en que define una serie de conexiones íntimas y singulares entre saber y poder, permite y condiciona la producción subjetiva, constituyendo al sujeto en la medida en que la vigilancia continua, la escritura ininterrumpida y los castigos y las sanciones reales y virtuales, todos ellos elementos vinculados al ejercicio psicodiagnóstico, dieron marco y soldadura a ese cuerpo así avasallado y le extrajeron una psique. De acuerdo a lo expuesto, el aporte o el interés del test de Rorschach al interior del sistema secundario de atención, una contribución secundaria, que trasciende su lógica interna, consiste en homogeneizar, fijar y coagular al ser⁵ que vive des-

de el lenguaje y su movilidad. De esta manera, respuestas tan dispares y heterogéneas entre sí como “*Dos grandes senos redondeados, voluminosos, voluptuosos, de tonalidades diferidas*”, “*Un camino y al fondo, ahí donde se torna más oscuro, se ven dos árboles*” y “*Un submarino, que se refleja en el agua*” al interior de un mismo sistema clasificatorio, más allá del registro específico de los diferentes contenidos, son tabuladas, en un primer paso de codificación, como respuestas FK y sometidas, en un segundo instante, a los cálculos cuantitativos subsiguientes, tendientes a anular las diferencias específicas. Es decir, se olvida la máxima de la clínica del caso a caso en pro de la pretendida objetividad, del causalismo determinista y del pragmatismo operativo, cualidades que sólo pueden quedar referidas al acto de una demanda medicalizada.

No obstante, como recuerda Foucault, “en el sistema disciplinario, el principio de distribución y clasificación de todos los elementos implica necesariamente un residuo; siempre hay, entonces, algo inclasificable” (2004, p. 74), con lo cual la sujeción de los cuerpos, el doble movimiento compuesto por sometimiento y subjetivación, *assujettissement* (Butler, 1997), será siempre una sujeción fallida, lograda a medias, a la cual escapa un resto inasimilable que se resiste a la clasificación. Es precisamente a partir de esa falla o desperfecto de la consolidación y atadura subjetiva, ese resto intangible evanescente, que se abre la posibilidad de un trabajo genuinamente clínico, más allá de las prescripciones y ordenanzas autoritarias.

¿Y Cuáles son los Resultados más Inmediatos de Esta Práctica?

El resultado o, al menos, uno de los resultados más visibles y palpables del ejercicio psicodiagnóstico masificado y acrítico en la práctica clínica, reside en la creciente cronicidad de los pacientes, la generación y mantención artificial de una verdadera patología de la demanda y el eterno retorno (*ewige Wiederkehr*) en búsqueda de una genuina escucha. Como consecuencia de lo anterior, el padecimiento de la palabra desaparece, el malestar subjetivo se borra, la desazón o el desasosiego estructural deja de articular una demanda, un deseo.

En vez de representar su sufrimiento simbólicamente, de transcribirlo y transportarlo a un registro otro, susceptible de ser escuchado y elaborado, los pacientes, presos de un círculo o de un circuito autorreferencial cerrado, una y otra vez retornan, en

⁵ En estricto rigor, más que de un ser (*Sein*), en virtud del proceso de constitución, subjetiva, que acarrea una pérdida y una alienación primordial insalvables, se debería hablar de una falta en ser, un *manque-à-être*.

búsqueda de soluciones, de atenciones que se suelen traducir en medicaciones.

¿Y Qué Hacemos con Ello?

Una posible respuesta al problema esbozado con anterioridad consiste en plantear el problema del saber y la escucha, de la palabra y el discurso ahí donde el test de Rorschach, independientemente de las intenciones de su creador o de sus estudiosos, más allá de su propia lógica interna, ha sido sometido a prácticas establecidas, prescritas y sostenidas por la constelación conjetural contemporánea del complejo entramado de relaciones de poder biunívocas y covariantes y que caracterizan y definen un determinado momento histórico, sociocultural, epistemológico y, desde luego, macro y micro económico. Una opción alternativa, que si bien, no resuelve el dilema planteado con anterioridad, pero que, al menos, es capaz de formularlo y de tornarlo evidente, estriba en pensar –y proyectar e implementar una práctica cualitativamente alternativa– al test de Rorschach no –únicamente– como un pragmático artefacto instrumental, empleado con el fin de atrapar y enquistar a un sujeto en una categorización formal previa, no como la posibilidad de cristalizar el significante y de detener, de manera estereotipada y repetitiva, la movilidad del lenguaje, de caer en la ilusión –o de ceder a ella– de poder cercar y nombrar, de manera concluyente y definitiva, a aquel opaco núcleo éxtimo del entramado socio-simbólico, que tenaz y obstinadamente se sustrae a todo intento de representación, permaneciendo innombrado, encubierto, inaudible. Entonces, en vez de procurar capturar y aprisionar, el test de Rorschach mediante, a este germen opaco e impenetrable tanto del lenguaje, en cuanto medio constitutivo y determinante del sujeto, como de las dimensiones y factores psíquicos del mismo, se esboza la posibilidad de dimensionar y calibrar la prueba en cuestión no como maquinaria ciega y fielmente reproductora de ciertas categorizaciones ideológicas apriorísticas (Eagleton, 1991), sino de concebir y de valerse de ella como dispositivo, no en el sentido preciso en que Foucault (1983) emplea el término, sino en su versión deleuziana (Deleuze, 1990), es decir, un heterogéneo conjunto plural y multilineal compuesto de líneas de diferente naturaleza, procedentes de diferentes lugares y que siguen direcciones igualmente diferentes, que forman procesos y desarrollos inestables y en permanente desequilibrio, se acercan o se alejan unas de otras, sufren variaciones de dirección, están sometidas a derivaciones, y al interior del cual

se pueden distinguir varias dimensiones: las de lo visible y lo enunciable, la de las líneas de fuerza, la de las líneas de objetivaciones-subjetivaciones. El Rorschach se torna, desde esta perspectiva, en un *medium* (Gadamer, 1960) que propicia la escucha de una palabra sufriente en la dimensión de su propio despliegue en el contexto de lo que llega a configurarse como un caso único, singular e inconfundible.

Una de las principales dificultades a vencer en la implementación de un uso auténticamente clínico del test de Rorschach, de acuerdo a lo expuesto con anterioridad, consiste en que los principales centros formativos y de enseñanza, en tanto aparatos ideológicos de estado (Althusser, 1970), se conforman y operan conforme a las prescripciones y los mandatos verticales. Consecutivamente, ni el médico, ni el psiquiatra, ni los psicólogos en general, son formados para escuchar, sino que cada uno de los profesionales recientemente aludidos, relacionados por una lógica común, busca –por lo general, apresuradamente y por anticipado– el comprender, el tranquilizarse, el apaciguar la propia angustia con una ilusión, que consiste, la mayoría de las veces, en una interpretación destinada principal y primordialmente a confortar y reconfortar a aquel que voluntariosamente se entrega a la ficción de que es él quien la produce.

De este modo, la mentada función asistencial en salud pública, que tanta relevancia cobra en los sistemas de atención secundaria, de manera paralela a lo analizado a propósito de las prácticas difundidas de aplicación e interpretación del test de Rorschach, se sostiene en determinadas pautas y secuencias de acciones avaladas y acreditadas, en última instancia, por un equívoco, un yerro o un desliz, un error epistemológico.

Estamos en condiciones de aseverar que si el Rorschach ha de ser utilizado, más allá de la discusión pormenorizada de los atributos y las cualidades de la prueba misma, esto no debe suceder desde y con miras a la configuración de un saber hermético, clausurado y constituido desde una sólida e inmutable nosología de referencia, desde una comprensión cerrada y concluyente, sino desde una posición delicada y, a ratos, difícil –a no ser que imposible– de sostener, sustentada en el no-comprender, en la escucha despejada y desprejuiciada, la apertura a lo incomprensible, al enigma y al misterio. La relevancia e importancia de una prueba como el test de Rorschach, así como de otras tantas más, por consiguiente, no reside sola y exclusivamente en lo que dice el paciente, en la literalidad de sus enunciados, sino más bien, en cómo y desde dónde

dice lo que dice, y cómo en ello, en las respectivas cadenas significantes desplegadas a partir y median- te la enunciación, algo del sujeto se articula y posiciona, cómo en el despliegue de un discurso se localiza el sujeto del inconsciente.

Referencias

- Althusser, L. (1970). *Idéologies et appareils idéologiques d'Etat. La Pensée*, 151, 3-38.
- Bentham, J. (1791). *Panopticon*. Londres: T. Payne.
- Braunstein, N. (Ed.). (1975). *Psicología: Ideología y ciencia*. México: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI.
- Braunstein, N. (Ed.). (1982). *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. México: Siglo XXI.
- Brotbeck, S. (1988). *Sujet en souffrance*, *RIS*, 7, 57-82.
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power, theories in subjection*. Stanford: Stanford University Press.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balbier, G. Deleuze, L. Dreyfus et al., *Michel Foucault, filósofo* (pp. 155-161). Barcelona: Gedisa.
- Derrida, J. (1972). *La dissémination*. Paris: Seuil.
- Eagleton, T. (1991). *Ideology. An introduction*. Londres: Verso.
- Ebeling, H. (1993). *Das subjekt der moderne. Rekonstruktion der philosophie im zeitalter der zerstörung*. Hamburg: Rowohlt.
- Eidelsztein, A. (2001). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan* (Vol. 1). Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Foucault, M. (1980a). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1980b). *Vigilar y castigar*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1983). *Dispositivo der macht. Über sexualität, wahrheit und wissen*. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1986). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (2004). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foulkes, E. (1994). *Palabra anatómica y orden libidinal*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Frank, M., Raulet, G. & Van Reijen, W. (Eds.). (1988). *Die frage nach dem subjekt*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Gadamer, H. G. (1960). *Wahrheit und methode. Grundzüge einer philosophischen hermeneutik*. Tübingen: Mohr.
- Israel, L. (1979). *El goce de la histórica*. Buenos Aires: Argonauta.
- Kaltenbeck, F. (1986a). *Verweigern des anspruchs*. *Wo Es war*, 1, 22-39.
- Kaltenbeck, F. (1986b). *Vom Anspruch zum Begehren*. *Wo Es war*, 2, 45-61.
- Keupp, H., Ahbe, T., Gmür, W., Höfer, R., Mitscherlich, B., Kraus, W. et al. (1999). *Identitätskonstruktionen. Das patchwork der identitäten in der spätmoderne*. Hamburg: Rowohlt.
- Lacan, J. (1991). *Le séminaire XVII (L'envers de la psychanalyse)*. Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1966). *Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien, Écrits*. Paris: Seuil.
- Lang, H. (1973). *Die sprache und das unbewußte*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lipowatz, T. (1982). *Diskurs und macht*. Marburg: Guattandin und Hoppe.
- Milner, J. C. (1989). *Introduction à une science du langage*. Paris: Seuil.
- Roudinesco, E. (1999). *Pourquoi la psychanalyse?* Paris: Fayard.
- Widmer, P. (1983). *Medizinischer, psychotherapeutischer und psychoanalytischer diskurs*. *Psyche*, 3(38), 195-203.
- Zima, P. (2000). *Theorie des subjekts. Subjektivität und identität zwischen moderne und postmoderne*. Tübingen: Francke.
- Zizek, S. (2000). *The ticklish subject*. Londres: Verso.

Fecha de recepción: Enero de 2006.

Fecha de aceptación: Abril de 2006.