

El autodiagnóstico de un sujeto en el tratamiento psicoanalítico.

Mantegazza, Rita Ana.

Cita:

Mantegazza, Rita Ana (2006). *El autodiagnóstico de un sujeto en el tratamiento psicoanalítico. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-039/135>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e4go/v2y>

EL AUTODIAGNÓSTICO DE UN SUJETO EN EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Mantegazza, Rita Ana
Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Se presentan a la consulta sujetos que se autodiagnostican de distintas formas, algunos ejemplos son: "soy fóbico social", "tengo TOC", "soy drogadicto", "tengo ataque de pánico", "soy alcohólico" y muchos más. Estos diagnósticos, si bien los obtienen de algún otro social (revistas, televisión, páginas Web, psiquiatras, radios, etc.) son aceptados y tomados por estos sujetos, encontrando en estas clasificaciones "algo" que da cuenta de su padecer. Mi pregunta es situar la influencia de esta forma de presentación de un sujeto en los tratamientos psicoanalíticos.

Palabras clave

Autodiagnóstico Síntoma Autoclínica Transferencia

ABSTRACT

SELF-DIAGNOSIS IN PSYCHOANALYTIC TREATMENTS

Subjects attend sessions making a self-diagnosis in different ways, for example: "I'm a social phobic"; "I suffer from a compulsive-obsessive disorder"; "I'm a drug addict"; "I've got a panic attack"; "I'm an alcoholic"; among others. Although patients get these diagnoses from other social self (such as magazines, television, web pages, psychiatrists, radio, etc.), they accept and incorporate them, finding in these classifications "something" that reveals their suffering. My question is based on determining the influence in psychoanalytic treatments of this particular way a patient has to introduce himself.

Key words

Self-diagnosis Symptom Self-clinic Transference

Participo, junto con otros colegas, del proyecto de investigación cuyo título es "La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social. El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos específicos del psicoanálisis". Nuestra concepción del diagnóstico no se plantea como clasificación del síntoma a partir de un saber exterior; por el contrario, se basa en la perspectiva del sujeto, en cuanto a su participación en la producción del síntoma.

¿Quién diagnostica? ¿Cómo afecta el diagnóstico al paciente? ¿Qué efectos tiene sobre el terapeuta? Son preguntas que nos estuvimos haciendo en la investigación a partir del trabajo con postulantes admitidos en el Servicio de Clínica de Adultos del "Programa Avellaneda".

Mi objetivo es tratar de articular los efectos del autodiagnóstico de un sujeto en el tratamiento psicoanalítico.

Llegan al servicio y también a nuestros consultorios sujetos que, utilizando cierta clasificación que obtienen de revistas, programas de televisión, salitas de barrio y páginas Web, dicen: "tengo fobia", "tengo ataque de pánico", "soy drogadicto", "soy hipocondríaco", "sufro de TOC" y muchos más saberes estandarizados, diagnósticos "prêt à porter", si me permiten llamarlos así, que no dan cuenta del verdadero padecimiento del sujeto. Ahora bien, es evidente que en esas etiquetas, el sujeto ha encontrado "algo" que lo representa. Si bien estos diagnósticos omiten la singularidad, no por ello dejamos de escuchar sus enunciados, la forma particular en que algunos sujetos se presentan a la consulta.

En algunos casos ese "soy drogadicto" o "soy fóbico" parecería ser el punto de llegada después de alguna experiencia a partir de ciertos acontecimientos vividos. ¿Cuál es la posición del analista cuando un sujeto se presenta de esta forma?

PRIMERA VIÑETA CLÍNICA:

María llega al servicio de Avellaneda por intermedio de una amiga que se lo recomienda.

Cuando se le pregunta el motivo de su consulta, dice que fue a la salita de Quilmes porque tenía dolores de estómago, de pecho y se despertaba por las noches; le dijeron que tenía "ataque de pánico". Dice: "Tengo la sensación de que todo lo que me pasa, me pasa por el cuerpo".

Su madre falleció hace dos años, la habían operado de vesícula y le habían encontrado un cáncer. María recuerda que la primera vez que le agarraron los dolores fue cuando se enteró de que la madre tenía cáncer. También le agarraron hace cuatro meses, cuando volvió del Bolsón, donde estuvo viviendo por un tiempo. Dice: "Me sentía partida". Comenta que tiene "miedo a remover el dolor", que no tiene "resistencia al dolor", que no aguanta "los dolores como otras personas". Dice que muy recientemente comenzó a tener "miedo a su propia muerte".

La muerte de su madre y el tema del dolor motivan que hable de otra muerte, la de su primer novio, un exiliado político de origen chileno con quien habían planificado casarse, lo cual se ve truncado por un hecho desgarrador: muere unos días antes de que ella viaje a Chile para encontrarse con él, a causa del estallido de una bomba en su casa.

Desde la primera entrevista aparecen sus faltas, sus ausencias, sus llegadas tarde, sus "cuelgues". Al hablar de su "cuelgue", dice: "A veces estoy en blanco, es como un descanso. Es la

posibilidad que yo me doy de descansar la cabeza". "Cuando no me interesa lo que se está diciendo o cuando la realidad no me gusta, me voy; antes lo tomaba como que era gracioso, despistada, ahora por momentos me parece peligroso, raro. También me puedo quedar en mi propio mundo, película, libro, quedarme ahí disfrutando".

"En el Bolsón me sentía yo, todo el ritmo externo e interno era como el mío. No me sentía tan descolgada, hacía todo caminando... Sólo viajo para venir acá y al médico".

María se siente "re partida", llora, se angustia y dice que no puede tomar una decisión. Cree que ese es el motivo de su enfermedad. Dice: "no podía decidir si quedarme a trabajar en la granja o irme al sur".

Comienza a traer sueños:

1er. sueño: "Mi mamá me venía a buscar, yo le decía que no, subía a un colectivo con ella y después me bajo, ahí me despierto. Asocia: Me quiere llevar con ella, me puedo morir".

2do. sueño: "Soñé con mi mamá, que me hablaba. Después mi hermana me da la bolsa de dormir, y mi mamá no está más. Recién ahí me doy cuenta de que mi mamá está muerta".

La analista dice: "Recién ahí te das cuenta".

Se queda pensando, dice: "Con esa bolsa la tapamos a mi mamá cuando murió".

3er. sueño: "Me compraba una mochila verde en la que entraba todo".

Piensa que es viaje, pero también es lo que carga. Dice que ella tenía la esperanza de encontrar un lugar en el que entrara todo, y algo no va a entrar.

SEGUNDA VIÑETA CLÍNICA:

Andrés en la primera entrevista dice: "yo tengo un problema de salud mental, soy alcohólico anónimo. Yo tengo claro que es un síntoma. Hace diez años que voy a Alcohólicos Anónimos (AA). El alcoholismo es incurable: es lento, progresivo y destruye."

"Yo no quiero chupar, yo lo tengo que evitar, es irreversible el alcohol, es incurable."

"En el profesorado nadie sabe sobre mi historia". Le pregunto "¿qué historia?". Dice: "la del alcoholismo, una de las primeras cosas que se aprende es al anonimato. El apellido es de mierda." "Ir a Alcohólicos Anónimos fue lo mejor que hice en mi vida, esto también me hace bien, si no, no vendría. Me manejé mucho tiempo con el grupo, ahora tengo otras pretensiones, quiero mejorar, por eso estoy acá".

Comienza a dejar de ir al grupo, a faltar. Dice: "Yo sé que hice mal en no ir, porque los compañeros no se merecen esto, yo le debo la vida al grupo, por agradecimiento, por salvarme, yo tengo que ir. A lo mejor, tiene que ver con mis encuentros con Cristian (su hijo a quien hacía años que no visitaba), que fueron en los horarios en que me reunía con el grupo".

"Ayer tampoco fui al grupo. La verdad es que me parece que suplanto esto por el grupo". Si hay algo que no quiero, es dejar el grupo. No sólo soy alcohólico en el grupo, sino en todos lados, nuestro problema no es la bebida, sino la conducta, somos infantiles, mentimos, no podemos decir las cosas hablando".

"Falté dos veces al grupo, como si nada, pasaron 18 días que no fui y no pasa nada. Hoy puedo venir acá y prescindir de aquello".

"En la semana fui al grupo y me acordé de vos, como que no era una enfermedad sino un vicio".

"El primer día que fui a AA me fui llorando, me llevó una mujer en España, no teníamos documentos, entender que era enfermo fue muy duro".

Le pregunto: ¿Qué había pasado?

"Nos fuimos de aquí sin nada, tuvimos que salir corriendo, tuvimos que tirar los documentos, era peligroso que tuvieran tu identidad".

Intervengo diciéndole: "¿Ahí te dieron un nombre?"

"Sí, usted es enfermo alcohólico, hace 10 años que no chupo. Lo ingobernable me lleva a tomar". **"Chupar: el síntoma", dice.**

Continuamente dice que no quiere hablar del alcohol en las sesiones, pero que no puede dejar de hacerlo. "No puedo ponerme mal, ya que mi prioridad es no tomar y, si me pongo mal, voy a volver a tomar". Me quiere traer un libro de AA, pero no lo hace y se pregunta por qué no lo trae. "Yo estoy re seguro, segurísimo de que si dejo, tomo, y tomar sería lo de menos, ni me acuerdo de que existe el alcohol. Yo no pienso dejar, yo no sabría vivir sin alcohol". Le pregunto: "¿Y ahora?". Contesta: "¿Y para qué voy?". Hasta aquí, el recorte clínico.

Que alguien diga: "Soy alcohólico anónimo", "Tengo ataque de pánico", no debe convertirse en un obstáculo para la escucha, otorgándole un sentido por anticipado.

El analista guiado por su ética le cede la palabra al sujeto, y éste en el trabajo de asociación libre, se deja sorprender por los virajes de su decir.

En las dos viñetas clínicas, los consultantes vienen con un diagnóstico sobre su padecimiento. En la primera, "tengo ataque de pánico"; en la segunda, "soy alcohólico anónimo" son enunciados aceptados por estos sujetos, de diferente forma.

María dice que "tiene" ataque de pánico, pero a partir de cederle la palabra vemos que rápidamente nombra su padecimiento de otra forma: "no soporta el dolor". Desde un comienzo ese diagnóstico (ataque de pánico), ese saber exterior, no da cuenta de aquello que "le pasa por el cuerpo", cuerpo que se va armando en transferencia, donde el miedo a "revolver el dolor" orienta el trabajo analítico. Luego aparecerá su "cuelgue", forma singular de solución a aquello que le es insoportable, y llega a decir que el sentirse "partida", dividida, es la causa de su enfermedad.

Cuando surge el sujeto del inconsciente, vemos en los sueños manifestarse la posición de María con respecto a la muerte, el sueño le provee el lugar donde poder "darse cuenta" de la muerte de su madre; también pierde la esperanza de encontrar un lugar en el que entre todo, "algo no va a entrar" o, mejor dicho, algo va a faltar.

El "soy alcohólico anónimo" de Andrés marca otra posición, dice que le dieron un nombre: "alcohólico anónimo", que lo primero que aprendió es el anonimato. Es importante señalar que en el momento en que concurre a las reuniones estaba en España como exiliado por cuestiones políticas, sin su documento de identidad. ¿Ser anónimo lo salvó de "ser chupado"? ¿Mejor ser AA que NN? ¿En Andrés ser anónimo nombraba de alguna manera su condición en ese momento histórico?

Por otro lado, Andrés no duda de que estas cosas tan religiosamente dichas sobre "su enfermedad" en AA están relacionadas con su conducta.

El "yo soy" y "sé por qué soy quien soy" (enfermedad incurable, irreversible), saber que le proporciona el discurso de la ciencia, aparece solucionando el problema del sujeto en relación con su padecimiento, "síntoma", ocultando fundamentalmente la división del sujeto. Queda como causa del padecimiento el nombre de la enfermedad. A partir del hecho de ser un alcohólico anónimo, se eleva este hecho no a la categoría de síntoma, sino a la de nombre, "un nombre artificial" (alcohólico anónimo); es un sujeto identificado con el nombre de un grupo terapéutico.[1]

Cuando esta nominación es puesta a trabajar en el encuentro con un analista, y el sujeto asocia libremente, vemos que surge su particular manera de nombrar su padecimiento. Andrés dice: "chupo". Luego dirá que "chupar" es su síntoma. Aparece un sujeto dividido, que no puede encontrar su verdad en aquello que le pasa.

El autodiagnóstico al que llega Andrés cuando se le cede la palabra de "chupar: el síntoma", da cuenta de un trabajo donde la causa del inconsciente, que es un saber imposible de alcanzar, se pone en funcionamiento y aparece un sujeto que no puede descifrar su verdad en el interior de aquello que le pasa, generando así nuevas preguntas.

La pregunta de Andrés: ¿para qué va a AA si hace 15 años

que no toma alcohol? es el resultado del enigma que el significante *chupar*, fruto del trabajo analítico, lo enfrenta a su particular modo de goce.

Con Lacan sabemos que el síntoma es lo más particular que cada uno tiene, y analizar el síntoma es hacer valer la verdad que oculta.

El analista lejos de rechazar la autonominación que el sujeto ha encontrado, se sirve de ella, guiado por su ética aloja al sujeto que ha quedado forcluido en esa nominación estándar. Guiado por los consejos freudianos, se abstiene de prohibir, de educar, de moldear de acuerdo con el ideal de la época.

Vemos claramente la diferencia con respecto al diagnóstico otorgado por A A, donde Andrés tenía un catálogo de lo que llamaba "su enfermedad", y el saber que obtenía de su sufrimiento lejos de ser singular, era un "para todos los compañeros", que lo sostuvo hasta determinado momento.

CONCLUSIÓN

Es importante contar con la "autoclínica" [2] del paciente respecto de su síntoma, en el sentido de que sólo el paciente tiene derecho a definir qué padece.

Entiendo por autoclínica aquel trabajo propiciado por las entrevistas psicoanalíticas, donde el síntoma no está al comienzo del tratamiento, sino que se completa en la transferencia, incluido el analista a quien el síntoma, en tanto mensaje inconsciente, está dirigido.

Freud decía que primero hay un síntoma que hace sufrir y además presenta para el sujeto un sentido de extrañeza; el síntoma es la manifestación entre lo que conozco de mí y lo que desconozco de mí. Ahí donde aparece el síntoma "yo no soy", el sujeto "quiere ser", y el síntoma se presenta en el sujeto como la manifestación de la división y viene a curarse de la división que le provoca.

Como analistas sabemos que no hay posibilidad de resolver la hiancia, hay un agujero que siempre estará. Freud nos dice en "La Spaltung del Yo" que esa falla constitutiva del sujeto, en la medida en que pasa el tiempo será más profunda, el cuerpo es una superficie agujereada. El tratamiento psicoanalítico no borra esa división, esa hiancia.

Freud describe el inconsciente como estructura agujereada, hay un punto de no significación, un agujero central, y el neurótico hace del agujero la condición del ser.

Colette Soler en un artículo sobre la diversidad del síntoma [3] dice que el sujeto del inconsciente es el sujeto que no puede ser universalizado, esta es su verdad, su síntoma.

Entiendo que, para la autora, la universalización tiene que ver con la prescripción universalizante de la ciencia, que choca contra el síntoma que aloja el deseo de los sujetos.

Entonces, si bien el diagnóstico promovido por el psicoanalista en su práctica es más dificultoso que otros instrumentos diagnósticos, ya que nos basamos en coordenadas que solo se pueden ubicar en cada caso una vez que la transferencia se ha desplegado[4], hasta el momento parece ser la única práctica que no forcluye al sujeto y que autentifica su deseo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Freda, Hugo: "Modos modernos del goce", *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar*, JVE ediciones, octubre de 2000.

[2] Lombardi, Gabriel: Proyecto UBACYT P043, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Programa 2004-2007.

[3] Soler, Colette: "Los diagnósticos", *Freudiana* N° 16, Escuela Europea de Psicoanálisis, Catalunya, Paidós, 1996.

[4] Lombardi, Gabriel: Proyecto UBACYT P043, "La causalidad subjetiva en una situación de urgencia social. El proceso diagnóstico y los efectos terapéuticos específicos del psicoanálisis" Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Programa 2004-2007.