

De una neurosis histérica a una psicosis ordinaria

MARÍA FABIANA MUNICOY

La clínica psicoanalítica suele confrontarnos a determinados casos ante los cuales dudamos acerca de la lógica que comanda la estructura de los síntomas. Si bien la última clínica lacaniana nos permite flexibilizar el binomio estructural psicosis-neurosis, y sostener que todo el mundo delira ante el agujero de la no relación sexual, a la hora de dirigir la cura nos orientamos en referencia al síntoma –entendiendo que el mismo más allá de su desciframiento por la vía del significante concierne al goce y al cuerpo del *parlêtre*– y al mecanismo que subyace a su formación. Este trabajo intentará dar cuenta de las dificultades que surgen cuando los diagnósticos se confunden a raíz de cierta vecindad entre los diferentes tipos clínicos que nos permiten ordenar nuestra clínica, en relación a nuestra posición respecto de la transferencia y de la cura.

Sin entrar en ninguna particularidad acerca de un paciente a quien atendí durante años, me basaré para dar cuenta de lo recientemente mencionado partiendo de situar el caso como una neurosis histérica. Cabe aclarar que aún no contábamos con el sintagma de

“psicosis ordinaria”; sintagma inventado por J.-A. Miller derivado de la última clínica de J. Lacan para escapar de la rigidez de una clínica binaria, y que si bien aún no es considerado una categoría, sí podemos afirmar que cada vez se impone más como una referencia clínica que permite ordenar los casos dudosos sin por eso hacer una extensión del término que elimine el cuidado riguroso que cada caso requiere. De no ser así se convertiría en una gran bolsa donde iría a parar aquello que no se define claramente en la dialéctica de una cura.

Partamos entonces del primer tiempo del tratamiento y preguntémosnos por qué el caso fue considerado como una neurosis histérica. Varios fenómenos que caracterizan este tipo de neurosis y que fueron formulados durante el control orientaban a pensar que pese a momentos de cierto “enloquecimiento”, del que la que la histeria no queda excluida, nada llevaba a pensar en una psicosis. Recordemos que para el diagnóstico de la misma teníamos como referencia el seminario 3, *Las psicosis* (1984) y “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (2011: 511- 557), texto publicado en *Escritos* 2, ambos de la autoría de J. Lacan entre los años 1955-58. En primer lugar, ante la presencia de ciertos fenómenos que se podían llegar a considerar de orden psicótico, intentábamos delimitar el momento coyuntural del desencadenamiento, el encuentro con Un Padre en lo real en sus diferentes versiones, que por la forclusión del Significante del Nombre del Padre precipita la cascada de la cadena significante y los fenómenos que de ello se desprenden. Si en la neurosis el Otro del lenguaje necesitaba de una ley para la constitución del sujeto del inconsciente en el plano de su ser y de su sexualidad, en la psicosis esta ley se encontraba ausente.

Ahora bien, nada del orden de los fenómenos correspondientes al automatismo mental descrito por Clerambault –psiquiatra

clásico al que Lacan consideró su maestro en Psiquiatría— tales como anticipación del pensamiento, enunciación de los actos, impulsiones verbales que caracterizan la alucinación verbal, ni los fenómenos de certeza y alusión plena que Lacan detalla finamente en el Seminario 3 se hacían presentes en el caso al cual me refiero, ni al comienzo, ni durante el tiempo de tratamiento, ni había registro de ello tras el relato que el paciente hacía de su vida. Si bien, como ya lo mencioné anteriormente, no contábamos con el concepto de psicosis ordinarias, sí entendíamos que una estructura psicótica podía presentarse como no desencadenada y que era importante indagar la relación del sujeto con el lenguaje cuando encontrábamos determinados índices, por ejemplo aquellos que podían indicar dudas en relación a la perturbación de la metáfora o a trastornos en la enunciación. En este sentido, atendíamos especialmente a la relación transferencial en tanto interpretaciones desafortunadas podían llegar a precipitar un desencadenamiento. Tampoco había índices para pensar en que se trataba de una psicosis velada por una presentación en apariencia neurótica.

¿Por qué entonces una neurosis histérica? En primer lugar su inconmensurable amor al padre “lo que constituye el eje en torno al cual gira la organización del síntoma histérico” (Laurent, 2013). Si bien tras su relato este padre estaba marcado por ciertas características más del costado del goce que de la ley, en cuanto al deseo de la madre no había podido torcer “el orden de hierro” (Indart, J. C., 2012: 244) que ella instauraba respecto a sus vástagos, dado que nada de su goce tocaba a esta mujer. En segundo lugar, su novela familiar a la que se refería permanentemente y en la que se ubicaba como una verdadera *petit histerie* frente al núcleo familiar y en especial en relación a sus progenitores. En tercer lugar, determinados síntomas que podían leerse como una estrategia histérica, no solo en sostenerse en la insatisfacción respecto de su deseo sino

también en barrar permanentemente al Otro. Obviamente esto se trasladaba hacia el plano de mis escasas interpretaciones que en tanto analista trataba de producir. Era como si el sujeto brindara todos los elementos para “engancharse al pez por la boca” y cuando no había más que enunciarlo, ¡el efecto nunca era el esperado! En consecuencia advenía cierta desvalorización acerca de mis intervenciones y en ocasiones un profundo enojo que le hacía dudar la continuación de su tratamiento. Estos hechos fueron los que en primera instancia me decidieron a cambiar mi estrategia en relación a la cura, a dejar de lado la tentación de interpretar y a escuchar, como si fuese la primera vez, cada sesión que transcurría para no ser yo la sorprendida. Las interpretaciones quedaron de su lado, y del mío solo algunas intervenciones que favorecían atemperar la angustia para no interrumpir tan asiduamente sus actividades en todos los ámbitos de su vida.

Es que su cuerpo era su mayor problema dado que no pocas veces se convertía en algo indomeñable, imposible de controlar, momentos en los que sólo atinaba a cortar lazos con el mundo y a desarrollar todas las fobias disponibles que le aseguraran la imposibilidad de salir de su encierro. Si en la histeria no es extraño encontrar un cuerpo a punto de desintegrarse, si lo imaginario parece en ocasiones fragmentarse para dar lugar a ciertos síntomas cuasi delirantes y aun hasta fenómenos de despersonalización, podemos afirmar que ese cuerpo nunca alcanza a deshacerse del todo. Es la creencia en el amor al padre lo que anuda en la histeria los registros imaginario, simbólico y real, lo que da consistencia a sus síntomas y lo que permite a su vez que ante ciertas coyunturas pase “de tener un cuerpo” a “serlo”, momento caracterizado por la ausencia de representación, pérdida de unidad corporal e intenso desprendimiento de angustia. Si bien en el caso que nos ocupa los fenómenos de fragmentación corporal al estilo *schreberiano* no

estaban presentes, los fenómenos de cuerpo experimentados, en ocasiones daban cuenta de la imposibilidad del significante para mitigar la perturbación del registro imaginario que le impedía tener un cuerpo. Sin embargo, cuando todo parecía desmoronarse un anudamiento posible dado en el plano de la contingencia le permitía una armadura, un enchapado frágil que duraba nunca se sabía cuánto.

Como puede observarse el caso se volvía cada vez más reactivo a ser encuadrado en una clasificación y solo los acontecimientos que se desarrollaban a nivel de la clínica orientaban mi posición como analista en el desarrollo de la cura, no sin estar padeciendo en los momentos más críticos el peso en el cuerpo de su demanda imperante que rebasaba las sesiones dispuestas para el tratamiento.

El tiempo fue pasando y los cambios acordes a los mismos también. La última clínica de Lacan ocupó un lugar de privilegio ya que a través de J.-A. Miller comenzó a difundirse en las escuelas todo un abanico de nuevas perspectivas para el psicoanálisis lacaniano que, sin anular lo anterior, permitió orientarnos de manera diferente. Recuerdo en un control comenzar a escuchar sobre el texto de “Los inclasificables de la Clínica Psicoanalítica”, más tarde sobre psicosis ordinarias y sobre la posibilidad de que el caso se tratara de una psicosis. Es sobre el texto “Efecto retorno de las psicosis ordinarias” (Miller, 2010) que intentaré fundamentar el cambio operado a nivel del diagnóstico y cabe aclarar que no varió demasiado mi posición frente a la cura porque fue el sujeto quien fue dando los indicios para que sus síntomas no fuesen abordados como una histeria conversiva. Lo que sí se produjo fue un alivio en cuanto a lo que podríamos denominar “una transferencia negativa” que en ocasiones se revelaba en mí cuando la insistencia de la demanda se hacía presente de manera desmesurada, respecto a esto pude intervenir con mayor preci-

sión y seguridad en función de una lógica que requiere de ciertos apuntalamientos.

Tomaré como referencia la triple externalidad que señala J.-A. Miller en el texto mencionado y que me permitió más allá del control entender que se trataba de una psicosis:

Una externalidad social: se hacía presente tras el relato la dificultad de sostener vínculos sociales, no porque el Otro ocupara el lugar de perseguidor como en la paranoia sino porque los otros lo abandonaban. Los desenganches y desconexiones con su entorno motivados por la desestabilización de su identificación social lo sumaban al aislamiento, a interpretaciones permanentes, algunas cuasi delirantes, y a la manifestación de angustia que se desbordaba en fenómenos de cuerpo.

Una externalidad corporal: si bien los fenómenos de cuerpo ya fueron abordados, así como la difícil distinción que en ocasiones la histeria presenta respecto de la psicosis, en el caso no evidenciaban los límites de la neurosis puesto que “un desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto” (Lacan, 1988: 540) se expresaba en su desajuste corporal y en la dificultad de armarse, debiendo recurrir a enchapados artificiales que no llegaban a obturar la angustia que lo real del cuerpo manifestaba en forma permanente.

Una externalidad subjetiva: lo que Miller denomina como una experiencia de vacío no dialéctica, la cual hacía su entrada cuando el sujeto cortaba sus lazos con los vínculos sociales, vínculos que lo anudaban frágilmente a una identificación por la cual respondía a la problemática de su ser. Esta vacuidad se instalaba por largo tiempo y dejaba en evidencia el lugar de objeto de deshecho al que se identificaba obturando el sentimiento de la vida.

Cabe aclarar que sus imposibilidades a nivel de estas tres externalidades no se relacionaban con el menos *phi* de la castración en

el sentido de la queja histérica, los desbordes de angustia arrasaban con su yo perdiendo su dominio y control tras quedar a merced de un goce que sólo podía ser amortiguado, como ya mencioné, por algunos recursos de tipo fóbico. Conjuntamente y durante las sesiones comenzaba una actividad interpretativa cuasi logorreica, la cual resultaba imparable, actividad que dificultaba el corte de las mismas. Sin llegar a ser delirantes, el esfuerzo por taponar la angustia en pos de un sentido nunca llegaba a buen puerto, más bien había que saber esperar el momento propicio, el “buen encuentro” para poder acompañar el que por un tiempo se abrochara a los significantes del Otro.

Siempre en referencia al texto sobre psicosis ordinaria, Miller aconseja que una vez que se llega al diagnóstico hay que clasificarla de un modo psiquiátrico y psicoanalítico clásico, si bien en el caso los síntomas de una psicosis típicamente desencadenada nunca estuvieron presentes, no deja de ser una psicosis y hay que demostrarlo con la rigurosidad que la clínica exige. Descarto la paranoia porque el lugar de localización del goce no se orientaba en relación al Otro sino en relación a su cuerpo, por ende esta presentación clínica se vincula más con la esquizofrenia. Si tomamos como referencia la clínica clásica *Kraepelina* la cual considera como síntomas fundamentales el trastorno de la afectividad, la voluntad y el pensamiento así como la descripción de las formas en que los mismos se manifiestan, o la esquizofrenia de la psiquiatría psicodinamista a través de Bleuler, quien considera en función de un déficit la esquizia de las funciones psíquicas, no podríamos afirmar rotundamente que se tratara de este tipo de psicosis. Es con Lacan, y sobre todo en relación a su última enseñanza, que encontramos las referencias necesarias para orientarnos en el diagnóstico. Es en su texto “El atolondradicho” que nombra a la pasada “el dicho esquizofrénico” (Lacan, 2012: 473) en relación al llamado esqui-

zofrénico. Lacan, al igual que Freud nunca consideró la psicosis como un déficit o una disociación. Nunca la abordó en función de la ausencia del sujeto porque el sujeto es siempre efecto del lenguaje, aún si ese sujeto no hablase. En todo caso puede pensarse la esquizofrenia, por efecto del mecanismo de la forclusión, como un sujeto que es "...efecto del significante, pero especialmente del significante que falta" (Miller, 1985: 22). La referencia de Lacan en relación a este tipo clínico es el discurso en términos del armazón necesario para que un sujeto habite el lenguaje. Es el lenguaje lo que permite "tener un cuerpo", la incorporación de lo simbólico hace de un organismo un cuerpo unificado. En la esquizofrenia, por la ausencia del significante esencial que permite anudar los registros, imaginario, simbólico y real el sujeto está fuera de discurso y su cuerpo es una consecuencia de esta falta. De allí el retorno del goce sobre el propio cuerpo en los momentos en donde el imaginario se precipita cuando la contingencia lo enfrenta con aquello que no está inscripto.

Volvamos al caso, si bien no hubo un franco desencadenamiento, sí podemos hacer mención a los enganches y desenganches de los frágiles anudamientos que por períodos mantenían cierta estabilidad subjetiva, no sin dejar de revelar la precariedad del imaginario corporal y la transformación del intento de "tener un cuerpo" a "serlo", momento en que un lenguaje de órgano se hacía presente sumado a una actividad lingüística que sin ser delirante no contemplaba al Otro ni respetaba los cánones de una comunicación. Como analista agradezco la propuesta de "definición clínica" de psicosis ordinaria, sin ella no solo no hubiese podido arribar a una distinción respecto de la histeria ni tampoco orientarme como lo hice respecto de la dirección de la cura y de la transferencia.

Bibliografía

- Indart, J. C. (2012). “Orden de Hierro” (p. 244). En *El orden simbólico en el Siglo XXI: Scilicet*. Buenos Aires: Grama.
- Lacan, J. (2011). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis” (pp. 511-557). En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (2012). “El Atolondradicho” (pp. 473-522). En *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2013). “Hablar con el propio síntoma, hablar con el propio cuerpo”. Argumento del VI ENAPOL. En línea en: <goo.gl/DmjsRD>.
- Miller, J.-A. (1985). “Esquizofrenia y Paranoia” (pp. 7-30). En *Psicosis y psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J.-A. (2008). “Efecto retorno sobre las Psicosis Ordinarias”. Conferencia pronunciada al seminario anglófono “Psicosis ordinaria” realizado en París en julio de 2008 y publicada en la revista *Quarto* (pp. 94-95), en enero de 2009 en Bruselas (ECF) y en *Freudiana* (58) en abril de 2010.