

CLÍNICA DIFERENCIAL DE UN “PENSAR DE MÁS” ¿NEUROSIS OBSESIVA O PSICOSIS ORDINARIA?

*Nora Carbone, Gastón Piazzese, Selva Hurtado Atienza, Julieta Renard,
Milagros Capponi, Mariana Bolaños, Brenda Ruscitti y Emilia Paladino*

Resumen

En el marco de un proyecto de investigación¹ nos propusimos organizar una casuística de presentaciones clínicas neuróticas y pseudo-neuróticas, con miras a un estudio de diagnóstico diferencial que tenga consecuencias para la dirección de la cura. Con tal objetivo, el presente trabajo aborda el caso de una mujer cuyo cuadro fenoménico inicial suscitaba dudas diagnósticas. El dilema planteado por dos presunciones excluyentes -psicosis ordinaria *versus* neurosis obsesiva- sólo pudo ser despejado a partir del despliegue del malestar bajo transferencia. Para ello, se tuvo en cuenta la envoltura formal del síntoma, su estructura y función, la modalidad de la relación con el Otro y la posición del sujeto frente al deseo y al goce.

Palabras clave: diagnóstico diferencial, neurosis obsesiva, psicosis ordinaria.

Introducción

Este trabajo formaliza el derrotero transferencial de una paciente que presenta un cortejo de manifestaciones ansioso-fóbicas ligadas a un “pensar de más” de tipo compulsivo, con una significativa interferencia en su vida amorosa y académica. Su singular modo de relacionarse con el Otro, entre la colgadura y el cortocircuito, plantea la duda diagnóstica entre una estrategia neurótica frente al deseo y un discreto “desenchufe” psicótico. Asimismo, su peculiar estilo discursivo, verborrágico y fragmentario, suscita el interrogante sobre su estatuto de “telegrama mal telegrafiado” correlativo a la represión, o de un fuera-de-sentido solidario del agujero forclusivo. Se trata, en suma, de poner en tensión la categoría clínica de neurosis obsesiva con la variante “ordinaria” de la psicosis, referencias estructurales particulares que sólo adquieren su peso específico cuando son puestas en función de la singularidad de la posición de un sujeto.

La consulta: ¿Inhibición, síntoma y angustia?

Patricia, una mujer de 35 años, estudiante crónica de la carrera de Medicina, solicita asistencia por una “timidez” inveterada, significativa que nombra su obstáculo para relacionarse con el Otro. Señala que esta dificultad motivó varias consultas psicológicas desde el final de su adolescencia y que, incluso, la llevó a abandonar a su anterior terapeuta de modo abrupto: “la quería mucho, era muy importante para mí, pero un día me dijo que me recueste en el diván, *me vi ahí* y me sentí incómoda, sentí que me asfixiaba, no me gustó y dejé de ir. Me costó porque me hacía bien hasta ese momento, pero ahí no sé qué me pasó”.

Aquella incomodidad para ocupar un nuevo espacio se ve inesperadamente redoblada el primer día de tratamiento con J., una nueva profesional, con la emergencia de un temor de cariz opuesto. Tras llegar a este primer encuentro cinco minutos tarde, comienza a golpear ansiosa y enojada todas las puertas de los consultorios reclamando por la psicóloga. Cuando ésta aparece y la interroga por semejante urgencia desesperada, la paciente, ya al borde de las lágrimas, expresa que, como había llegado tarde, pensó que ya no tenía lugar, y pide perdón por el exabrupto.

Esta presentación inicial, signada por el llanto y el malhumor, se ordena en torno a una preocupación permanente, causa principal de su agobio. Tanto en el espacio académico como en sus vínculos sentimentales y laborales se muestra nerviosa, con temor a que le pase algo, siempre “alerta de que no la tomen por boluda”, dado que frecuentemente siente que la “boludean”. La demora de una amiga con quien debe encontrarse, la ausencia de respuesta a un mensaje de texto que aparece como leído, el silencio de un profesor durante una práctica o de un jefe del trabajo, son todas ocasiones en las que la inunda una angustia

correlativa a la irrupción de un “pensar de más” en las “infinitas cosas que pueden estar diciendo o pensando” acerca de ella. Para todas estas encrucijadas encuentra casi siempre la misma solución: salirse de la escena. Irse de la parada del colectivo, abandonar un grupo de *whatsapp*, dejar una materia o renunciar a un trabajo, son las variantes de su respuesta subjetiva para resolver lo insostenible que le supone entrar en contacto con los signos del deseo del Otro.

Al respecto, señala: “se me viene la idea de que la gente me mira, porque hago todo mal o estoy medio chapita... ¿estoy re loca, no?”. Este distanciamiento de las situaciones en las que se ponen en juego sus vínculos con los semejantes se acompaña de otro aislamiento: el que al hablar precipitado procura respecto de su propio decir, sometido a una especie de “telescopaje”: Patricia habla con verbosidad, por momentos interrumpe sus frases diciendo “es una boludez lo que iba a decir”, para superponer a continuación el inicio de otra idea que tampoco completa. Se anticipa de mal modo a las preguntas del interlocutor y luego se enoja por quedar atrapada en un discurso cada vez más oscuro y digresivo, al punto de llegar a disculparse porque no se entiende nada y le está haciendo perder el tiempo a la terapeuta. Ésta le señala que está allí para escucharla, que tiene tiempo, pero no puede saber lo que tiene para decir si no lo pone en palabras. Con cierto esfuerzo empieza a no interrumpirse tanto, y el enojo disminuye.

En síntesis, tenemos, en primer lugar, una experiencia de angustia intolerable correlacionada con una ideación compulsiva de tinte paranoide que por momentos parece avasallar al sujeto y lo conduce a “desenchufarse” del Otro de manera abrupta. En segundo lugar, un discurso incoherente, que vuelve ininteligibles los dichos de la paciente y que, por eso mismo, también atenta contra el vínculo con la alteridad. ¿Qué valor dar a esta llamativa presentación fenoménica? Para su terapeuta, el aparente punto de certeza del “me boludean”, sumado al discurso fuera de sentido y al “cortocircuito” con el lazo social, permiten pensar en la hipótesis de una psicosis ordinaria. Recordemos que esta es una expresión, surgida de un programa de trabajo de la orientación lacaniana de fines de los años 90, que surge para dar cuenta de ciertas formas “atípicas” de la psicosis, es decir, que no encuadran en el modelo “extraordinario” de Schreber, tanto en lo que atañe a las coyunturas del desencadenamiento como a la envoltura de los síntomas y su evolución. Se trata de presentaciones con manifestaciones psicóticas discretas, sensibles a los cambios del Otro, caracterizadas fundamentalmente por lo que dan en llamar “desenganches”, que no se despliegan de modo lineal e irreversible, sino que pueden alternar con “enganches”. Esta perspectiva, eminentemente pragmática, apunta a recortar las condiciones que precipitan dicho desencadenamiento del Otro, para esclarecer, de manera retrospectiva, el elemento que servía de enganche para un sujeto y así dirigir la cura en el sentido de un eventual re-enganche. En cuanto a nosotros, ¿qué partido tomar respecto del diagnóstico de esta mujer? Tal como veremos, la exploración de su pasado bajo transferencia permitirá

localizar los significantes que organizan su deseo y su goce y jalonan su posición en la estructura.

Las particularidades de la composición del síntoma. Sus relaciones con el “vivenciar” del sujeto

Patricia relata que la “enloquece” -al punto de tener miedo de padecer un trastorno psiquiátrico- la enfermedad de su madre, a quien se le diagnosticó una locura maníaco-depresiva. Según sus dichos, esta mujer ha pasado por períodos muy prolongados de una profunda depresión. “Años tirada en la cama sin saber qué hacer con ella” refiere la paciente, con un giro ambiguo respecto de quién es el sujeto de esa inhibición crónica. Por otro lado, su hermano mayor -también diagnosticado con una enfermedad psiquiátrica- acecha como un hombre temible por su agresividad. Su hermana -casada y con dos hijos-, a quien se le atribuyen “trastornos de personalidad”, depende económicamente del padre, al igual que Patricia. “En mi familia todos están enfermos, yo tengo miedo de estar enferma también”. Este temor se plasma en un silogismo: “si todos están mal yo también debo estar mal”. Semejante aprensión hace que en ocasiones se resista a tomar medicación de cualquier índole. ¿No estamos acaso frente a la omnipotencia de los pensamientos de la que hablaba Freud en relación con la neurosis obsesiva? De modo cuasi-supersticioso, si se aviene a tomar un remedio, se le cumple la falsa premisa de estar enferma.

La paciente aporta recuerdos de su infancia que llevan las marcas significantes de un Edipo peculiar en el que su madre parece ocupar el lugar central: evoca que ésta se cuidaba mucho con las cremas, “yo rescato eso, y que le gustaba mucho el tarot y el *rock and roll*”. Los días que su padre viajaba por su trabajo “eran una buena época”, dice, ya que su mamá bailaba con la música fuerte y se reía mucho. “Me da bronca que no pueda hacer una vida normal, cuando tenía recaídas se tendía en la cama y no nos atendía, eso sí era feo”, relata angustiada.

A continuación, las asociaciones desplegadas a partir de los recuerdos sobre su madre permiten atisbar el lugar incipiente que ocupa la analista en la transferencia. Una amiga le pregunta “¿por qué seguís llorando por tu mamá?” Y ella, muy enojada, se interroga en sesión: “¿por quién quiere que llore?, ¿por un hombre hay que llorar?” Inmediatamente se enoja con lo que se le ocurrió y agrega: “todos me rechazan, y... si me rechazó mi mamá qué van a hacer los demás”. Agrega: “a veces me voy enojada con vos, pero me da vergüenza y después se me pasa. Vos debes pensar que estoy loca (sonríe), los profes deben pensar eso”. Si la madre que la rechaza es la matriz de sus vínculos con el Otro sexo y es también el objeto al que se enlaza tormentosamente en la transferencia, el consentimiento del analista a alojar su demanda angustiada, conduce a la proliferación de llamadas telefónicas urgentes que

desembocan en el adelanto de la sesión y en un volver a verse para “pensar juntas” soluciones prácticas a sus problemas.

En razón de lo apremiante de la angustia -no ajena seguramente a la contratransferencia- la terapeuta realiza una interconsulta con un psiquiatra, a los efectos de sopesar la pertinencia de una intervención farmacológica. Se decide instituir un ansiolítico, indicación que al principio la paciente rechaza. Finalmente acepta el ensayo medicamentoso, que mitiga en parte la angustia y contribuye a que no abandone precipitadamente los espacios laborales y las actividades académicas.

Al ser interrogada sobre su evolución en la entrevista de seguimiento psiquiátrico, Patricia refiere: “estoy tratando de ser feliz yo misma, con las pequeñas cosas...yo siempre la paso mal cuando estoy con alguien. Estoy tratando de no pensar ¿Por qué no puedo estar bien sola?” “J. me dijo que uno no está obligado a estar en pareja...por ahí no tendría que estar en pareja, el paso mal, igual que en la práctica de las materias...ser cirujana, para qué serlo si no voy a ser buena...o no lo sé; lo mismo con ser madre, para qué voy a pensar en ser madre si yo no sé si voy a ser buena madre”. Justifica sus dudas con sus antecedentes familiares: “mi mamá por su enfermedad, y mi hermana que tampoco es buena madre...yo lo que quiero es destacarme en algo (...) En realidad lo de ser madre quizás *no es para mí*. Además mi mamá me dijo -porque mi mamá es tarotista- ‘vos no vas a tener hijos’. Y por pensar cómo fueron madres mi mamá y mi hermana por ahí me va peor a mí y soy peor que ellas”.

Se advierte el modo como Patricia subjetiva la intervención de la analista en torno a su vida sentimental (“uno no está obligado a estar en pareja”) en términos de un mandato, al igual que hizo con los dichos de la “tarotista”, agenciándose así dos deseos prohibidos: el de tener un hijo y el de tener una profesión. Por el contrario, su aspiración confesa de destacarse en algo, rápidamente muestra su envés inquietante de agresividad especular en la ocurrencia de que, “por pensar mal”, podría ser castigada siendo la peor madre de la familia.

De esta manera, el esfuerzo de la paciente por hacer pasar sus pensamientos compulsivos por los desfiladeros de la palabra, nos permite confirmar el carácter elíptico que la represión imprimió tanto a sus temores de ser una enferma mental como a las preocupaciones hipocondríacas que la asaltan cuando intenta llevar sus fantasías de deseo al plano del acto. En efecto, la inminencia de alguna “práctica” desencadena la aparición de miedos diversos: a asfixiarse cuando come, a lastimarse cuando da una inyección, a contagiarse alguna enfermedad cuando tiene relaciones sexuales. Recelos en los que se infiere el goce sádico del superyó y que dan lugar a distintas medidas precautorias (examen detenido del tamaño de los bocados, uso de doble guante durante las prácticas quirúrgicas, control repetido del estado del profiláctico durante el acto sexual).

Para concluir

Lo hasta aquí desarrollado permite fundamentar por qué, para nosotros, este caso obedece a las coordenadas fenoménico-estructurales de una neurosis obsesiva y no a las de una psicosis ordinaria.

El despliegue del malestar de Patricia bajo transferencia revela, por una parte, que su discurso, aparentemente sin sentido, no depende de la metonimización infinita de la ausencia de punto de capitonado, sino de las técnicas auxiliares de la represión a las que el sujeto obsesivo apela para desentenderse de las mociones inconciliables. Su tijeateado “pensar de más”, no es entonces un retorno en lo real determinado por la forclusión; en otras palabras, no vuelve *in altero*, cambiando de registro, sino *in loco*, en lo simbólico mismo.

Por otra parte, las relaciones de esta mujer con la elección de su carrera, con los hombres y con la maternidad ponen de relieve una posición respecto de su identidad social diferente a la que es propia de las psicosis ordinarias. En estas últimas, es característica la “externalidad social” (Miller, 2010: 17), en tanto se advierte en ellas, ora un desamparo misterioso, una incapacidad para asumir una función, ora una adherencia adialéctica en cuanto a los roles o posiciones que ocupa el sujeto. Por el contrario, “el desorden más íntimo en la juntura de la vida” (Lacan, 1958: 540) social de Patricia gira en torno a identificaciones organizadas por un Ideal al que ella, lejos de plegarse miméticamente, ofrece una lucha sin fin. Sus dificultades en los lazos se articulan más con la estrategia obsesiva del “ni-ni”, que la resguarda de enfrentarse a su deseo, que con el “desenganche” de una precaria conexión con la alteridad, distintiva de la psicosis ordinaria.

Tampoco la dimensión del cuerpo se ajusta a la “externalidad corporal” (Miller, 2015) propia de tal psicosis. No hay aquí experiencia alguna de un desajuste del cuerpo. Aquí, en cambio, el cuerpo está amenazado por un pensamiento indómito que resguarda al sujeto de poner en juego su goce y su deseo con el objeto.

Por último, no se halla la “externalidad subjetiva” (Miller, 2015), esa experiencia fija del vacío, de la vacuidad, de lo vago, tan comunes en el psicótico ordinario. Muy por el contrario, Patricia es el ejemplo vivo de una “cizalla (que) llega al alma” (Lacan, 1973: 538); en definitiva, el significante ha recortado para ella un pensamiento que, a la vez que la colma, la obstaculiza.

Notas

- 1- Proyecto Promocional de Investigación (PPID) "Variantes fenoménico-estructurales de la neurosis obsesiva"

Referencias bibliográficas

- Freud, S. (1911). "Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)". En *Obras Completas*, Tomo XII, pp.1-76. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1958). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *Escritos II*, pp. 513-564. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1973). "Televisión". En *Otros Escritos*, pp. 535-572. Buenos Aires: Paidós.
- Miller, J.A. (1999). *La psicosis ordinaria*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, J.A. (2015). "Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria". En *Consecuencias, Revista digital de psicoanálisis, arte y pensamiento*, 15. Recuperado de < www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015>