

No TO(c)DO es lo que parece.

Gómez, Nahuel Sebastián.

Cita:

Gómez, Nahuel Sebastián (2014). *No TO(c)DO es lo que parece.* Jornadas Jacques Lacan y la Psicopatología. Psicopatología Cátedra II - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/jornadas.psicopatologia.30.aniversario/56>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ehOw/wux>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

El presente escrito se basa en una entrevista de admisión de un consultante que ha llegado unos días después de haber puesto en riesgo su vida a través de una ingesta excesiva de Clonazepam. Desde hace unos años atrás ha sido diagnosticado con Trastorno Obsesivo Compulsivo y hasta la semana anterior a la entrevista de admisión (unas horas antes de la ingesta excesiva de la medicación) estaba en tratamiento Cognitivo Conductual, donde principalmente trabajaba sobre lo que él llama sus rituales (de estos no se pudo hablar en la admisión, dado que la misma siguió otro derrotero). En base a esto primero intentaré pesquisar si corresponde a un caso de neurosis (aquello que el DSM engloba bajo la categoría de TOC) o si permite pensarse desde otra estructura, para luego pensar el aspecto político de las diferencias de tratarlo desde una terapia Cognitivo Conductual o desde el Psicoanálisis.

Recorte clínico

Llega a la admisión un joven, a quien a partir de ahora llamaremos Federico, de unos 24 años, estudiante de Filosofía. Empieza por contar el incidente mencionado con las pastillas de Clonazepam. Dice que en realidad no lo hizo con intenciones de matarse, dado que se considera demasiado cobarde para ello. Lo considera más bien como “impulsiones” que lo llevan a hacer cosas que no quiere. Dice que tiene que hacerlas, dado que hay, lo que él llama un “yo maligno”, que lo obliga a hacer esas cosas. Por ejemplo lo lleva a golpearse repetidas veces la cabeza contra la pared. Dice estar obligado a hacer estas cosas (como por ejemplo leer el párrafo de un texto durante horas hasta que sea leído de la forma “perfecta”) porque sino alguien de su entorno, o incluso él mismo, podría morir. Todo esto lo comenta con una misma tonalidad afectiva, casi nula, transmitiendo una cierta monotonía al hablar. Llegado este momento la admisora le pregunta por qué consulta y él dice que quisiera ser

normal, ante lo cual ella le repregunta qué sería ser normal para él, y Federico responde que sería poder evitar hacer estas cosas y ser como los demás. Por último, nos comenta que hasta la semana anterior asistía a terapia pero que la última vez llegó media hora tarde y le negaron la atención por esa demora. Refiere haberse molestado por esto, pero se fue sin decir nada. Horas más tarde, ya en su casa acostado en la soledad de su cuarto, se tomaría el Clonazepam que lo llevo a poner en riesgo su vida.

Federico de las ratas?

Un punto sobre el que podríamos pensar en relación a este caso, es si lo que presenta Federico pertenece a lo que se podrían llamar ideas obsesivas (en esta línea se podría pensar las cosas que Federico se siente obligado a realizar dado que, de no hacerlo, alguien cercano a él moriría), o más bien sería del orden de una idea fija o impuesta. En relación al primer punto, cuando escuchaba a Federico rápidamente pensé en el historial del “hombre de las ratas”, en donde había algo del orden de la idea obsesiva: el tener que cumplir con ciertos mandatos o de lo contrario alguien de su entorno podría sufrir el “tormento de las ratas”. En el caso de Federico, podemos pesquisar algunas diferencias si vemos más allá de lo meramente fenoménico. La “obligación” a la que se remite Federico en relación a estos rituales que debe cumplir o que de lo contrario él o alguien de su familia podría morir muestra, a diferencia del caso del hombre de las ratas, una fijeza algo distinta. En el caso del historial freudiano aparecía un entramado significativo en relación al significante *rat* que, a la manera de letra de goce, funcionaba como núcleo de todo el complejo sintomático y la fantasía del tormento de las ratas. A su vez, cuando algo no se cumplía según los mandatos superyoicos, aparecía el desarrollo de angustia. En cambio, en el caso de Federico, al no

cumplirse algo según lo que debía ser, no hay desarrollo de angustia, sino más bien pasaje al acto. En donde el sujeto es borrado al máximo al caer del lugar en el que se sostenía entre los significantes de la cadena. Aquí nos podríamos preguntar si estamos ante la presencia de una idea obsesiva; o si estamos más bien del lado de las ideas fijas, o mejor dicho, impuestas, que muestran un carácter parasitario (esto en relación al “yo maligno” sobre el que se refiere) y del cual no devendrá angustia de no cumplimentarse ciertas coordenadas, sino pasaje al acto (aquí podríamos ubicar la ingesta excesiva de la medicación). Este aspecto, sumado a lo que nos refiere Federico en relación a ese “yo maligno” que lo obliga a hacer cosas que no quiere, están los puntos que nos van a servir para plantear un diagnóstico diferencial entre estos dos casos, y ver si se trata en Federico de un caso de neurosis obsesiva o si se lo puede pensar como una psicosis.

Diagnóstico diferencial

Cuestiones como cierta “interceptación” del pensamiento (ejemplo de esto podría ser el detenimiento en la lectura), o las compulsiones en relación a los rituales que realiza, podrían ser puntos a favor del diagnóstico sindrómico de Federico como un paciente con TOC. Pero podría sostenerse si, y solo si, nos quedáramos en el mero análisis fenoménico-observable de los síntomas presentados por Federico.

En este sentido: ¿Representa Federico un caso de neurosis declarado o se podría pensar como un caso de psicosis? Hay dos puntos que son fundamentales para poder pensar esto: el parasitismo del “yo maligno” y la férrea fijeza con que se presentan las “obligaciones” que refiere. La constante presentación de que a alguien de su familia le podría pasar algo malo no solo no está sostenida en una fantasía (como en el caso del “hombre de las ratas” y el

“tormento de las ratas”) sino que a su vez se presenta bajo la forma de una alucinación verbal¹ que, a la vez que ya muestra una mínima y precaria ubicación del goce (esa voz ya tiene un nombre, es un “yo maligno”), también denota la ajenidad con la que eso aparece.

Esto es lo que planteaba Ballet cuando hablaba de la segregación de la personalidad como lo característico del cuadro que denominó como psicosis alucinatoria crónica. Lo plantea así dado que es a partir de una segregación de la personalidad que pueden aparecer las alucinaciones como atribuidas, no a la personalidad conciente como la llama él, sino a una personalidad extranjera. Pertencerán también a lo que primero De Clerambault denominó como automatismo mental, perteneciente a lo que planteó como “Síndrome de Pasividad”, y que luego Lacan retomaría para hablar de los fenómenos elementales como aquellos fenómenos que nos pueden orientar sobre el diagnóstico diferencial. Pero para esto la cuestión no estará en ver mejor los síntomas, sino en escuchar lo que estos fenómenos elementales develan.

Cuestión de normalidad o certidumbre de normativizar

Llegado este punto quisiera hablar de las posibles consecuencias que tendría en un caso así el abordaje clínico que se haga del mismo. Si se lo abordara desde las terapias cognitivo-conductuales (como sucede con Federico antes de que llegue a la admisión), quedándonos en lo fenoménico de las compulsiones y las ideas aparentemente obsesivas se podría correr el riesgo de empujar al sujeto al borde del agujero forclusivo -allí donde podría no contar con las herramientas simbólicas para tramitarlo-, al tratar de “reeducarlo” a través de la remoción

¹ A diferencia de los psiquiatras de su época, Lacan marco que la alucinación no era auditiva, ya que el fenómeno no pertenecía al orden del *sensorium*, sino más bien se presentaba como un hecho de lenguaje, que se presentificaba en lo real.

de sus síntomas y guiados por un Ideal que deja de lado elementos que son intrínsecamente anormales, como lo son el goce y el deseo por ejemplo.

Entre las primeras se puede pensar que el saber estará encarnado en el terapeuta, aquel que dirigirá la cura, pero más bien se podría pensar que dirigirá al paciente a través de la identificación de este sujeto a un ideal preestablecido desde antes de que esa persona llegue al consultorio. En cambio en el psicoanálisis, el analista será conminado a encarnar la falta en ser más que el ser, posicionado desde un lugar de docta ignorancia², y la dirección de la cura estará a cada instante supeditada al operador del deseo del analista.

En este sentido se puede pensar que “la cura es un acto político” (Ceballos y Prospero, pág. 101, 2009). Está íntimamente relacionado con la ética del psicoanálisis, en donde el analista, posicionado desde la falta en ser, podrá cuestionar la literalidad de la demanda manifiesta, apuntando a un más allá de ella, para analizar la relación que el sujeto tenga con el padecimiento del que se queja. Es el nivel de menor libertad, pero mayor responsabilidad para el analista y esto tendrá que ver con las consecuencias que tendrá en la dirección de la cura, el sujeto que se plantee allí, y los objetivos de la terapia: cuestionar la relación del sujeto con sus síntomas, teniendo en cuenta que solo se podrá cuestionar eso si el analista se encuentra ubicado desde un lugar de docta ignorancia, cuestionando lo obvio y sin dejar interferir en la dirección de la cura sus ideales; o apuntar a normativizar al paciente y sus síntomas, viendo en ellos solo lo disfuncional?

² La docta ignorancia estará situada en un "fingir olvidar" aquello que se descubrió en el propio análisis, para poder ofrecer como vacante el lugar de su propio deseo, para que algo del deseo del Otro particular del analizante, el de su historicidad contingente, pueda alojarse. En razón de esto no se podría pensar al deseo como propio de un Otro generalizable (aquello que el movimiento del DSM intentaría lograr con la manualización de los trastornos), sino como algo contingente y particular de cada sujeto.

Bibliografía

- BALLET, G.; “La psychose hallucinatoire chronique”; En *L'Encéphale*; Paris; 1911; págs. 401-411. (Traducción castellana en ficha de la cátedra II de la materia “Psicopatología” de la Carrera de Psicología de la UBA).
- BELAGA, G. (Compilador); *La urgencia generalizada I*; Buenos Aires; Ed. Grama; 2004.
- DE CLERAMBAULT, G.; “Psicosis basadas en el automatismo”; *Oeuvre Psychiatrique*, de De Clérambault, primer artículo, 1925; Paris; Frénesie; 1987 (Traducción castellana en ficha de la cátedra II de la materia “Psicopatología” de la Carrera de Psicología de la UBA)
- FREUD, S.; “A propósito de un caso de neurosis obsesiva”. En *Obras Completas*, t. X.
- LACAN, J.; “El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada”; En *Escritos I*; Buenos Aires; Siglo XXI Editores; 1984.
- LACAN, J. (1966); “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, “La dirección de la cura y los principios de su poder”; En *Escritos 2*; Buenos Aires; Siglo XXI Editores; 1985.
- LACAN, J; Seminario III “Las Psicosis”; Buenos Aires; Ed. Paidos; 1986.
- SOTELO, I. (Compilador); “Perspectivas de la clínica de la urgencia”; Buenos Aires; Grama Ediciones; 2009.
- RAVINOBICH, D.; *El deseo del psicoanalista*; Buenos Aires; Manantial; 1999.