

El cuerpo desposeído de símbolos: ¿nuevos trastornos o patología del narcisismo?¹

Por Amalia F. Baumgart²

Resumen

El psicoanálisis freudiano, en su entramado conceptual, nos ofrece la posibilidad de darle un lugar a la problemática subjetiva de las llamadas “locuras”, más allá de sus caracterizaciones descriptivas. Promueve así, una nueva interpretación metapsicológica de dicha afección. Diferenciándola tanto de las afirmaciones relativas a su nominación vulgar, como de los estudios de la medicina, en los que ingresa precozmente. Ilustraré este procesamiento a partir de la presentación del material clínico de una paciente.

Palabras clave

Locura; Neurosis; Psicosis; Psiconeurosis Narcisista; Subjetividad.

¹ Este trabajo fue presentado en la Jornada de Presentación de la Carrera de Posgrado de UCES: La Maestría en Psicopatología. Su apertura fue dedicada al tema: “Problemáticas presentes en la subjetividad actual”. Se realizó en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) en el mes junio del año 2012.

² Doctora de la Facultad de Medicina– Área de Salud Mental y Psicóloga de la Facultad de Filosofía y letras, ambos títulos de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Desde 1997 es profesora regular a cargo de la Cátedra de Psicopatología-Facultad de Psicología de la UBA. Se ha dedicado a la clínica psicopatológica y a la actividad académica, con larga trayectoria en la formación de grado y de posgrados en la especialidad. Ha constituido jurados para evaluar concursos, dirección de proyectos de investigación en Ciencias y Tecnología en la Universidad de Buenos Aires, formando parte de equipos de trabajo interdisciplinarios dedicados a la práctica clínica asistencial en instituciones públicas y privadas. Con presentación de trabajos de la especialidad en congresos nacionales e internacionales. Autora de numerosos artículos dedicados al diagnóstico y tratamiento desde una perspectiva clínico-psicoanalítica. Libros publicados: Lecciones introductorias de Psicopatología, Ataque de pánico y subjetividad: estudio clínico psicoanalítico Y Formación de Síntoma + Identificación: un recorrido freudiano. Todos publicados por EUDEBA. Desde 2012 ha creado y dirige actualmente la Maestría en Psicopatología en Posgrados UCES. Es profesora titular en Asignaturas de la carrera: Psicopatología General, Modelos conceptuales Psicopatológicos I y II. Correo de contacto: amalia.baumgart@gmail.com

Abstract

Freudian psychoanalysis, in its conceptual framework, offers us the possibility of giving a place to the subjective problematic of the so-called "madness", beyond its descriptive characterizations. Thus, it promotes a new metapsychological interpretation of this affection. Differentiating it both from the affirmations regarding its vulgar nomination, as from the medical studies, in which it enters precociously. I will illustrate this processing from the presentation of a patient's clinical material.

Keywords

Madness; Neurosis; Psychosis; Narcissistic psychoneurosis; Subjectivity.

Resumo

A psicanálise freudiana, em seu arcabouço conceitual, nos oferece a possibilidade de dar lugar à problemática subjetiva da chamada "loucura", além de suas caracterizações descritivas. Assim, promove uma nova interpretação metapsicológica desse afeto. Diferenciando-a tanto das afirmações sobre sua nomeação vulgar, como dos estudos médicos, nos quais ela entra precocemente. Ilustrarei este processamento a partir da apresentação do material clínico de um paciente.

Palavras chave

Loucura; Neurose; Psicose Psiconeurose narcisista; Subjetividade.

Pensadores tales como G. Lipovetsky o Z. Baumann, han delineado ciertas características de la subjetividad actual y entre ellas se han referido al culto al cuerpo y a la mutilación del cuerpo, como formas contemporáneas de la pulsión de muerte.

Ponen de manifiesto, una falta crónica de investimentos amorosos parentales que se traduce en una falta de amor propio, solidaria a la ausencia de la construcción de la capacidad

de amar. La supervivencia no está asegurada. Se clama por el “derecho a existir”, fracasa la simbolización y la creatividad, domina la somatización, la actuación o directamente la depresión: todas formas del *dolor del sí mismo*.

Quiero dedicarme a ilustrar a propósito de un material clínico, que la pérdida de la función simbólica,- en fin- las dificultades en el sostén del ser, asociada frecuentemente a los efectos de las manipulaciones del cuerpo, están presentes en las llamadas “locuras”.

Para introducirme en esta problemática me referiré al *término locura*, que tiene en el lenguaje coloquial un significado amplio e indeterminado. Se lo usa, como sinónimo de “extravagancias” y por oposición a cordura. Remite a la infatuación de las manifestaciones de un sujeto, a una especie de pasión exacerbada, a un despliegue exagerado en algún sentido de sus acciones, en el que puede haber una pérdida de juicio de realidad parcial. La extensión de sus significaciones ha variado según las épocas.

Tiene un uso provocador -que particularmente me entusiasma- : a diferencia de la mayoría de los términos que usamos en psicopatología, cuyos orígenes se remontan al griego y al latín, su etimología nos remite, al *portugués* y al *árabe*.

En portugués se dice *louco*, y eso suele ser señal de que la palabra original era *lauco*. Corominas propone que derivaría del árabe *lāwqa, lāwq*, femenino y plural del adjetivo *alwaq* “tonto, estúpido”. A través del castellano, la palabra se extendería después a otras lenguas románicas y a diversos dialectos del norte de Italia.

La “locura” es solidaria de lo irreal y anormal; como déficit, exceso o desajuste.

En el “Elogio de la locura” Erasmo de Rotterdam anuncia que, adoptar una posición absoluta, no significa conocer, sino que sólo <creer> saber.

Ingresa precozmente en los estudios de la medicina, no en los de psiquiatría, ya que la psiquiatría como disciplina tiene un comienzo posterior, pero generalmente ha sido pobremente definido.

La entrada y salida en las nosologías clásicas es medio caprichosa. Se observa una especie de bipartición, que nunca se conserva del todo, entre el hecho de poner a la locura más del lado de la alienación (psicosis), o más del lado de las enfermedades nerviosas (neurosis), pero siempre conserva una relación de tensión y contradicción. La versatilidad, la dificultad del andamiaje conceptual para clarificar de qué se trata cuando se habla de locura, la exclusión de la locura y el loco, son las características predominantes de su tratamiento.

El psicoanálisis en su complejo y heterogéneo armado conceptual, promueve una nueva posibilidad de interpretación de esta afección y de intervención clínica.

Cada uno de los estudiosos y sabios de la psiquiatría se han ocupado de darle un lugar a la locura ya que algunos intentan excluirla y otros intentan integrarlas. Pero la locura resiste a las nosologías!!

Más allá de las caracterizaciones descriptivas, quiero poner énfasis en el hecho de que la locura tiene que ver en un sentido general, con el ser del hombre y es una posibilidad abierta para toda subjetividad.

El psicoanálisis nos otorga la posibilidad de hacer justamente un movimiento inverso al de los “saberes” de la medicina. Freud la integra al amor y al enamoramiento; Lacan la considera en relación a la caracterización hegeliana del éxtasis del ser, manifestando que es una identificación ideal.

El psicoanálisis entonces, por el contrario, lejos de segregar, ingresa a la locura en sus distintos cuerpos teóricos y la ubica -ya desde Freud – íntegramente en el terreno del sentido, pensando que la estructura fundamental de lo que después aparece fenoménicamente, en lo

que se describe como locura, se sostiene la constitución del yo y sus avatares, la caracterización freudiana de las “psiconeurosis narcisísticas”.

En relación a esta cuestión referida al hecho de que la locura por un lado excede la neurosis -y por otro lado, es el efecto de silenciar y mutilar el proceso de la formación de síntoma, voy a presentarles un material clínico:

Se trata de una paciente que fue internada - hace muchos años - en un hospital privado. Proveniente de una provincia del interior fue derivada a Buenos Aires con un diagnóstico presuntivo de cáncer. Había perdido 15 kg. en los últimos meses.

Antes de su traslado permaneció 40 días en cama y ya en los últimos días no toleraba alimento alguno. Ingresa en la guardia y luego a oncología clínica. Un día después de la internación, alrededor de las 3:00 de la madrugada, se arroja por la ventana de un 1er. piso - en realidad un entrepiso. Solo se fractura la muñeca izquierda. Este episodio hace que se convoque al servicio de psicopatología para una interconsulta y ulterior internación en el mismo.

La paciente está en cama con una sonda naso-gástrica, desprolija y el brazo izquierdo enyesado. Realmente su aspecto era el de una mujer que sufría una grave enfermedad y con pronóstico incierto.

Estaba extremadamente ansiosa y agitada, de lo único que lograba hablar era de sus dolores y demandaba constante atención. Sus quejas se reducían a sus diversos malestares corporales y por momentos tenían la convicción de lo delirante.

Afirmaba: “Yo no estoy loca, estoy en una trampa mortal. Tengo un mal único, adentro se me trabo todo. Todo podrido: los intestinos, el hígado se quemó y está pegado a los pulmones al corazón. Estoy toda llagada. Mi cerebro es lo único que se niega a morir, pero quiero morirme de una vez. Por favor mátenme!”.

Los antecedentes clínicos de esta muchacha muestran que desde los 22 años se sometió a actos quirúrgicos. Se había trasladado en varias oportunidades a Buenos Aires para hacerse una estética de la nariz.

En aquella época la cirugía estética era bastante más brutal que actualmente, pero como ella estuvo disconforme con la forma que tomaba su nariz, luego de la primera intervención, exige tres operaciones más que se realizan.

Al poco tiempo se interna para una intervención ginecológica porque creía que no podría quedar embarazada.

Luego consulta por caída del cabello y recibe 15 inyecciones de unas supuestas <vitaminas> durante varias semanas.

Hizo posteriormente, varios años después y luego de un aborto, una nueva consulta en relación a un problema que ella suponía que era digestivo y ovárico, entonces se le indica una histerectomía, habiéndose sometido antes a endoscopías, radiografías y distintos estudios que no eran tan sofisticados como hoy en día, pero que ya se realizaban.

Esta paciente despertaba una verdadera inquietud diagnóstica. No voy a abundar en detalles, pero siguiendo su historial se puede constatar que se ha ido produciendo una especie de fantasmática corporal colapsada, que podría ser compatible con una forma de la esquizofrenia.

Algunos datos de su historia:

Relata que de niña vivía con sus padres con quienes tuvo mala relación, fue única hija mujer con varios hermanos varones. Pasa toda su niñez y adolescencia en esa ciudad del interior en la que vive actualmente. El padre era un hijo natural, no reconocido por su padre, reticente y evitativo, manifestaba una franca hostilidad hacia la paciente.

Siendo joven aún, conoce a su actual marido con quien se casa llena de esperanzas, pero él tampoco la considera.

Al poco tiempo de casarse, ella queda embarazada, decide abortar y el marido no la acompaña porque consideraba que “eso” eran sólo cuestiones de ella.

Finalmente se somete a una operación de trompas y pierde la posibilidad de la maternidad biológica. No mantienen vida sexual.

Ella sitúa en su organismo, en sus intestinos toda su problemática. Usa una exagerada cantidad de enemas con la fantasía de que eso le va a “limpiar y arreglar”. Luego infiere que “alguien le puso algo en esas enemas por la cual el líquido de las últimas enemas le quemó todo adentro”. Todas estas comunicaciones iban acompañadas de una intensa angustia, desagrado y rechazo. Su apariencia era desagradable y hostil.

Cuando algún integrante del equipo se acercaba, ella se ponía a vomitar, a eructar, a babear. Francamente producía rechazo. Por otro lado, multiplicaba las demandas de atención y manifestaba ciertas interpretaciones algo deliradas. Por ejemplo: cuando hacía algún ruido o eructo, decía que “no era un eructo normal”, sino un “ruido de trabazón”.

Era muy difícil trabajar con ella, pero se decidió expresarle que no habían dudas de que se sentía muy mal y que aspirábamos a que pudiera conversar con el equipo y aclarar de qué se trataba su sufrimiento.

Ella respondió: “A mí me internan por los nervios, pero yo no tengo nada con los nervios. Lo que quiero es verme feliz, joven, no darme asco cuando me miro al espejo”.

Dominada por una fantasmática corporal colapsada, pone de manifiesto el centramiento de su problemática en el cuerpo. Su historia da testimonio del pedido reiterado de actos médicos que fueron efectivizados.

Después de unas cuantas semanas en las que había padecido una agresiva medicalización con nutricionistas, gastroenterólogos, oncólogos y clínicos quienes opinaban sobre distintas posibilidades diagnósticas sin que logran determinar de qué se trataba, la paciente acepta tener entrevistas regularmente en la internación.

En el curso de las mismas dice algo que resultó muy significativo: “Yo quiero que me hagan análisis, todos los análisis, de saliva, de jugos gástricos, yo estoy desesperada. No sé qué hacer, me quedo acá, pero mi esposo se va a cansar de mí y esto que a mí me pasa no es psíquico... Antes era psíquico”. Curiosa afirmación.

Interrogada sobre la misma, refiere un fragmento de su historia que paso a comunicar. Relató que cuando recién se casó su marido se iba a trabajar y pasaba varios días fuera de la casa. Ella sentía que no era importante para él, decía: “yo antes era linda, usaba sandalias, me pintaba, le cocinaba, lo buscaba y él no me tocaba”. Luego se interrumpe y afirma. “No sé para qué cuento todo esto. Yo quería que él fuera cariñoso o que me hiciera disfrutar, pero a veces él no solamente me rechazaba, sino que cuando venía mi madre le daba unas palmadas en la cola. Imagínense, yo la mujer y él con mi madre, era todo muy desagradable, un infierno, yo sentía que no le importaba a nadie, que para mí todo era un infierno”.

Luego de un prolongado silencio agregó:...”Estoy trabada, no sé qué pensar, tendría que haber mejorado, soy solamente piel y huesos, quiero que me operen que me abran, ya no tengo remedio. Yo quiero vivir pero no creo que pueda vivir. Por favor ayúdenme”.

En el transcurso de las entrevistas fue la primera transformación significativa que se produjo: *ella que quería morir, empieza a desear vivir*.

A partir de entonces comienza a relatar todas las peripecias de su infancia, en la que era la única hija mujer, con hermanos varones muy rudos y machistas y con primas que parecían ser muy lindas que por lo que ella expresaba y la dejaban en un muy segundo plano.

El padre siempre la ubicaba en el lugar de la fea y de la bruta; sus hermanos y su marido también. Cree que nunca fue importante para él, que se casó con ella para tener alguien que haga los quehaceres domésticos y le lave la ropa. Así siguen las entrevistas hasta que aparece un sueño en que ella se convierte en una mariposa hermosa, amarilla con pintitas negras y marrones. A partir de entonces comienza una sensible mejoría.

La caracterización de bruta y fea por parte del padre, el desapego del marido y sus anhelos no correspondidos, nos llevó a pensar que este había sido un típico proceso de colonización de una subjetividad histérica por la medicina, proceso del que ella a su vez no fue inocente sino que lo convocaba, logrando en sus múltiples consultas y pedidos de intervención, que su síntoma sea tratado como signo y no como mensaje.

Ella solicitaba así sin saberlo, un lugar o manifestaba su anhelo de localizarse en su ser, aspirando a un posicionamiento femenino. Estos reclamos fueron sellados por actos médicos y por lo tanto estas cadenas sintomáticas comenzaron a ser reducidas al silencio a través de dichas intervenciones. Nos hemos preguntado si a ello se refería su curiosa afirmación “esto que a mí me pasa no es psíquico...antes era psíquico”.

El cuerpo manipulado es intervenido una y otra vez sin que se consideren las consecuencias que se producen.

Esta reconstrucción, es lo que nos permitió producir una relativización de lo delirante haciendo un diagnóstico claramente diferencial respecto de la psicosis, ya que no se trata de una psicosis, sino de una problemática fantasmática no dialectizada que quedó inmovilizada y elaborada de un modo cuasi- delirante tal como se ponen de manifiesto en el material clínico que les he comunicado.

Considero que es frecuente en nuestro tiempo, y ya desde hace muchos años, que estas pacientes que quieren ser localizadas en su sexo y en su deseo y reconocidas como tales, cuando son atravesadas y mutiladas por actos médicos, se lesionan simbólicamente y esto favorece la presencia de *la locura*.

Nos muestra el modo en que el cuerpo ofrecido a la medicina, va siendo desposeído de lo simbólico, sobreviniendo entonces discursos pobres y estereotipados respecto de las cuestiones que hacen a su sufrimiento.

El deterioro de la función simbólica, -en fin-, las dificultades que acarrea en el sostén del ser, asociadas frecuentemente a las adicciones y a las enfermedades psicosomáticas, están presentes en “las locuras”.

Pienso que estas “locuras”, no son neurosis, ni son psicosis, sino que me permito hacerlas corresponder al ámbito de lo que podríamos llamar freudianamente “psiconeurosis narcisísticas”.

Si las psicosis o el psicótico no logra entrar en el lenguaje respecto de lo que implica la constitución de un discurso, la locura parece que no logra habitar su cuerpo sexuado y esto pone de relieve una perseverancia congelada en la problemática del ser, que ocasiona un funcionamiento comandado por identificaciones negativas en las que se comprometen su ser y su verdad.

Las problemáticas de la “clínica del narcisismo” pueden remitirnos a una gran diversidad de manifestaciones: a los modos en que se aspira a la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros, al intento activo de dominar y negar la alteridad, al predominio de lo fantasmático sobre la realidad, etc. y nos conducen –en general- a las fronteras de lo analizable. Considero que el renovado interés por la complejidad de este concepto es uno de los aportes más fecundos del psicoanálisis a las problemáticas contemporáneas.