

42



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

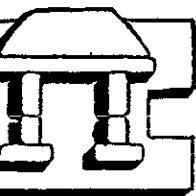
"CAMPUS IZTACALA"

INFLUENCIA DEL NARCISISMO EN LA
ENFERMEDAD CORPORAL

T E S I S T E O R I C A
PARA OBTENER EL GRADO DE
L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G I A
P R E S E N T A
L O R E N A E D D Y C U E R V O

DIRECTOR DE TESIS:
DR. CARLOS FERNANDEZ GAOS

SINODALES:
MTRO. JOSE VELASCO GARCIA
LIC. MARIO DIAZ CONTRERAS



TACALA

TLALNEPANTLA ESTADO DE MEXICO

2000

270370



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Y al mismo tiempo me daba cuenta de que mi salir de mí mismo es una salida sin retorno, sin restitución posible del yo que ahora advierto que estoy expulsando sin que pueda serme restituido jamás, y entonces es la agonía que se precipita triunfal porque ya la vida está en otra parte, ya deslumbrados de memoria ajena desdoblados no superpuestos de la célula ajena instauran la relación de la célula novicia, la relación consigo misma novicia y con el resto.

Italo Calvino
Tiempo Cero

INDICE

DEDICATORIAS	i
RESUMEN	ii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. NOCIÓN DE ENFERMEDAD, SALUD Y SÍNTOMA EN DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS.	
1.1. Enfermedad, salud y síntoma en el discurso médico moderno	
1.1.1. Breve reseña de la evolución de los conceptos de salud, Enfermedad y síntoma.	5
1.1.2. El impacto dualista en la actualidad	12
1.1.3. El embargo del cuerpo y la tecnologización del espíritu	15
1.1.4. Crítica a las nociones de salud-enfermedad en el discurso Médico.	16
1.2. Noción de enfermedad, salud y síntoma en el discurso psiquiátrico.	
1.2.1. De la locura a la enfermedad mental	20
1.2.2. La clasificación en Psiquiatría.	24
1.2.3. Paralelismo metodológico entre Psiquiatría y Medicina	27
1.2.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en El discurso psiquiátrico.	30
1.3. Concepto de salud, enfermedad y síntoma en Psicología de la Salud	
1.3.1. Breve reseña histórica de los fundamentos teóricos de la Psicología de la Salud.	34
1.3.2. Salud, enfermedad y síntoma en Psicología de la Salud	37
1.3.3. La salud como aprendizaje humano	41
1.3.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en El discurso de Psicología de la Salud.	43
1.4. Enfermedad, salud y síntoma en el discurso psicoanalítico	
1.4.1. Breve reseña histórica del surgimiento del psicoanálisis freudiano.	45
1.4.2. Normalidad, patología y síntoma en Freud	54
1.4.3. La enfermedad y algunos post-freudianos	60
1.4.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en El discurso psicoanalítico.	69
1.5. Conclusiones	71

CAPÍTULO II. LO PSÍQUICO EN LA ENFERMEDAD

2.1.	La conformación del psiquismo según varios autores	75
2.2.	¿Qué es lo corporal?	
2.2.1.	El cuerpo, símbolo de una sociedad	84
2.2.2.	El cuerpo para el psicoanálisis	86
2.3.	Lo psicossomático	
2.3.1.	¿Qué es lo psicossomático?	93
2.3.2.	Fenómeno psicossomático	97

CAPÍTULO III. EL NARCISISMO Y LA ENFERMEDAD

3.1.	Concepto de narcisismo en Freud	101
3.2.	El concepto de narcisismo en otros autores contemporáneos	107
3.2.1.	Jacques Lacan	111
3.2.2.	André Green	114
3.2.3.	Joyce McDougall	119
3.3.	Enfermedades narcisistas	
3.3.1.	Afecciones psicossomáticas	123
3.3.2.	Estructura psicossomática	126
3.3.3.	La hipocondría	128

CAPÍTULO IV. INFLUENCIA DEL NARCISISMO EN LA ENFERMEDAD

4.1.	Aproximación a una delimitación de lo psicossomático, somático y orgánico	133
4.2.	Estructuración psíquica y tipos de enfermedad	136
4.3.	La enfermedad como consecuencia de una sociedad narcisista	
4.3.1.	El neoliberalismo: sociedad narcisista	151
4.3.2.	Narcisismo y enfermedad	155

CAPÍTULO V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

5.1.	Caso Aurora	165
5.1.1.	Análisis a partir del narcisismo y su influencia en la enfermedad	170
5.2.	Caso G.	175
5.2.1.	Análisis	178
5.3.	Caso de Paul Z.	182
5.3.1.	Análisis	187
5.4.	Caso F.	189
5.4.1.	Análisis	190

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

DEDICATORIAS

PARA LEO

AGRADECIMIENTOS

Al maestro que me alentó con sabiduría y paciencia, al
Dr. Carlos Fernández Gaos.

RESUMEN

En nuestros días, la enfermedad desata una serie de imaginarios sociales que están en función de discursos científicos que construyen y velan la percepción que un sujeto puede tener sobre su propia enfermedad. La enfermedad, pertenece y ha sido confiscada por los científicos de la salud quienes por un intento de salvar vidas "biológicas", destrozan subjetividades. Esto, a raíz de concebir la enfermedad como un fenómeno que ataca a un organismo sin historia, concepción que hace de un cuerpo simbólico una carne biológica sin sujeto.

Esta tesis tiene como objetivo realizar un recorrido teórico que nos brinde la oportunidad de tener una mirada en donde se incluya la subjetividad y no sólo el proceso biológico del ser humano enfermo. El psicoanálisis nos proporciona las herramientas necesarias para incluir la enfermedad corporal en los procesos psíquicos, procesos que influyen directa o indirectamente en la adquisición, mantenimiento o disolución de una patología dependiendo de las vivencias psíquicas que se entrelazan al momento de enfermar.

Todo ser humano lleva la impronta de una huella narcisista que determina en gran medida nuestro vivenciar. La vida transcurre a lo largo de un ir y venir hacia el narcisismo, etapa que nos constituye como sujetos y configura nuestras relaciones objetales. Por tal motivo, es posible considerar al narcisismo como influyente de la enfermedad.

Proponemos ver a la enfermedad como un fenómeno que irrumpe en un cuerpo impregnado de símbolos, conflictos e historia, un cuerpo que desde sus comienzos pasó o no por un proceso de libidinización. Entonces para dar cuenta de la enfermedad en relación a éste cuerpo simbólico, proponemos teorizar un concepto que ha sido denominada función-cuerpo, función que oscila entre la regulación del sistema inmunológico y la libidinización corporal. Concepto que nos permite vincular enfermedad, historia y narcisismo.

INTRODUCCIÓN

Varios han sido los intentos por vincular y entender la influencia de factores psíquicos en la enfermedad orgánica. La medicina, la psiquiatría, la psicología, la psicosomática y el psicoanálisis en diversos momentos y con enfoques distintos, se han encargado de ello.

Cada una de estas disciplinas tiene sus propios fundamentos, concepciones y métodos que dan una amplia explicación al respecto, sin embargo existen diferencias significativas en sus concepciones. Una de las principales vicisitudes radica en la percepción que se tiene acerca del cuerpo, del psiquismo y de la enfermedad, conceptos que determinan la visión y guían por diferentes caminos el estudio y la intervención de las diversas patologías.

Casi por tradición, la enfermedad ha sido entendida a través de una metodología específica que radica en la agrupación de síntomas y síndromes que son extraídos a partir de datos clínicos que se enfocan sólo en las disfunciones orgánicas.

La medicina reconoce cierta influencia de procesos psicológicos que afectan la enfermedad, en su trabajo diario se topan continuamente con personas que a pesar de que se les emite cierto diagnóstico con sus debidas prescripciones éstas hacen caso omiso debido al estado emocional en que se encuentran, o bien, el curso de la enfermedad no se apega a lo esperado. La labor del médico es la de curar a ése órgano o conjunto de órganos enfermos que supuestamente se rigen por leyes biológicas. Sin embargo, existen reacciones y síntomas ajenos a los esperados. Este hueco es lo que da pauta a los médicos a pensar en los procesos psicológicos involucrados. Esto que aparece como agujero en el discurso científico ha tratado de ser tapado desde el nacimiento de la ciencia por múltiples investigadores intentando localizar en la corteza cerebral esos factores psíquicos que entorpecen la acción médica y cambian el curso de la enfermedad.

Hoy en día, la ciencia médica se especializa cada vez más, trata de poseer un control absoluto sobre el cuerpo y la mente, sobre la vida y la muerte. La medicina y la tecnociencia tratan de reconstruir el cuerpo a través de trasplantes e implantes, tratando así de evitar la descomposición de esa carne sin sujeto. Las ciencias duras han llegado al grado de querer embargar nuestro cuerpo y tecnologizar nuestro espíritu, lo que nos lleva a pensar en un proceso permanente de desubjetivación humana.

Este panorama es realmente dramático. Si tomamos en cuenta que los sujetos somos contruidos a partir de los diferentes discursos, sean científicos, religiosos o familiares, nuestro cuerpo se significa e interactúa en una realidad en donde lo que oye, ve, toca y siente es elaborado por un proceso psíquico que determina en gran medida el curso de nuestra vida y la enfermedad puede ser entendida, entonces, incluso como intento del sujeto de resistirse a esta desubjetivación.

Por tal motivo en esta tesis se propone ver a la enfermedad desde una óptica que va más allá de la razón científica, que rescata la subjetividad, y el psicoanálisis nos proporciona las herramientas necesarias para hacerlo. Para lograr este objetivo fue necesario analizar y criticar las diferentes posturas en relación al proceso salud-enfermedad, tales como la medicina, la psiquiatría y la psicología de la salud. Dichas disciplinas tienen como objetivo intervenir en la enfermedad atacando al síntoma obteniendo así una supuesta cura, digo supuesta porque en muchas ocasiones la enfermedad vuelve a manifestarse pero con un disfraz diferente, estamos hablando de las interminables recaídas que sufre un sujeto "vulnerable" a la enfermedad.

Una vez analizados estos aspectos, se realizó un análisis de las teorías psicoanalíticas y sus contemporáneos, con el fin de abrir un espacio de reflexión en donde las nociones de somatización, cuerpo, orgánico, síntoma etc.. fueron los ejes de nuestra indagación para perfilar una comprensión distinta de la enfermedad.

Revisadas éstas nociones nos empeñamos en mostrar la importancia del narcisismo en la enfermedad, como un factor que puede ser influyente para la adquisición, mantenimiento o desaparición de ciertas patologías de orden orgánico.

El narcisismo es uno de los momentos fundantes del psiquismo, momento que se caracteriza por el amor hacia el propio cuerpo, es ahí donde se comienza a formar una estructuración yóica a partir de algunos complementos libidinales depositados por la figura materna, libido que permite la investidura futura de nuestros objetos pulsionales, es así, que nuestra condición psíquica involucrará un aviven permanente hacia el narcisismo, un narcisismo que se verá continuamente amenazado por una realidad que pone en juego la formación de ideales, relaciones objetales y manifestaciones psíquicas entre otras. Pero, el narcisismo, a su vez designa " más allá de cualesquiera inversiones objetales, el depósito

de que toda pulsión procede.”¹ Cuestión que nos permitirá incluir a la enfermedad como un camino pulsional en donde se involucra al propio cuerpo como objeto de satisfacción.

El narcisismo ha sido tema de controversia hasta dentro de los círculos psicoanalíticos, es definido por algunos teóricos como aquella fase en donde el sujeto está inmerso en un autoerotismo, en donde su madre y él forman parte de una célula y comparten una misma psique. Otros teóricos se orientan más hacia la primera identificación que repercutirá en el establecimiento de sus relaciones objetales futuras, etc. Pero a pesar de estas discordancias, la concepción de cada uno nos orienta para lograr vincular el narcisismo y la enfermedad. Dicha relación revela tener una complejidad insospechada como lo veremos en el análisis de los casos clínicos expuestos en este trabajo. La enfermedad no se reducirá a las nociones clásicas de complacencia somática, sino que tratamos de dar cuenta que el cuerpo como simbólico no escoge nada al azar sino que todo tiene un porqué si tomamos en cuenta la historia del sujeto y sus vivencias psíquicas.

En este trabajo se considera que la enfermedad podría ser la causa de una falla o fisura en la coraza narcisista, una falla que permite la entrada de la pulsión de muerte instalándose así en lo real del cuerpo, es decir, en una parte del organismo que no ha sido libidinizada o bien debido a un exceso de libidinización en donde la enfermedad tomará partida extrayendo este plus.

Ahora bien, se pueden distinguir 3 tipos de enfermedad: la somática, la cual tendrá que ver con el cumplimiento de un deseo y en donde el psiquismo tiene un papel primario, la psicósomática que, según algunos estudiosos de corte lacaniano, se debe a la incapacidad de elaborar psíquicamente algún acontecimiento manifestándose así en el cuerpo, y la orgánica en donde el psiquismo sólo juega un papel secundario. Sin embargo, estas clasificaciones se pueden mover bajo un curso cíclico, es decir, una enfermedad somática pudo haber sido derivada de una psicósomática, una psicósomática en orgánica y así sucesivamente. Es en extremo confuso lograr situar una enfermedad dentro de esta clasificación, por lo que en la presente tesis se propone considerar a la enfermedad como corporal en donde se incluye la importancia de la función cuerpo, que sería una función que oscila entre la regulación del organismo y la libidinización corporal. Esta función enmarca simultáneamente la importancia de los diferentes discursos, las vivencias

¹ Ricoeur, P. (1970), Freud, *una interpretación de la cultura*, siglo veintiuno editores, México, pp.134.

psíquicas de infancia y actuales, la dinámica del narcisismo y la percepción que el sujeto tiene en cuanto a su enfermedad.

Debido a la complejidad del tema y el poco desarrollo teórico que hasta el momento se ha realizado, me fue necesario extraer de diferentes posturas teóricas y hasta opuestas entre sí dentro del enfoque psicoanalítico, nociones y postulados que me podían servir para dar cuenta de la influencia del narcisismo en la enfermedad. Es decir, no me adhiero completamente a un psicoanalista sino que trato de acomodar ciertos aspectos teóricos propios de un autor para así ir entrelazando y añadiendo conceptos dentro de la metapsicología o metabiología de la enfermedad corporal. Mi intención no es analizar las coincidencias y diferencias de las diferentes epistemologías psicoanalíticas sino rescatar contribuciones de cada posición para lograr el armado teórico del presente tema.

CAP.I. NOCIÓN DE ENFERMEDAD, SALUD Y SÍNTOMA EN DIFERENTES ENFOQUES TEÓRICOS.

1.1. Enfermedad, salud y síntoma en el discurso médico moderno

1.1.1. Breve reseña de la evolución de los conceptos de salud, enfermedad y síntoma.

A lo largo de la historia los conceptos de salud, enfermedad y síntoma han sido interpretados y concebidos desde diferentes perspectivas que dependen del contexto histórico y social de la época. Concepciones que se han ido entrelazando y definiendo a partir de ciertas implicaciones contextuales que sobredeterminan el rumbo que han tomado en la actualidad en las ciencias médicas. Por tal motivo, es preciso realizar un breve recorrido histórico y epistemológico para entender el nacimiento de nociones y conceptos de lo que en medicina hoy se conoce como salud y enfermedad

En la antigüedad la enfermedad y la salud estaban vinculados con la moral y la teología, le atribuían a los dioses la capacidad de castigar con el dolor y la enfermedad. Tal es el caso del pueblo Asirio Babilónico, el cual se estableció hace 45 siglos, que consideraba que la enfermedad era una impureza moral o espiritual provocada por los dioses como réplica a una trasgresión moral, por lo tanto, la capacidad de sanar no dependía del individuo sino de la voluntad divina, la enfermedad misma era la manera de expiar la culpa (del latín culpa: falta, pecado)

Para los griegos, la enfermedad también era de origen divino, pero la impureza ya no recaía en lo moral sino en lo físico, y por lo tanto, ésta podía sanarse a través de baños purificadores.

De los babilónicos a los griegos se produce un gran salto conceptual ya que en los primeros la enfermedad atañía al alma y en los griegos a lo físico. Lo físico es propio del ser humano, lo que posibilita entonces que otro hombre conocedor de las leyes de la naturaleza (physis) pudiera curar al enfermo. Se cuestionaron mucho el origen o causas de las enfermedades y suponían que la naturaleza se guiaba por leyes que tenían un orden y una armonía, idea que surgía de las concepciones pitagóricas.

Esta cultura consideraba a la enfermedad como algo propio de la naturaleza y por lo tanto digno de estudio y reflexión. La salud era vista como el equilibrio perfecto, equilibrio que se manifestaba en los actos, y por el contrario, la enfermedad significaba el

desequilibrio que se manifestaba a través de síntomas como fiebres, inflamaciones y dolores.

Alcmeon de Crotona (520 a.C.), médico de la escuela pitagórica, decía que la salud era el equilibrio de las potencias: lo húmedo y lo seco; lo frío y lo caliente; lo amargo y lo dulce. Por lo tanto, la enfermedad era de origen interno, un desorden, un desequilibrio en la *physis* de la persona.

Es en el año 460 a.C. que nace el padre de la medicina que viene a romper con estas concepciones, Hipócrates, quien se revela contra lo sobrenatural y adopta una posición monista entre cuerpo y alma. Inspirado en Platón, sostenía lo siguiente: "Del alma proviene lo bueno y lo malo para el cuerpo, puesto que el hombre es una unidad de alma y cuerpo"²

Hipócrates adopta la teoría holística del pensamiento médico, en donde la salud era considerada como la armonía entre los procesos biológicos y psíquicos. Éste médico griego insistía en ver al paciente no sólo en su enfermedad, proponía averiguar todo lo concerniente a la vida personal del enfermo y al medio ambiente en el cual se desenvolvía, lo cual permitiría tener una visión mas amplia de las posibles causas de la enfermedad.

La teoría humoral se convirtió en un dogma de las doctrinas médicas de Galeno, médico del S.II d.C. quien aparte de aceptar dicha doctrina proponía una teoría global del hombre ideal, hombre que debía poseer una excelente constitución física para poder gozar de buena salud. Los términos de salud y buena constitución se encuentran ligados y son equivalentes, Galeno introduce una tercera noción a su teoría: la mejor construcción del cuerpo, la cual dependerá de dos factores fundamentales: el buen temperamento (*eukrasia*) de las partes homeómaras, y la buena proporción (*symmetria*) de las partes orgánicas.³

En esta época predominaba la doctrina de los 4 humores cardinales (la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema), por lo tanto el hombre gozaría de buena salud si estos

² Nicolaidis, N et Press J. (1995) *La Psychosomatique Hier et Aujourd'hui*, Ed. Delachaux, Paris, Francia, pp.

37

³ *ibidem*, p.35

4 humores estaban en concordancia. Las ideas y las reflexiones acerca de la salud y la enfermedad seguían siendo de origen teocrático y metafísico.

Para Galeno, la enfermedad (nosos) era una disposición natural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales. La enfermedad era localizable y era causada por algún factor externo o interno. Esta afirmación se inscribe dentro del orden biológico en donde se definen diferentes niveles de organización del cuerpo, es así, que la salud dependía del temperamento (krasis) el cual era constituido por la combinación de 4 cualidades: el calor, el frío, lo seco y lo húmedo que combinados constituían a su vez los 4 elementos fundamentales: el aire, el agua, la tierra y el fuego. A dicha mezcla se agregan entonces los 4 humores: la bilis amarilla, la bilis negra, la sangre y la flema.⁴

La teoría de Galeno y el hombre perfecto eran la base de la medicina griega, la cual se sustentaba en un equilibrio de la naturaleza del cuerpo y esta idea perduró durante mucho tiempo.

Sin embargo, en la edad media, las concepciones acerca de la salud y la enfermedad volvieron a tomar un matiz religioso. El cristianismo era la base de todas las ideologías, se convirtió en la religión del curar, es decir, que prometía curación, restauración física y moral a través de plegarias o sacrificios. " El sufrimiento significaba purificación. La enfermedad es sufrimiento y el sufrimiento perfecciona al que sufre, es amigo del alma, desarrolla la capacidad espiritual y se vierte hacia el infinito" ⁵ La medicina era asociada a la magia y las enfermedades eran producto de la ira de Dios y no de la naturaleza biológica como se sostenía en la Grecia antigua.

Con las cruzadas y las epidemias las enfermedades empezaron a propagarse, las pestes invadían ciudades enteras y se vieron en la necesidad de retomar las doctrinas médicas de la antigua Grecia, debido a la escasa producción científica que se había generado en esa época, puesto que como se menciona anteriormente, la Iglesia dominaba el terreno de la salud y la enfermedad.

⁴ ibidem, p.37

⁵ Sigerist, H.E. (1987), *Civilización y enfermedad*, Instituto Nal. De Salud pública, Fondo de cultura económica, Mex. Biblioteca de la salud, pp.25.

Las teorías de Galeno fueron retomadas y no es sino hasta el S.XVI que estas son destituidas y criticadas por Paracelso quien insistía en que cada enfermedad tenía una causa y un remedio concreto. Suponía que la invasión de parásitos extraños en el cuerpo perturbaban su funcionamiento normal. Por lo tanto sus investigaciones se enfocaron en tratar de encontrar compuestos químicos que aumentaran la fuerza vital del cuerpo para luchar contra dichos parásitos.

Los descubrimientos científicos durante el Renacimiento estaban en pleno auge, se entró al mundo del cuerpo con el surgimiento de la anatomía, se diseccionaron cadáveres para estudiar a fondo la localización de las enfermedades y los posibles órganos afectados. Hicieron de la muerte un terreno de estudio y el cuerpo empezó a ser considerado como una máquina que se componía de diversos órganos, es en ese momento donde surge la separación entre mente y cuerpo, el cuerpo se convirtió en objeto de estudio y se separaba cada vez mas del hombre, y la mente sufrió un cambio conceptual, la mente ya no era considerada como el espíritu y el alma, las interrogantes que despertaban su interés no se enfocaban sobre la influencia de un cuerpo corrupto sobre el alma inmortal, sino mas bien sobre la manera en que la substancia impalpable (mente) podía mover o cambiar a la materialidad sólida, esta materialidad sólida era el cerebro en donde los procesos de pensamiento, percepción y sentimientos entre otros eran los responsables de la existencia humana.

Era la edad de la razón, la edad de la causa-efecto, la enfermedad se manifestaba a través de síntomas y signos. " El síntoma era la forma bajo la cual se presentaba la enfermedad: de todo lo visible, él es lo más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible a la enfermedad"⁶ Es decir, todo síntoma implica un estado patológico y todo signo pronostica el desarrollo de la enfermedad. Esta concepción llevó a los médicos a clasificar las enfermedades de acuerdo a la nosología y etiología, generalizaron síntomas y signos de una enfermedad determinada. La misión del médico en esa época era: observar, clasificar, diagnosticar y curar. Toda enfermedad tenía un evolución, por lo cual adivinar el rumbo no era tarea difícil, todo se movía bajo el dominio de la razón, resultado de la formulación del cogito de Descartes, (Pienso luego existo), la cual fomenta la separación entre mente y cuerpo y formula con claridad, un tema clave de la filosofía mecanicista del S.XVII: " El modelo del cuerpo consiste en la

⁶ Foucault, M. (1979) 2° edición, *Enfermedad Mental y Personalidad*, Ed. Paidós, México, pp.131

máquina, el cuerpo humano es un mecanismo discernible de otros por la única singularidad de sus engranajes.”⁷

Es así que el Renacimiento y su cientificismo marcan toda una historia que repercutirá de manera profunda y determinante en el S XIX. La fisiología, la terapéutica y la cirugía empiezan a ser elementos princeps y se instaura una gran brecha que provoca el distanciamiento de lo humano, resultado del dualismo cartesiano y los enfoques mecanicistas y biologicistas.

Es en el S.XIX, en donde la medicina alcanza su estatuto científico, disciplinas como la fisiología, la química y la física hacen grandes aportaciones. Los principales aportes fueron de índole fisiológico. Tal es el caso de Claude Bernard (1813-1878) quien afirmaba que los procesos en los organismos vivos no se diferenciaban mayormente de aquellos presentes en la naturaleza inanimada. Sin embargo, adquieren un especial orden en los seres vivos, una arquitectura funcional que los hace diferentes y únicos. Para Bernard, todas las funciones vitales por diversas que fueran, tenían un solo fin: mantener constantes las condiciones de vida en el ambiente interno. La misión de la medicina era entonces aplicar métodos y descubrimientos de ciencias como la química, la física y la fisiología a la vida, a la enfermedad y a la muerte a fin de entenderlas y controlarlas.

Auduber-Caille (1814), médico francés “definía a la enfermedad como un todo, ya que se le pueden asignar los elementos, tiene un fin ya que se le pueden calcular sus resultados, por consiguiente es un todo colocado en los límites de la invasión y de la terminación” ⁸(Por lo tanto la enfermedad era un fenómeno que podía ser calculado, pronosticado y tratado a través de una mirada objetiva de los síntomas y los signos que en su conjunto, definirían la patología.

Hombres como Rudolf Virchow (1821-1902) contribuyeron a ese saber científico ya que fue el fundador de la patología celular. “ Su principal tesis era que todo proceso mórbido tiene un locus en el cuerpo, un espacio alterado, el cual por muy pequeño que fuera era en un principio localizable. La mínima unidad de descripción, el mínimo sitio corporal enfermable es una célula. La célula pasó a ser objeto de estudio al igual que el

⁷ Descartes en: Le Breton, D. (1990) *Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia*, Salud Mental, 1996, vol. 19, (3), pp.8

⁸ Foucault, M. (1979) op.cit., pp.133

cuerpo humano, y en donde la subjetividad del hombre era solo un estorbo para el avance de sus investigaciones.

Por otra parte, es en ese mismo siglo (XIX) que se establece la psiquiatría como rama de la medicina, lo psiquiatras se disputaban entre lo mental y lo orgánico, los enfermos mentales estaban condenados al aislamiento, se construían un gran número de hospitales y se investigaban nuevas formas de tratamiento.

Por un lado estaba Pinel, médico francés, quien proponía una visión mas humanista para con los enfermos mentales, decía que las alteraciones del cerebro eran causadas por conflictos morales y por lo tanto, el tratamiento debía ser impartido por un doctor especialista que encauzara al enfermo a recobrar la razón. Y por otro lado, en Alemania, Griessinger ponía el acento orgánico en los trastornos mentales. Este médico decía: " La locura comienza a partir de una perturbación generadora sutil, cuyo fundamento es orgánico y que se presenta más en el orden de la experiencia vivida, y la forma mórbida no es mas que una elaboración intelectual de esta experiencia" ⁹

Los psiquiatras de la época empezaron a estudiar no sólo las funciones cerebrales de sus pacientes, sino también las experiencias vividas, su pensamiento y sus sentimientos. No fue sino hasta finales del siglo XIX que Sigmund Freud, neurólogo vienés, introduce nuevas concepciones que en un futuro modificarían las perspectivas médicas y psiquiátricas.

Freud en esa época realizaba investigaciones con las histéricas y descubre que muchos de los síntomas que se presentaban en esta enfermedad no eran de índole orgánico sino psicológico, decía que los síntomas histéricos eran "restos de vivencias profundamente conmovedoras que han sido apartadas de la conciencia cotidiana y que su forma es determinada por las particularidades de los efectos traumáticos de las vivencias" ¹⁰

Freud en 1913 en su texto "Sobre psicoanálisis" menciona que los síntomas podían ser generados por diferentes mecanismos:

- a) como formaciones que sustituyen a las fuerzas reprimidas
- b) como compromisos entre las fuerzas represoras y las reprimidas

⁹ Sauval, Michel, *El sujeto en la ciencia y el Psicoanálisis*, Acheronta, 1997, 1 (6), pp.9

¹⁰ Freud, S. (1913) *Sobre Psicoanálisis* en Obras completas Ed. Amorrortu, Buenos Aires, t.XII, pp. 212

c) como formaciones reactivas y resguardos contra las fuerzas reprimidas.

Mencionaba que el inconsciente era un poder influenciado de procesos somáticos, procesos que convergían entre el inconsciente y la acción corporal, provocando así un síntoma. Las concepciones de Freud hacen posible darle al síntoma un significado que va mas allá de lo orgánico, síntoma que simbolizaba una problemática psíquica y no una enfermedad del orden de lo biológico.

Es así que " La revolución psicoanalítica permitirá establecer los principios económicos, psicodinámicos y genéticos que gobiernan y organizan la unidad psicosomática del individuo"¹¹

El psicoanálisis fue el gran inspirador de la psicosomática, disciplina que se define como la "medicina que estudia las enfermedades físicas ligadas a causas psíquicas o a conflictos psicológicos."¹² Uno de los objetivos de esta ciencia era el de configurar perfiles de la personalidad de acuerdo a una recolección de rasgos propios en una enfermedad. Por ejemplo, consideraban que las cefaleas eran mecanismos secundarios de defensa que estaban en estrecha relación con un conflicto edípico.

En esos tiempos la medicina mantenía una posición muy hermética, las expectativas psicoanalíticas o psicosomáticas no se lograron introducir por completo, se instalaron como simples agregados de la ciencia médica. El concepto de salud y enfermedad oscilaba entre los términos de fisiología y patología, afiliados de la conservación de la vida como único fin.

A grosso modo, la idea de un monismo entre alma y cuerpo es un enigma y una problemática que data desde la antigüedad y que surge por la angustia de enfermar, de morir. Diversas religiones intentaron aminorar esta angustia a través de una promesa de vida eterna después de la muerte. Años más tarde, las ideas positivistas empezaron a invadir el terreno de la salud, la enfermedad y la muerte, proponiendo un control científico y casi omnipotente del dominio médico sobre el hombre. A pesar de las posiciones rigurosas del siglo XIX, el psicoanálisis provocó un cambio en las concepciones médicas, sin embargo surge una nueva tendencia dualista: la división entre soma y psique, tendencia que la psicosomática intentó revertir a través de una propuesta de índole

¹¹ Marty, P. (1992), *La psicosomática del adulto*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 11

¹² Nicolaidis N. et Press, J. (1995) op.cit., pp. 260

monista, en donde lo psicológico estaba en estrecha relación con lo somático. Pero finalmente, el cuerpo humano, la salud y la enfermedad son conceptos impregnados de un cientificismo riguroso y la idea del hombre máquina sigue en pie

1.1.2. El impacto dualista en la actualidad.

Con el nacimiento de la ciencia el mundo de lo subjetivo muere, el sujeto es excluido y el organismo es privilegiado. Un neo-dualismo se hace cada vez mas evidente, su rigurosidad se desarrolla en paralelo a las transformaciones tecnológicas.

El dualismo cartesiano se ha modificado, " La versión moderna del dualismo opone al hombre a su propio cuerpo, ya no como sucedía antiguamente, donde se enfrentaba el alma o el espíritu al cuerpo" ¹³

La medicina queda inscrita en este discurso positivo, discurso que hace de los médicos, amos poseedores de la naturaleza humana, los coloca en una posición de macropoder, de omnipotencia y cuya misión será la de salvaguardar la raza humana de las enfermedades.

Ahora el médico despersonaliza la enfermedad para así poder actuar mejor sobre ella, el hombre deja su cuerpo en manos del saber médico, el individuo es colocado en un lugar pasivo, en donde el hombre como tal, nada puede hacer. El individuo se transforma en un ser puramente biológico portador de microorganismos, disfunciones orgánicas y malformaciones. "Las enfermedades son consideradas como efectos visibles, objetos de reconocimiento, objetos cuyo mecanismo de producción se desconoce, materia prima que debe ser tratada con recursos físicos y químicos sobre un cuerpo biológico" ¹⁴

En la actualidad, se esfumó la doctrina hipocrática, el enfermo ya no es considerado como un caso particular sino un número más que engrosará las estadísticas en cuanto a patologías recurrentes que son clasificadas en grupos y subgrupos.

Nuevos síntomas, epidemias y enfermedades se hacen presentes, los científicos tienen que unir sus fuerzas y salir al rescate del ser humano que se perfila hacia la decadencia, hacia la muerte. Hoy en día la construcción de hospitales se incrementa, hospitales que

¹³ Le Breton, D. (1990) op.cit. pp. 8

¹⁴ Braunstein, N. A. (1980) *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis (hacia lacan)*, Ed. Siglo XXI, México, pp. 30.

deben aislar a esos seres indeseables que podrían contagiar al resto de la humanidad. Los hospitales se convierten en prisiones en donde la vida y la muerte dependerán del saber biomédico, los enfermos se mantendrán vivos gracias a la nueva tecnología sustentadora de la vida y protectora de la muerte. No cabe duda que ese es el gran reto de la medicina, y para eso, será preciso encargarse de la creación de nuevos seres.

La biología y la genética son los encargados de transformar al ser humano con el fin de crear un nuevo hombre, un hombre invulnerable a las enfermedades que ponen en peligro de extinción a la especie humana.

La genética molecular es sin duda la gran revolución del siglo XX, sus investigaciones se enfocan al análisis directo del material genético, el cual se utiliza para la prevención y curación de enfermedades congénitas.

Nuevos estudios prometen que a través de la manipulación del material genético sería posible la curación de enfermedades somáticas de personas que padecen debido a un "gen enfermo". Los médicos suponen que con la inserción de dicho gen se corregirá la enfermedad debido a la sintetización química que el gen enfermo no realizaba.

Con ésta nueva técnica genética será posible entonces corregir defectos físicos y mentales, así como prevenir las posibles deficiencias en las próximas generaciones humanas.

La medicina se ha convertido, como dice Lucien Israel, en una ciencia de averías. Esta meta científica sigue un cauce acelerado, se promueve la clonación de animales y vegetales perfeccionados y con mejores nutrimentos.

En la actualidad sólo se ha experimentado con animales y vegetales, pero los investigadores de hoy en día creen que hasta dentro de cinco años será posible la clonación de seres humanos o mas bien de cuerpos humanos, pero dicen que esto sólo será posible hasta que se logren traspasar las barreras éticas y morales que tanto estorban al saber médico.

Más aún, la genética se encarga de transformar y crear seres humanos de manera sistemática con miras hacia el perfeccionamiento de la salud física y mental, el cuerpo es objeto de manipulación genética, inclusive para procrear el ser humano puede prescindir

de las relaciones sexuales, basta con realizar un mapeo genético y de esa manera producir un "bebé moderno, corregido y aumentado"

Ulises Casas, Presidente de la escuela ideológica de Colombia habla de la importancia de la clonación de seres humanos y declara que esta nueva tecnología permitirá al hombre liberarse de las ideas religiosas las cuales oprimen y manipulan el pensamiento, habla de la nueva raza clonada quien marcará un futuro para el mejoramiento cultural y material de la humanidad.

La ciencia será la madre de la nueva raza de seres clonados o inseminados, ejerciendo así sobre el hombre un dominio absoluto. El saber biomédico promete la felicidad en nombre del bien común, habla a partir de su verdad, verdad que gira en torno a la homogeneización del ser humano que tiende a la perfección, perfección que excluye el deseo y a los sentimientos mas primitivos, esperando así poder vivir en un "mundo feliz".

No obstante, a pesar del deseo de dominio que tiene la ciencia para con el enfermo, éste no cede y recurre a métodos paliativos que se inscriben en el orden de lo metafísico o psico-religiosos. Es así, que en la actualidad terapias como la aromaterapia, cromoterapia, terapias energéticas y hasta consulta a brujos y curanderos ponen énfasis en el deseo del enfermo de reencontrar su "verdadera esencia, su espíritu". Este tipo de prácticas proponen al sujeto ir más allá de lo orgánico y prometen una forma de vida más sana y con una espiritualidad mas intensa. Estos ritos le permiten al sujeto moverse del lugar de donde el médico los ha colocado. Las prácticas rituales en sí tienen efectos curativos, por medio de la sugestión y de una manera de catarsis corporal y mental. Las terapias alternativas le ofrecen al ser humano otro significado de la enfermedad, no lo aíslan ni lo marcan, el enfermo puede darle un sentido diferente a su enfermedad aliviando así sus miedos y angustias.

Finalmente, el objetivo de la ciencia pretende instaurar un monismo que radica en lo orgánico y deshecha lo psíquico o espiritual, sin embargo, su meta está muy lejos puesto que el ser humano no cede ante su discurso y hace de él mismo un sujeto de cuerpo y alma.

1.1.3. El embargo del cuerpo y la tecnologización del espíritu.

Hoy en día, el cuerpo se ha convertido en un objeto de consumo, las prácticas biomédicas concentran su atención en la perfección del mismo, perfección que radica en la reconstrucción y sustitución de partes corporales deficientes.

“ Con la creciente especialización y tecnologización de la medicina, el hombre es visto fragmentariamente como un conjunto de órganos separados sobre los que hay que intervenir aplacando el síntoma.”¹⁵ El cuerpo enfermo es mutilado y destrozado, es visto por los mecánicos corporales como una simple maquinaria a la cual hay que componer y controlar a través de prótesis que enderezan el cuerpo, trasplantes y extracción de órganos.

Desde que el hombre tuvo acceso al cuerpo, es decir desde el siglo XVI, el hombre rompió con lo imaginario del cuerpo y se enfrentó a una estructura corporal. Se realizaron disecciones y cirugías, se localizaron órganos y sistemas, la enfermedad fue detectable y el cuerpo se convirtió en objeto de innumerables investigaciones. Se consideró al hombre como la máquina perfecta, metáfora promulgada por el discurso científico, en donde la imagen integradora del hombre desaparece, se privilegia el mecanismo corporal y las funciones cerebrales vienen a suplantarse el concepto de alma.

“ El saber biomédico es un saber sobre el organismo cuya base epistemológica descansa sobre un estudio riguroso del cuerpo, pero separándolo del hombre, a menudo percibido como un intruso.”¹⁶ Es decir, el cuerpo se disocia del hombre, su cuerpo ya no le pertenece puesto que es objeto y dominio de la ciencia. Día con día, los avances biotecnológicos se inmiscuyen en las fronteras de la vida, la muerte y el cuerpo, hacen de esto una tecnología, materializan el espíritu y embargan el cuerpo. Los órganos del cuerpo han adquirido un gran valor comercial, cada órgano se cotiza a precios muy altos y el espíritu se empobrece. Le Breton considera que cuánto más pierde el cuerpo su valor moral, más aumenta su valor técnico y mercantil. El cuerpo es la materia prima de las investigaciones médicas y biológicas, sirve como un libro abierto para los estudiantes, se crean bancos de neo-muertos, bancos que conservan funcionando a individuos en estado vegetativo y crónico, con el fin de que los estudiantes de medicina puedan realizar

¹⁵ Fernandez. L. y Pintel, M. (1996) *El sujeto de la salud Mental*, Ed. UAM. Mex.. pp.56

¹⁶ Le Breton, D. (1990), op.cit. pp 8

prácticas tales como trasplantes, transfusiones sanguíneas, extracción e implantación de órganos. Los estudiantes tienen acceso a cada parte del cuerpo, logrando de la muerte y la enfermedad un fin útil y funcional para la ciencia. Finalmente, el cuerpo se ha convertido en un cuerpo sin hombre, es un cuerpo biológico, terreno de posible explotación de órganos, o como dice Foucault, el cuerpo se ha convertido en el espacio de origen y de la repartición de la enfermedad.

Ahora bien, no sólo el cuerpo como elemento orgánico ha sido objeto de estudio de la medicina, también el espíritu ha sido atravesado por el saber neurocientífico, atribuyen a las funciones cerebrales el papel de organizador de las conductas del ser humano. Es así, que si una persona tiene conductas maladaptativas no será atribuido a un factor funcional o psicológico sino será el resultado de una anomalía neurológica.

Cuando una persona es víctima de una enfermedad entonces los biomédicos se lanzan directamente a los hallazgos anatómicos puesto que estos representan la inmediata causa de la enfermedad. Las enfermedades pueden ser concebidas a partir de causas exógenas como: alcohol, tabaco, virus etc. y por causas endógenas, es decir, por la existencia de una predisposición. Pero, ¿de dónde proviene esta predisposición, de un gen, de un deterioro del sistema nervioso?

Existe una obsesión científica por encontrar la causa única y unilateral de la enfermedad, lo subjetivo no tiene cabida puesto que dispersaría y confundiría el saber científico, motivo por el cual su mayor deseo es el de lograr algún día, tecnologizar el espíritu.

1.1.4. Crítica a las nociones de salud y enfermedad en el discurso médico.

El impacto del discurso científico en nuestra cultura es inminente, provoca la fragmentación del ser humano y desata una serie de imaginarios sociales en donde la enfermedad es vista como un defecto del órgano de la máquina humana.

El sujeto enfermo de su enfermedad no puede hablar y es hablado por el médico quien determinará el tratamiento a seguir y las consecuencias si el enfermo no se adhiere a la terapia.

Pero en la cura no se incluye al hombre, es un cuerpo sin pasado, un individuo que no siente y que actúa pasivamente ante su mal, ya que a él no le corresponde el saber. Es el médico que sabe con cuál instrumento, con qué fármaco o terapia el sujeto va a sanar.

Varios han sido los intentos por definir a la salud y la enfermedad, definiciones que tienen una etiología que se remonta a las épocas antiguas, es así, que el término salud proviene del latín y significa buen estado físico, salvación y conservación. La Organización Mundial de la Salud ha ampliado sus horizontes y la define de la siguiente manera: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades". De tal suerte, que la salud podría ser considerada como una utopía, ya que lograr la armonía biopsicosocial es prácticamente imposible debido a las dificultades que están inmersas de entrada en una cultura que día con día presenta nuevos conflictos, las condiciones ambientales no son las mas aptas para el mantenimiento de la salud y aunado a esto los problemas individuales propios de todo ser humano. Por otro lado, el concepto de enfermedad ancla su raíz a partir del latín infirmus que significa débil, impotente, endeble. Significado que condena al enfermo a un estado de desvalidez, de cierta pasividad. Según el concepto moderno, "la enfermedad es un proceso biológico. El organismo humano responde a los estímulos normales con reacciones fisiológicas normales. Tiene una aptitud extraordinaria para adaptarse a los cambios de condiciones. Cuando los estímulos exceden en cantidad o en calidad a la adaptabilidad del organismo, sus reacciones dejan de ser normales para convertirse en anormales o patológicas. Se trata de síntomas de enfermedad, de funciones de órganos lesionados o mecanismos de defensa que tienden a sobreponerse a las lesiones. La enfermedad no es otra cosa que la suma total de reacciones del organismo o de partes de él a estímulos anormales"¹⁷

" Para el médico la enfermedad es algo que tiene el otro, no se da en el plano de su sentir sino en el plano de la lógica: La enfermedad es un conjunto de síntomas y signos que responden (o no) a un patrón ubicable en la clasificación nosológica, que es de su conocimiento"¹⁸ Por lo tanto, el paso de la salud a la enfermedad es el síntoma que se transforma en el significante de la patología, carente de simbolismo e inscrita en el orden de lo orgánico. El síntoma y el signo son visibles ante la mirada biomédica. Los ojos del

¹⁷ Sigerist, H.E. (1987) op.cit. pp.13

¹⁸ Marietan, H. (1991), *Sobre los conceptos de salud/enfermedad-normalidad/anormalidad*. Alcmeon, 1998, 2, (2), pp.6

médico serán el instrumento principal, y es precisamente la mirada positivista que le dará significado a la enfermedad, pero será una mirada que borrará todo deseo del sujeto. De ahí que el sujeto no es sólo hablado sino también mirado por el saber médico, el saber de la verdad.

El enfermo se enfrenta sólo a su dolencia y a su sufrimiento, se desarrollan miedos y culpabilidades de las cuáles no podrá hablar, porque la sociedad niega toda oportunidad de hablar de muerte y sufrimiento, y los médicos son los principales cómplices de ésta actitud. Por lo tanto " el enfermo responde en forma de eco; el lenguaje interior invade todo campo de la expresión del sujeto que prosigue a media voz un monólogo" ¹⁹

Es decir, el enfermo está excluido de la sociedad porque ésta no quiere verse proyectada, la enfermedad enfrenta a nuestra cultura a una realidad de la que no se quiere saber. Todo ser humano está expuesto a la patología y a la muerte y esto pone en peligro el sentido de la vida que finalmente conduce a un fin. El enfermo se siente culpable, por una parte porque su mal lo coloca en un lugar de "anormalidad" según las concepciones sociales, y por otra, trata de buscar el sentido de su enfermedad, éste sentido dependerá de las prácticas nocivas que realizó para contraer la patología, por ejemplo, si se tiene un cáncer pulmonar posiblemente la causa será el haber fumado a lo largo de su vida, si tiene SIDA entonces se enfocará al descuido en sus prácticas sexuales, pero cuando de repente se contrae una enfermedad como la leucemia o el alzheimer entonces el sentido no radicará en las prácticas realizadas durante su vida, y entonces el sujeto se cuestionará el porqué de su mal, tratará en ocasiones de atribuirlo a sus pecados o al destino, pero siempre el sentido será incierto y la angustia y la culpabilidad irán en aumento.

El enfermar transforma la identidad del sujeto, ya que adquiere un nuevo título, ya sea el de canceroso, el de sidoso o el diabético. Entonces el sujeto enfermo será aislado, hospitalizado y se le condenará a una muerte subjetiva en donde su palabra se condenará al silencio y su deseo será borrado. Si al sujeto se le niegan estas dos posibilidades entonces dejará de ser sujeto para pasar a ser objeto de la ciencia.

Bachelard (1948), dice que "toda ciencia particular produce, en cada momento de su historia sus propias normas de verdad." Verdad que remite al saber, saber de un discurso

¹⁹ Foucault, M. op.cit. pp. 35

que atribuye algo al sujeto. Las instituciones hospitalarias son parte de este discurso ya que generan un significado del cuerpo, construyen sujetos y enfermedades, prometiendo protección para sus pacientes, tratan de evitar el desencadenamiento de sus miedos de destrucción o de muerte, velando así los verdaderos sentimientos acerca de la enfermedad

En las instituciones hospitalarias es muy común oír pláticas entre doctores y cuyas expresiones con respecto a los pacientes son. " El del tumor en el cerebro, el del riñón, el diabético de la cama 6, la histeroectomizada etc." Estos pacientes son nombrados por su órgano defectuosos, lo cual marca y da significado a la nueva identidad que adquiere el sujeto al enfermar. Pero no sólo los médicos utilizan estas expresiones con respecto al órgano, también los pacientes utilizan un lenguaje que revela la disociación de su cuerpo, percibe su mal de manera objetiva. No es raro escuchar decir: "tengo el corazón que está haciendo de las suyas, es mi tasa de colesterol, es esta infección que no me deja en paz." Sin embargo, estas expresiones que hacen referencia a lo orgánico es una manera de aprehender la enfermedad, de dar un nombre y un sentido a su dolencia. Además, los enfermos no tratan a su órgano como algo aislado, impropio de ellos, sino que lo hacen suyo a pesar de que el médico intente apropiarse de su cuerpo.

No obstante, el sujeto se entrega en forma pasiva ante los técnicos biomédicos, de los enfermos no dependerá la curación sino de la labor o la operación realizada por los especialistas. Los profesionales de la salud olvidan que sus pacientes sienten, hablan y sufren, los condenan a un silencio y les marcan su posible destino, es decir, el discurso médico ancla al sujeto a su padecimiento y le impide la movilidad. Si un paciente está condenado a muerte entonces la posibilidad que viva se decrementa, puesto que la palabra del médico es la palabra de la verdad.

Ahora bien, las repercusiones sobre el embargo del cuerpo y la tecnologización del espíritu denigran al sujeto en su calidad humana, su cuerpo no le pertenece y "el dolor y la muerte son el precio a pagar por la perfección relativa del cuerpo, lo simbólico de su vasallaje a la historia personal de un actor sumergido en una sociedad, el placer y el dolor son los atributos de la carne, implican el riesgo de la muerte y de lo simbólico social"²⁰

²⁰ Le Breton, (1990), op.cit. pp.10

No es posible pensar al cuerpo como conjunto de órganos que funcionan con leyes mecánicas y químicas, es necesario integrar al hombre y no reducir su alma a simples funciones cerebrales que una vez averiadas el sujeto se reduce a un desecho

1.2. Noción de enfermedad, salud y síntoma en el discurso psiquiátrico

1.2.1. De la locura a la enfermedad mental.

La locura, ahora llamada enfermedad mental ha sido significada en el orden de lo anormal y por lo tanto la sociedad y la ciencia han provocado su exclusión. Sin embargo, no siempre ha sido así, la evolución de este concepto ha sido objeto de múltiples interpretaciones, y cuyo raigambre lo ha llevado a ser objeto de estudio de un método riguroso y sistemático.

A continuación se tratarán de sintetizar los desplazamientos conceptuales que se han originado en torno a la locura, desde la edad media hasta la situación actual en la que se desenvuelve la psiquiatría.

En la edad media, la locura era asociada a las debilidades morales, se inscribía en la jerarquía de los vicios. La lepra y la sífilis estaban ligados a la locura puesto que su origen se ligaba a la promiscuidad sexual y a la inmoralidad. La presencia de estos sujetos en el mundo medieval hacían patente la cólera y la bondad divina, puesto que el enfermar sería un castigo pero también una forma de purificar el alma.

La tradición cristiana creía que la locura era obra del demonio y sólo a través de la Palabra divina, el espíritu maligno abandonaría el cuerpo. Santo Tomas pensaba que: "sólo en el cuerpo se deslizan los ángeles malos, impresionan a las facultades ligadas a nuestros órganos, pero la impresión no llega hasta la voluntad porque ésta no depende, ni en su ejercicio, ni en su objeto, de un órgano corporal"²¹ Para poder salvar al espíritu era necesario quemar el cuerpo del pecador para así entonces liberar el alma. La locura era asunto de la Iglesia y no de la medicina. De hecho para los locos la Iglesia estaba prohibida, eran objeto de la violencia del pueblo y podían ser perseguidos, azotados y torturados. A finales de la Edad Media, los locos eran encerrados o bien transportados en barcos, de ahí la costumbre inglesa de pensar a la melancolía como una influencia del clima marino. " El frío, la inestabilidad del tiempo, las gotitas menudas que penetran en los

²¹ Foucault, M. (1979), op.cit. pp.89

canales y las fibras del cuerpo humano, le hacen perder firmeza, lo predisponen a la locura.²²

En esta época, la locura toma otro matiz, es la sinrazón que se convierte en un aspecto ridículo, divertido. El loco se convierte en bufón en bobo, es el centro del espectáculo teatral, de la literatura y de la pintura. Erasmo en su elogio a la locura decía que ésta era objeto de discursos, ella misma los pronuncia; cuando se la denuncia defiende y reivindica una posición mas cercana a la felicidad y a la verdad que la razón, más cercana a la razón que la misma razón.

Según Foucault, M. (1979) el loco, en esa época, gozaba de una cierta situación privilegiada, le explicaba a los enamorados el amor, a los jóvenes la vida y en fin le recordaba a cada uno su propia verdad.

Sin embargo con el desencadenamiento de la guerra y la propagación de la peste, la locura fue pronto desplazada hacia la muerte, puesto que el loco se reía por adelantado del próximo fin del ser humano, la locura presagiaba el fin de la humanidad.

Años mas tarde, con el Renacimiento la locura se asocia con todas las debilidades humanas y se aparta de las fuerzas sobrenaturales, la locura en esa época no solo le atañía al cuerpo sino también al alma.

Foucault en el libro de la Historia de la locura menciona que el loco ya no era considerado en esta era como un poseído sino como un desposeído de la mas alta facultad del hombre: la libertad y la razón.

Descartes consideraba al loco como un ser irracional, no pensante. Su cogito "Pienso, luego existo" colocaba al hombre en el lugar del pensar y el dudar. Por lo tanto, la locura era considerada como un fenómeno del pensamiento. " La exclusión de la locura fuera del cogito inaugura una frontera, una línea divisoria entre la razón y la locura. La locura es exiliada hacia una región donde el cogito no es pensable"

Ante esta exclusión y concepción de la locura, Pinel y Cabanis, médicos franceses, quisieron devolverle al loco su condición de hombre libre y situarlos en una posición mas humana. Proponían a la medicina como método de estudio de los insanos. El loco ya no

²² Cheyne (1733) en Foucault, M. (1967) *Historia de la locura*, Ed. Fondo de Cultura económica. Mex. Pp.130

debía ser abandonado a su suerte, el loco es un enfermo y por lo tanto podría ser curable. La filosofía pineliana no hacía diferencia entre los locos y los no locos puesto que decía que todo hombre era susceptible a la locura, puesto que como hombres tenían pasiones y estas al verse obstaculizadas por una sociedad provocarían entonces un desequilibrio. Pero la filosofía pineliana no era la única concepción en relación a la locura, también existía la contraparte, Voltaire, prestigiado filósofo francés, escribe en su artículo sobre la locura, que ésta era una enfermedad de los órganos del cerebro que impedían a un hombre necesariamente pensar y actuar como los otros.

En el siglo XIX, la locura fue objeto de múltiples privaciones, la revolución francesa proclamó a los enfermos mentales como incapaces de ejercer sus derechos, proponiendo que se derivaran a un otro que tuviera y poseyera las mas altas facultades del ser humano. El enfermo mental, categoría que fue impuesta a partir de las concepciones médicas, era excluido de toda sociedad y encerrado en un lugar en donde médicos especialistas se harían cargo de ellos e implantarían tratamientos morales y orgánicos dirigidos hacia una cura. La enfermedad mental empieza a ser tratada a nivel orgánico, empieza a ser objetivizada y percibida científicamente. Morel decía que la enfermedad mental era una involución y un deslizamiento progresivo hacia el punto cero de la naturaleza humana. Debido a las diferentes concepciones acerca de la enfermedad mental, la psiquiatría propone dos vertientes principales; en Francia con Pinel, la enfermedad era efecto de causas morales que actuaban sobre el organismo, alterando por vía simpática el cerebro. El tratamiento propuesto era el moral que permitiera la modificación de la percepción del enfermo, alienarlo a la razón a partir de la influencia del médico como representante del saber y de la razón. La segunda vertiente nace en Alemania con Griessinger, quien pone el acento orgánico al tratamiento de las enfermedades mentales como alteraciones cerebrales.

La psiquiatría se convirtió en la primera especialidad médica organizada como tal. Se construyeron grandes hospitales con el fin de capturar y aprisionar a los enfermos y se diseñaron sistemas complejos para la clasificación de dichas enfermedades. Surge una nueva división, con la clasificación nosológica y etiológica, los enfermos mentales ya no podían ser confundidos unos con otros, existían grados de la enfermedad y debían ser clasificadas de acuerdo al conjunto de síntomas que se presentaran.

Uno de los principales psiquiatras del siglo XX que sistematizó los trastornos mentales fue Kraepelin. Clasificación que no fue del todo satisfactoria debido a la estricta y cerrada denominación de síntomas. " Para Kraepelin la entidad clínica o enfermedad mental era un conjunto evolutivo que alcanzaba su máxima claridad en la fase terminal. El saber clínico consistía entonces en identificar la enfermedad antes de su pleno desarrollo y poder fundar un pronóstico" ²³

A finales del siglo XIX y principios del XX, el psicoanálisis también trabajaba en la distinción entre psicosis y neurosis, pero el objetivo no era el mismo, ya que esta distinción no sería con el propósito de enmarcar o proponer un tratamiento específico. Freud en su libro " Las neuropsicosis de defensa" propone que para que alguien se pueda someter a un tratamiento analítico: " Tiene que ser capaz de un estado psíquico normal. Cuestión que excluía al psicótico de toda posibilidad analítica. Freud mencionaba que las neuropsicosis de defensa actuaban de tal manera y tan efectivamente ante la realidad que ésta quedaba excluida provocando así delirios y alucinaciones. Sin embargo, para el psicoanálisis, la locura suponía una verdad y una razón, un delirio que se presenta de la forma mas natural posible (en el caso del psicótico). Y en el caso del neurótico se analizan exactamente los actos o palabras que se salen de "la razón", actos fallidos y sueños son el material a trabajar.

Freud no oponía la locura a la normalidad. " Lo que descubre en la locura está ya en cierto modo en el inconsciente de cada uno y los locos no han hecho mas que fracasar en una lucha que es la misma para todos y que debemos librar permanentemente" ²⁴

Las teorías psicoanalíticas no cumplían con el rigor científico adecuado para que se incluyeran de manera permanente en la psiquiatría, sin embargo, permitió concebir y darle un lugar muy diferente al ser humano.

Psicoanálisis y psiquiatría no pueden mezclarse puesto que el psiquiatra se coloca en el lugar del saber, saber en cuanto a la dirección posible hacia una "cura" que se amolde a las conductas típicas sociales y el psicoanálisis, es precisamente el lugar opuesto, quien sabe, es el paciente. Por lo tanto, de la técnica psicoanalítica sólo se incluyeron algunos conceptos dentro de la psiquiatría pero no su fundamento. Sin embargo, el psicoanálisis

²³ Braunstein. N. (1997), op.cit. pp. 18

²⁴ Guinsberg. E. (1996) 2º ed. *Normalidad, Control psíquico, control social*, Ed. Plaza y Valdés, México, pp. 265

permitió una visión muy diferente del ser humano, puesto que lo considera como un ser único e irrepetible y no un órgano o un número

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental se define de la siguiente manera: Salud mental es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de la enfermedad. Esta definición es exactamente la misma que la denominada para la enfermedad médica. Entonces vuelvo a plantear la pregunta, a partir de ésta definición, ¿existiría alguna persona en la tierra que tenga salud mental? La definición es ambigua y carente de fundamentos, puesto que la psiquiatría todavía no logra describir lo que es salud mental. De la enfermedad mental sí se puede hablar y basta con darle una hojeada al DSM IV o al CIE-10, y verán que la enfermedad mental es considerada como una manifestación de una alteración genética o cerebral.

Finalmente, podemos decir que la psiquiatría sigue el rumbo del positivismo, cada vez más las enfermedades mentales son causas orgánicas o genéticas. La clasificación de enfermedades mentales se hace cada vez mas específica y el rigor científico prevalece.

1.2.2 La clasificación en Psiquiatría.

No cabe duda, que el legado más importante que dejó Kraeplin a la psiquiatría es el sistema clasificatorio de los trastornos mentales.

Hoy en día, los psiquiatras han elaborado instrumentos que permiten identificar las manifestaciones psicopatológicas de una manera mas objetiva. Instrumentos tales como las entrevistas estructuradas, escalas de medición en diferentes aspectos emocionales y técnicas estadísticas. Estos instrumentos han sido avalados por instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el propósito de que el diagnóstico y la clasificación psiquiátrica se homogeinize.

El objetivo de la clasificación consiste en ordenar y agrupar los diferentes síntomas y signos para ubicarlos dentro de ciertos trastornos o síndromes con el fin de proponer un diagnóstico en donde se incluirá cierto tratamiento farmacológico y "psicológico" a seguir. No obstante, esta clasificación puede resultar en extremo engañosa e impregnada de subjetividad, es decir, para la psiquiatría los signos son fenómenos observables a nivel objetivo, visible, tal es el caso del enrojecimiento de la piel, fiebre, tos etc. El signo para ellos es algo que se inscribe directamente sobre el cuerpo, mientras que el síntoma como

ellos refieren es algo informado o sentido por el paciente, por ejemplo, un paciente puede decir que se siente triste, sin ganas de comer o muy angustiado. Evidentemente esto depende del propio sentir del aquejado, es algo del orden de lo subjetivo. Es necesario aclarar que el significado de síntoma dentro de la psiquiatría es muy variado, para algunos, el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y en cambio otros piensan que es simplemente la respuesta a un organismo a ciertos estímulos emocionales, persistentes o recurrentes, o bien que el síntoma corporal llena para el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio. En fin, son muchas las concepciones, sin embargo, desafortunadamente el significado del síntoma no cobra relevancia puesto que el tratamiento propuesto es algo que se aleja del sentido que el síntoma pueda adquirir para el propio sujeto. Es decir, el síntoma a pesar de ser una expresión manifestada por el paciente, se le puede considerar una expresión vacía puesto que sólo se queda a nivel superficial, sin saber si eso que está diciendo es una expresión suya o un estigma social, no se logra vincular el síntoma y el papel que juega a nivel corporal. El cuerpo para la psiquiatría es sólo el lugar en donde se inscriben los signos sin tomar en cuenta su valor simbólico. Más aún, el síntoma es efímero, intercambiable. El síntoma que se expresó durante la entrevista psiquiátrica es uno y al día siguiente es otro. En definitiva, el solo hecho de considerar al síntoma como detractor de la enfermedad es un peligro, no se debe jamás juzgar por si solo.

Ante tales problemas de subjetividad, Ramón de la Fuente, psiquiatra y Secretario de Salud en México habla al respecto y propone que las estructuras nosológicas deben estar mejor delimitadas en el campo de la psiquiatría, tratando de eliminar muchas posibles desviaciones (o sea subjetivaciones) para poder ubicar al campo heterogéneo de la psiquiatría en el mismo estatus en que están otras ramas de la medicina y permitir así establecer diagnósticos más confiables.

La psiquiatría quiere hacer del trastorno psiquiátrico algo general, excluye las diferencias que existen entre individuos al ubicarlos en una patología con síntomas específicos. No es en vano que los instrumentos avalados internacionalmente tengan que recurrir a modificaciones constantes en sus clasificaciones debido a la gran divergencia de opiniones existentes dentro del ámbito psiquiátrico. Por un lado, están los psiquiatras que consideran que los trastornos mentales son similares a los de la medicina somática, y, por lo tanto deberían definirse como enfermedades con causas específicas, con un curso evolutivo y un pronóstico, y por otro lado, están los que opinan que los problemas

psíquicos no tienen una causa específica, lo que haría imposible desarrollar un sistema de clasificación.

Pero como bien dice, René Tissot (1995), "Para paliar este defecto se han organizado minuciosas concentraciones que permiten entenderse sobre opiniones comunes a falta de verdades comunes" y claro ejemplo de esto sería la puesta en común sobre la clasificación de los trastornos psiquiátricos, la cual es considerada entre los círculos de la psiquiatría biológica y psicofarmacología como la gran panacea.

Actualmente, se ha elaborado una modificación de los instrumentos pasados surgiendo así el CIE-10 y el DSM IV, los cuáles fueron producto de un proceso muy intenso de clasificación detallada, en donde se describen conductas y síntomas, más que la etiología y patogénesis de las condiciones propias de cada categoría, con el propósito de que independientemente de la escuela a la que el psiquiatra perteneciera, aceptara y utilizara el glosario en su trabajo diario así como para elaborar reportes estadísticos.

Estos catálogos abarcan un gran número de trastornos, a tal grado que cada persona se podría ubicar dentro de una categoría. La clasificación incluye desde psicosis asociadas con síndromes orgánicos cerebrales hasta afecciones derivadas de factores sociales como: desajuste conyugal, desajuste social, conducta asocial etc.

Con la ayuda de la clasificación, es entonces posible elaborar un reporte estadístico de la morbilidad y de la mortalidad nacional e internacional, por lo que es de suma importancia que la enfermedad se transforme en un lenguaje común basado en dígitos que indican categorías y subcategorías.

La función del psiquiatra es la de curar y guiar por el buen camino al enfermo, primero tendría que ubicar la enfermedad en el catálogo de los trastornos mentales, después diagnosticar y por último proponer un tratamiento el cual será una combinación de fármacos con tratamiento moral. Es preciso que el psiquiatra realice todo tipo de pruebas médicas para asegurarse que la afección no es de índole orgánico, sin embargo podemos ver que la tendencia de la neuropsiquiatría es la de delegar responsabilidades a las funciones o daños cerebrales o genéticos.

Braunstein en el libro de "Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis" dice que la clasificación psiquiátrica surge como una demanda social que tiene como telón de fondo a

la economía y a la política. Por lo tanto, la primera necesidad que tendrá que satisfacer esta ciencia será la de "delimitar la jurisdicción de la cual puede actuar el aparato ideológico de la psiquiatría o la salud mental"²⁵ Es así que todo ciudadano que padezca de un trastorno mental deberá ser sometido a un tratamiento correctivo que asegure la cura y por ende el orden social.

Se trata de normalizar individuos, de asignarles un dígito para entonces saber de que sujeto se está hablando y a qué sector social está afectando, es así que si el índice de conductas asociales, drogadicción y alcoholismo se incrementa, entonces el sector jurídico es el afectado, si se trata de desviaciones sexuales entonces la religión será la dañada y si se habla de problemas de aprendizaje o retardo mental entonces la educación podría ser la que está fallando. En fin la psiquiatría es una panóptica social que permite mantener cierto control sobre la sociedad y este control solo es posible a través de una clasificación de trastornos, de los cuales los mas graves serán internados en un hospital para poder mantener el orden social.

La psiquiatría no solo es un aparato ideológico como dice Foucault, sino que también está comprometida con las ciencias médicas y lucha constantemente para poder obtener el reconocimiento científico y para esto es preciso que el trastorno se objetivice y no que se subjetivice puesto que carecería de elementos científicos. De ahí la tendencia de unir la neurología con la psiquiatría con el fin de encontrar lo orgánico en lo psíquico.

Por lo tanto podemos concluir que la psiquiatría está al servicio de dos amos: el político y el médico, y la manera de entregarle cuentas, será a través de estadísticas que derivaran de la previa clasificación de los trastornos psiquiátricos.

1.2.3. Paralelismo metodológico entre Psiquiatría y Medicina orgánica.

La psiquiatría ha debido luchar para poder insertarse en el discurso científico, y para esto se ha visto en la necesidad de apegarse cada vez más a una biologización de los trastornos y atenerse a los criterios de objetivación establecidos por la medicina científico natural.

Es así, que los métodos entre medicina mental y orgánica son prácticamente los mismos. Las técnicas que comparten radican en una clasificación de enfermedades, una

²⁵ Braunstein, N (1997), op cit pp 45

sintomatología y una nosografía que permitirá pronosticar la evolución y el curso de la enfermedad

Sin embargo, la psiquiatría se sumerge en un campo muy controversial, no sólo se trata de ver a la enfermedad mental como algo del orden de lo orgánico (aunque esta sea la tendencia actual) sino como algo que es producto de múltiples circunstancias psicológicas.

En las psicopatologías, la mayoría de las veces, se presentan síntomas que podrían estar en estrecha relación con conflictos psíquicos, sin embargo, la ubicación o aparición de estos síntomas, son en ocasiones confusos puesto que algunos se traslapan entre sí y esto hace que el diagnóstico o la clasificación se complique.

Es decir, en ocasiones síntomas propios de la neurosis obsesiva aparecen en la estructura histérica o un delirio podría surgir en una neurosis obsesiva o de histeria, o peor aún, la evolución de la enfermedad se podría apartar del curso evolutivo preestablecido y sus síntomas entonces no podrán ser determinados ni considerados como permanentes o estáticos. Este es un gran problema para los psiquiatras puesto que implica la idea de que no hay nada totalmente predecible en la "enfermedad mental", los síntomas pueden ser efímeros y sustituidos por otros, lo que entonces provocaría o pondría en duda el saber del médico.

La insistencia psiquiátrica por comparar a la enfermedad mental con la orgánica ha ocasionado disfunciones metodológicas y conceptuales, claro ejemplo sería la diferenciación entre lo normal y lo patológico.

En la medicina científico natural, esta distinción no es problema alguno puesto que existen reacciones adaptativas "normales" ante un problema que atañe a lo fisiológico. Es así que " la hipercalcemia consecutiva a una fractura del fémur es una respuesta orgánica situada como dice Leriche, "en la línea de las posibilidades tisulares", es el organismo que reacciona de un modo ordenado al ataque patológico, y para repararlo. "²⁶

Pero en la psiquiatría no es tan fácil discernir lo normal de lo patológico, la evidencia con la que cuentan sería el estudio de la personalidad, convirtiéndose ésta en el elemento en donde radicaré el criterio para juzgar lo normal y lo anormal, pero la personalidad no

²⁶ Foucault, M. (1979). 2º ed. *Enfermedad Mental y Personalidad*, ed. Paidós, Méx , pp 22

puede ser concebida con el rigor científico de la enfermedad orgánica. Sin embargo hacen todo lo posible por objetivarla a través de cuestionario y tests estructurados de tal manera que cada respuesta tiene un valor que será incluido dentro de una escala en donde se establecerá lo normal y lo patológico.

Jean Bergeret (1974) realizó un análisis con respecto a lo anterior y dice: "una personalidad considerada normal puede entrar en cualquier momento de su vida en el ámbito de la patología mental"²⁷ Es así que un psicótico podría tener una personalidad normal a lo largo de su vida hasta el momento en que un acontecimiento ocasione el delirio o un brote psicótico y entonces es cuando se consideraría como personalidad patológica.

Ahora bien, ¿cómo discernir lo orgánico de lo psíquico?, muchas veces en la psicopatología aparecen síntomas que parecen orgánicos pero que al cabo de numerosos estudios clínicos descartan la posibilidad fisiológica y deducen que es del orden de lo psicológico con causa desconocida. Ante esta situación los psiquiatras intervienen a través de una fragmentación, es decir, tratan de detectar síntomas específicos, agruparlos y ubicarlos dentro de una clasificación. La fragmentación radica según Jean Bergeret (1974) en que "el psiquiatra no reconoce la existencia de todo un sistema de organizaciones ligadas entres sí y piensan que gravitan de manera autónoma."

El ser humano no es todo fisiología ni todo psicología, es una totalidad, y a pesar de que esa era la concepción y el objetivo primero de la psiquiatría, éste ha sido desplazado. El psiquiatra se forma bajo la tutela de las neurociencias y tiene como complemento el estudio de algunas técnicas psicoterapéuticas que permitirán al psiquiatra reorientar y devolverle la "razón" al paciente que se ha salido de las normas convencionales, sin embargo éste tratamiento moral no será la base de la cura, sino que ésta se basará en el tratamiento farmacológico que ayudará a que las funciones mentales se exciten o se inhiban según sea el caso.

Por lo tanto, como dice Braunstein (1980), " Los ejes fundamentales de la psiquiatría habrán de ser el conocimiento de la actividad nerviosa, la esterilizante psicología decimonónica como guía semiológica y un cierto saber difuso y asistemático de técnicas

²⁷ Bergeret J. (1974). *La Personalidad Normal y Patológica*, Ed. Gedisa, España, pp.32

psicoterapéuticas objetivadoras y adaptacionistas"²⁸ Entonces el psiquiatra combina 2 tratamientos el farmacológico, para silenciar al síntoma y el psicológico, con el único fin de encauzar al paciente desorientado hacia una normalidad.

Para la psiquiatría que se basa en el modelo médico clásico, la enfermedad mental será considerada "como una entidad nosográfica fija, diagnosticable mediante los instrumentos a su disposición (anamnesis, tests etc.) con una etiología, aunque no especificada y un decurso clínico más o menos pronosticable"²⁹

Finalmente, se puede decir que el modelo científico natural resulta insuficiente para dar cuenta de los problemas psíquicos del ser humano y las terapias que manejan, son en todo caso divergentes unas con otras y tienen concepciones muy diferentes acerca de la realidad en que está sumergido el ser humano. Por lo tanto estos materiales de apoyo (psicoterapias) son impartidas sin ton ni son y carecen de bases sólidas.

El problema de la psiquiatría radica en el paralelismo que existe entre enfermedad mental y enfermedad orgánica, esta ideología no permite tener una visión total del hombre ni una visión particular de la enfermedad.

1.2.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en el discurso psiquiátrico.

No cabe duda que el discurso del psiquiatra es un legado del discurso médico, el psiquiatra se ha colocado en el lugar del saber, en el lugar del amo absoluto de las enfermedades mentales.

La psiquiatría es una ciencia en donde convergen varias otras, tal es el caso de la farmacología, la neurociencia, la psicología, el psicoanálisis y la medicina. Cada una de estas posee un discurso y por ende un sujeto el cual difiere entre una y otra ciencia, es así que para la medicina su sujeto será el sujeto del organismo biológico, el de la psicología el de la conducta y el del psicoanálisis, el sujeto del inconsciente. entonces, ¿cuál sería el objeto de estudio de la psiquiatría?

Antes de tratar de responder esta pregunta es necesario discutir 3 ejes fundamentales dentro de la psiquiatría, el primero consistiría en la concepción misma de los términos de

²⁸ Braunstein, N. (1980), op.cit. pp.56

²⁹ Guinsberg, E. (1996), op.cit. pp 322

salud y enfermedad mental, el segundo, en las repercusiones del sistema clasificatorio y por último el paralelismo metodológico existente entre la medicina científico natural y la psiquiatría.

Pues bien, hablar de enfermedad y salud mental es hablar de normalidad y anormalidad respectivamente. El criterio normativo dependerá de las características más comunes que un hombre mantenga dentro de una sociedad. "Debe haber una capacidad media, regularmente constante, y las desviaciones de esa media- hacia arriba hasta el genio y hacia abajo hasta la estupidez- deben seguir la ley que gobierna las desviaciones de todas las medias verdaderas"³⁰

Esta separación de la normalidad trae como consecuencia el aislamiento, significa lo inferior y lo indeseable, calificativos aplicados a todo individuo que no se ajuste a las normas sociales. Esto afecta directamente al "enfermo mental" y provoca una exclusión que determina el rumbo y la concepción del "trastornado" con respecto a su padecimiento.

"El excluir al enfermo mental le da el estatuto de extranjero, de anormal y entonces hasta sus estructuras más sólidas se derrumbarán, si tomamos en cuenta que somos a partir del otro, de permanecer a una sociedad"³¹

La apropiación de este concepto por parte de las autoridades médicas o jurídicas implica grandes riesgos, puesto que la normalidad estará cada vez más encaminada a un ideal, ideal del trabajador, ideal del padre, ideal del ciudadano etc. La estadística cerrará cada vez más en pro de un imperialismo que es dominante y opresor, aumentará el índice de enfermedades mentales debido a la gran represión y el mundo le pertenecerá a los seres que logren adaptarse sistemáticamente a las normas y exigencias sociales. De hecho, ese futuro no está tan lejano, la salud mental ha empezado a ser una preocupación para el sector de salud pública, puesto que el número de personas afectadas por trastornos mentales se incrementa día con día, Miguel Matrajt, realizó un estudio de la incidencia de las enfermedades mentales en México y encontró que las adicciones, enfermedades psicosomáticas, psicosis y neurosis, suman en su conjunto el 25% de la población mayor de 15 años.

³⁰ Sahakian, W (1987) en Marietan, H. (1991) op.cit. pp.2

³¹ Bergeret, J. (1974), op.cit pp 157

Esto implicaría que un número cada vez mayor de la población estaría destinada a incorporarse al lugares de aislamiento, llámense hospitales, manicomios o prisiones, en donde el sujeto indeseable será tratado a través de correctivos, fármacos o terapias normativizadoras. El encierro podrá facilitar al médico o al psiquiatra, el dominio sobre el enfermo, tratarán de atraparlo con el fin de establecer condiciones de laboratorio para así poder controlar y estudiar con mayor rigor las causas de las enfermedades mentales.

El enfermo se convertirá en el esclavo del psiquiatra y entonces tratarán de alienarlo a su deseo, que es justamente que éste recobre la razón y se someta a las normas sociales, sin embargo éste sujeto se resistirá, nuevos síntomas surgirán puesto que silenciada su palabra su cuerpo hablará. Pero el psiquiatra obstinado a su propio deseo inhibirá todo proceso de comunicación a través de fármacos que inhibirán o excitarán las funciones cerebrales.

Por otra parte, la herramienta que posibilita la decisión y delimita las fronteras entre normalidad y anormalidad, es la clasificación, clasificación que incluye en cada psicopatología una serie de procesos patológicos que se traducen en síntomas y síndromes.

Braunstein realiza una crítica a la clasificación psiquiátrica, bastante atinada, de las funciones que ésta tiene dentro del ámbito científico, estas funciones fueron propuesta por Blashfield y Draguns (1976) y se dividen en 4 principales:

- 1) Como base para la comunicación dentro de una ciencia.
- 2) Para la acumulación de información
- 3) Como sistema descriptivo de los objetos de estudio de una ciencia
- 4) Para formular predicciones.

Braunstein menciona con respecto al primer punto que "la unificación de los términos de la comunicación puede designar a terrenos de ignorancia bajo la forma de apariencias de saber" Es decir, los trastornos son especificados detalladamente, pero de la persona que los padece nada saben, se adelantan a la evolución del padecimiento, lo enmarcan en una situación y de ahí parten las predicciones.

El punto 2 refiere a la codificación y conservación de datos con fines prácticos para las estadísticas del conocimiento científico. Esto no hace más que cerrar y delimitar el objeto de conocimiento que en este caso es nada más y nada menos que el ser humano.

La crítica al tercer punto refiere a la concepción y producción de su objeto de estudio, el cual sería confuso debido a que en la psiquiatría convergen varias ciencias. El sujeto no se puede aprehender en su totalidad, pensar esto es una ilusión.

Y por último, la formulación de predicciones a partir de la clasificación, lo cual resultaría inconveniente puesto que los padecimientos subjetivos son imposibles de esquematizar.

Por lo tanto la herramienta principal del psiquiatra, en todo caso resultaría un obstáculo para el desarrollo de bases sólidas de esta ciencia tan controvertida.

Finalmente, la problemática de utilizar métodos de la medicina somática en problemas de índole psíquico implicaría grandes disfunciones y confusiones metodológicas y prácticas.

“ Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como esencia natural manifestada en síntomas específicos”³²

En la medicina científico natural es muy común realizar una abstracción de la enfermedad para ubicarla mejor en su totalidad orgánica y descubrir la causalidad específica de ésta. Sin embargo, esto no se puede realizar cuando se habla de trastornos “subjetivos”, estos no se pueden aislar. La aparición de un síntoma en el cuerpo no va a indicar que esa es la única parte afectada, es posiblemente solo una manifestación pero que involucra al sujeto en su totalidad.

Pero esta situación le desagrade a los psiquiatras, por eso el afán de encontrar siempre una causa específica a la enfermedad mental, y esa causa para que sea objetiva y clasificable debe pertenecer a una disfunción anatómica. Por eso neurología y psiquiatría se han convertido en los mejores aliados, utilizan los mismos términos científicos y sus investigaciones apuntan a encontrar una causa orgánica hasta en la depresión.

³² Foucault, M. (1979) *Enfermedad mental y personalidad*. Ed. Paidós, Buenos Aires, pp.16

Las neurociencias están en una continua búsqueda de la causación lineal, y la insistencia en esta cuestión los ha llevado a descubrimientos posiblemente muy importantes pero definitivamente reduccionistas. Claro ejemplo, sería el invento de la biología molecular en relación a los genes y el medio ambiente. Expertos en la materia dicen “ Lo mas probable es que los genes sean capaces de afectar a los efectos ambientales relevantes para el desarrollo psicológico tanto como los factores ambientales puedan afectar la expresión de los genes ”³³. ¿ Esto implicaría que nuestra alma o inconsciente se reduce a un gen?

En definitiva, a mi parecer la psiquiatría debe optar por una postura y definir bien a su objeto de estudio. A pesar de todos los inconvenientes teóricos y metodológicos han intervenido adecuadamente en el mundo de los fármacos y las enfermedades mentales, logran que un sujeto con depresión crónica salga adelante o que un paciente psicótico aterrice en el mundo, en fin no cabe duda que han logrado tener éxito, pero lo que la ciencia nunca logrará comprender es el porqué un individuo se siente desdichado, fracasado y con deseos de morir. Eso definitivamente no está en los genes. Mientras los psiquiatras sigan adoptando las posturas de la medicina somática y sigan pensando a la enfermedad mental como algo del orden de la naturaleza, el enfermo mental, su objeto de estudio, seguirá siendo mirado como anormal, como una cifra más o como dice Changeux en un hombre neuronal.

1.3. Conceptos de salud, enfermedad y síntoma en la Psicología de la Salud.

1.3.1. Breve reseña histórica de los fundamentos teóricos de la Psicología de la Salud.

La psicología de la salud es una rama de la psicología conductual, la cual funda posiblemente sus raíces a finales del S XIX con el fisiólogo ruso Ivan Pavlov (1849-1936) quien inventa el condicionamiento clásico que radica básicamente en un aprendizaje asociativo relativamente simple. Pavlov trabajaba con perros y encontró que si se le presentaba un estímulo no condicionado, (comida) esto desencadenaría una reacción fisiológica (la salivación), y si a esta reacción se le agregaba un estímulo condicionado, (el sonido) entonces tras numerosos ensayos, el perro finalmente llegaría a asociar la comida con el sonido y se produciría la reacción fisiológica. Es decir, que mediante el proceso del

³³ De la Fuente, Ramón. *¿Hacia Dónde va La Investigación en Psiquiatría?*, Salud Mental, (1995). 18 (2), pp.58

condicionamiento clásico, el estímulo que no ha desencadenado previamente una reacción acaba por desencadenarla

Sus descubrimientos lo llevaron a interesarse por la comprensión fisiológica del cerebro y su relación con la conducta. Debido a esto, dedicó gran parte de su vida al estudio de los procesos mentales superiores y desarrolló un sistema de psicología muy completo, que comprendía incluso el lenguaje como "segundo sistema de señales", siendo el reflejo condicionado el primero. Según Pavlov el habla se asocia con estímulos del primer sistema de señales y puede evocar respuesta por sí misma y el lenguaje era el responsable de la adquisición de la conducta compleja.

Contemporáneos de Pavlov, trabajaron dentro de la corriente del asociacionismo y establecieron importantes sistemas como el de estímulo -respuesta propuesto por Thorndike (1913). Este científico observó que " las reacciones que tienen consecuencias recompensadoras se refuerzan o aprenden, en tanto que las que tienen consecuencias negativas se debilitan o se extinguen, lo que se ha llamado Ley del efecto" ³⁴

Por otra parte, Bechterev, perteneciente también a la corriente asociacionista de Rusia, trabajó en el reflejo asociativo y pensaba que los hábitos complejos implicaban una serie de reflejos motores específicos que dependían de actividades internas de la musculatura del habla. Bechterev estaba convencido que los problemas psicológicos podían analizarse mediante el estudio de los reflejos.

Este científico propuso a la reflexología como la ciencia que debía encargarse de las cuestiones psicológicas y la cual tenía como objetivo " el estudio estrictamente objetivo, en su totalidad, de las correlaciones entre el ser humano y el ambiente, a través de las expresiones faciales del hombre, sus gestos, el contenido y la forma de su habla, y en general, todo lo que el hombre manifiesta de sí mismo en el ambiente.

Estos principios fueron adoptados por un psicólogo estadounidense llamado John B. Watson (1878-1958) fundador del conductismo. Esta corriente tiene como propósito establecer una psicología completamente objetiva basada en la investigación científica de la conducta humana.

³⁴ Goldman, H H (1987), *Psiquiatría General*, Ed. El Manual Moderno, Mex. D.f., pp. 28

La modificación de la conducta (conductismo) se interesa por el estudio del cómo los organismos se adaptan a su ambiente y la forma en que se desarrollan, se mantienen y se modifican las conductas.

Pues bien, la posición de Watson era la siguiente.

“ La psicología, tal como la ve el conductismo, es una rama objetiva y experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta. La introspección no constituye una parte esencial de sus métodos y el valor científico de sus datos no depende de que se presenten a una interpretación fácil en función de la conciencia. En sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, el conductista no reconoce ninguna línea divisoria entre el hombre y el bruto. La conducta del hombre, con todo su refinamiento y complejidad no es mas que una parte del esquema total de investigación del conductista... Parece haber llegado el momento de que la psicología descarte toda referencia de la conciencia, de que no necesite ya engañarse al creer que su objeto de observación son los estados mentales”³⁵

Es evidente que para este psicólogo, el hombre no era mas que un animal complejo que podía ser estudiado a través de sus conductas, las cuales debían ser analizadas desde una perspectiva científica. Así mismo, Watson consideraba a las emociones como reacciones somáticas producidas en respuesta a estímulos externos más que a procesos o percepciones conscientes.

La psicología adquirió un estatuto científico y se convirtió en uno de los enfoques más utilizados. Nuevas investigaciones se llevaron a cabo e importantes técnicas se desarrollaron, entre las más destacadas está la del condicionamiento operante propuesto por B.F. Skinner (1953) quien sostenía que la conducta se mantiene por sus consecuencias. Por ejemplo, “ Si a la expresión del delirio de un paciente le siguen la atención y conversación, es probable que el paciente exprese de nuevo ese delirio a fin de obtener respuestas similares. Si por otra parte, nadie presta atención a la conducta delirante, entonces ésta puede disminuir. “ ³⁵

³⁵ Watson, (1913) en: Marx. M. H. y Hillix W.A. (1985), *Sistemas y Teorías Psicológicas Contemporáneas*, Ed. Paidós, México. Pp. 162.

³⁶ Phares, J. (1996), *Psicología Clínica, conceptos, métodos y práctica*, Ed. Manual Moderno, México, D.F. pp.88

En fin, el conductismo rechaza el modelo de enfermedad de los trastornos neuróticos, o sea la idea de que las conductas maladaptativas son causadas por una enfermedad subyacente. Para estos psicólogos “el síntoma es el problema: elimínese el síntoma y curará la enfermedad.”³⁷ En ésta corriente poco importa el origen del síntoma, lo que importa es la circunstancia que sigue manteniendo la conducta maladaptativa.

Es así, que surgen nuevas propuestas con enfoques biopsicosociales para el estudio y la prevención de la enfermedad, investigadores como Reiser (1975) y Engel (1977) desarrollan teorías en donde los factores ambientales, socioculturales, psicológicos y biológicos en su conjunto eran los responsables del enfermar.

En la época de los ochentas, se ofrecieron modelos que destacaban el papel del comportamiento individual como mediador entre los factores de naturaleza biológica y sociocultural en la determinación de la salud. Entre estas propuestas está la de Emilio Ribes, quien sustenta una psicología de la salud y es definida de la siguiente manera: “La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para el fomento y preservación de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así como la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas”³⁸

Uno de los propósitos de esta ciencia es la de implementar una intervención psicológica efectiva que se base en la modificación de los comportamientos inadecuados. El psicólogo de la salud y el médico podrán trabajar en conjunto y las terapias psicológicas formarán parte del complemento del tratamiento médico, lo que permitirá promover la adherencia terapéutica y la prevención de las enfermedades.

1.3.2. Salud, enfermedad y síntoma en la Psicología de la Salud.

La definición de la salud y la enfermedad en este campo ha sido objeto de múltiples discusiones y objeciones, puesto que han intentado formular un modelo psicológico sobre la salud a partir del concepto integrador del modelo médico-biológico y el sociocultural, entendiendo el biológico como ausencia de enfermedad y el sociocultural

³⁷ Goldman, H.H. (1987) op.cit. pp 29

³⁸ Matarazzo, (1980), en: Phares. J. (1996). op.cit. pp.452

como bienestar. La idea radica en no desvincular las circunstancias ecológicas de la salud y las socioculturales de las alteraciones biológicas.

Esta disciplina considera que "el organismo es un sistema de relaciones definidas biológicamente y que se ve afectado o no en su condición de salud, a partir de que entra en contacto con múltiples eventos del ambiente regulado por su experiencia idiosincrática, que no es otra cosa que la dimensión psicológica de su práctica como individuo en un medio"³⁹

En efecto, este enfoque se desliga de las causas unilaterales de la enfermedad y propone un modelo en donde lo biológico, lo social y lo psicológico convergen y se vinculan para auspiciar o no la enfermedad. Cabe mencionar, que lo psicológico en esta ciencia debe entenderse como el conjunto de comportamientos que un individuo realiza, ya sea, como consecuencia de una idiosincrasia o la experiencia que éste ha tenido frente a algunas situaciones específicas. El estado de la salud-enfermedad es considerado como un fenómeno multicausado, como un continuo en donde la manifestación en los individuos concretos, es integral. Es decir, el hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya presencia o ausencia de enfermedad biológica se hace presente. Por lo tanto, la salud o la enfermedad podrán ser afectadas entonces de manera directa o indirecta. En la primera, estos factores son de índole psicosocial en donde acontecimientos sociales o laborales pueden causar estrés afectando así al sistema inmunológico, autónomo u hormonal. " Esto podría precipitar respuestas fisiológicas que se encuentran presentes durante la aparición real del evento"⁴⁰ El estrés podrá debilitar el sistema inmunológico, y por consiguiente no tendrá la fuerza necesaria para destruir virus, bacterias o células anormales. Las influencias indirectas, se refieren a las conductas y estilos de vida que afectan la salud. Estas conductas de riesgo se refieren al tabaquismo, alcoholismo, dieta inadecuada y hasta las prácticas de higiene. Estas conductas pueden tener relación con las ideas culturales o expectativas personales. Incluso, si las personas enfermas no se dan cuenta de la gravedad de la patología y se resisten a aceptarla, entonces el resultado de esta actitud podría ser mortal.

³⁹ Ribes, E. (1990) en. Morales, C.F. y Piña, L.J., *Psicología y Salud en el siglo XX: Aproximación desde la Psicología como Disciplina y Profesión, Psicología y Salud*, Instituto de Investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana, 1995, (1) 6, pp.143

⁴⁰ Mason, (1971) en Phares, J. (1996) op.cit. pp.453

Una última influencia sería la personalidad de un individuo, Friedman y Booth-Kewley (1987) dicen que los rasgos de personalidad pueden afectar la salud y la enfermedad, lo que puede conducir a conductas poco sanas. De hecho, un estudio realizado por Weider y Chesney, (1985) investiga la relación existente entre la cardiopatía coronaria y la conducta tipo "A". mencionan que las personas con este tipo de conducta propician la enfermedad debido a que se manejan entre componentes de ira-hostilidad. Las principales características de éstas personas son: " Percibir que el tiempo pasa bastante rápido; mostrar un deterioro del rendimiento en tareas que requieren una respuesta diferida; trabajar cerca de su capacidad máxima, inclusive cuando no tienen una Fecha límite de entrega, informar de una menor fatiga y menos síntomas físicos y sentirse intensamente motivados para dominar sus ambientes físicos y sociales y a mantener el control"⁴¹

Esto resultaría contradictorio con sus principales fundamentos, los psicólogos de la salud promueven un análisis individual de los sujetos enfermos, dijimos anteriormente que la historia y los comportamientos individuales eran la base de toda estrategia, entonces el tratar de clasificar comportamientos en un patrón de conducta sería inapropiado. Estas características no hacen mas que ocultar las diferencias individuales, significa anular la historia, las competencias y hasta el estilo de vida del enfermo.

La clave de la salud será entonces el lograr un equilibrio comportamental, el saber que si uno se expone a ambientes patógenos y lleva a cabo prácticas insalubres entonces uno estará expuesto y será mas vulnerable a la adquisición de la enfermedad. El comportamiento está íntimamente ligado a la prevención de la enfermedad, ya que "El comportamiento modula los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, constituye el medio de contacto directo e indirecto con agentes patógenos y nocivos, produce cambios graduales en el estado del organismo y potencia toda acción terapéutica"⁴²

Bayés y Ribes (1992) dicen que el hecho de que una persona se mantenga sana o enferma, mejore o empeore de una dolencia concreta, depende, esencialmente, de dos cosas: del grado de agresividad de las condiciones patógenas a las que un organismo se encuentra expuesto, pero también de la mayor o menor vulnerabilidad biológica del mismo. Esta vulnerabilidad biológica es definida por Ribes como "la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o

⁴¹ Phares, J. (1996), op.cit. pp. 461

⁴² Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*, Martínez Roca, Barcelona, pp. 68

de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad crónica⁴³ Es decir, la desnutrición, la falta de vacunación y la inhalación de sustancias tóxicas así como las alteraciones genéticas y congénitas son factores que aumentan la vulnerabilidad biológica

Ahora bien, el mantenimiento, la pérdida o la recuperación de la salud dependerán entonces de la **historia interactiva** del individuo, es decir, de la manera en cómo se ha comportado en el pasado frente a situaciones específicas, que dependerán básicamente de la personalidad e idiosincrasia. Así mismo, tendrán que ver las **competencias funcionales**, que se refieren a la capacidad de un individuo a enfrentar ciertas situaciones, lo cual estará íntimamente ligado a la exposición de ambientes patógenos y a las prácticas en relación a la salubridad. Y por último, también afectará la manera de **modular los estados biológicos**, es decir, es el comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables.

No obstante, todo lo anterior es expresado dentro del terreno de la praxis, es un esquema de actividad profesional que incluye medidas preventivas y métodos de intervención, y podríamos considerar a esta conceptualización como una importación de la concepción médica.

Morales C. (1991) menciona que la Psicología de la Salud debe sustentarse en bases sólidas y propone que debe consolidarse una concepción general del proceso salud-enfermedad, es decir, una concepción compartida con el grueso de especialistas en el campo de la salud, con énfasis en una aproximación psicológica congruente con dicha concepción. Así mismo propone un modelo explicativo del papel del comportamiento frente a los hechos de la salud y la enfermedad.

Pero esta propuesta no es algo nuevo, médicos y psicólogos han tratado de unir sus fuerzas para poder globalizar la salud y la enfermedad, han tratado de incluir en sus definiciones conceptuales a lo psicológico y a lo social. Pero el problema radica en cómo articular estos discursos, el psicológico refiere a lo individual, el social al grupo y el médico a lo biológico. Según Morales (1991) la palabra que permitiría articular un discurso general es el concepto de contingencia ya que remite a los sistemas de condicionamiento recíproco entre individuos que ejercitan funciones diferentes en el ámbito de la cultura, de las

⁴³ Ibidem. Pp.30

relaciones de grupo que constituyen el marco de referencia funcional en que se adquiere y ejercita el comportamiento de los individuos pertenecientes a un grupo social particular.

1.3.3. La salud como aprendizaje humano.

La psicología de la salud forma parte de las ciencias fácticas puesto que su estudio se enfoca en los hechos, en aquellos comportamientos del ser humano que pueden ser mensurables y observables, por lo tanto, toda idea o pensamiento que no se manifiesta queda descartado. Ribes (1990) menciona que de nada sirve pensar si no es expresado en un contexto, y si éste es expresado debe poseer un sentido. Pero ¿sentido en qué sentido, sentido para quién? Es muy cuestionable el pensar que un sentimiento o pensamiento no expresado se evapore dentro del cuerpo sin causar ningún estrago.

Pero bueno, la Psicología de la salud estudia el comportamiento y como ciencia se desarrolla bajo el discurso de la objetividad. Sin embargo, carecen de una definición propia de salud y el modelo que los sustenta es el de las ciencias médicas. Éste modelo se enfoca básicamente hacia la salud física más que a la enfermedad. La psicología de la salud pretende intervenir a nivel preventivo. El nivel primario implicaría el hecho de promocionar hábitos de higiene, hábitos alimenticios y la divulgación de medidas sanitarias, como las vacunas, los riesgos de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, así mismo, divulgar el uso de medidas anticonceptivas y el uso del condón entre otros. En resumen se tratará de desarrollar estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones aumentadas de vulnerabilidad, promocionar comportamientos alternativos a aquellos que conducen riesgos para la salud, adiestrar al individuo en la evicción de accidentes en la vida cotidiana y tratar que los sujetos adquieran comportamientos que prevengan la muerte o lesiones de uno mismo y de otros cuando ocurren catástrofes naturales o provocadas.

Cuando la enfermedad se contrajo, entonces se intervendrá a nivel secundario, y consistirá en impedir que la enfermedad avance, por lo que entonces será necesario dotar al individuo enfermo de conductas apropiadas que le permitan tener una mejor adherencia terapéutica y se adiestrará al sujeto para que reconozca indicadores de riesgo. Por último, cuando la patología ha evolucionado en distintos grados o ha producido daños o impedimentos irreversibles o parciales, entonces se tratarán de eliminar comportamientos que interfieran con la eficacia del tratamiento, se le enseñará a reducir el estrés y en fin,

se dotará al individuo de conductas instrumentales preventivas en relación con la patología biológica.

Por lo tanto, la labor del psicólogo de la salud, según Ribes (1990) será entonces elaborar una estrategia para proporcionar al individuo recursos prácticos necesarios para prevenir todo riesgo vinculado a la aparición de patologías biológicas de tipo crónico y agudo. Así mismo, se deberá adiestrar al sujeto para que éste le dé un uso apropiado de los recursos del medio, su transformación cuando así esté indicado y la evitación de contactos con circunstancias y agentes patógenos. Y por último, deberá capacitar al individuo en sus formas de interactuar con las contingencias de su vida cotidiana, de tal manera que no afecten su sistema inmunitario.

A pesar de que los psicólogos de la salud insisten en que su modelo es un modelo de la salud, la mayoría de sus práctica en instituciones hospitalarias radica en el actuar sobre la enfermedad, es decir, su función es la de intervenir para rehabilitar al enfermo, propiciar la eliminación de comportamientos que afecten la recuperación, o bien la promoción de la adherencia terapéutica.

Es así, que sus métodos terapéuticos se desprenden del conductismo, que intentan la modificación de conductas indeseables. Una de las terapias más empleadas es la del condicionamiento clásico. Por ejemplo, se pueden vincular reacciones emocionales con estímulos que antes eran neutrales, ésta vinculación entonces desencadenará una reacción condicionada. Es decir, si una persona está expuesta ante mucha tensión y ésta tensión le provoca neurodermatitis, entonces la cuestión sería asociar a la tensión con algún estímulo gratificante para que la respuesta fisiológica sea modificada. Estos síntomas pueden ser tratados con técnicas respondientes como la extinción, que elimina una reacción condicionada al crear una situación en la que los estímulos condicionados ya no se asocian con los ambientales que provocan la conducta.

También es muy usual el método de relajación, se entrena al paciente a relajarse ante los estímulos productores de ansiedad. Se le enseñan los principios conductuales básicos relacionados con sus síntomas, y la manera en que la terapia se relaciona con la ejecución de estos principios. Si un paciente tiene un estilo de vida lleno de estrés entonces su problemas físicos podrían estar relacionados. Se le da una explicación verbal, se realiza una evaluación psicofisiológica y una autoevaluación mediante el registro de conductas

ante el estrés. Posteriormente se le enseñará al paciente a autocontrolarse y a realizar ejercicios de relajamiento.

Otra técnica que se ha vuelto muy popular entre los profesionistas de la salud es la biorretroalimentación. Los pacientes aprenden a modificar e incluso a controlar sus reacciones fisiológicas, tales como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y hasta las ondas cerebrales. En términos básicos, se supervisan algunos aspectos del funcionamiento fisiológico a través de aparatos que permiten medir estos aspectos, después la información recibida por el profesional de la salud se le regresa al paciente a través de un estímulo auditivo o visual. La idea es que el paciente modifique esa señal mediante un cambio en la función fisiológica. Es así, que " si un paciente experimenta fuertes dolores de cabeza, entonces le serán colocados unos electrodos que recogerán información de la actividad muscular en esa región de la cabeza, la cual se amplifica y se transforma en tonos. Estos varían a medida que cambia la actividad muscular. La tarea del paciente es reducir o eliminar de manera voluntaria el tono, lo cual significa una reducción en la tensión muscular y una disminución correspondiente del dolor de cabeza" ⁴⁴

No cabe duda que los avances científicos y las nuevas tecnologías adquieren gran importancia y rápidamente se convierten en los instrumentos favoritos, es a través de ellos que la modificación del comportamiento se llevará a cabo. Obviamente, estas técnicas deben basarse en el método científico para que entonces puedan ser validadas y por lo tanto utilizadas.

La salud debe ser aprendida a toda costa, la meta es prevenir y entrenar a sujetos para combatir a la enfermedad.

1.3.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en el discurso de la Psicología de la Salud.

La Psicología de la salud se adhiere incondicionalmente a la perspectiva que las ciencias médicas tienen al respecto de la concepción de la salud y la enfermedad. La definición de salud en psicología incluye factores biopsicosociales y por lo mismo no hay una noción clara de lo que la salud implica, por un lado están los factores que afectan la vulnerabilidad biológica que van desde comportamientos inadecuados de tipo cultural y la historia interactiva de cada organismo y por otro lado la propensión genética y congénita

⁴⁴ Phares, J. (1996), op.cit. pp 456

de un individuo. Desde ésta perspectiva, la subjetividad humana es desplazada con el objetivo de atacar el síntoma, dejando de lado factores psíquicos que podrían ser constructores de la enfermedad.

“El cuerpo humano no está dirigido o, regido, exclusivamente por las leyes que organizan las funciones de los órganos, es más, su organización y funcionamiento se ven frecuentemente alterados por las interacciones del sujeto con su medio, como elocuentemente lo muestran los resultados de la fisiología aplicada (bio.retro-alimentación) y aún más, extendiendo estas nociones más allá de su ámbito de aplicación, podemos afirmar que es la historia toda del sujeto, no reductible tampoco a sus interacciones, la que participa en las vicisitudes de su cuerpo”⁴⁵

Para el conductismo la conducta es la interacción del organismo y el medio, el cual se expresaría a través de la triada estímulo-respuesta-estímulo, y a partir de esta concepción, lo que existe entre estímulo-respuesta, que sería la subjetividad, es descartada, es lo que estudiosos de la psicología llaman “la caja negra”, caja que a los conductuistas no les interesa explorar puesto que su fin es el de estudiar sólo lo observable y lo mensurable.

Lo que ofrece la psicología de la Salud son métodos de solución inmediata que radican en la modificación de conducta, en donde sólo es válido lo objetivo. Esta disciplina se mueve bajo el discurso de la razón, razón que está normativizada y estandarizada por el saber científico cuyo objetivo apunta hacia el control de la enfermedad y el fomento de la salud. Según Canguilhem (1984), “las terapéuticas y las terapias requieren de formas originales y, sobre todo, críticas de análisis, que accedan no únicamente a la comprobación de los resultados de aquellas operaciones que aspiren a curar un sujeto, sino a la estructura y dinámica del proceso de la enfermedad.”⁴⁶

No cabe duda que en muchas ocasiones logran alcanzar sus objetivos, atacan al síntoma y lo silencian, pero esto a su vez provoca la aparición de otros síntomas que se desplazan incansablemente en el territorio corporal, acontecimiento que nos da pauta a repensar e incluir la subjetividad del enfermo, ya que la enfermedad es traducida por los expertos de la salud dejando a un lado la palabra del sujeto, palabra que si se dejara

⁴⁵ Fernandez, G. C. (1997) *Ecos del silencio. Lo somático en lo psíquico*. Conferencia del IV Congreso al encuentro de la psicología mexicana, pp.8

⁴⁶ Canguilhem, (1984) en: García, V.R. (1997), *Consideraciones Generales sobre los modelos explicativos para las nociones de la Salud y la Enfermedad*, Ed. Manual Moderno. México, pp.4.

circular y se escuchara desde otro lugar, desde un lugar que se aparte del saber, se posibilitaría el surgimiento de una palabra propia que trae consigo una verdad individual, una verdad que el paciente ha ocultado a través de su historia y que se manifiesta a partir de la enfermedad. Una verdad que ni siquiera el paciente conoce puesto que los diferentes discursos han tratado de oprimirla. Esta verdad está incluida en la subjetividad, una subjetividad que desde el enfoque psicoanalítico debe de ser trabajada para lograr una perspectiva, no total pero al menos más completa, de la enfermedad, en donde el enfermo como sujeto es resignificado.

La psicología de la salud como técnica preventiva es un avance y un aporte para las ciencias médicas, y cada vez más psicólogos participan en el tratamiento de la enfermedad somática, pero, ¿qué hay del sentir, del padecer del enfermo? Poco a poco, las neurociencias y ahora la neuropsicología se apropia de ese sentir, de ese padecer que no significa más que una falla genética o comportamental, la mente es en relación al sistema nervioso, por lo que la pregunta de nuestro siglo no es el ¿quién soy? Sino ¿cómo funciona mi mente?, ¿Qué mecanismo biológico es el que está fallando?, ¿Cuál gen es el que me falta?

La psicología de la salud está importando las concepciones médicas, su tratamiento y su concepción en cuanto a la salud y la enfermedad es un intento por globalizar este proceso que aqueja al ser humano, para que de ésta manera se logre un común acuerdo entre las diferentes disciplinas científicas. No quiero decir, que esto sea un error, sin embargo creo que no hay que dejar de lado, esa otra parte del ser humano: lo subjetivo.

1.4. Enfermedad, salud y síntoma en el discurso psicoanalítico.

1.4.1. Breve reseña histórica del surgimiento del psicoanálisis freudiano.

Con el nacimiento del psicoanálisis se rompen concepciones médicas tradicionales y se abren nuevos paradigmas sobre el funcionamiento de la enigmática mente humana. Los planteamientos de Sigmund Freud, (1856-1939) cayeron como bomba en el mundo occidental que pretendía dar cuenta del comportamiento humano a través de la investigación del sistema nervioso.

En esa época, siglo XIX, grandes figuras científicas realizaban aportes importantísimos para la comprensión de su mundo circundante, es así que Darwin propone la teoría de evolución de las especies, Louis Pasteur descubre los microbios y sus efectos, Marx

revolucionó el pensamiento económico y filosófico y Freud revolucionó las ciencias médicas con su teoría psicoanalítica. Algunos de estos descubrimientos y teorías, en un principio provocan la indignación y el desconcierto de los círculos científicos, puesto que se puso en duda la existencia de Dios y la moral del hombre, se dice que son las grandes heridas narcisistas de la humanidad.

Los estudios y las concepciones de Freud en relación a la salud y la enfermedad están influenciados por el ambiente de una época impregnada de cientificismo biológico y fisiológico en donde lo psicológico no gozaba de gran reputación dentro de los círculos médicos, sin embargo la aceptación de la existencia de un psiquismo fue siendo tolerada con mayor facilidad (aunque no en todos los estratos) a lo largo de los estudios freudianos, estudios que implicaron todo un proceso en donde se ven inmiscuidos el ambiente científico que reinaba en esa época, experiencias personales de Freud, casos clínicos y una serie de influencias intelectuales. Por lo tanto, trataré de dar un panorama general para ubicar el surgimiento y las implicaciones del psicoanálisis.

En el siglo XIX todas las enfermedades radicaban en lo orgánico, sin embargo existían las llamadas enfermedades nerviosas, las cuales eran consideradas como hereditarias y por lo tanto exentas de curación, éstas eran las enfermedades funcionales tratadas a partir de diferentes tratamientos, principalmente aquellos que radicaban en lo moral y físico. Pero estos tratamientos no eran del todo satisfactorios, motivo por el cual algunos científicos empezaron a utilizar técnicas como el hipnotismo, técnica, que en la Viena de esa época, era considerado como charlatanería, y la concepción de las enfermedades funcionales y en especial la histeria no eran dignas de estudio. Las histéricas eran vistas como simuladoras, personas que exageraban o mentaban en relación a su enfermedad. Sin embargo, en Francia, histeria e hipnotismo eran objetos de estudio científico, los cuales estaban a cargo de Charcot, mejor conocido como el "príncipe de las ciencias". Este gran científico fue una importante influencia para Freud, de hecho, en sus principios como psicopatólogo se adhería a las teorías sobre la histeria de su maestro. Estas teorías se basaban en considerar a la histeria como una enfermedad hereditaria en donde la cura no tenía posibilidad alguna. Así mismo, ésta extraña enfermedad que desconcertaba al ámbito científico, era relacionada con problemas genitales, concepción que fue modificándose a partir de una teorización que incluía ley y orden dentro de la sintomatología. Charcot y Freud dedicaron algunos escritos para diferenciar la histeria de una enfermedad orgánica. Según Freud, en su artículo "Histeria" escrito en 1888 define a la histeria de la siguiente

manera " Es una anomalía del sistema nervioso que descansa en una diversa distribución de las excitaciones, probablemente con formación de un excedente de estímulo dentro del órgano anímico. Su sintomatología muestra que este excedente de estímulo es distribuido por representaciones conscientes e inconscientes. Todo cuanto varíe la distribución de las excitaciones dentro del sistema nervioso es capaz de curar perturbaciones histéricas, tales intervenciones son en parte de naturaleza física, en parte directamente psíquicas"⁴⁷ Aquí vemos a un Freud debatiéndose entre lo físico y lo psíquico, evidentemente en esta definición se habla del alivio de ciertos síntomas pero no de la cura de la histeria puesto que ésta era considerada como hereditaria, aunque en este mismo texto Freud nombra algunas posibles "causas" que desatan esa enfermedad que se puede mantener en estado de latencia. Estas causas son: educación afeminadora, despertar prematuro de la actividad intelectual durante la niñez, excitaciones frecuentes y violentas, inmadurez sexual y hasta ocasiones ínfimas y **oscuras** que ejercen un efecto nocivo. Vemos como Freud a pesar de que comparte las ideas de su maestro Charcot, empieza a involucrar cuestiones de orden psíquico, cuestiones que retomará para ir formulando su teoría sobre las neurosis

Otra gran influencia intelectual para Freud fue Breuer, neuropatólogo vienés que trabajaba con histéricas y a pesar de que la hipnosis en su país era mal vista, él la utilizaba con fines terapéuticos. Breuer consideraba que si durante la hipnosis la paciente lograba regresar a la prehistoria psíquica del padecer, entonces la eliminación de síntomas era muy probable. En esa época las curas morales y las físicas eran los únicos tratamientos para tratar este tipo de enfermedades nerviosas. Tratamientos que fueron extraídos directamente de la psiquiatría de la época.

Un buen día, Breuer le expresó a Freud su interés por un caso clínico que había tratado, era ni más ni menos el caso de una histérica llamada Bertha Pappenheim o más conocida como Anna O. Esta paciente era una señorita de la sociedad vienesa que sufría de graves crisis de angustia, le daban accesos de tos, se le nublaban la vista, se violentaba contra las personas que la rodeaban, sentía dolores en la nuca y en fin ningún médico lograba encontrar su mal en lo orgánico.

Anna acudió a Breuer quien la hipnotizaba diariamente con el fin de calmar sus dolencias, llegó un momento en que la paciente ni siquiera podía entablar una

⁴⁷ Freud, S. (1888) *Histeria*. T. I. Amorrortu ediciones, Buenos Aires, pp.62.

comunicación, y sólo cuando se encontraba en un estado hipnótico lo lograba. Pues bien, en sus relatos la paciente narraba experiencias traumáticas pasadas, narración que permitía la eliminación de ciertos síntomas, esta técnica fue bautizada por la propia Anna como "talking cure" o curación por la palabra.

Finalmente, después de un buen tiempo el tratamiento concluyó y Anna sufrió dolores de un parto histérico, la separación con Breuer le causó graves complicaciones. El médico quedó impresionado por el caso y se lo relato detalladamente a su amigo Freud, quien quedó sumamente impactado.

Freud, así como Breuer también utilizaba la hipnosis, pero se dio cuenta que no todos los pacientes eran hipnotizables y que los síntomas aparecían nuevamente, por lo que recurrió a una técnica que consistía en colocar su mano en la frente del paciente con el objetivo de que recordara experiencias pasadas. Era la época en que utilizaba la sugestión hipnótica, tratamientos morales y físicos con sus pacientes, cayendo en la cuenta que ninguno de estos tratamientos solucionaban el conflicto y que lo único que se lograba era calmar y disminuir los síntomas pero jamás curaban.

Todas estas experiencias permitieron a Freud empezar a teorizar la histeria desde otro lugar diferente al de su maestro Charcot y los neuropatólogos de la época. Desde el comienzo, Freud y Breuer, pusieron un gran interés por los factores afectivos, sostenían que " los síntomas histéricos debían su génesis a que a un proceso anímico cargado con intenso afecto se le impidió, de alguna manera, nivelarse por el camino normal que lleva hasta la conciencia y motilidad (se le impidió abreaccionar), tras lo cual el afecto por así decir estrangulado cayó en una vía falsa y encontró desagote dentro de la inervación corporal (conversión)"⁴⁸

Es así, que nace el método catártico, el cual consistía en lograr que el paciente hablara de sus experiencias traumáticas descargando el monto de afecto que había provocado el trauma. Freud dice: La eficacia terapéutica del procedimiento catártico se justifica con igual fundamentación: si la vivencia original, junto con su afecto, puede ser traída a la conciencia, el afecto es por ese mismo hecho descargado o abreaccionado, la fuerza que ha mantenido al síntoma deja de operar y el síntoma desaparece. (Freud y Breuer, 1893.)

⁴⁸ Freud, S. (1923), *Dos Artículos de enciclopedia: Psicounálisis y Teoría de la libido*, tomo XVIII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp.232.

Pues bien, Breuer y Freud compartían sus experiencias con pacientes histéricas y surge el interés de publicar sus descubrimientos, 11 años después de la terminación del caso de Anna, se publica uno de los estudios más importantes para el psicoanálisis *“estudios sobre la histeria”* (1893). Entre las tesis principales de esta obra, destacaba la importancia de la sexualidad en la etiología de las neurosis, la importancia del simbolismo en los síntomas, su relación con la represión - en ese tiempo llamado desalojo- e implataban el método catártico como técnica de curación. En este tratado, Freud se aparta de las nociones clásicas de la psiquiatría en cuanto a la concepción del síntoma. Para él, el síntoma no era lo aparentemente visible sino que tenía un doble sentido y una razón del orden del inconsciente que se manifestaba precisamente en lo corporal y podían trasladarse de un órgano a otro sin previo aviso.

Estos estudios son el punto de partida del establecimiento de una relación entre el cuerpo y la vida afectiva que permanecía inconsciente. Es decir, el análisis de los síntomas histéricos develaban que el inconsciente podía hacer uso del cuerpo para expresar o satisfacer un deseo, es así que descubre que la anatomía orgánica nada tenía que ver con la anatomía que imaginaba la histérica, ya que ésta hacía de sus síntomas un cuerpo, es decir, el síntoma se instalaba en algún órgano específico según el papel que hubiera desempeñado durante la experiencia traumática. Estos órganos específicos eran llamados zonas histerógenas que después adquirieron el nombre de erógenas, son órganos considerados como zonas hipersensibles del cuerpo en donde el “afecto” se concentra ocasionando parálisis o hiperestesia.

Conforme el padre del psicoanálisis adquiere experiencia clínica se da cuenta que no era necesario presionar a los pacientes para que hablaran de sus experiencias traumáticas, de hecho, desde sus principios se da cuenta que existe una compulsión a la asociación, solo que en ese momento no tenía los elementos para teorizar e intervenir. Años más tarde, propone la asociación libre, técnica que tiene como objetivo dejar hablar al paciente, se le advierte a éste que comience a hablar sin fijarse si su discurso tiene coherencia, se le pide que no inhíba su palabra por más inmoral que ésta sea. Así con la asociación de ideas se abre un nuevo camino para el análisis del inconsciente.

He aquí, que se da un salto agigantado en las ciencias neuropatológicas, Freud pasó de la observación lógica de síntomas a la escucha de los relatos de experiencias

traumáticas de sus pacientes. Esto implicaba delegar el saber al paciente y no al médico, considerar al síntoma dentro del orden de un trauma sexual y no meramente orgánico.

Ya en 1898, la modificación metodológica de su técnica y la teorización de ciertos conceptos encontrados en su práctica clínica, empieza a establecer lo que hoy llamamos la situación analítica, es decir: la importancia de la interpretación de los sueños, la apreciación de las acciones fallidas y causales así como la transferencia. A partir de esta época las innovaciones y vida personal de Freud fueron en extremo ricas. Freud, empezó un autoanálisis que incluía también la interpretación de sus propios sueños, estas experiencias, las compartía Freud con su gran amigo Fliess, destacado otorrinolaringólogo con quien mantenía una constante correspondencia. Muchos dicen, que la transferencia que Freud estableció con Fliess fue condición necesaria por la cual Freud pudo realizar su "autoanálisis".

Pues bien, el padre de psicoanálisis teoriza *la interpretación de los sueños* en 1900 tomando como modelo la formación de las neurosis para el análisis de los acontecimientos oníricos. Formula la existencia de procesos psíquicos inconscientes que intervienen en el proceso neurótico y los sueños, estos son: la condensación, en donde algunas ideas o afectos se integran formando una representación única y el desplazamiento, en donde una representación puede entregar a otra todo el monto de su investidura. De ahí, el disfraz y doble sentido de los sueños y los síntomas. En esta obra se plantea el funcionamiento primario de la psique que correspondía a lo inconsciente y el proceso secundario al consciente. Los sueños lograban crear un cumplimiento de deseo (normalmente de carácter edípico) que satisfacían a las dos instancias psíquicas como compromiso entre ellas. Sin embargo, los sueños no son del todo inconscientes puesto que hasta en el dormir existe una censura que no permite pasar el material inconsciente en su forma pura, es preciso que el contenido se disfrace para poder salir al consciente.

A pesar de que Freud estaba apasionado por la exploración del inconsciente, -en la primera parte de su obra - no cesaba en tratar de encontrarle relación con lo fisiológico, hablaba de energía, de neuronas que operaban con estímulos internos y otras con las sensaciones y los sentimientos conscientes, de las características tóxicas, económicas y dinámicas del aparato psíquico y de la tendencia a la homeostasis, entre muchos otros factores mas de índole genético y fisiológico.

Al principio mencionamos que el autoanálisis le permitió a Freud formular varias teorías, de tal suerte que sus propias experiencias oníricas le llevaron a preponderar la importancia de las experiencias sexuales infantiles, de hecho, fue en un sueño que empezó a vislumbrar lo que él llamaría el Complejo de Edipo, piedra angular de su teoría sobre la sexualidad infantil, este descubrimiento causó un gran revuelo entre la sociedad vienesa, puesto que Freud declaraba que “ el niño era un perverso polimorfo” El psicoanálisis propone una idea que antes no había sido ni siquiera pensable, la sexualidad en el niño. Es así, que se rompe con el tabú de la inocencia infantil y en 1905 publica sus famosos **3 ensayos sobre la teoría de la sexualidad**, en donde afirmaba que la sexualidad estaba presente desde el nacimiento del ser humano, Freud no se limitó a considerar a la sexualidad como el acto de copular sino como todas las manifestaciones de índole sexual existentes en el ser humano. Formuló zonas erógenas en donde se desarrollaba la libido y se establecían las pulsiones parciales. Freud declaraba: “ La organización y evolución de la especie humana procura evitar cualquier actividad sexual considerable en la niñez, por lo tanto las mociones sexuales de los seres humanos deben acumularse para ser liberadas sólo en la pubertad, y esto es la causa por lo que las experiencias sexuales infantiles están destinadas a ser patógenas. Lo importante, continúa diciendo son los efectos posteriores producidos por tales experiencias en la madurez, debido al desarrollo del aparato sexual somático y psíquico que entre tanto ha tenido lugar”

Es así que la represión en la sexualidad infantil sería el origen de las neurosis, así como el deseo sexual sería el motor de la actividad humana. Es aquí, donde se establece el parteaguas entre los seguidores del psicoanálisis. Maestros, como Breuer y discípulos como Jung y Adler le dan la espalda a Freud y lo acusan de pansexualista.

Sin embargo, Sigmund sigue firme en sus convicciones y sigue produciendo nuevas teorías, llega a la suposición de la existencia de componentes químicos en la excitación sexual, lo cual respondería al nombre de libido, ésta es definida como “una fuerza susceptible de variaciones cuantitativas, que podrían medir procesos y transposiciones en el ámbito de la excitación sexual”⁴⁹ Establece 2 clases de libido: la yóica y la objetal, en donde la primera correspondería a la concentración de un quantum de energía en los órganos del cuerpo y a partir del momento que esta libido invistiera un objeto, es decir, cuando se logra la representación psíquica de objeto, entonces la libido yóica sufre la

⁴⁹ Freud, S. (1915), *La teoría de la libido*, Tomo VII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp.198.

transformación en libido objetal, la cual puede ser desplazada de un objeto a otro y en algunos casos sufre una retracción hacia el cuerpo, convirtiéndose nuevamente en libido yóica o narcisista.

Esta teoría está estrechamente vinculada con su doctrina *sobre introducción al narcisismo*, de hecho, es aquí donde la desarrolla con mayor precisión. Para Freud, el narcisismo es un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto, en donde en un primer momento el infante se encuentra en un estado autoerótico, es decir, la libido está concentrada en las propias partes del cuerpo. El narcisismo primario se constituye y es constituido por el deseo de los padres, atribuyen al niño todo lo que a ellos les hubiera gustado ser y tratan de colmarlo y considerarlo como la perfección que ellos buscan porque ya la han perdido, depositando así en el niño una gran dosis de su libido narcisista.

Este es el momento donde el infante se encuentra gobernado por el principio del placer, un placer en donde no existe excitación alguna, todo es satisfacción, esto es a lo que Freud llama, el yo ideal. Pero ese momento dura muy poco, porque los padres no pueden centrarse únicamente en el bebé, la madre siempre presente en un momento se tiene que ausentar y el niño comenzará a sentirse incompleto, y por un intento de recobrar lo perdido trata de reconquistar a esa persona complaciéndola y buscándola, este es el complejo de castración que irrumpe el narcisismo primario para pasar al narcisismo secundario, que tendría que ver con la libido objetal, la cual está íntimamente relacionada con lo sexual, esta surge como un replegamiento de la libido yóica debido a una frustración.

Estos desplazamientos de objeto guían el curso de la sexualidad, que por un intento de recobrar la satisfacción dan ciertos rodeos tratando de alcanzar la posición que uno tenía en el narcisismo primario, denominando Freud a estas elecciones como ideal del yo, el cual es transmitido directamente por los padres.

En 1923, Freud le da un giro a su primera teoría del narcisismo al crear la segunda tónica con el **YO Y EL ELLO**. A diferencia de la primera tónica, aquí menciona que en un principio toda libido está acumulada en el ello y no en el yo, por lo que su tesis de que el yo era el reservorio libidinal desaparece y es el ello el que se transforma en ese reservorio. El ello envía una parte de esa libido a investiduras eróticas de objeto, luego de lo cual el yo fortalecido procura apoderarse de esta libido de objeto e imponerse al ello como objeto de

amor. Entonces el narcisismo del yo es un narcisismo secundario sustraído de los objetos y el narcisismo primario debiera ser "ellóico" y el secundario "yóico"

Parece ser entonces que en el autoerotismo existe la identificación hacia cierto objeto, contrariamente a lo que postulaba Freud, en "Introducción al narcisismo" en donde el niño era su propio objeto. En 1921 corrige y dice que el niño se identifica con la mujer nutricia y la toma como modelo, y las elecciones posteriores de objeto serían entonces esencialmente de índole narcisista y estarán en función al ideal del yo, que es la herencia del complejo de Edipo que supone las dos identificaciones primarias, las del padre y la madre

Ahora bien, otros de los conceptos que son de gran interés para el propósito de la presente tesis, es la introducción de las nociones de pulsión de vida y pulsión de muerte. La primera es la encargada de complicar la vida, contiene una gran cantidad de mociones pulsionales sublimadas, es la pulsión de la autoconservación, que tendrá una lucha continua con la pulsión de muerte, la cual, según Freud, tiene componentes biológicos y es la encargada de reconducir al organismo a la muerte. Entonces, aparentemente toda actividad de destrucción que se dirige hacia el exterior, es decir hacia los objetos, supuestamente debiera ser gobernada por la pulsión de vida, pero cuando esta destrucción se dirige hacia el interior de la persona, entonces es la pulsión de muerte que está dominando.

En fin, a pesar de haber recorrido un poco de las teorizaciones en Freud, resulta aún complejo poder definir lo que Freud consideraba salud y enfermedad. Por una parte están las enfermedades que él considera estrictamente biológicas y aquellas que tienen que ver con lo psíquico, pero en este pasaje se pierde el puente entre lo que corresponde solamente a lo físico y aquello que se trata de lo puramente psíquico. No cabe duda que efectivamente abre un panorama en donde lo psíquico influye en lo orgánico y viceversa manifestándose a partir de síntomas, concepción que trabajo minuciosamente y logré definirla a partir de los procesos psíquicos antes mencionados. En el próximo apartado trataré de dar una respuesta aproximada a las siguientes preguntas: ¿Es la neurosis una enfermedad?, ¿Existe alguna cura para este tipo de patologías?, ¿Qué papel juega el psiquismo en la enfermedad orgánica?

1.4.2 Normalidad, patología y síntoma en Freud.

Con Freud y el nacimiento del psicoanálisis, las concepciones de salud y enfermedad mental sufrieron un viraje importante, rompe con las concepciones médicas tradicionales y propone otra mirada hacia la separación que existe entre normal y anormal.

Aunque Freud no define con claridad la frontera que existe entre la normalidad y patología, se puede deducir a lo largo de su obra que esto tiene que ver directamente con conflictos psíquicos que son determinados por 3 tesis fundamentales.

" 1) Toda la psicología del adulto tiene sus fuentes en las dificultades experimentadas a nivel del desarrollo de la sexualidad infantil.

2) Son las pulsiones inhibidas, sexuales u agresivas las que crean los síntomas

3) El modo como se vive la etapa organizadora de la personalidad (Edipo), depende esencialmente de las condiciones del medio ambiente"⁵⁰

Freud en su libro "El sepultamiento del complejo de Edipo", trata de distinguir lo normal de lo patológico precisamente en relación al Edipo. Para el autor, este complejo es uno de los principales estructurante de la personalidad, la manera en cómo el niño o la niña lo resuelva marcará el desarrollo de su estructura psíquica.

A grosso, pero muy a grosso modo el final del Edipo iría íntimamente relacionado con el complejo de castración. En un principio cuando el varón está en la fase edípica cree que todo mundo tiene un pene como el suyo, para él no existen las diferencias anatómicas, pero cuando en un determinado momento se enfrenta a la realidad y descubre que las mujeres e "incluso su mamá" no tienen pene, se desencadena en él un sentimiento de angustia, una angustia de perder el pene así como lo han perdido las mujeres. El niño se siente amenazado y no sólo ante la pérdida del pene sino a la pérdida exclusiva de la madre, he aquí donde la prohibición del incesto se hace presente. El padre se convierte en un rival poseedor del objeto amado. " Esta triangulación con un rival y un objeto plenamente investidos como tales, serán la consecuencia estructural irreversible que ulteriormente derivan de ella"⁵¹

⁵⁰ Bergeret, J. (1996), op.cit. pp.40

⁵¹ ibidem. P.59

Este es el momento crucial del renunciamiento edípico, en donde el niño con tal de conservar su pene, renuncia a la madre y se identifica con el padre, quien le promete que cuando él crezca también poseerá a una mujer como su madre.

Según Freud (1924), este proceso no es solamente un proceso de represión sino que equivale, cuando se consuma idealmente, a una destrucción y cancelación del complejo, y esto es precisamente lo que marca la frontera entre lo normal y lo patológico.

De lo contrario, si el yo no ha logrado efectivamente una represión del complejo, sino una negación o una denegación, éste subsistirá inconsciente en el ello y más tarde exteriorizará su efecto patógeno.

Este proceso en la niña es diferente al del varón, en un primer momento el clítoris es considerado por la niña como un pene, y al descubrir que su "pene" es más chico que el de los hombres entonces se desata en ella, la idea de una inferioridad, sin embargo cree que algún día le crecerá, (complejo de masculinidad) o bien creará que algún día ella tuvo uno igual pero que le fue mutilado, por lo tanto, según Freud, "La niña acepta la castración como un hecho consumado, mientras que el varoncito tiene miedo a la posibilidad de su consumación)

La triangulación edípica en este caso consistirá entonces en que la niña se identifique con la madre y desee al padre porque piensa que él puede darle un hijo, un hijo como sustituto del pene, pero poco a poco al ver que este deseo no se cumple, entonces el complejo de Edipo se va desvaneciendo.

Finalmente, podemos decir que la normalidad entonces radicaría en la salida exitosa del complejo de Edipo, de la amenaza de castración, de la formación del superyo (herencia de la autoridad paterna) y de la incorporación al período de latencia.

Entonces, si esto es cierto, "las enfermedades serían consecuencia de la fijación a una de las etapas pregenitales como consecuencia de una mala resolución edípica"⁵²

Ahora bien, alguna vez Freud habló de una absoluta normalidad, normalidad que dependía de la combinación de los 3 tipos libidinales: erótico, obsesivo y narcisista. El principal interés del tipo erótico sería amar, pero sobre todo ser amado, "los gobierna la

⁵² Guinsberg. E. (1996). op.cit. pp 174

angustia frente a la pérdida del amor y por eso son particularmente dependientes de los otros, que pueden denegárselo”⁵³

En el compulsivo, el superyo es el principal actor, por lo tanto su angustia será la pérdida de la conciencia. Es un tipo muy moral y conservador, por lo que su dependencia será interna y no externa como en el erótico.

Por último el tipo narcisista cuyo “interés principal se dirige a la autoconservación, muestra independencia y escaso amedrentamiento. El yo dispone de una elevada medida de agresión, que se da a conocer también en su prontitud para la actividad, en la vida amorosa se prefiere amar a ser amado.”⁵⁴

De tal suerte, que la armonía ideal, sería la combinación de estos 3, no obstante Freud menciona que es poco común y que es más frecuente encontrar tipos mixtos como erótico-compulsivo, compulsivo -narcisista, narcisista-erótico. Cabe mencionar que Freud dice que la formulación de estos tipos libidinales son viables sin neurosis, sin embargo los tipos eróticos pueden tener una disposición a la histeria, los compulsivos a la obsesión y los narcisistas a la psicosis.

A pesar de que Freud habla de una cierta normalidad, tampoco niega que se produzcan conflictos psíquicos hasta en los “normales”. En su artículo sobre “la descomposición de la personalidad psíquica” (1932) dice: “ El ser humano enferma a raíz del conflicto entre las exigencias de la vida pulsional y la resistencia que dentro de él se eleva contra ellos”⁵⁵

Estos conflictos se dan entre el yo, el ello y el superyo. El yo es el almacén de la angustia, decía Freud, y no sólo eso, es también la instancia que sirve como mediadora, es decir, el yo sirve a 3 amos, al ello, al superyo y al mundo exterior.

Por una parte el yo pretende imponerse al ello como objeto para así poder atraer su libido, pero por otro lado está el mundo exterior y sus exigencias, y para que el yo pueda realizar un compromiso entre estos, entonces disfraza los mandamientos inconscientes y trata de adecuarlos a la realidad, pero por si fuera poco está la rigurosidad del superyo que funge el papel de vigía de todas las acciones y si algo no le parece castiga con el

⁵³ Freud, S. (1931), *Tipos Libidinales*, Tomo XXI, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 220

⁵⁴ ibidem Pp.220

⁵⁵ Freud, S. (1932) *Sobre la descomposición de la personalidad psíquica*, Tomo XXII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 53

sentimiento de culpa, obviamente llega un momento en donde la presión y la angustia depositadas en el ello, estallan, pero esta explosión se escenifica a través del síntoma, cuya función es la de realizar un compromiso entre las instancias psíquicas. El síntoma proviene de lo reprimido por lo que entonces es propio del neurótico. El síntoma es la realización de un deseo, un deseo que sólo se puede expresar en forma disfrazada debido a las exigencias y prohibiciones culturales.

La formación del síntoma tiene un objetivo particular en cada individuo y en los diferentes tipos de neurosis, es así que en la histeria, los síntomas y toda su energía se concentran en un fragmento corporal, Freud (1925-1926), en *Inhibición, síntoma y angustia* clasifica los síntomas histéricos en permanentes e intermitentes, en los primeros se produce un desplazamiento de la motilidad provocando parálisis y contracturas, es como si esa parte afectada del cuerpo estuviera censurada para ella, censura que podría estar relacionada con algún deseo prohibido. En el caso de los intermitentes, el síntoma afecta la esfera sensorial, es decir, existe un displacer en algún órgano del cuerpo que llega incluso hasta una experiencia dolorosa. El síntoma histérico se ancla al cuerpo produciendo reacciones somáticas, es como si " la histérica rediseñará su cuerpo con base en las necesidades de su síntoma, un síntoma que obedece a un mandato psíquico, a un fantasma." ⁵⁶ Es así que la histérica habla a través de su cuerpo, más allá de las manifestaciones orgánicas, como si el síntoma fuera el castigo de haber deseado algo prohibido para ella, pero al mismo tiempo significaría una satisfacción sustitutiva de su propio deseo.

Ahora bien, la formación del síntoma en el neurótico obsesivo responde a otra naturaleza, en general son de 2 clases y contrapuestos entre sí, " o bien son prohibiciones, medidas precautorias, penitencias, vale decir de naturaleza negativa, o por el contrario son satisfacciones sustitutivas, hartas veces con disfraz simbólico" ⁵⁷

Cuando la obsesión se hace más "patológica" entonces estos 2 tipos de síntomas se entrelazan y cobran significado de una satisfacción. La ambivalencia es su razón, la lucha continua contra lo reprimido su meta, es una persistente guerra entre el yo y el superyo. El obsesivo se caracteriza por su excesiva limpieza, su rectitud moral, sus pensamientos mágicos y sus ritos repetitivos

⁵⁶ Assoun, P.L. (1997) *Corps et Symptome*, Tome II, Ed. Economica, Paris, pp.26

⁵⁷ Freud, S. (1925), *Inhibición, Síntoma y Angustia*, Tomo XX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp 107

En el tercer tipo de neurosis, en la fobia, el síntoma es producto de la angustia frente a la castración, esta angustia permanece inconsciente y solo deviene consciente en una desfiguración, es decir, esta angustia es proyectada en algún objeto, animal o persona. El síntoma es la constante huida o el excesivo terror que provoca el objeto libidinizado. La fobia es un intento por solucionar el conflicto ambivalente que experimenta el niño o el adulto hacia el padre.

El síntoma cobra un valor susceptible a la interpretación, así como los sueños y los actos fallidos, son manifestaciones disfrazadas del deseo que se sirven del cuerpo, el pensamiento y el lenguaje para poder emerger. La existencia del síntoma estorba en alguna medida la capacidad de rendimiento, y así permite apaciguar una demanda del superyo o rechazar una exigencia del mundo exterior. Así el síntoma es encargado poco a poco de subrogar importantes intereses, fusionándose cada vez más con el yo.

Concluyendo, la frontera entre la normalidad y la patología es confusa a pesar de todos los intentos de Freud por demarcarla. El psicoanálisis ha probado que no hay diferencia fundamental sino de grado entre la vida anímica de las personas normales, los neuróticos y los psicóticos. "Una persona normal debe pasar por las mismas represiones y luchar contra las mismas estructuras sustitutivas; la única diferencia radica en que lleva estos acontecimientos con *menos trastornos y más éxitos*"⁵⁸ Por lo tanto, no hay ser humano que se salve de los conflictos psíquicos, entonces hablar de salud sería algo ilógico por lo menos en términos psicoanalíticos.

Así mismo, y para finalizar la diferencia que Freud hace entre normales y neuróticos es muy vaga, tan vaga que rectifica y dice: "No podemos poner en entre dicho que también las personas sanas poseen en su vida anímica lo único que posibilita tanto la formación del sueño como la de síntoma: debemos inferir que ellas han realizado represiones y hacen un cierto gasto para mantenerlas, que su sistema del inconsciente oculta mociones reprimidas, aunque investidas de energía y que una parte de su libido ya no está disponible para su yo." Por tanto, una persona sana es también virtualmente neurótica, pero el sueño parece ser el único síntoma que ella es capaz de formar. Y, en verdad si sometemos a un examen más preciso su vida de vigilia, descubriremos que esta vida supuestamente sana, está surcada por innumerables formaciones de síntoma, aunque

⁵⁸ Freud, S. (1911) *Sobre Psicoanálisis*, Tomo XII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp.214

mínimos y carentes de importancia práctica”⁵⁹ No obstante, con esta aclaración la diferencia entre normales y neuróticos se hace más confusa, por lo que es mejor pensar que lo normal y lo patológico solo difieren en magnitud. Es decir, un neurótico, psicótico o perverso pueden ser perfectamente sano hasta el momento en que se ven interrumpidos por un síntoma

Es evidente, que la teoría freudiana tiene muchas lagunas teóricas y son precisamente estos huecos los que permiten darle movimiento a la teoría. Sus concepciones no tienen porque reducirse al estudio de las psicopatologías, la teoría psicoanalítica es otra manera de concebir al ser humano en tanto psíquico, en tanto biológico y en tanto social. Es por eso que de la teoría freudiana se generan múltiples movimientos de estudio, se propician escisiones dentro de la misma teoría psicoanalítica y se proponen nuevos campos de estudio, lo que hace de ésta una mina inagotable.

Hasta aquí se ha hablado de la enfermedad producto del psiquismo y podría pensarse que Freud dejó de lado lo relacionado con las enfermedades de origen orgánico con repercusiones en lo psicológico, sin embargo, también de este campo se ocupó aunque no con el mismo detalle que con las enfermedades del inconsciente. Esta teorización data desde finales de siglo (1892) cuando propone 2 grupos que incluían, por un lado las neurosis provocadas por un trauma sexual infantil (psiconeurosis) y otro grupo de neurosis que eran provocadas y tenían su origen en la genitalidad adulta (neurosis actuales) provocadas por consecuencias tóxicas del psiquismo sexual o por problemas hormonales. Dentro de este rubro Freud distingue: la hipocondría, no considerada como una enfermedad como tal sino como un síntoma que podía localizarse en distintas entidades nosológicas. La neurastenia, enfermedad que se caracteriza ” por el déficit de tensión sexual somática provocada por la falta de ésta en el órgano terminal. Dicha falta se origina por la masturbación excesiva o en las poluciones involuntarias que impiden dicha acumulación”⁶⁰. Y por último la neurosis de angustia también provocada por un elevado quantum de tensión somática, energía que flota libremente provocando así angustia. En éste tipo de neurosis la tensión física no encuentra un correlato psíquico sexual, existe una incapacidad para imaginar o simbolizar sucesos sexuales.

⁵⁹ Freud, S. (1916-1917). *La Terapia Analítica*. Tomo XVI, Ed Amorrortu, Buenos Aires, pp.416.

⁶⁰ Perrés, J. (1998) 3° edición. *Proceso de constitución del método psicoanalítico*, ed.UAM, pp 97

Pues bien, las neurosis de angustia son enfermedades de origen orgánico y se caracterizan por una falta de ligazón, es decir, lo sexual no llega a convertirse en libido, sino en un exceso de energía que no puede ser tramitada psíquicamente descargándose así a partir de fobias, dolores en el cuerpo de índole funcional, depresión etc. La etiología de estas neurosis radica en el hecho de una genitalidad insatisfecha y según Freud se localiza en personas que practican el coitus interruptus, en los eyaculadores precoces, en mujeres menopáusicas, en abstinentes sexuales etc. Evidentemente esta concepción está regida por la particularidad de su época, sin embargo, su teorización respecto a la angustia es de gran utilidad para desarrollar el papel que ésta juega en los diferentes tipos de enfermedades. Este grupo de neurosis son el punto de referencia de los psicopatólogos quienes consideran a las enfermedades psicósomáticas como producto de una falta de simbolización, (ligazón) en donde el afecto es trasmutado en angustia. En este caso los síntomas carecen de sentido y por ende insusceptibles de análisis.

1.4.3. La enfermedad y algunos post-freudianos.

Los escritos freudianos abren una gran veta de exploración para el análisis de las psicopatologías pero también permiten indagar en el terreno inexplorado de los síntomas somáticos y su relación con el inconsciente. Es así que autores como Jacques Lacan, Jean Bergeret, Sami-Alí y Assoun entre otros tantos explican las posibles influencias de lo psíquico en lo somático.

Jean Bergeret

A continuación trataré de explicar brevemente las concepciones y las propuestas de dichos autores comenzando por Jean Bergeret, quien a pesar de dedicar sus investigaciones al dilucidamiento de la personalidad normal y patológica hace referencia a una organización pseudo-normal la cual tiende a la somatización.

Antes de entrar en detalles con respecto a esta organización es necesario conocer a grandes rasgos las concepciones de Bergeret, quien propone una nueva manera de ver las psicopatologías de base y de replantear los paradigmas de normalidad y patológico.

Para éste psicoanalista, "La persona verdaderamente sana no es simplemente la que se declara como tal, ni mucho menos un enfermo se ignora, sino un sujeto que conserva en sí tantas fijaciones conflictuales como la mayoría de la gente, que no haya encontrado en su

camino dificultades internas o externas que superen su equipo afectivo, hereditario o adquirido, sus facultades personales de defensa o de adaptación y que se permita un juego flexible de sus necesidades pulsionales, de sus procesos primarios y secundarios tanto en los planos personales como sociales, evaluando la necesidad con exactitud y reservándose el derecho de comportarse de manera aparentemente aberrante en circunstancias excepcionalmente anormales”⁶¹

Con esta extensa definición trata de dar cuenta de que la estructura es independiente de la normalidad. Es así que una personalidad considerada normal puede entrar en cualquier momento de su vida en conflicto y por el contrario una personalidad o estructura considerada como anormal puede permanecer estable durante gran parte de su vida o bien nunca entrar en crisis. Por ejemplo, un psicótico puede manejarse en la vida de una manera socialmente aceptada y jamás encontrarse en una situación que desate la crisis. Entonces dentro de su teoría considera que puede existir una normalidad patológica así como una patología normal.

Así mismo, el autor de esta teoría manifiesta su descontento con el proceso de clasificación de síntomas, puesto que menciona que basar un diagnóstico en cuanto a síntomas es un error, ya que los síntomas son polifacéticos y efímeros, es decir, un síntoma llamado psicótico bien puede presentarse en una histeria, o bien un ritual obsesivo se manifiesta en una estructura perversa.

En breve, propone no prejuzgar una estructura por el síntoma por sí solo, sino realizar un análisis profundo en cuanto a la organización estructural de la personalidad. Ahora bien, dentro de la normalidad patológica se encuentran los pseudonormales quienes carecen de una estructura sólida y sólo alcanzaron el grado de organización, es decir, esta personalidad no encaja dentro de ninguna psicopatología (neurosis, psicosis o perversión) “Esta organización lucha constantemente contra la depresión mediante diversas artimañas caracteriales o psicopáticas que superan el marco de la normalidad”⁶² Las organizaciones simples se comportan de manera diferente a las estructuras bien definidas, los pseudonormales se van a los extremos, por ejemplo, en caso de un traumatismo afectivo, pueden o bien hundirse en la depresión o bien evolucionar hacia una estructuración mas sólida.

⁶¹ Bergeret, J. (1996). op.cit. pp.32

⁶² ibidem, pp.46

Estas personas, según Bergeret, necesitan luchar a cada momento para proteger la seguridad narcisista que es precisamente el escudo, aunque endeble, contra los riesgos depresivos que son la consecuencia del fracaso entre inversiones narcisistas y objetales.

En esta teoría, la tendencia a somatizar de estas personas no está muy bien desarrollada, sin embargo, es probable que tenga que ver con la endeble resolución edípica, o bien sería el producto de la terrible angustia que siente la persona por no sentirse reconocida por una sociedad, puesto que su modo de vida se establece y se centra sobre un ideal y sobre una mayoría sin llegar a tener relaciones profundas o estables, por lo tanto cualquier fracaso afectivo podría desatar una somatización.

Cabe mencionar, que Jean Bergeret le da un lugar muy especial al narcisismo en la aparición de enfermedades somáticas. Él propone un carácter narcisista, el cual se caracteriza por el temor de perder el objeto amado y para conservarlo recurre a toda clase de artimañas que entre ellas se encuentra la enfermedad, la agresividad, la depresión etc.

Dentro de los caracteres narcisistas están los de índole hipocondríaco, en donde existe un "retroceso de la inversión libidinal de objeto exterior con aplazamiento de esta inversión sobre un objeto narcisista interior al cuerpo"⁶³ Esto sucede como una manera de inhibir el temor de perder el objeto amado y la agresividad que esto le podría provocar. Entonces la represión de esta agresividad se vuelca hacia una parte del cuerpo, como un reproche o una maniobra preventiva de autopunición.

Esta clase de sujetos, según Bergeret, carecen de un sólido establecimiento del super-yo y preponderan las pulsiones yoicas, entonces sus conductas irán destinadas a satisfacer un ideal del yo.

Un carácter que va muy ligado al narcisista es el psicossomático, en donde la libido objetal sufre una transformación en libido narcisista, puesto que esta se concentra en una parte del cuerpo. Para Bergeret, la regresión psicossomática transforma el lenguaje psíquico en lenguaje somático, sin embargo, el lenguaje somático del que él habla no se puede interpretar puesto que carece de simbolización y sexualización; idea extraña, porque hablar de libido es hablar de pulsión sexual.

⁶³ ibidem. Pp.287

La persona con carácter psicossomático, es una persona cuyo pensamiento funciona mecánicamente con la racionalización de sus comportamientos y omite toda clase de afecto. "Su inconsciente está cerrado con candado, aislado y salvaje. Hay pocos fantasmas y poco sueños verdaderamente elaborados, así como pocos intercambios" ⁶⁴

Dicho investigador se dedica especialmente al análisis del carácter alérgico, en donde su principal necesidad radica en acercarse lo más posible al objeto alérgico hasta confundirse con él. Las ideas de este autor se basan en las concepciones de Pierre Marty, y entonces amplía la teoría diciendo que en realidad lo que el carácter alérgico trata de revivir es la fusión con la madre, de volver a ese estado narcisista perdido. De hecho, este carácter posee rasgos psicóticos e histéricos, psicóticos porque existe un aislamiento de afecto e histérico por la necesidad de aproximarse a su objeto.

Otro carácter, es el de tipo jaquecoso, el cual se caracteriza por el grado de inmadurez afectiva, una falla en la genitalización y el temor de perder el objeto amado, como reminiscencia de un estado narcisista primario, tal como lo establece Freud. Para Bergeret, la jaqueca es un medio de evitar un evento sumamente agresivo, como si la jaqueca evitara la llegada al consciente de cierta vivencia traumática y se defiende a través de una excesiva necesidad de actividad tanto corporal como mental.

Jacques Lacan

Ahora bien, otro psicoanalista que revoluciona la teoría freudiana, es Jacques Lacan quien realiza aportaciones importantísimas a la teoría psicoanalítica a partir de un enfoque estructuralista que tiene como bases teóricas la lingüística, la filosofía y la etnología entre otras.

Lacan reformuló la teoría freudiana y se propuso replantear ciertos aspectos centrales, tal es el caso del inconsciente, el síntoma y el goce, conceptos que se irán dilucidando a lo largo del presente trabajo.

Antes que nada, es preciso hacer una breve mención de lo que es el sujeto para Lacan, quien propone una concepción que parte de los fundamentos lingüísticos saussurianos. Para este controvertido psicoanalista el inconsciente se estructura como un lenguaje, puesto que es el resultado del enlace de múltiples significantes que marcan la vida de un

⁶⁴ ibidem, pp.292

sujeto. Ahora bien, todo el lenguaje está estructurado por oposiciones y relaciones, por tanto para que un significante signifique debe ser diferenciado de otro, es así que para que un bebé devenga sujeto debe diferenciarse de su madre. Lacan agrega que en esta cadena de significantes debe existir un hueco, una falta para que entonces el significante tenga la libertad de circular. Es precisamente esta falta la que estructura al sujeto y la que inscribe un significante que unido con otros proporcionan una significación, lo que indicaría entonces que ese sujeto entró en el mundo subjetivo.

La explicación de este proceso no es sencillo, en este capítulo, sólo daremos una breve noción de lo que Lacan denominó, estadio del espejo, el cual hace referencia a lo que Freud llamaría narcisismo primario y secundario, en el capítulo 3 se explicará con mayor detalle.

Pues bien, el estadio del espejo es el responsable de la formación del yo (Je). Los modelos de la óptica sirvieron de referencia a Lacan para dar cuenta de este proceso. Cuando a un bebé se le muestra su imagen en el espejo se puede notar que se presenta una expresión de júbilo, esta expresión significaría el descubrimiento de su propia imagen y esto marcará el origen de todas las demás identificaciones. En un principio lo que el niño ve es la imagen del otro. "Tiene ante sí, una representación de sí que, sin embargo no es él, pero que es una especie de visión anticipada de lo que será"⁶⁵ Según Lacan se identifica con un doble de sí mismo, con una imagen que no es él mismo pero que le permite reconocerse. Y al hacerlo ha llenado un vacío, una abertura entre los dos términos de la relación: el cuerpo y su imagen. En este momento no existe una diferenciación de su cuerpo con el otro, con el de la madre, lo cual es producto del deseo del niño o de la madre, en donde el infans pretende ser todo para su madre, pretende ocupar el lugar de lo que a su madre le falta, desea ser su complemento, su falo. Esta es la primera identificación narcisista que pertenece al orden de lo imaginario.

Existe un segundo momento en el estadio del espejo, que es precisamente lo que marcará la entrada a lo simbólico, al mundo del lenguaje. Esta consiste en la introducción de un tercero que viene a privar al niño de esa identificación, de esa doble apropiación, es aquí donde la Ley del padre se hace presente. La eficacia de esta Ley sobre el niño dependerá del lugar que le otorgue la madre, si ella lo reconoce como Ley y le da entrada entonces el niño buscará identificarse con el padre, pero si esto no ocurre entonces el niño

⁶⁵ Fernandez, G.C. (1997). Una introducción al tema del sujeto en Lacan, pp.35

permanecerá alienado al deseo de la madre, no entrará al mundo simbólico, al de la cultura y de la civilización

Entrar al lenguaje es entrar al orden simbólico, entrada que, como mencionamos arriba, dependerá del deseo materno quien nombrará al futuro sujeto, por lo tanto para que el sujeto sea sujeto del deseo debe ser deseado por alguien. Pero, ¿Cómo se funda este deseo? Pues este aparece como consecuencia de la falta esencial que vivencia el niño a ser separado de su madre, es decir, al ser castrado por el padre representante de la Ley, quien impone una doble prohibición, hacia la madre de no incorporar su producto y hacia el hijo de no acostarse con su madre. En este momento el niño desea ser el falo de su madre, y al ver que no puede colmarla entonces el deseo irá a volcarse en sustitutos de la madre. Es precisamente, esta falta que permite al sujeto desear y en busca de la satisfacción de ese deseo pasa la vida

Ahora bien, para Lacan, el niño es el síntoma de los padres, y como síntoma representa una verdad en el sentido de que " es el resultado de un ordenamiento significativo que da fórmula discursiva a aquella verdad que de la pareja parental no puede ser enunciada sino de ese método metafórico." ⁶⁶

Es decir, el niño es síntoma en tanto el deseo de su madre y la función paterna, podría decirse que es la formación de compromiso entre sus padres, que al igual que cualquier formación inconsciente pasa por los mecanismos de metáfora y metonimia. La metáfora como efecto de sustitución de significantes y la metonimia como la combinación del significante, esto es lo que Freud llama desplazamiento y condensación respectivamente.

Volvamos al niño síntoma, Lacan dice: " El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad, dándole cuerpo, existencia e incluso exigencia de ser protegido"⁶⁷ Esta alienación puede llegar a tal grado que el niño no sólo será el síntoma psíquico de la madre sino el síntoma somático, "el niño le da cuerpo a ese síntoma, y decir cuerpo es implicar goce, pues el cuerpo es la sede inicial del goce que sólo es aprehensible por medio del cuerpo"⁶⁸

⁶⁶ Elkin, R. Mario, *Comentario De Las "Dos Notas Sobre El Niño" De Jacques Lacan, Hilo de Ariadna*, 1995 1 (8), pp.2

⁶⁷ Lacan, J. (1966) en: Elkin, R. M. (1995), op cit pp.13

⁶⁸ ibidem. P.9

A partir de esto, Lacan puede proponer que el síntoma somático implica un goce puesto que se inscribe en la superficie del cuerpo, se introduce el concepto goce en la medida en que el cuerpo de lo simbólico está primero, el lenguaje en tanto cuerpo de lo simbólico.

Sabemos que el goce es lo contrario del placer y tiene que ver con la pulsión de muerte, "el goce surgirá allí donde el placer se detiene bajo la forma de un dolor. Este primer obstáculo es natural y es revelado para los humanos por la interdicción, por la Ley, es decir, es la prohibición que funda al deseo, lo que hace obstáculo al goce.

Si esto es cierto, entonces la enfermedad somática es una manera de goce legal, un goce sobre el órgano.

Al respecto, Jean Guir, seguidor de Lacan propone al goce como un elemento fundante de las enfermedades psicosomáticas y dice: " El goce puede estar relacionado con el intento de penetrar en el goce del cuerpo del Otro", es decir, dijimos anteriormente que el goce y el deseo son a partir del Otro, entonces si existe una afección en un órgano determinado, entonces el goce radicará en tratar de penetrar en el cuerpo del Otro, dicho de otra manera, presta su cuerpo para satisfacer a ese otro.

Así mismo, este mismo autor dice que "el goce permite también al sujeto existir a través de la enfermedad", es posible que la única manera de ser es ser a través de una enfermedad.

Sami- Ali

Pasemos a otro psicoanalista, Sami-Ali, quien coquetea también con la teoría lacaniana y propone una teoría para "pensar lo somático" (título de su libro). Para este autor la patología tiene que ver con lo imaginario como función, es decir lo imaginario como determinante del funcionamiento psicosomático. El asegura que la somatización se presenta en todas las estructuras existenciales y no sólo en la histeria, y propone el mismo mecanismo para la producción de síntomas psíquicos y somáticos que serán el resultado del éxito o del fracaso del pasaje del cuerpo real al cuerpo imaginario, en donde la proyección juega un papel determinante. Por ejemplo, si el síntoma recae sobre lo orgánico entonces quiere decir que la proyección en lo imaginario fue fallida.

Así, " la proyección forma parte de un proceso psicosomático por medio del cual se definen tanto la enfermedad como la salud, y en el curso del cual lo psíquico sucede a lo psíquico, lo somático a lo psíquico y lo psíquico a lo somático " ⁶⁹

Para este psicoanalista francés lo psíquico y lo somático no se pueden separar, puesto que tienen una relación de equivalencia y se complementan entre sí, lo que no quiere decir que trate de equiparar a la enfermedad orgánica con la neurosis o psicosis, pero si plantea la posibilidad de sustitución Sami-Ali pone el ejemplo de la paciente de Freud, Miss Lucy quien sufre de una rinitis crónica y alucinaciones olfatorias, en este caso según él, la sintomatología oscila entre lo psíquico y lo orgánico, pero conforme avanza el tratamiento logra dar un pasaje del cuerpo real al cuerpo simbólico y desaparecen las manifestaciones orgánicas y persisten las alucinaciones, después se da el caso contrario, por lo que la cura dependerá entonces en lograr el equilibrio entre la formación proyectiva y la somatización.

Paul- Laurent Assoun

Finalmente, plantearé brevemente la concepción de Paul-Laurent Assoun, concepción que se retomará con mas detalle en el siguiente capítulo. Pues bien, Assoun piensa que el síntoma somático difiere al psíquico en cuanto que implica una formación inconsciente mayor, en donde se involucra el fantasma que se manifiesta en el acto, en lo real.

"El acto inconsciente es descifrable como una acción plástica de los procesos somáticos, en donde la plasticidad es la aptitud de la puesta en forma de la acción inconsciente" ⁷⁰

Ahora bien, Assoun también aborda el tema del narcisismo como una manera de abordar la enfermedad somática, puesto que dice que es precisamente ésta la que permite vislumbrar al narcisismo en toda su expresión. Cuando una persona enferma es tal su sufrimiento que aparta la libido del mundo exterior hacia su mundo interior, hacia su cuerpo. En ese momento existe una descompensación económica de la libido y se caracteriza por la ausencia de la libido objetal, el enfermo se sumerge en una especie de autoerotismo, de un enamoramiento de su propio cuerpo.

⁶⁹ Sami-Ali, (1991) 1°ed. En español, *Pensar lo somático, el imaginario y la patología.*, Ed. Paidós, Buenos Aires, pp 74.

⁷⁰ Assoun, P.L. (1997) op.cit pp. 16

Como dijimos la enfermedad somática remite a un narcisismo, en donde el sujeto se mantiene en un estado de ensoñación y en donde las dolencias se agravan mas que si se estuviera en un estado de vigilia. Muchas veces cuando enfermamos, por ejemplo, de una gripa, es en las noches, cuando entramos en un estado de adormecimiento que nuestras molestias se fortalecen y estas se desarrollan debido a una naturaleza hipocondríaca que surge en un estado puramente narcisista, como es el caso del sueño.

Con todo esto, Assoun no trata de psicologizar la enfermedad orgánica sino de ofrecer otra opción de mirarla, es así que trata de explicar cómo la neurosis se disfraza en lo orgánico así como la vicisitudes orgánicas afectan la existencia neurótica.

Así mismo, menciona que personas predisuestas a las neurosis en ocasiones sufren una transformación corporal propiamente orgánica, su hipótesis radica en que estas personas llevan al acto su neurosis. Freud decía que la neurosis mas que una patología era una forma de existencia psíquica que en cualquier momento podía ser perturbada por una inflamación u otro tipo de síntoma orgánico que desataría el síntoma psíquico. "Este llamado del síntoma orgánico al psíquico tendría entonces que ver con los fantasmas inconscientes que pasan al acto."⁷¹

Es así que la secuencia sería, en un primer momento la aparición de un fantasma que provocaría un síntoma en el cuerpo para luego desatar la neurosis, y por el contrario una neurosis podría hacer surgir el síntoma orgánico a causa de un sentimiento de culpa. Es decir, el fenómeno mórbido somático se instala cuando un fantasma encuentra complacencia en el cuerpo y mas que complacencia, goce. Goce que se expresa a través de un sufrimiento en el sujeto consciente.

Por último, Assoun decía que la enfermedad somática podría ser un medio para buscar la salud psíquica.

Ninguno de los planteamientos expresados por los autores antes mencionados son la verdad, (en el sentido de la única verdad universal) sin embargo vale la pena retomarlos mas adelante para tratar de explicarnos la enfermedad somática y su relación con el inconsciente.

⁷¹ ibidem, pp.36

1.4.4. Crítica a las nociones de salud, enfermedad y síntoma en Psicoanálisis.

El psicoanálisis se encarga del sujeto que la ciencia excluye, de aquel sujeto que desea y que sufre y que hace de su sufrimiento y su deseo una manera de rescatar su subjetividad

Hemos visto cómo el psicoanálisis se construye y se deconstruye a partir de las experiencias clínicas y de los nuevos paradigmas que invaden el momento. Es así, que Freud crea el complejo de Edipo. En una época determinada, él dilucidó en sí mismo una inclinación amorosa hacia la madre y una rivalidad hacia el padre que surgió de su propia subjetividad y a partir de sus vivencias construye una teoría, pero esto no es exclusivo del psicoanálisis, en sí toda realidad es construida y por tanto no hay verdad absoluta, aunque las ciencias pretendan lo contrario.

Ahora bien, las concepciones del psicoanálisis freudiano en relación a la enfermedad y síntoma somático no son del todo desarrollados, sin embargo, la introducción de la noción de inconsciente permite dilucidar la doble vida del cuerpo, es decir, el inconsciente es como el eslabón perdido entre lo psíquico y lo somático, lo único que faltaría entonces sería encontrar la unión entre estas dos cuestiones.

Esta inquietud no es nueva, tan es así que la psicósomática nace a partir de esta carencia teórica en el psicoanálisis. Según Assoun (1997) el inconsciente del cuerpo tocó varias veces la puerta del psicoanálisis freudiano, sin embargo, Freud se fue con cautela en este terreno y nunca intentó profundizar a pesar de estar tan ligado el síntoma somático con ciertas psicopatologías, en especial con la histeria.

El síntoma llamado somático propone un reto a la metapsicología, sabemos que el síntoma en psicoanálisis es una formación inconsciente y por lo tanto interpretable puesto que adquiere el carácter de deseo simbolizado. Pero el síntoma somático muchas veces carece de sentido, no obstante antes de pasar por el cuerpo pasa por el inconsciente, por lo que supuestamente la enfermedad tendrá que ver también con lo psíquico aunque de diferente manera.

En algunas cartas enviadas por Freud al Dr. Von Weiszaeher, el 5 de junio de 1917, le hace mención de pacientes que se expresan a través del lenguaje orgánico con ciertos componentes eróticos, es evidente que Freud se interesaba por factores psicógenos de

enfermedades orgánicas, mas aun, decía que una neurosis podía ser reemplazada por una enfermedad orgánica y viceversa

Freud visualizaba desde el principio la conexión entre psíquico y somático pero al parecer las exigencias científicas de su época lo obstaculizaron. Desgraciadamente el padre del psicoanálisis nunca pudo deslindarse de sus concepciones médicas y trató siempre de encontrarle a lo psíquico su etiología en lo fisiológico.

“Freud suponía que el saber biológico sobre los sueños y la sexualidad acabaría con sus incertidumbres y que, finalmente, se descubrirían las sustancias químicas implicadas en el dormir, en el soñar y en la sexualidad.”⁷² Expectativas que pretenden ser cubiertas por los profesionales de la psiquiatría, pero a costa de sustituir al inconsciente por las funciones cerebrales.

Bergeret no está tan lejos de considerar al inconsciente como función cerebral, al parecer él piensa que en algunas organizaciones, como en las psicósomáticas, el inconsciente se cierra con candado, que existen funciones mecánicas del pensamiento carentes de afecto, esto va en contra del pensamiento freudiano y hasta lacaniano, el inconsciente está presente en cada acto, en cada pensamiento y en cada palabra. Sin embargo, su gran aportación es la de apartarnos de la idea de “estructura es destino”, el aparato psíquico está en continuo desarrollo, no se petrifica en el momento del Edipo o la castración sino que es susceptible a múltiples acontecimientos que se eran instaurando en nuestra experiencia psíquica.

Bergeret a diferencia de Freud y Lacan no establece etapas evolutivas y lógicas en el desarrollo infantil, lo cual a mi parecer es muy conveniente, puesto que una persona adulta aún puede encontrarse en la latencia, esto no es cuestión de edad sino de concepción psíquica.

Así mismo, menciona que la enfermedad somática no es susceptible a la interpretación puesto que carece de simbolización y sexualización, concepción que difiere con la de Assoun, quien dice que la enfermedad somática involucra un fantasma aún mas poderoso que el de la enfermedad psíquica.

⁷² Braunstein, N. (1997) op.cit. pp.85

De igual manera, para Lacan la enfermedad somática implica un goce, goce que responde a un deseo y para Sami-Ali la enfermedad responde a una proyección negativa de lo imaginario con respecto a lo real del cuerpo.

Podemos ver que hasta en el interior de la teoría psicoanalítica existen divergencias, sin embargo, existe un acuerdo común, y es que lo psíquico, en algunas ocasiones, influye en lo somático, y que el narcisismo es un momento crucial para la vida psíquica y el proceso de enfermar.

Lo que el psicoanálisis nos ofrece con respecto a la enfermedad somática es una otra visión diferente a la de las ciencias exactas o duras, en donde el cuerpo no atañe sólo a la fisiología y a la anatomía sino a un cuerpo simbólico en donde el deseo se hace presente y ese deseo podría ser la causa de la enfermedad y hasta de la muerte.

1.5. Conclusiones

En el transcurrir de la historia el hombre trata y ha tratado de dar cuenta de la naturaleza del hombre y los fenómenos que lo acompañan, crean leyes y dioses con el fin de explicar y aprehender al ser humano y su realidad.

Esta es la utopía que persigue la humanidad que, mientras recorre el camino hacia la verdad va creando y construyendo realidades que se amparan en una teoría, teoría que a su vez crea un discurso y discurso que da vida a un sujeto.

Es así, que existen tantos sujetos como discursos y cada uno de estos responde a un cierto paradigma que articula o desarticula la existencia del ser. No obstante, en nuestro mundo actual predomina y se corona al discurso científico como el rey de los discursos, rey que trata de imponer a toda costa su propia razón y condiciona nuestro existir.

“En el momento en que se utilizó una fórmula para expresar un fenómeno inexplicado, surge la ciencia con todas sus consecuencias. Con la llegada de cada nueva fórmula matemática, de cada explicación científica, el universo dejó de ser mágico y dejó de pertenecer a los dioses para convertirse en ecuaciones que pasaron a gobernar el destino de los hombres”⁷³

⁷³ Bernal Hernando. *Algunas Reflexiones Sobre Cultura, Ciencia, Ética y Psicoanálisis*, Acheronta, (1997), 1 (5), pp.1

Estamos condicionados a buscar las respuestas sobre nuestra propia existencia en el saber científico, que lejos de resolver nuestras dudas las silencian, cabe aclarar que estas dudas no se refieren a dudas de índole práctico o científico, sino dudas que incluyen nuestra subjetividad. Por ejemplo, cuando una enfermedad irrumpe en el existir humano, la ciencia dará una respuesta que incluya la presencia de bacterias, virus o tumores, pero la pregunta real está velada, es decir, un sujeto puede llegar a preguntarse y aún pensar que esa enfermedad es un castigo merecido, o bien sentir que esa enfermedad es su destino, en fin, el número de preguntas que puede plantearse un sujeto son infinitas pero la ciencia nos callará y dirá que esa enfermedad es de orden biológico, y probablemente así sea pero, ¿qué hay con lo que el sujeto siente o sufre al enfermar?

En fin, el sujeto con el que el discurso médico trata es el orgánico y por lo tanto su labor será la de curar al órgano enfermo, sin embargo existe un ámbito al que no pueden acceder, el de la subjetividad; esto no quiere decir que lo desconozcan, al contrario "el discurso médico se ha visto en la necesidad de reconocer la importancia que tienen los factores subjetivos en el origen y evolución de los fenómenos mórbidos. Los estados de tensión, la sugestión, el llamado efecto placebo, las remisiones espontáneas, etc., son algunos ejemplos de conceptos utilizados, cada vez con mayor frecuencia en el ámbito médico, aunque no sea sino para señalar los lugares donde su saber no llega" ⁷⁴

De hecho, varios han sido los intentos de la ciencia para acceder a la subjetividad, tal es el caso de la psiquiatría que ante su impotencia para descubrir la etiología de las "enfermedades mentales" se lanzan a encontrar lo somático en lo psíquico, sin embargo sus intentos no han sido en vano ya que han encontrado que la falta de ciertas sustancias químicas y la dosificación de estas ayudan a estabilizar ciertos estados emocionales, lo que no implica el haber logrado triunfar sobre la enfermedad, porque al igual que los médicos, lo subjetivo les estorba, el sujeto con el que la psiquiatría trabaja sigue siendo el organismo y su función radica en proponer tratamientos eficaces e inmediatos silenciando así el síntoma, pero la eficacia la miden a partir de su propia lógica, lógica que pretende lograr el dominio absoluto de la mente, entendiendo a esta como las funciones cerebrales que guían nuestra conducta, como si la conducta fuera el reflejo de nuestros pensamientos y sentimientos.

⁷⁴ Fernandez, G. C. (1997), op.cit, p.8

Nuestra conducta es también factor de investigación y modificación, el enfermar es una conducta y como tal, según dicen los psicólogos, es susceptible de intervención y modificación salvo las excepciones crónicas. Efectivamente los psicólogos de la salud han tenido éxito al aplicar programas y son capaces de lograr que una persona puede reducir el estrés o controlar algunos procesos fisiológicos, sin embargo, la subjetividad sigue siendo el talón de Aquiles de la ciencia, es cierto que no es de su interés y sólo estorba el progreso de la ciencia, pero a pesar de su omisión, la subjetividad existe, y es precisamente lo que en esta tesis se pretende incluir, la subjetividad como posible factor que interviene en la adquisición de la enfermedad somática.

Este sujeto del inconsciente es el sujeto con el que el psicoanálisis trata, ese sujeto al que la ciencia forcluye como dice Lacan, es el que nos interesa.

Es conveniente mencionar, que no se pretende decir que todas las enfermedades son producto de la subjetividad, sin embargo al adquirirla, se ve necesariamente involucrada con nuestro inconsciente y nos sumerge en un estado narcisista en donde la pulsión de muerte es evidente.

Así mismo, el pertenecer al grupo de los enfermos, llámense mentales, somáticos o psicósomáticos significa la adquisición de una nueva identidad que a la larga va a ser excluida por una sociedad que tiende a la homogeneización de seres humanos "normales". Pero si la normalidad se establece según una mayoría, entonces cabría la posibilidad de que los llamados anormales, por ser mayoría, se conviertan en normales, puesto que día con día se crean nuevas enfermedades y las exigencias sociales se vuelven cada vez más rígidas. La obsesión por crear seres genéticamente perfectos da cuenta de la imperfección y fragilidad del ser humano, que trata de ser paliada con medicamentos, operaciones, transfusiones y terapias conductuales entre otros.

Como se ha mencionado anteriormente, en este trabajo no se pretende encontrar la verdad, puesto que ésta no existe, se pretende simplemente proponer otra manera de mirar a la enfermedad somática, dando un lugar privilegiado al narcisismo como posible influencia en el acto de enfermar.

El primer objetivo es el de apartarnos de la concepción médica en cuanto a la enfermedad y el segundo será el de proponer algunas posibilidades psíquicas que tiene un sujeto al ser preso de una lesión. Imaginemos a tres sujetos que adquieren cáncer de

garganta, los médicos no encontrarían diferencia entre estos tres, sin embargo para el psicoanálisis esto dependerá de las circunstancias en las que el sujeto enfermó. Por ejemplo, uno de los sujetos fue víctima de un error. Es decir, digamos que asistió a una revisión médica y los instrumentos de trabajo con que lo auscultaron estaban infectados de virus cancerosos, el paciente invariablemente enfermará y la apropiación de la enfermedad será diferente a la del sujeto que adquirió el cáncer debido al hábito de fumar, en este caso el sujeto no será víctima sino culpable y posiblemente se apropie de la enfermedad y la utilice como satisfacción de un deseo. Por otra parte, el tercer paciente no fuma y no ha sido víctima de un error. Este individuo es cantante y por "azares del destino" contrae cáncer en la garganta, entonces esta patología posiblemente sea una manera de defender un deseo propio o bien puede ser el resultado de un deseo materno.

En fin, esto es sólo un ejemplo, sin embargo podríamos proponer la diferencia entre cáncer y psicocáncer, esto dependerá de cómo el sujeto se apropie de la enfermedad, de cómo la signifique y a partir de esta significación psíquica entonces será la evolución de la enfermedad.

Por otro lado, a pesar de las diferencias entre estos 3 sujetos se puede proponer que invariablemente los "cancerosos" u otros sujetos enfermos, se sumerjerán en un narcisismo, es decir, el órgano enfermo será investido y la libido será retirada de los objetos, lo que entonces significaría que los enfermos se encontrarán en un estado gozoso, según las concepciones de Lacan.

Estas son concepciones muy precipitadas, sin embargo el propósito de este ejemplo es dar un panorama general de cómo se pretende concebir a la enfermedad somática a lo largo de la tesis.

CAPÍTULO II. LO PSÍQUICO EN LA ENFERMEDAD.

Reconozco que el título de éste capítulo es bastante pretencioso, por lo tanto quisiera aclarar lo limitado que el análisis teórico puede resultar. Evidentemente el psiquismo no es un concepto fácil de explicar, sin embargo trataré de extraer lo que me parece más relevante de ciertos autores, y esta discriminación de "relevante" está en función de la posible vinculación que éstas concepciones psicoanalíticas puedan tener con la enfermedad.

2.1. La conformación del psiquismo según diversos autores.

Sigmund Freud

Pensar que lo psíquico se reduce a actos conscientes es pensar, por lo menos desde el psicoanálisis, inadecuadamente, es pensar que los errores, confusiones o actos fallidos son producto de meras coincidencias, pensar que los sueños son acontecimientos psicofisiológicos, es pensar que el inconsciente no existe.

No obstante, el aparato psíquico tampoco se reduce a lo inconsciente, ya decía Freud: " En efecto, esa alma (psique) no es algo simple; mas bien es una jerarquía de instancias superiores y subordinadas, una maraña de impulsos que esfuerzan su ejecución independientemente unos de otros, de acuerdo con la multiplicidad de pulsiones y vínculos con el mundo exterior, entre cuales muchos son opuestos e inconciliables entre sí" ⁷⁵

Pues no, efectivamente lo psíquico no es tarea fácil y Freud se llevó toda una vida para lograr su comprensión, si es que existe una total comprensión. Sin embargo sus descubrimientos mas importantes, como los que se han mencionado y explicado brevemente con anterioridad, logran una aproximación que serán la base para toda investigación de indole psicoanalítico.

El gran aporte freudiano es la formulación de los distintos mecanismos psíquicos que se producen en una patología, su etiología, su dinamismo y su evolución. Sabemos que la conformación del aparato psíquico dependerá del cómo el síntoma se expresa de manera simbólica, del cómo las pulsiones luchan entre si estableciendo compromisos y del cómo las instancias intrapsíquicas (El yo, el ello, y el superyó) se relacionan y se defienden entre

⁷⁵ Freud. S. (1917). *Una dificultad del Psicoanálisis*, Tomo XVII, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp.133

sí. En fin, todo esto y más llevan a Freud a pensar que el psiquismo individual se organiza y se estructura a través del pasaje de una etapa a otra, y que una vez alcanzando su conformación no hay vuelta atrás. Es así, que una persona con estructura neurótica sólo podrá originar una neurosis fóbica, histérica u obsesiva, y una persona con estructura psicótica sólo podrá generar una psicosis en sus diferentes variantes.

Pues bien, como se menciona arriba, el proceso de la evolución psíquica pasa por una serie de etapas que son consecutivas y propias de un determinado momento en la vida del sujeto, es así que en un primer momento, el niño durante la etapa narcisista no llega a diferenciarse de la madre, no hay un reconocimiento entre el yo y el no-yo y poco a poco se va distinguiendo debido a las investiduras libidinales de objeto, posteriormente el psiquismo se irá formando a través de conflictos, traumatismos e identificaciones, se irán organizando las defensas en el niño e irá teniendo experiencias objetales sucesivas que se refieren a zonas erógenas cada vez más extensas y a pulsiones cada vez menos parciales. Progresivamente el psiquismo del individuo se irá organizando a través de la cohesión de múltiples elementos, cohesión que ya no podrá variar en lo sucesivo. Dicha estructura ya no se modificará sino que se adaptará y desadaptará según las situaciones vivenciales. He aquí la secuencia que a grandes rasgos, (a grandes rasgos porque ya se ha explicado con anterioridad) definen la construcción del aparato psíquico.

Desgraciadamente, Freud propone que cada etapa (oral, anal, fálica, periodo de latencia y genital) se vive a una edad determinada y que para pasar de una a otra debe ser de manera secuencial, digo desgraciadamente porque cierra toda posibilidad de evolución psíquica en el adulto, es decir, después de la etapa genital un individuo está ya determinado y sólo cabría la posibilidad de modificar ciertos síntomas o rasgos patológicos.

Melanie Klein

Melanie Klein, seguidora de la escuela freudiana, propone la formulación de posiciones por las que atraviesa el niño, habla de posiciones para destacar que no se refería a etapas o fases transitorias, sino una "configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas, persistentes a lo largo de la vida,"⁷⁶ es decir, que un individuo puede oscilar entre diferentes posiciones según el momento, sin embargo, al igual que Freud, establece una edad en la que el niño pasa por las posiciones, es así que la posición esquizo-

⁷⁶ Segal, H. (1996) *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Ed Paidós, México, pp.17

paranoide es propia del bebé de aproximadamente de 3 a 4 meses y su posición depresiva se da alrededor de la segunda mitad del primer año.

Para esta afamada psicoanalista inglesa, la estructura psíquica se va conformando con la introyección de objetos parciales, como el pecho y el pene, para luego ser sustituidos por objetos totales, como la madre y el padre, a su vez la introyección está determinada por las fantasías inconscientes que el bebé tenga de estos objetos, es así que desde que el niño nace puede tener fantasías que son elaboradas por las pulsiones que están presentes desde un primer momento.

Los mecanismos psíquicos por excelencia serían la introyección, proyección y represión, los cuales irán integrando el yo poco integrado del niño, el yo se esforzará por introyectar lo bueno y proyectar lo malo y en casos patológicos entonces será al revés.

Ahora bien, la primera posición se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce "personas", sino que se relaciona con objetos parciales, y por el predominio de la ansiedad paranoide y de procesos de escisión. " El reconocimiento de la madre como objeto total marca el comienzo de la posición depresiva, que se caracteriza por la relación con objetos totales y por el predominio de integración, ambivalencia y ansiedad depresiva y culpa." ⁷⁷

Es así que la primera posición permitirá al niño organizar su universo a través del manejo de sus primeras ansiedades, las cuales aparecen desde el trauma del nacimiento, por lo que se deduce entonces que para Melanie Klein, el narcisismo primario del que hablaba Freud, no existe, puesto que el niño nunca podrá gozar un estado de completud, desde la cuna el bebe siente envidia y celos, sentimientos constitutivos del yo.

La envidia es una de las emociones más primitivas y fundamentales, la cual implica una relación entre 2 partes en la que el sujeto envidia al objeto por alguna posesión o cualidad y en donde no es necesario que ningún objeto viviente intervenga en ella. En la envidia el objetivo es ser uno mismo tan bueno como el objeto, pero cuando esto se vuelve imposible, el objetivo se convierte en arruinar lo bueno que posee el objeto para suprimir la fuente de envidia, convierte en mala a la fuente misma de todo lo bueno e impide la realización de buenas introyecciones.

⁷⁷ ibidem, p.17

La envidia aunque surge del amor y la admiración primitivos, tiene un componente libidinal y está impregnado de instinto de muerte, puesto que ataca a la fuente. En el bebé la envidia actúa utilizando la proyección. Cuando el sujeto se siente lleno de ansiedad y maldad y siente que el pecho de la madre es la fuente de todo lo bueno, quiere por envidia estropear el pecho proyectándole partes malas y dañinas de sí mismo.

La sensación de culpabilidad es el comienzo del alejamiento de la envidia para entonces pasar a la gratitud y el amor. La reparación es el siguiente paso, se expía la culpa a través de besos y caricias. Por último el bebé agradece el hecho de darle pecho. Por lo tanto el ciclo evolutivo sería: envidia-culpa-reparación-gratitud.

Los celos comienzan en la cuna, antes de que el padre sea considerado rival sexual u objeto de deseo sexual. La semilla de los celos precede al conflicto edípico. El padre es visto por el niño de pecho, como rival capaz de llevarse el pecho amado y que puede quedarse con él. Antes de que la sexualidad surja como ingrediente en los celos, el infante siente resentimiento hacia el padre porque absorbe la atención de la persona que retiene todo el poderío en el mundo del infante.

Según Melanie Klein, si la envidia temprana es muy intensa entonces interfiere con el funcionamiento normal de los mecanismos esquizoides, es decir, se ataca y se arruina al objeto ideal, que es el que origina la envidia, por lo que la introyección y la idealización del objeto son negativas y entonces el desarrollo del yo sufre necesariamente. Los objetos destruidos por la envidia son objetos que provocan una incesante persecución y posteriormente un sentimiento de culpa aterrador. Un objeto arruinado no provoca envidia, el arruinar se vincula con la poderosa proyección de sentimientos envidiosos en el objeto y es así, en cuanto más ideal es el objeto más intensa es la envidia, y todas estas defensas lesionan al yo.

La envidia es generadora de celos ya que los celos se basan en el amor y su objetivo es poseer al objeto amado y excluir al rival. A diferencia de la envidia, los celos involucran una relación triangular y por consiguiente a una época de la vida en que se reconoce y se diferencia claramente los objetos. Se presentan en la posición depresiva ya que los celos son necesariamente una relación de objeto total.

Para Klein, idealizamos a la gente para mantenerla apartada. La idealización es una defensa contra la envidia, un proceso mediante el cual elevamos a la gente a un estrato tan por encima de nosotros que no tienen conexión con nuestras vidas.

Finalmente, según Klein, primero nos da envidia, luego sigue la baja en el amor propio. Como defensa contra la envidia, nos devaluamos a nosotros mismos y tendemos a idealizar al rival, con el objetivo de no competir sino de poner al rival en un pedestal para entonces no ser humillados en el proceso.

Su gran aportación, a mi parecer es que propone que una posición nunca reemplazará por completo a la otra, y que a lo largo de la vida pueden quedar residuos o ansiedades paranoides y depresivas que permanecen activas en la personalidad de un individuo. No obstante, lo que marcará la base de la personalidad psíquica de un individuo será la forma en cómo el sujeto integró sus relaciones objetales durante la etapa depresiva, es decir al año y medio.

Es decir, si un individuo en la posición depresiva logra que su yo sea un objeto total, entonces simultáneamente todos los procesos psicológicos y fisiológicos seguirán un cauce apropiado, se desarrollará el sistema nervioso, la memoria y en fin todo lo que esto involucra.

Este planteamiento, podría darnos la pauta de que si existe una mala integración en el yo, entonces el sistema nervioso y fisiológico no estarán del todo "sanos" por lo que el individuo tendería más a la enfermedad.

Evidentemente, no pretendo exponer la teoría de Melanie Klein, puesto que habría riesgo de omitir partes fundamentales de su obra, sin embargo, lo que quiero mostrar aquí, es que existe un cierto determinismo tanto en Freud como en Melanie Klein acerca de la conformación del aparato psíquico.

Jean Bergeret

Jean Bergeret, es un teórico que pretende salirse de dichos lineamientos y propone otro tipo de organización psíquica diferente a la de las nociones estructuralistas, es decir, a la neurótica y a la psicótica.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Empieza por poner en duda que en el período de latencia se pueda fijar y solidificar una estructura, de hecho el le llama a este período el del silencio evolutivo, no duda que existan importantes fluctuaciones libidinales y objetales pero de ahí a que se estructure de una vez y para siempre le parece poco loable, ya que precisamente el período de latencia y la adolescencia son períodos demasiado conflictuales y pulsionales en donde todos los mecanismos psíquicos supuestamente instalados pueden volver a desorganizarse.

Se dice que la latencia y la adolescencia son períodos evolutivos que llevan a la maduración del yo, sin embargo un sujeto puede pasarse toda la vida instalado en este período y sobre todo se podrían revivir los fantasmas del conflicto edípico al tener una relación amorosa con otra persona. A este tipo de organización, Bergeret le sugiere la clasificación de a-estructuras en donde se ha producido un bloqueo evolutivo de la madurez del yo. Se encuentra entre las dos estructuras de base, por una parte logró superar la estructura psicótica y por otro lado no pudo alcanzar la estructura neurótica. Se trata, dice Begeret, de una enfermedad narcisista debido a que la relación de objeto ha permanecido centrado sobre la dependencia anaclítica del otro y luchará constantemente contra la depresión a través de diversos mecanismos.

De hecho, el apuesta a que es muy raro encontrar individuos con una estructura psíquica sólida, sino por el contrario existe una gran mayoría de sujetos que se encuentran aún en proceso de maduración yóica.

Esta propuesta es de gran relevancia para el objetivo de la presente tesis debido a que este tipo de a-estructuras se vinculan estrechamente con el narcisismo que se liga con una cierta inmadurez yóica, lo que significa que el sujeto es mucho más susceptible a contraer algunas enfermedades somáticas, puesto que como vimos en Freud, el yo se liga directamente con lo corporal y con las investiduras objetales, existe una muy pobre libido yóica y entonces al perder por alguna circunstancia dicho objeto, entonces esa libido se retrotrae pero de manera dañina sobre el cuerpo.

El psiquismo va cambiando conforme se crean nuevas teorías, día con día se crean nuevas psicopatologías, la histeria de la época de Freud se ha transformado actualmente y esto debido, - Según Nasio (1996)- a que existen 2 factores que modifican las patologías psíquicas: una sería la teoría de la vida psíquica y el otro el factor ambiental en el nivel de la palabra, las formas etc.

Las formaciones psíquicas son producto de una realidad cuyo material, según Freud, tendría que ver con lo sexual que evoca un deseo insatisfecho, por lo tanto la realidad psíquica sería un entrelazado de deseos insatisfechos que producen efectos sobre la misma realidad.

Jacques Lacan

Para Jacques Lacan, existen dos órdenes que determinan el material de la realidad psíquica, el simbólico y el imaginario, es decir, las palabras y las imágenes que tienen como función producir efectos significantes. En la dimensión imaginaria se entrelazan 3 personajes de gran relevancia, la libido, la imagen y el yo. La libido puede circular gracias a que tiene como medio la imagen, una imagen que refleja y construye un cuerpo, es aquí donde se unifica el cuerpo desintegrado del niño con una imagen anticipadora.

En la dimensión simbólica, la madre es el personaje principal y juega a su vez 3 papeles importantísimos, el primero sería el del otro primordial, la madre que con su presencia y ausencia permite al niño integrarse al mundo simbólico, le permite hacerse también un ser deseante debido a la incorporación de una falta provocada por esta ausencia, en ese momento se instala lo real que tendría que ver con el objeto a, que no es otra cosa que algo que cae al entrelazarse lo imaginario y lo simbólico.. Así mismo la madre funge el papel del primer otro pequeño (a) que desea al niño, que lo tiene en sus brazos pero que mira hacia otro lado, el niño no tiene la exclusividad, lo que permite que al ver hacia el exterior se introduzca a su vez otro significante, el Nombre del Padre que regulará las identificaciones posteriores puesto que el adquirirá el estatuto del ideal del yo.

Entonces la realidad psíquica del niño se conformará a partir de estas 2 dimensiones, la imaginaria y la simbólica. "Tenemos por lo tanto, el cuerpo del niño. El yo, cuerpo fragmentado dirigido a la imagen unificadora, imágenes que se sucederán hasta llegar al Otro como Otro deseante, aquel trazo que le permite establecer identificaciones simbólicas sobre el término del ideal del yo, y finalmente ese ideal del yo que regula las relaciones del yo con la imagen. En otras palabras, la franja de la realidad es la sucesión de identificaciones imaginarias que van constantemente del yo a la imagen. El yo ve la imagen, la imagen transforma al yo y así sucesivamente hasta llegar a comprobar que la madre es un Otro que desea"⁷⁸

⁷⁸ Nasio, J.D. (1996) *Los gritos del cuerpo*. Ed. Paidós, México, pp.31

Piera Aulagnier

Parecido a Jacques Lacan, una psicoanalista francesa llamada Piera Aulagnier, pretende explicar los procesos psíquicos al compararlos con 3 escrituras o tipos de lenguaje.

Es así, que para el proceso originario propone una primera escritura a la cual llama pictograma, en donde el infans logra una figuración de un mundo-cuerpo, única figuración que la psique puede forjar de su propio espacio, de sus propias experiencias afectivas, de sus propias producciones. "El proceso originario no conoce del mundo más que sus efectos sobre el soma, así como no conoce de esta vida somática más que las consecuencias de su resonancia natural y constante con los movimientos de investidura y desinvestidura que signan la vida psíquica"⁷⁹

Para que todos los estímulos sensoriales que habitan en el medio sean manifestaciones psíquicas, es preciso que la madre sea la primera traductora e intérprete de estos, interpretación que dependerá de su propia experiencia somatopsíquica. La emoción que la madre manifiesta ante la presencia de reacciones psíquicas y somáticas que el infans emite, modificarán a su vez el medio al que el bebé reacciona. Es decir, la reacción de la madre ante las demandas del pequeño permitirán una conexión entre 2 cuerpos que estarán mediados por una psique. De tal suerte que el cuerpo pasa a ser el mediador de la relación, en donde el placer y el sufrimiento serán las experiencias que permitirán al infante formarse la idea de un cuerpo unificado. Este momento es donde otro tipo de escritura se hace presente, el metasigno que remite a una relación, relación que sólo es posible en el proceso primario.

La tercera lengua o escritura propuesta por Piera radica en la elaboración de un lenguaje compuesto. "Los signos de los que se servirá el lenguaje secundario tienen la particularidad de estar doblemente al servicio de las leyes que rigen una relación de comunicación recíproca: el enunciado se construye de entrada por referencia al destinatario al que se dirige, y los signos de este lenguaje son comunicados a aquel que no los posee todavía, por aquel que ya ha tenido acceso a ellos"⁸⁰ Esta comunicación estará regida por un lenguaje común y propio de la cultura en que se vive. Este lenguaje

⁷⁹ Aulagnier P. (1991) 1º ed. Español.. *Nacimiento de un cuerpo, Origen de una historia*. En. Hornstein (1991) *Cuerpo, Historia, Interpretación*, Ed. Paidós. México. pp. 145

⁸⁰ *ibidem*. pp.144

será el que nos permite tomar conocimiento de nuestros deseos, prohibiciones y sentimientos.

Ahora bien, esta psicoanalista realiza todo un estudio en relación a lo psíquico y la enfermedad orgánica, habla sobre el efecto sufrimiento en la vida infantil. Ella explica que lo importante de este hecho no es si un virus ataca al sistema inmunológico, sino que papel juega esta enfermedad en el medio psíquico del niño. Cuando el bebé enferma la madre reacciona de una determinada manera ante este evento, reacción que estará regida por su propia historia corporal que entrará en estrecha relación con la psique del niño. La enfermedad puede ser signo de sufrimiento y cumple la función de autoinformante para el propio niño porque la madre modificará su comportamiento y hasta la organización del medio.

La madre podrá interpretar y reaccionar ante esta manifestación somática de diferentes maneras, según sea su experiencia personal, ya sea protegiéndolo, enfadándose, huyendo y hasta culpabilizándose. De ahí esta primera consecuencia: " el sufrimiento del cuerpo induce en la madre una respuesta que retornará al niño en forma de revelación sobre lo que su sufrimiento representa para el otro " ⁸¹ Esta experiencia marcará en el niño su futura construcción corporal. De hecho, Piera alude a la idea de que si la madre permanece sorda al sufrimiento psíquico entonces el niño intentará servirse de su cuerpo para expresar su sufrimiento.

Esto nos da la pauta para pensar que si el niño ha experimentado una desilusión en cuanto a la reacción de su madre ante su sufrimiento psíquico, entonces puede hacer uso de la enfermedad si la reacción de la madre ha sido positiva sólo en casos de enfermedad. Entonces, si pasada la infancia el niño descubre que la única manera de relacionarse es a través del cuerpo, entonces hará de sus enfermedades una manera de comunicación y de búsqueda de relación. Lo cual repercutirá en sus relaciones futuras

⁸¹ ibidem, pp. 156

2.2. Qué es lo corporal ?

2.2.1. El cuerpo, símbolo de una sociedad.

Toda acción, toda concepción y toda descripción son consecuencia de una cultura, el mundo que habitamos es el resultado de una historia que ha sufrido transformaciones simbólicas, en donde hasta el más insignificante objeto tiene un sentido y un valor, y el cuerpo, aunque nada insignificante es y ha sido producto de la reproducción social y cultural.

Por tal razón, "no existe la naturaleza del cuerpo sino una condición del hombre que implica una condición corporal cambiante de un lugar y de un tiempo a otro"⁸² Es así que el cuerpo sirve como lugar de inscripción, inscripción que propone una identidad e identidad que da lugar a lo social.

Hoy en día, el cuerpo está de moda, existe un culto al cuerpo que raya en la obsesión por la perfección física, de ahí la proliferación de ejercicios corporales, que tras una ardua labor por parte del sujeto se logra la modificación de las formas anatómicas. Este cuerpo perfecto, es un símbolo que ha sido dado por la cultura, símbolo ideal que se persigue en las sociedades occidentales, en donde el más mínimo detalle de malformación puede ser arreglado, sea por ejercicio, por terapias, por operaciones de índole tecnocientíficas y, en fin, la imperfección corporal no tiene cabida en nuestra sociedad. Entonces alrededor de este imaginario social se crea todo un estilo de vida no solo por parte de la persona sino por todas las prácticas culturales, como la medicina, el deporte, la moda, y moda que está diseñada sólo para cuerpos esculturales.

En otras culturas como la oriental, el cuerpo es considerado como una red de energías que deben estar equilibradas y para equilibrarlas se practican una serie de ritos bioenergéticos que pretenden la homeostasis psíquica y física. Es así que nace, la medicina alternativa, que fundamenta su teoría en prácticas ancestrales. Sabemos que los curanderos, los chamanes y los brujos curaban a través de la herbolaria, de plegarias, de ritos que incluían elementos como el agua, la tierra, el fuego y el aire. Trataban de vincular al cuerpo con su entorno, y son estas prácticas las que resurgen en la actualidad, cómo si fuera un medio de apropiarse del cuerpo que ha sido embargado por la ciencia.

⁸² Le Breton, D., *Cuerpo y Antropología: De La Eficacia Simbólica*, *Diogenes*, (1991), 1 (153), pp.91

Ahora bien, según Le Breton (1990), " La fórmula moderna del cuerpo implica una triple ruptura el hombre está separado de sí mismo (el saber del cuerpo ya no es en nuestras sociedades un saber sobre el hombre), separado de los otros (paso del nosotros al "yo" y separado de la naturaleza (el saber oficial sobre el cuerpo en nuestras sociedades, es decir, el saber biomédico, extrae del cuerpo mismo sus principios de análisis, el cuerpo no es un eco del universo, un microcosmos.)"⁸³

Estoy de acuerdo con Le Breton, sin embargo pienso que a pesar de esta ruptura, el hombre trata de resarcirse, trata de re-inscribir su cuerpo y hacerlo suyo. Tal es el ejemplo de la marca sobre el cuerpo la cual es dada por lo simbólico, sin embargo existe una tendencia a marcar el cuerpo en lo real. Es decir, existen innumerables tipos de marca, por ejemplo, la circuncisión entre las sociedades judías, la escisión en mujeres africanas, los tatuajes y hasta la moda son unos de los pocos ejemplos que podrían ser propuestos por las sociedades, sin embargo, lo importante es como esa marca la hace suya cada sujeto, el significado que le da no es sólo de orden cultural, sino que existe algo propio que le da una connotación diferente.

Las marcas sobre el cuerpo denotan el deseo de pertenecer a un grupo, de identificarse pero también de diferenciarse. Es decir, tomemos el ejemplo de los tatuajes en los presos, ésta marca tiene un valor muy especial, es la manera de identificarse y de hacerse cómplices y a la vez se procuran una identidad propia al escoger el tipo de tatuajes que va a inscribir sobre su cuerpo. Existen cuerpos que están tatuados desde la cabeza hasta los pies y estos tatuajes reflejan toda una historia. Los reos tienen la costumbre de rendir tributo a las personas cercanas que fallecen mientras ellos están privados de su libertad, y ese tributo es marcar el nombre de la persona fallecida o plasmar su imagen, o bien, se tatúan figuras religiosas como una manera de protección, o bien se tatúan personajes heroicos que podría ser una manera de mostrar su falicidad, en fin las interpretaciones pueden ser inimaginables.

A mi parecer estas marcas son una manera de hacer surgir un cuerpo dentro de una carne que es aprisionada y cerrada por los saberes institucionales. Por lo tanto, la idea Le Bretoniana de la ruptura del cuerpo y del paso del nosotros al yo, es cierta, sin embargo, estos dos no tienen por que estar desvinculados, puede haber un yo en un nosotros, y a

⁸³ ibidem. pp.92

pesar de que la tendencia neoliberal pretenda la homogeneización e ir borrando las singularidades poco a poco, podría lograrse pero solo en apariencia.

Los imaginarios sociales son todo un sistema colectivo de producción de significaciones que crean sentidos, valores y discursos que inciden en la producción de subjetividades. "Este imaginario tiene 2 vertientes, el instituido que mantiene significaciones y estigmas, pero también un imaginario instituyente radical ligado a una función creadora, innovadora que se opone a lo instituido de manera resistencial"⁸⁴

Por lo tanto, si bien es cierto que la noción de "cuerpos" son producto de discursos que sostienen un saber, también es cierto que el sujeto psíquico no se aliena por completo a ese deseo.

Existen 4 factores que se entrelazan para construir la imagen del cuerpo, es decir, "la representación que el sujeto construye de su cuerpo en un contexto social y cultural determinado y según su historia personal."⁸⁵ En primer lugar está la forma, el cómo un sujeto aprehende las diferentes partes de su cuerpo como un todo. En segundo lugar, el contenido, que implica apropiarse de los estímulos sensoriales que recorren dicho cuerpo. En tercer lugar, el saber cómo se organizan y funcionan las partes de su cuerpo y por último el valor que una sociedad le asigna al cuerpo. Sin embargo y aunado a estos se agrega un componente más: los procesos inconscientes que determinan en gran medida la imagen corporal.

2.2.2. El cuerpo para el Psicoanálisis

El ser humano nace con una carne y muere con un cuerpo que ha sido construido por múltiples discursos que han hecho de él, no solo un cuerpo orgánico, ni social, ni mágico, sino subjetivo.

Este cuerpo subjetivo resulta ser el cuerpo con el que el psicoanálisis trabaja, un cuerpo que no por ser construido e inscrito por una sociedad permanece inamovible, el cuerpo no es el reflejo del mundo exterior puesto que es movido por el deseo.

⁸⁴ Fernandez, L.R. y Pintel, M. (1996), *El sujeto de la Salud Mental*. Ed. UAM, México., pp.58

⁸⁵ Le Breton, (1991) op.cit. pp.97

Sigmund Freud

Esta noción de cuerpo parte de las concepciones freudianas que con su aportación de lo inconsciente surge un nuevo sujeto con un cuerpo diferente. Ya en 1890, proponía el tratamiento psíquico para la curación de las conversiones histéricas que irrumpían en lo somático, ya vislumbraba lo inconsciente del cuerpo y proponía atravesar un dualismo que abría perspectivas sobre una cierta doble vida del cuerpo que se resume en *körper* y *Leib*. Estos dos términos se incluyen en la corporeidad, en donde *körper* refiere a la construcción y realidad anatómica y *leib* que se ubica como opuesto al alma pero que proviene de un interior, es la vida orgánica.

Para Freud, el cuerpo inconsciente incluía las pulsiones que eran las responsables de guiar una determinada afección. Así mismo, el Yo-Cuerpo se instalaba en el narcisismo primario para que en el secundario a través de la proyección se estableciera un *Yo-Corporal*.

Es así que un cuerpo podría esconder un otro, una anatomía podía albergar y disimular simultáneamente otro.

Para Freud, en su estudio sobre lo inconsciente, decía que el aparato psíquico nada tenía que ver con la anatomía, sino que se refería a regiones del aparato anímico, cualquiera que fuera el lugar que ocupara en el organismo.

Así mismo consideraba al yo como un ser corpóreo debido a que éste derivaba de las sensaciones corporales y era el encargado de gobernar el acceso a la motilidad. Decía: "El cuerpo propio y sobre todo su superficie es un sitio del que pueden partir simultáneamente percepciones internas y externas. Es visto como un objeto otro, pero proporciona al tacto dos clases de sensaciones, una de las cuales puede equivaler a una percepción interna. La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizá arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio"⁸⁶

⁸⁶ Freud, S. (1923) *El Yo y el Ello*, Tomo. XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp.27

El yo es construido por la experiencia de las sensaciones corporales, que tendría que ver con la proyección psíquica de la superficie del cuerpo, entonces los órganos remiten a una libidinización que dan cuenta de un cuerpo erótico, entonces si el cuerpo se forma por la combinatoria de estímulos internos (pulsiones) y externos entonces no es que exista un doble cuerpo sino sólo uno y que es el producto de una realidad psíquica.

Sami- Ali

Parecido a los planteamientos freudianos, Sami Ali propone un cuerpo real y uno imaginario, en donde el primero es la representación de los órganos en cuanto a fisiología y el segundo tendría que ver con los procesos psíquicos.

Según este autor "la imagen del cuerpo es la disposición de las partes del cuerpo identificado con el espacio y la puesta en circulación de una energía pulsional, de modo que se establezca, entre el cuerpo y el mundo, entre el adentro y el afuera, una causalidad mágica. Se actúa sobre el mundo actuando sobre el cuerpo, y todo lo que acontece afuera es un acontecimiento corporal"⁸⁷

Es decir, el cuerpo imaginario tiene una geografía sexual, es producto de una proyección que coincide con el funcionamiento del inconsciente. Lo imaginario es sinónimo de proyección que se constituye por la mediación de la relación precoz entre madre e hijo.

Existen 2 anatomías, una real y una psíquica, la real es la anatomía con la que la ciencia trabaja y la psíquica es la que se va formando en la percepción interna del sujeto, es decir, "cada sujeto tiene su teoría psíquica del objeto-cuerpo, su imagen psíquica del objeto que debe seguir una ley, una serie de leyes con respecto de la estructura del yo, compuesto por un gran conjunto de imágenes psíquicas de valor afectivo para ese sujeto"⁸⁸

Jacques Lacan

Ahora bien, Jacques Lacan estudio al cuerpo en relación al inconsciente. El cuerpo verdadero, el primer cuerpo, dice Lacan, es el lenguaje. Lo simbólico es un cuerpo en tanto sistema de relaciones internas. El lenguaje es cuerpo y cuerpo que da cuerpo.

⁸⁷ Sami-Ali, (1991), op.cit. pp.96

⁸⁸ Nasio, J.D. (1996), op.cit. pp. 12

El primer cuerpo hace al segundo al incorporársele, ese cuerpo del que nosotros hablamos no es más que un obsequio del lenguaje. Es decir, para que el sujeto tenga un cuerpo entonces debe estar en la palabra, de lo contrario sería un pedazo de carne con pelos y uñas.

Más específicamente, el cuerpo es cuerpo aún después de la muerte orgánica y aquí es donde encaja el discurso religioso puesto que el cuerpo está separado del sujeto, porque el cuerpo es también lenguaje. Esto se manifiesta claramente con los rituales de sepultura, "que son una manera de negar que el cuerpo, nacido del significante se convierta en carroña,"⁸⁹ estos rituales son lo que permiten precisamente darle vida otra vez al cuerpo, vida que es dada por lo simbólico puesto que es nombrado. Las sagradas escrituras hablan de la resurrección de un cuerpo intacto, no en vano se crean mitos alrededor de fantasmas y espíritus que rondan en la tierra.

Resumiendo, el cuerpo no tiene temporalidad, trasciende todo tiempo cronológico, y estos discursos son precisamente los que dan cuerpo a nuestro cuerpo. Lacan habla al respecto: "El cuerpo se presenta a recibir la marca significativa, a ser un lugar de inscripción a partir del cual podrá ser connotado como tal, con la marca, el cuerpo se convierte en un objeto erótico.

Ahora bien, ¿Cómo afectan los discursos a los cuerpos? Lacan dice que el saber afecta al cuerpo del ser que no se hace ser más que con palabras, estas palabras despedazan al goce, entonces el cuerpo hablado es el desierto del goce. En las sociedades occidentales, el sujeto tiende a la homeostasis, estamos en contra del *displacer* y evitamos a toda costa ser perturbados. Sabemos que el goce es lo contrario del placer, el placer según Freud, es una experiencia de agrado y está relacionada con un nivel mínimo de excitación. Sin embargo, Freud descubrió a su vez que uno se puede sentir bien aún en situaciones dolorosas y es así que formula su teoría sobre más allá del principio del placer, la cual está vinculada con la pulsión de muerte, esa pulsión que se hace constantemente presente en el masoquismo, en la repetición del trauma, en los síntomas y en esa obstinación hacia el sufrimiento, esto es precisamente un acercamiento al goce, pero solo acercamiento puesto que llegar a él está prohibido para el sujeto hablante. Este goce proviene de la prohibición que funda al deseo, es un goce que le

⁸⁹ Soler, C., *El cuerpo en Psicoanálisis*, Estudios de psicología (1994) 1 (1), pp.100

pertenece a lo más real del cuerpo, al objeto a, a ese objeto inaprehensible para la palabra.

Clarificando, el goce y el cuerpo pertenecen a lo real, sin embargo existen signos que nos dan noticia de su existir, esto es, en el cuerpo se instalan síntomas, síntomas que surgen cuando algo anda mal en el cuerpo, se manifiestan porque se producen simbolizaciones fracasadas.

Tomemos el ejemplo, de los síntomas neuróticos y en especial de los histéricos, que se anclan al cuerpo produciendo reacciones somáticas, Assoun (1997) dice: "La histeria se comporta en su parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, como si no tuviera conocimiento de ella, pero sabe jugar muy bien, es decir, fomenta síntomas que instituyen una audacia geográfica corporal. El cuerpo histérico responde al fantasma, a un fantasma que tiene que ver con un deseo prohibido para ella, hace de su síntoma un cuerpo. Su cuerpo es un cuerpo fálico."⁹⁰

La anatomía simbólica de la histeria no es una anatomía de órganos sino de ideas, por lo tanto la presencia de una anomalía significará una lesión de las ideas que estarán investidas de afecto. Si la histérica acude al médico entonces la labor de éste será el de curar el órgano, pero si la paciente acude al psicoanalista no se tratará con el órgano sino con la presencia de un posible deseo incestuoso.

Mientras que para la histeria el cuerpo es un medio, para el psicótico es una complicación, dijimos anteriormente que el lenguaje es el primer órgano del cuerpo, lo que le da cuerpo al cuerpo, pero el psicótico no está inscrito en este terreno y se le presenta el problema de encontrar una función a sus órganos puesto que no tienen lecho, no tienen cuerpo, su cuerpo le pertenece al Otro al igual que su goce, por lo tanto el psicótico tiene un cuerpo pero vacío donde la falta y el deseo están ausentes. El cuerpo se presenta de diferentes maneras según los diferentes tipos de psicosis, en el caso de la paranoia, existe la invasión de goce en cuanto a cuerpo femenino, tal es el caso de Shreber, en la esquizofrenia, el cuerpo está fragmentado puesto que no hay discurso, en la hipocondría, el goce del cuerpo radica en tomar a sus órganos como penes, el hipocondríaco biologiza su deseo, su goce. El hipocondríaco, decía Freud, concentra y retrotrae la libido hacia un órgano que le preocupa.

⁹⁰ Assoun, P.L. (1997), op.cit, pp.53

En el perverso la situación es diferente, el perverso quiere hallar el saber en la realidad de su cuerpo, el goce está en su órgano, en ese órgano que lo estructuró y por lo tanto merece un culto, el perverso ofrece su cuerpo para la mutilación, porque la castración es símbolo de goce. En el sado-masochismo existe un juego dramático cuyo rasgo característico es la marca dejada sobre el cuerpo del otro, marca que desgarró esa superficie corporal para abrirla, para representar la mutilación original que representa la ausencia del pene en la madre, la víctima goza el dolor que se impone, lo que en ello se reniega es el dolor primero, el horror es transformado en goce.

Ahora bien, el síntoma en términos psicoanalíticos participa de la estructura del lenguaje, es metáfora, por ende, aquello del goce que corresponde al síntoma se encuentra dentro de ese límite.

El síntoma es producto de la palabra silenciada que se expresa a través del cuerpo. Por lo tanto, yo no estoy de acuerdo con la frase de Lacan donde considera al cuerpo hablado el desierto del goce, porque por más que sea hablado y hable, esa palabra remite al discurso de una lógica del saber que excluye al deseo, pero el sujeto no lo excluye y trata de emerger a toda costa.

Cuando el órgano enferma la imagen es amenazada puesto que la enfermedad se inscribe en lo real, es un real que no es conmovible por medio de la palabra puesto que implica un goce. Puede ser entonces, que la enfermedad sea un medio legal de gozar, la enfermedad es permitida en nuestra sociedad y hasta el médico privilegia al órgano, a ese órgano que no es más que un receptáculo de ese goce.

Ya decía Freud que al enfermar la libido se retrotrae hacia el órgano y la tensión de estar enfermo entonces tendrá que ver con la excitación sexual.

El sufrimiento del cuerpo que existe eventualmente en un sujeto independiente de su neurosis, puede procurarnos la sustancia que la neurosis explotará a sus propios fines. Esto es lo que Freud llama complacencia somática que procura a los procesos psíquicos inconscientes una salida en lo corporal. A estas complacencias somáticas, Lacan las trataba como el rechazo del cuerpo a seguir el efecto del significante.

El cuerpo es el continente del dolor y del placer, en donde los síntomas psíquicos y orgánicos se instalan, en donde la pulsión de muerte se asocia con los órganos haciendo de éstos receptáculos del goce.

Entonces el cuerpo es a su vez, imaginario, simbólico y real. Imaginario porque la superficie del cuerpo es también lo que hace del cuerpo una forma, simbólico en tanto superficie de inscripción, lugar de la marca significativa, y real si se le da a la piel el estatuto erógeno.

Finalmente, el cuerpo es un conjunto de significantes que señalan la presencia del Otro, de un Otro que erogeniza nuestro cuerpo y hace de él un lugar de goce.

Piera Aulagnier

Al respecto, Piera Aulagnier concibe la construcción de la realidad humana a través de la influencia de los discursos culturales, los cuales sufrirán una libidinización por parte del sujeto. Para esto, Piera (1991) propone 4 hipótesis para dar cuenta de cómo el infans va construyendo su realidad:

1) La realidad está regida por el deseo de los otros.

Estos otros están inmersos en una cultura donde existe un consenso o una puesta en común de su realidad, lo cual sería la base para toda organización social.

2) La realidad se ajusta al conocimiento que da de ella el saber dominante de una cultura

Aquí es donde los discursos culturales se funden pero siempre existirá el predominio de uno en especial. En nuestra época el discurso religioso ha sido desplazado por el discurso científico, lo que provocó un cambio radical en la concepción de la realidad. Lo místico de nuestro cuerpo dejó de serlo cuando un cuchillo abrió la carne y descubrió múltiples órganos. Este paso provocó la fragmentación del cuerpo en cuanto a imagen y se anuló la posibilidad de imaginarizar nuestro interior corporal.

3) La realidad es incognoscible

A pesar de que en un principio de la vida nuestra realidad es propuesta o dada por los otros y sus discursos, siempre cae un resto, algo que no está a nivel de la realidad sino de

lo Real, como lo llama Lacan, y es aquí cuando lo psíquico se hace presente y jugará un papel predominante para la construcción de una realidad psíquica propia

4) La realidad es autoengendada por la actividad sensorial

"La psique imputará a la actividad de las zonas sensoriales el poder de engendrar sus propias experiencias (placer o sufrimiento), sus propios movimientos de investidura o desinvestidura y, con ello, la única evidencia que podría existir en estos albores de la vida"⁹¹

Esto es a lo que me refería con anterioridad al refutar a Le Breton, no solo somos producto de los discursos culturales y los deseos de los otros, es verdad que es el primer paso para dar cuenta de una realidad, sin embargo, existe algo que es del orden de lo individual, de lo propio.

Es así que nuestra realidad tendrá relación con un espacio psíquico-corporal, pero también será el resultado de la extracción de ciertos enunciados propuestos por una aculturización.

2.3. Lo Psicosomático

2.3.1. Qué es lo Psicosomático?

El campo de la psicología es un campo difícil y problemático, puede involucrar el paradigma milenario sobre el dualismo de psique y cuerpo y/o enfrentarse con el campo de la medicina que monopoliza el ámbito de lo somático.

Si la ciencia médica se inclina hacia el lado del organismo y el psicoanálisis hacia el otro lado, al de la psique, entonces la psicología se sitúa entre estos dos y se puede caer en la tendencia a pensar que si hay una anomalía somática existe entonces una anomalía psíquica y viceversa. Círculo vicioso, círculo de difícil salida, y no es para menos, aún el psicólogo en algunos casos decide mejor inclinarse hacia la ciencia médica y realizar perfiles de personalidad relacionados con la enfermedad somática, mientras en otros casos deciden inclinarse hacia el alma, mejor conocida como aparato psíquico, para dar explicación de estas enfermedades.

⁹¹ Aulagnier. P.(1991) op.cit. pp.121

Tratando de llenar este hueco (incertidumbre etiológica de las enfermedades llamadas funcionales) que se instala en la ciencia, médicos y psicólogos se han dedicado a encontrar la etiología de las molestas y engañosas enfermedades. tales como migrañas, gastritis y colitis entre otras y cuya etiología no radica en lo orgánico. Es así que se comienza a teorizar alrededor de estos fenómenos los cuales han sido el blanco de la hoy llamada psicósomática.

El término psicósomático aparece como tal en 1946, aunque ya había sido utilizado por Heinroth, psiquiatra alemán del principios del siglo XIX, para dar cuenta de un tipo de insomnio, y fue hasta fines del siglo XIX que se utilizaba para designar la influencia de factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas. A pesar de que en los círculos científicos ya se hablaba de los factores psicósomáticos fue Franz Alexander quien teorizó al respecto. Este científico aseguraba que "las manifestaciones mas primitivas se inscribían en la fisiología de las funciones viscerales que correspondían a las necesidades vitales. El dualismo desaparece, explica, si consideramos al fenómeno psíquico como un aspecto subjetivo de ciertos factores fisiológicos." ⁹² Sus planteamientos fueron el punto de partida para otros psicofisiólogos, como en el caso de Dunbar que dilucidó perfiles de personalidad, en los que cada estado emocional específico provocaba una respuesta fisiológica específica.

En los comienzos de la teoría psicósomática se reconocían sólo 7 enfermedades psicósomáticas, estas eran: la úlcera péptica, el asma bronquial, la artritis reumatoide, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, tirotoxicosis y neurodermatitis. Su método de trabajo consistía en realizar una recolección sistemática de rasgos propios y los incluían en una clasificación. Por ejemplo, las cefalalgias, las cuales se vinculaban "con una dificultad de pensar, como un miedo a la realización verbal del pensamiento, como un bloqueo de la conciencia, en el sentido amplio de la palabra. Las cefalalgias se concebían como parte de un sistema regresivo que funcionaban con ocasión de presentarse los riesgos de una trasgresión finalmente edípica en la mayoría de los casos" ⁹³

Pierre Marty, fundador del escuela de psicósomática de París, introdujo el concepto de "pensamiento operatorio" (PO), el cual es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos apreciables. Duplica e ilustra la acción, la precede o la sigue

⁹² Alexander, F. en Marty P. (1992), *La Psicósomática del adulto*, Ed. Amorrortu. Buenos Aires, pp. 15

⁹³ Marty, P. (1992), op.cit. pp. 29

dentro de un campo limitado. El PO no utiliza mecanismos mentales neuróticos o psicóticos. El aislamiento del inconsciente no parece ser del tipo obsesivo, puesto que no proviene de un distanciamiento obtenido por manipulación mental o verbal del material psíquico. " El PO se presenta desprovisto de valor libidinal, casi no se permite que se exteriorice una agresividad, demuestra ser inepto para sostener la dramatización sadomasoquista, se le puede considerar como una modalidad del proceso secundario en virtud de su orientación hacia la realidad sensible, del afán de causalidad, de lógica, de continuidad. No obstante este pensamiento que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, sugiere la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investiduras de nivel arcaico. " ⁹⁴

"Lo que caracteriza al fenómeno psicósomático, como muestra Marty, es el modo de funcionamiento mecanizado del pensamiento, la racionalización de los comportamientos por causas exteriores, en sí mismas mecánicas y desafectadas, el escaso impacto de los afectos, la gran habilidad de tales sujetos para mostrarse al sujeto como si no viviera ninguna emoción, y al mismo tiempo crear en el otro y dentro del otro una verdadera emoción." ⁹⁵ Estas concepciones se mantienen hoy en día y han sido la guía de muchos psicósomatólogos. De hecho se dice que quienes sufren lesiones de órgano tienen una narrativa pobre en metáforas, una narrativa vacía hasta en cuestión de emociones. Conforme se modifica la teoría y se avanza en la clínica las enfermedades psicósomáticas se multiplicaron al grado de llegar a preguntarnos si todas las enfermedades eran psicósomáticas. El terreno se volvió aun más espinoso. "Toda dolencia reconocida, que se produce para ser reconocida, es psicósomática. La única cuestión que cuenta es saber en qué medida el psiquismo que reconoce es el del doliente o el de sus prójimos, sean médicos o sean analistas." ⁹⁶

Pero, a todo esto ¿qué es la psicósomática? Si uno se va a los diccionarios podría encontrar lo siguiente: psicósomática, se dice de la medicina que estudia las enfermedades físicas ligadas a causas psíquicas, a conflictos psicológicos, generalmente inconscientes.

⁹⁴ ibidem, pp.35-36

⁹⁵ Bergeret, J. *Los Inafectivos*, Rev. FR., Psychanalyse. (1970), 34 (5-6), pp.1156

⁹⁶ Benoit, P. en Nasio, (1996) op.cit. pp.41

Pero cómo distinguir cuál enfermedad pertenece al campo de la psicósomática y cuál no, cómo distinguir si el síntoma es producto de una conversión histérica y cuándo se trata de un fenómeno psicósomático. Evidentemente conforme se avanza se abre cada vez más una brecha en los asuntos de la psicósomática, es muy difícil no caer en los extremos, por lo tanto trataré de no tropezar y dar una explicación de algunas enfermedades a partir del narcisismo, momento fundante del psiquismo humano, momento que determina en cierta medida nuestro destino pulsional, y en donde el enfermar podría ser uno de los medios para llegar a la satisfacción de un deseo narcisista.

El primer objetivo, entonces, es el de apartarnos de la concepción médica en cuanto al cuerpo, puesto que como dijimos el cuerpo no sólo es receptáculo pasivo de la enfermedad sino todo un entrelazado de vivencias psíquicas. Según algunos teóricos de corte lacaniano " el cuerpo para el psicoanálisis , en relación con lo psíquico, es el que el sujeto lleva en sus brazos. Tenemos que aceptar esta imagen. Y a este cuerpo lo perdemos y lo recuperamos. Es un cuerpo del entre-dos, del intervalo"⁹⁷ y el inconsciente no es un inconsciente ni individual, ni colectivo, es un inconsciente que se da entre dos a través de la transferencia. El inconsciente es una cadena, entonces "si se logra desmontar la noción de cuerpo en sí; si hacemos perder la noción de psique esa idea de masa psíquica, nos encontraremos con una idea diferente de la relación del cuerpo con el alma. Si ese cuerpo es un objeto y esta cadena está formada por elementos discretos, no se trata ya de hablar bajo la norma del dualismo"⁹⁸

Ahora bien, el segundo objetivo será el de proponer algunas posibilidades psíquicas que tiene un sujeto al ser preso de una lesión. Imaginemos a tres sujetos que adquieren cáncer de garganta, los médicos no encontrarían diferencia entre estos tres, sin embargo para el psicoanálisis esto dependerá de las circunstancias en las que el sujeto enfermó. Por ejemplo, uno de los sujetos fue víctima de un error. Es decir, digamos que asistió a una revisión médica y los instrumentos de trabajo con que lo auscultaron estaban infectados de virus cancerosos, el paciente invariablemente enfermará y la apropiación de la enfermedad será diferente a la del sujeto que adquirió el cáncer debido al hábito de fumar, en este caso el sujeto no será víctima sino culpable y posiblemente se apropie de la enfermedad y la utilice como satisfacción de un deseo. Por otra parte, el tercer paciente no fuma y no ha sido víctima de un error. Este individuo es cantante y por "azares del destino" contrae

⁹⁷ ibidem, pp.122

⁹⁸ ibidem, pp.122

cáncer en la garganta, entonces esta patología posiblemente sea una manera de defenderse ante el deseo materno.

En fin, esto es sólo un ejemplo, sin embargo podríamos proponer la diferencia entre cáncer y psicocáncer, esto dependerá de cómo la subjetividad del sujeto se relacione o no con la aparición y evolución de la enfermedad, de cómo la signifique y a partir de esta significación psíquica entonces será la evolución de la misma.

Por otro lado, a pesar de las diferencias entre estos 3 sujetos me atrevo a suponer que invariablemente los "cancerosos" y no sólo sujetos con esta enfermedad en específico, se sumergirán en un narcisismo, es decir, el órgano enfermo será investido y la libido será retirada de los objetos, lo que entonces significaría que los enfermos se encontrarán en un estado gozoso, según las concepciones de Lacan.

Estas son concepciones muy precipitadas, sin embargo el propósito de este ejemplo es dar un panorama general de cómo se pretende concebir a la enfermedad somática a lo largo de la tesis.

Pero, continuemos con el objetivo de este capítulo, ¿cuáles son esas enfermedades físicas que tienen relación con lo psíquico? A lo largo de este capítulo si no se esclarece lo que es un fenómeno psicosomático por lo menos se tratarán de poner sobre la mesa algunas reflexiones.

2.3.2. Fenómeno psicosomático (FPS)

El fenómeno psicosomático es una elaboración teórica propuesta por la escuela Lacaniana y lo que a continuación veremos es la perspectiva que Juan David Nasio, en su libro "Los gritos del cuerpo" propone. Cabe mencionar que esto no será aterrizado a fondo, sólo se hará una breve revisión con el objetivo de extraer algunas puntualizaciones que son de interés para la teorización de la enfermedad, y en especial, la noción de la existencia de un goce en ciertos órganos que no han sido tocados por lo simbólico.

El síntoma psicosomático (según Nasio) no es del mismo tipo que el síntoma neurótico. Este último, como se menciona en el capítulo anterior, es producto de una formación de deseo, es decir, existe un compromiso entre las instancias del aparato psíquico.

En la histeria, por ejemplo, el síntoma puede ser analizable e interpretable y la disfunción orgánica puede asociarse o responder a una frase reprimida, es decir, su síntoma puede tener relación con el trauma.

El síntoma de conversión sería un significante que remite a otro, pero no todo síntoma somático respondería a una fantasía inconsciente. Nasio cita a Fenichel quien plantea un ejemplo para hacer la diferencia entre síntoma somático y síntoma psíquico. El dice que es necesario diferenciar el lapsus y el tartamudeo. "La diferencia entre estos, es que el lapsus se dice, es del orden del significante y el tartamudeo queda del lado de lo que no se dice o se dice tartamudeando."⁹⁹

Pues bien, esta podría ser una de las posibles diferencias, la conversión histérica traduce en lo somático alguna fantasía, como en el caso del lapsus, mientras que en el tartamudeo, no se dice nada porque no se registra como palabra. La lesión orgánica no tiene significante por lo que es inaccesible a la traducción ya que no pasa por el deseo del otro, ni pasa por los objetos que nos ligan a esos deseos. Afirmación que sería cuestionable si pensamos que algo no puede pasar por el deseo del otro, si según la escuela lacaniano somos a partir del otro.

Juan David Nasio, seguidor de Lacan, propone ver al fenómeno psicósomático como una formación del objeto a, el cual representa en parte lo que es gozar, pero un gozar local ya que el goce total es inaccesible. El objeto a es entonces una muestra de goce, un testimonio de goce y es residual. El goce es del orden de lo Real y la lesión del órgano será entonces una forma de goce que toca lo Real.

Pues bien, estas formaciones de goce, la lesión del órgano, el pasaje al acto y la alucinación se equiparan a un desborde de goce, puesto que no han pasado por lo simbólico ni por lo imaginario. Estos son los 2 ejes fundamentales que propone Nasio para ver a la afección psicósomática, por un lado existiría una falla en lo simbólico, bueno más que una falla sería la sustitución del nombre del Padre por la lesión orgánica, es decir, se forcluye este significante pero de manera local, lo que no querría decir que no existiera la posibilidad de una represión o renegación, no se forcluye a manera de rechazo del significante de lo simbólico que reaparecería entonces en lo Real, sino sería la falta de un significante exterior a la realidad del sujeto. "La forclusión del Nombre del Padre, nos lleva

⁹⁹ Zuberan, (1985) en Nasio, J.D (1996), op cit, pp.31

en el caso de un paciente que sufre una afección psicosomática a concluir que no hay filiación del Nombre del Padre y que en lugar de esa filiación es posible proponer una filiación de órgano, una filiación de objeto "a", y nosotros hablamos de una errancia de objeto dentro de una misma descendencia"¹⁰⁰

Su segundo eje, nos remite al narcisismo, que tendría que ver con el autoerotismo debido a que la lesión de órgano corresponde a una satisfacción de tipo autoerótica, o sea que el objeto con el cual la pulsión se satisface es la propia fuente de la pulsión.

Esto tendría que ver con el texto de Lacan estadio del espejo, "el cual es un lugar de un drama que consiste en que hay un impulso que va desde la insuficiencia orgánica del niño prematuro hasta la imagen anticipadora, y entonces Nasio se pregunta si esto no podría ser también a la inversa, ¿porqué no decir que éste impulso es de doble sentido y que una imagen anticipadora pasando mas allá de las posibilidades receptivas del sujeto, puede provocar una insuficiencia orgánica, sea una parálisis, una incoordinación motora, una lesión ulcerosa o una hipertensión."¹⁰¹

La lesión de órgano entonces también podría tener relación con un llamado de tipo informe, es decir que no implique un "yo" o un "tú", sino que el sujeto esté implícito. Sería lo que Lacan llama holofrase, o sea frases condensadas en donde el sujeto no está allí y en donde la frase no está destinada a ser oída sino actuada, como en el caso de la psicosis.

Entonces las lesiones de órgano o las afecciones psicosomáticas son consideradas como perturbaciones de la identificación narcisista.

Al respecto, Alicia Artal, propone 3 hipótesis en relación al narcisismo y la enfermedad orgánica:

"1.- que sea un intento precario por delimitar el propio cuerpo, para romper así la ilusión narcisista.

2.- que constituya un ataque al cuerpo del otro (la madre), que por la indiscriminación ya mencionada, es también el propio cuerpo

¹⁰⁰ Nasio, J.D. (1996), op.cit pp.169)

¹⁰¹ ibidem, pp.91

3 - que sea el medio de persistir en la ilusión narcisista (que se sintió amenazada de alguna manera), lo cual justifica la exacerbación de las defensas ¹⁰²

Varios son los teóricos que coinciden en relacionar la enfermedad somática con el narcisismo, por lo que entonces será necesario dedicar todo el próximo capítulo para dar cuenta de las diferentes posturas existentes sobre el narcisismo.

¹⁰² Artral, Alicia, *Sobre Un Tipo Particular De Trastorno Psicossomático: La Afección Narcisista y El Estudio De Los Dos Espejos*, *Acheronta*, (1996), 1 (3)

CAPÍTULO III.- EL NARCISISMO Y LA ENFERMEDAD

3.1. Concepto de narcisismo en Freud

No cabe duda que uno de los conceptos de mayor relevancia en la teoría freudiana, es el narcisismo, noción que permitió esclarecer a Freud muchos puntos ciegos que se presentaban en sus artículos anteriores y simultáneamente se abrieron nuevas brechas para concebir la construcción del aparato psíquico y sus manifestaciones.

Así como esclarece algunas cuestiones también deja muchos huecos e imprecisiones sobre los conceptos que tratará de aclarar en años posteriores. La teoría del narcisismo no se acaba en sus primeros artículos sino que la sigue desarrollando a lo largo de su teoría. Freud invita prácticamente al lector o a los teóricos del psicoanálisis a incursionar sobre este tema y a proponer algunas derivaciones en cuanto a la condición humana y el narcisismo. Muchos teóricos se fueron por el lado del estudio de algunas psicopatologías, como la hipocondría, la esquizofrenia y la melancolía, algunos otros con el impacto que éste juega en los grupos y sociedades y otros pocos en relación a la enfermedad orgánica. A esto último nos abocaremos, razón por lo cual haré una breve exposición del desarrollo de la teoría del narcisismo para después esbozar su papel en la enfermedad orgánica.

En un principio el concepto de narcisismo estaba referido a un tipo de perversión, en la que el cuerpo propio era tratado como un objeto sexual muy codiciado, y al ser tratado como tal, se podría entonces aspirar a la satisfacción plena. Esta idealización o enamoramiento de sí mismo acababa por absorber toda vida sexual de la persona, entendiendo vida sexual como la unión con algún otro. Recuérdese el mito griego de Narciso, joven tespiano que rehusó el amor de la ninfa Eco por amor a su propia belleza, motivo por el cual los dioses lo condenaron a morir de angustia de desearse a sí mismo y en el momento en que Narciso tuviera la oportunidad de mirarse o contemplarse moriría o, según otras versiones, se convertiría en flor. Este mirarse tendrá relación con el poseerse a uno mismo lo que finalmente traerá como consecuencia la muerte psíquica.

Pues bien, este mito fue pre-texto para que Freud elaborara y desarrollara una de las piedras angulares del psicoanálisis; el narcisismo, el cual fue entendido y explicado a partir del estudio de las parafrenias, las cuales permitieron apreciar a partir de lo patológico, el posible desarrollo temprano de lo psíquico. Los 2 rasgos fundamentales entre los parafrénicos, hoy conocidos como esquizofrénicos, son: el delirio de grandeza y el retiro de

interés del mundo exterior, es decir, retrotracción de la libido hacia el yo. Sin embargo, los clínicos se dieron cuenta que estos rasgos no eran solo propios de los esquizofrénicos sino que se presentaban, aunque en menor medida en las neurosis obsesivas y de histeria. La diferencia radicaría en que estos últimos retiran su interés de los objetos reales del mundo y los sustituyen por objetos fantasiosos, situación que no se presenta en los esquizofrénicos.

Sabemos que el narcisismo es una fase que se ubica entre el autoerotismo y la elección de objeto. En el narcisismo primario no existe la formación de un yo, sino que el bebé se encuentra en un estado de completud, es a lo que Freud llama el yo ideal, en donde los objetos investidos por las pulsiones son las propias partes del cuerpo, pulsiones que apuntan hacia la autoconservación, a la satisfacción de las pulsiones yóicas. Nótese que habla de pulsiones y no de libido, puesto que ésta última remite a una investidura sexual y lo sexual implicaría un otro objeto, idea extraña porque esto nos da pié a pensar que el bebé no tiene relación alguna con la madre, es verdad que este narcisismo primario es un estado de mismidad, pero de eso a que el niño sea sólo un receptor pasivo, es un punto que Freud cuestionará años más tarde, en su artículo sobre el Yo y el Ello (1923) y se involucrará con la identificación y la elección de objeto. Este narcisismo primario es primordial para la construcción de un yo, el cuerpo empieza a ser libidinizado por parte de la madre y es en esta etapa en donde se puede ubicar el trasfondo pulsional.

Pues bien, la energía psíquica que se encuentra circulando en el niño se transformará en libido en el momento en que surja un nuevo acontecimiento; el de la elección de objeto, lo cual sólo será posible cuando la madre se ausente de vez en cuando, es el momento en que el yo ideal desaparece para trasmudarse en ideal del yo y surge por la intromisión de un tercero, el padre. Es aquí donde podría ubicarse el fin del narcisismo primario, es el momento crucial para la distribución económica de la libido, el objeto es construido y a partir de aquí "el narcisismo entra en una vasta económica donde se intercambian no sólo los objetos sino también las respectivas posiciones del sujeto y el objeto."¹⁰³ Por esto, es posible afirmar que la vida transcurre en un ir y venir hacia el narcisismo, caminos que nos enfrentan continuamente con nuestro ideal y ponen en peligro nuestra identidad narcisista debido a las exigencias que éste (ideal del yo) nos impone y que la mayor de las veces son imposibles de alcanzar.

¹⁰³ Ricoeur, P. op.cit. pp. 110

A partir de ese momento el infante comienza a sentirse insatisfecho e incompleto, y por un intento de recobrar lo perdido trata de reconquistar a la persona que lo nutrió, lo cuidó y lo protegió, a esa madre (o sustituto) que deviene uno de sus primeros objetos sexuales originarios, digo unos porque el otro es el bebé mismo. Este paso estará mediado por el complejo de castración que irrumpe el narcisismo primario para pasar inmediatamente, si su cauce es normal, al narcisismo secundario, que tendría que ver con la libido objetal (sexual) que surge como un replegamiento de la libido yóica (autoconservación) debido a una frustración. Entonces esta libido objetal comenzará a desplazarse a múltiples objetos, ya no sólo con la madre o el padre, sino que tendrá continuación en otras figuras.

Estos desplazamientos son los que en realidad guían el curso de la sexualidad, que por un intento de buscar la satisfacción dan ciertos rodeos tratando de alcanzar la posición que uno tenía en el narcisismo primario, denominando Freud a estas elecciones como del ideal del yo, el cual es transmitido directamente por los padres. Estas idealizaciones estarán en función de una incapacidad para renunciar a esa perfección narcisista vivida en el pasado, ideales que le permitirán reconquistar (secundariamente) a partir de una sustitución o desplazamiento, el narcisismo perdido .” El ideal del yo es la expresión de las pulsiones más poderosas y de las más importantes vicisitudes libidinales del ello.”¹⁰⁴ Es éste ideal el que guarda e interioriza la autoridad. He aquí un primer elemento que contemplará en la construcción del superyo. Así se va construyendo el yo de una persona, a través de la búsqueda e identificación con objetos sexuales que se asemejen a uno mismo o al ideal del yo. El niño elige sus objetos de tal manera que le recuerden sus vivencias de satisfacción.

Por lo tanto, la elección de objeto en el narcisismo secundario puede pertenecer a 4 tipos, según Freud, (1914)¹⁰⁵

- 1) A lo que uno mismo es (buscar a alguien que sea muy semejante a nosotros, con el fin de investir un objeto que sirva de espejo)
- 2) A lo que uno mismo fue (ser el objeto de amor de la madre o la mujer)
- 3) A lo que uno querría ser (buscar el complemento, es decir lo que a uno mismo le falta, tratar de encontrarlo en el otro objeto)

¹⁰⁴ Ricoeur, P. op.cit. pp.196

¹⁰⁵ Freud, S. (1914). *Introducción del Narcisismo*. Tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp 87

4) A la persona que fue parte de sí mismo propio (es decir, amar al hijo engendrado es como amarse a uno mismo porque saltó del propio cuerpo) Este tipo de elección tiene que ver con el privilegio que le dan los padres al niño, considerándolo como la perfección que ellos no tienen y protegiéndolo de todo peligro. Los padres reflejan en el bebé todas sus expectativas, aunque en algunos casos reflejan todas sus frustraciones

O bien, por apuntalamiento, hacia la mujer nutricia o al hombre protector. Al elegir un objeto de amor, entonces la libido yóica sufre un empobrecimiento puesto que hay que resignar una parte del propio narcisismo.

Ahora bien, expuesto el narcisismo como constructor del yo, pasemos al papel que éste juega en la enfermedad orgánica. ¿Qué pasa cuando una enfermedad orgánica irrumpe en nuestra realidad? ¿Qué proceso se da en el desarrollo libidinal? Pues bien, cuando alguna persona enferma, su atención se dirige hacia el órgano enfermo, se retira el interés de los objetos exteriores, es decir, al contrario que en el enamoramiento la libido objetal es la que se empobrece retrotrayéndose hacia el yo. El enfermo se relacionará sólo con objetos que tengan que ver directamente con su dolor, dolor que puede facilitar la representación corporal como aviso de la existencia de ese órgano. "La erogeneidad es una propiedad general de todos los órganos y ello nos autorizaría a hablar de un aumento o disminución en una determinada parte del cuerpo. A cada uno de los órganos podría serle paralela una alteración de la investidura libidinal dentro del yo."¹⁰⁶

Si en la enfermedad orgánica existe un aumento de libido en el órgano en cuestión, entonces podría hablarse de un exceso de libidinización, de erogenización, la cual es vivida como una experiencia displacentera, debido a las contradicciones que existen en el aparato psíquico. El displacer sería vivido como tal en la conciencia, pero en el inconsciente es vivido como goce, esto debido a la trasmutación que realiza la represión de acuerdo con el examen de realidad. Entonces, una primera hipótesis consistiría en pensar que si en la enfermedad orgánica hay un exceso de libido narcisista, esto podría ser un camino para buscar un estado de ensimismamiento parecido al del narcisismo primario, en donde las únicas investiduras que existen pueden ser las propias partes del cuerpo. O bien, esta hipótesis podría tener su contraparte, si no existe una cantidad de

¹⁰⁶ ibidem. pp 81

libido en cierto órgano, entonces la manera de resrepresentárnolos y darnos cuenta de su existir es a través del dolor

Otra hipótesis, podría estar relacionada con el placer y displacer sentidos en la enfermedad. Si cuando una persona enferma, la libido se retira de los objetos, entonces para salir de ésta es necesario volver a investirlos, pero si no se logra o no hay a su alrededor ningún objeto que satisfaga su narcisismo o elección narcisista, entonces la enfermedad se desarrollará. Bien decía Freud, que " un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar" ¹⁰⁷

Esto tiene relación con las concepciones de Freud en *Duelo y Melancolía* (1915. 1917) en donde "la melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo" ¹⁰⁸

La principal diferencia entre la melancolía y la enfermedad orgánica en cuanto al dolor, es que en la primera el dolor es psíquico y en la segunda es físico. La melancolía puede considerarse como un fallo en el proceso de duelo, es decir, al perder un objeto amado ya sea por muerte o desamor o cualquier otra razón, existe un desinterés por el mundo exterior, pero el curso normal de duelo, sería que pasado un tiempo de resignificación se invistiera otro objeto sustituto, pero en la melancolía este proceso no se da, al parecer la investidura de la que gozaba el objeto en cuestión se retrotrae hacia el yo en forma destructiva, la melancólica se identifica con el objeto pero no solo eso lo introyecta, el yo se empobrece y se denigra a sí mismo, motivo por el cual se priva hasta de las necesidades más básicas como el dormir, el comer y en ocasiones hasta el vivir. Estas conductas podrían ser consecuencia de una especie de autocastigo ya sea por haber sentido impulsos hostiles hacia el objeto amado, que al verlo perdido se compadece y se arrepiente, o bien, introyectado el objeto que sería una manera de castigarlo a él indirectamente a través del propio cuerpo.

¹⁰⁷ ibidem, pp.82

¹⁰⁸ Freud, S. (1917). *Duelo y Melancolía*, tomo XIV. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 242

Este proceso del melancólico le da pie a Freud a pensar que un proceso semejante se realiza en el narcisismo. Cuando el bebé tiene que resignar un objeto sexual, como en el momento del edipo y la entrada al narcisismo secundario, se produce una alteración en el yo. Hay una erección de objeto, es decir, se introyecta y se da una regresión de la fase oral que facilitará la resignación del objeto, y de ahí que Freud diga que el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas que contiene la historia de estas elecciones de objeto.

"Esta trasposición de una elección erótica de objeto en una alteración en el yo es, además un camino que permite al yo dominar al ello y profundizar sus vínculos con el ello, aunque por cierto a costa de una gran docilidad hacia sus vivencias. Cuando el yo cobra los rasgos del objeto, por así decir, se impone él mismo al ello como objeto de amor, busca repararle su pérdida diciéndole "mira, puedes amarme también a mí, soy tan parecido al objeto."¹⁰⁹ En este momento la libido de objeto se trasmuda en libido narcisista.

En la primera tópica, Freud distinguía y hacía una separación entre consciente, preconsciente e inconsciente, en 1923 les quita el carácter topológico y les otorga el lugar de instancias y propone el sistema-p. La superficie sería el yo, el cual no está separado del ello sino que convergen entre sí, de manera que puede haber un yo cc y uno icc, estarían en estrecha relación con la percepción-cuerpo y el yo icc con el ello. La represión tendrá que ver con el ello y esto se manifiesta en el yo sólo a través de las resistencias. Ahora bien, en el ello se concentra toda nuestra libido, pura sin tener todavía ligazón o investiduras que funcionan a partir de la pulsión de muerte, es decir, principio de placer para el icc y dolor para el consciente. El ello es indomeñable y sale a la luz en cada uno de nuestros actos, aunque sea a través de pequeñas manifestaciones como en la tendencia a repetir, en la palabra, en el sueño y en la enfermedad, manifestaciones que son de orden narcisista.

Entonces se puede hablar de un narcisismo primario absoluto cuando existe todo un monto disponible de libido, del que el ello es el almacén. Esto dura hasta que el yo empieza a investir algunos objetos y a trasmudar la libido narcisista en libido objetal .

El narcisismo primario tiene que ver entonces con el ello, instancia en donde la pulsión de muerte está latente y el narcisismo secundario tendrá que ver con el yo, instancia

¹⁰⁹ Freud, S. (1923), *El Yo y El Ello*, tomo XIX, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, pp. 32

encargada de investir los objetos. Al enfermar existe una exagerada atención hacia los propios órganos y el yo se encontrará entonces desvalido debido a la insuficiencia de relaciones objetales, lo que posibilita entonces que la pulsión de muerte circule sin tantas perturbaciones impuestas por la pulsión de vida, y las pulsiones de destrucción que antes eran dirigidas hacia el exterior, entonces se dirigen hacia uno mismo. Ésta es sólo una posibilidad que tiene que ver con el desencadenamiento de una dinámica psíquica particular que tiende a mantener la enfermedad, sin embargo existe la posibilidad de que la enfermedad tenga un origen primitivo, es decir, si el bebé tiene por objeto a su madre y ésta madre es enfermiza entonces al identificarse con ella, al resignarla como objeto e introyectarla, entonces el niño se apropia de sus rasgos para imponérsele al ello como objeto de amor, lo que desencadena la tendencia a enfermar en el niño.

3.2. El concepto de narcisismo en otros autores contemporáneos

Se dice que el narcisismo fue un paréntesis en la teoría freudiana, un paréntesis con tachaduras, agregados y omisiones. Pero más que paréntesis es todo un legado, aunque incompleto, es cierto, que permite al psicoanálisis tomar rumbos diferentes que abren una serie de interrogativas que permiten mirar al sujeto desde una perspectiva más amplia.

La teoría del narcisismo sufrió diversos vaivenes, algunos conceptos que eran independientes entre sí se fusionaron y sufrieron a su vez, modificaciones que volvieron a desviar su curso. Simplemente recordemos la teoría de la libido en donde Freud le da un estatuto dual, como es su costumbre. Primero se oponían la libido narcisista y la libido de objeto, las cuales estaban en estrecha relación con las pulsiones de autoconservación y a las pulsiones sexuales respectivamente. Estas a su vez tenían funciones específicas que obedecían al principio de constancia e inercia, los cuales se unieron, se transformaron y adquirieron un nuevo nombre, principio de Nirvana y principio de realidad que eran súbditos de la pulsión de muerte y la pulsión de vida. En fin, todo un embrollo que será uno de los principales seductores para los teóricos del psicoanálisis. Seducción que dejará en el camino a muchos si su postura radica en obsesionarse por descubrir si las manifestaciones narcisistas son de origen primitivo o secundario, esta es una tarea no resuelta puesto que se carece de testimonios.

La gran barrera que se impone es que de las vivencias primitivas nada se sabe con certeza, puesto que son vivenciadas *après-coup* y por lo tanto re-significadas por el sujeto.

Así, que las teorías construidas sobre el narcisismo son y serán a partir de la experiencia clínica y algunas especulaciones teóricas.

Muchas son las posiciones que se toman frente a este concepto. Después de Freud, el narcisismo conocerá un doble destino, de un lado se encontrarán autores que se dirigen hacia las relaciones objetales primitivas y omiten al narcisismo como estado autónomo y del otro lado están los que hacen del narcisismo la base de las posteriores identificaciones en el niño.

Del primer grupo podemos destacar a Melanie Klein, su obra se centra y retoma de Freud la teoría de las pulsiones para dar cuenta de la formación del yo, el cual, según ella, existe desde el principio, aunque de manera precaria o desorganizada en el bebé. Este yo permitirá al infante establecer relaciones objetales parciales, las cuales serán substituidas por totales al irse integrando el yo.

Esta psicoanalista inglesa dejó una herencia importante que inspiró a otros autores contemporáneos como Winnicott quien también basa su teoría en las relaciones objetales, con la diferencia de que él incluye al narcisismo, pero no como estado sino como una posible influencia para establecer como objeto al sí-mismo, para lo cual se precisa en un primer momento el rostro de la madre. "Es preciso que el bebé pueda verse en ella antes de ver-lá (ver allá), a fin de que pueda formar sus objetos subjetivos, es decir, narcisistas"¹¹⁰

De este lado, aunque no del todo, podemos considerar a André Green, quien propone al sí-mismo objeto como posible formador de los casos fronterizos y sobre todo de una estructura narcisista. Considera al narcisismo como algo que radica en lo objetal, de hecho el cuerpo para él es una representación yóica investida narcisistamente, pero finalmente objetal. Es así que el narcisismo es el deseo de lo Uno y el rechazo a lo otro, pero siempre estará la presencia de un objeto, llámese real o fantasmático.

Del otro grupo de psicoanalistas (los que defienden al narcisismo como estado autónomo) encontramos que Lacan es uno de los más destacados. Lacan pone acento en lo imaginario, el cual logra la unificación de un cuerpo fragmentado y se crea una imagen ideal de sí mismo que nunca podrá alcanzar. Se identifica con su propia imagen y se la

¹¹⁰ Winnicott en Green, A. (1993), *Narcisismo de vida, Narcisismo de muerte*, Amorrortu editores, Buenos Aires, pp.57.

apropia gracias al deseo del otro, entonces el yo tendrá su origen en el espejo, en donde el otro es un espejo que fortalecerá una identificación narcisista del yo con el otro. El narcisismo, para Lacan, representa la condición necesaria para que los deseos de los otros se inscriban.

Como se puede apreciar y como se ha visto en el capítulo I, el narcisismo es un momento estructurante del sujeto y si existiese una falla en este momento, entonces las consecuencias podrían ser graves, tan graves que podrían desencadenar o estructurar una psicosis. Sin embargo y muy a pesar de muchos, Lacan está preponderando también una primerísima relación objetal, la del otro, sin la que no habría sujeto.

A mi parecer en la misma posición está Green, prepondera al narcisismo no como estado autónomo pero si como la estructuración de la imagen de uno-mismo, la cual podría tomarse en un objeto. El dice que el narcisismo y el objeto no están peleados, que existe la posibilidad de conjugarse y formar el objeto narcisista, el cual nace del antagonismo entre el yo y el ello o bien libido objetal o narcisista.

Este psicoanalista propone un narcisismo positivo o de vida y un narcisismo negativo o de muerte, narcisismos que finalmente se consideran patológicos puesto que buscan el mismo fin: la muerte. El narcisismo primario es momentáneo, puesto que el amarse a sí mismo y lograr un supuesto equilibrio se torna inaguantable puesto que no se puede vivir en un yo ideal eternamente, por lo que entonces este narcisismo de vida se tornará en narcisismo de muerte.

El narcisista para Green, es un sujeto sin la capacidad de establecer relaciones objetales, es un ser neutro, asexual que tiene como único fin no desear, es decir, el narcisista se avergüenza de ser un sujeto pulsional y para enmascarar estos deseos "impropios" recurre a toda clase de artimañas, de defensas.

Otra autora que estudió minuciosamente el narcisismo es Joyce McDougall, autora que vincula el narcisismo, al igual que Lacan y aunque no del todo, con la imagen primordial, con la falla en la representación de sí y de los objetos, motivo por el cual se crean mecanismos de defensa que tratan de salvaguardar la débil y frágil autoimagen.

Esta psicoanalista relaciona a este tipo de pacientes con estructura narcisista (como ella misma propone) con una conflictiva no centrada en la identidad sexual sino mas bien de la

identidad subjetiva. Las amenazas que siente el yo son de índole primitivas, es decir, temen a la devoración.

McDougall dice: "Narciso desempeña un papel mas importante que el de Edipo, en cuanto a la dilucidación de las perturbaciones más profundas de la psique humana. La supervivencia psíquica ocupa un espacio mas fundamental en el inconsciente que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos el sufrimiento ocasionado por los derechos y deseos sexuales puede aparecer como un lujo"¹¹¹ Esta autora hace una relación entre pacientes psicósomáticos y narcisistas y propone al síntoma psicósomático como un de los múltiples mecanismos de defensa propios del narcisista.

Aunque estos autores difieren en muchos puntos entre sí, lo que se puede afirmar es que todos coinciden en que el narcisismo se caracteriza por la imposibilidad de establecer relaciones objetales y por lo tanto son susceptibles a las depresiones, crisis de angustia y enfermedades psicósomáticas.

Es preciso aclarar que el término psicósomático en este capítulo se refiere a esa enfermedad carente de significado por sí sola, no es un fenómeno que pasa por un proceso de simbolización, es mas bien un signo que se instala en lo real del cuerpo, es decir no sufre ni de represión, ni de conversión, ni nada por el estilo, solo se instaura en el cuerpo como una deficiencia de simbolizar algún acontecimiento o suceso traumante. Aunque es cuestionable pensar que existe un suceso traumante universal, más bien habría que pensar que un suceso traumante afecta individualmente según el correlato psíquico individual. Sin embargo para la escuela lacaniana lo psicósomático difiere de lo corporal precisamente por este hecho, lo corporal es símbolo y lo psicósomático es signo.

Aclarado esto es preciso también justificar el hecho de sólo incluir 3 psicoanalistas en la siguiente parte, sin embargo, se realizó esta selección debido a que incluyen en sus teorías la relación de las enfermedades psicósomáticas y el narcisismo.

¹¹¹ McDougall, J (1978a) *Alegato por una cierta anormalidad*, Ed. Paidós. Buenos Aires, pp.32

3.2.1. Jacques Lacan

En el lenguaje lacaniano se considera al narcisismo como el momento estructural en el cual se adquiere la noción de unidad a través de la identificación con el otro y la consecuente libidinización del cuerpo propio, que ha dejado de sentirse fragmentado.

Para dar cuenta de esto, Lacan desarrolla toda una teoría que le llevó años constituirla. En ella, se pueden abstraer 3 periodos fundamentales que se relacionan, todos, con el narcisismo, el primero que va desde 1932-1953 en donde pone énfasis en lo imaginario, el segundo que está en relación con lo simbólico (1953-1958) y un tercero en donde incorpora lo real (1960). Esto no quiere decir, que un registro suceda al otro, sino es una manera de separarlos para facilitar así la comprensión.

Durante el primer período, Lacan escribe un artículo fundamental para proponer su concepción en torno a la formación del yo: El estadio del espejo. Estadio que inaugura el momento articulador de lo Real, con lo imaginario y lo simbólico. En un primer momento, el bebé desvalido motoramente y dependiente por lo tanto de la madre, ve por primera vez en el espejo, o sea en el otro, una imagen anticipada que articulará una visión global de su cuerpo, un cuerpo fragmentado. " Este desarrollo es vivido como una dialéctica temporal que proyecta decisivamente en historia la formación del individuo: el estadio del espejo es un drama cuyo empuje interno se precipita de la insuficiencia a la anticipación; y que para el sujeto presa de la ilusión de identificación espacial, maquina las fantasías que sucederán desde una imagen fragmentada hasta una forma que llamamos ortopédica de su totalidad y a la armadura por fin asumida de una identidad enajenante que va a marcar con su estructura rígida todo un desarrollo mental" ¹¹²

Entonces, la imagen corporal es la primera representación de sí, pero ésta imagen es la del otro, se trata de un cuerpo vacío, el caparazón deshabitado al cual Freud llama *Ur-ich*, es un cuerpo que es dado por el otro y es reflejado en el otro. Esto es precisamente a lo que Lacan denomina el primer narcisismo, un narcisismo que está ligado estrechamente con lo corporal, con esa primera imagen que permitirá la organización del conjunto de la realidad. Esta identificación primordial es antecedente y causante de la identificación con el otro, un otro que tiene capturada su imagen y con quien tratará de rivalizar para que surja la "propia".

¹¹² Lacan, J. (1949). El estadio del espejo como formador . en: Escritos I, Siglo XXI, Buenos Aires, pp 90

A lo largo de este período, Lacan llega a 4 proposiciones fundamentales:

- a) El yo queda reducido al narcisismo: en ningún caso es asimilable a un sujeto del conocimiento en el marco del sistema "percepción-conciencia". El yo no es más que esta captación imaginaria que caracteriza al narcisismo.
- b) El estadio del espejo está ubicado en el nacimiento del mismo yo.
- c) Narcisismo y agresividad se constituyen en un único tiempo, que sería el de la formación del yo en la imagen del otro.
- d) El yo tiene una estructura paranoica, es un lugar de desconocimiento; es decir que yo no reconozco lo que está en mí, lo veo fuera en el otro."¹¹³

Si en el período anterior, Lacan ponía énfasis en lo imaginario, en este segundo (1953-1958) se centrará en lo simbólico. Afirmaba que para que el narcisismo se sostuviera era necesario estar colocado en el mundo de lo simbólico, es decir, en el lenguaje y todas sus implicaciones culturales como la prohibición del incesto y el asesinato del padre. Lo simbólico pre-existe al sujeto, sin embargo, para que los signos se inscriban es necesario primero pasar por la imagen corporal en donde se instaurarán los primeros significantes: los de la madre. Ahora bien, la captura de la imagen en el otro, en un otro que a su vez es dueño del deseo provoca una situación de tensión que llevará al niño a querer destruir a este otro que a su vez es él mismo. Sin embargo, es un momento crucial en donde se tiene que escoger entre el dinero o la vida, es decir, entre el permanecer pegado y ser presa de la madre y morir psíquicamente o bien, sacrificar y escoger la vida pulsional con todo sus inconvenientes y convenientes.

En el último caso, es el bebé quien quiere y desea romper con esa bella unidad del cuerpo materno puesto que experimenta la amenaza de ser despedazado y absorbido por ella. " Ve su perfección y su deseo realizado en el otro, a tal punto que en la plenitud de esta pura lógica especular llega el deseo de la muerte del otro. En efecto, semejante relación dual se torna inhabitable, no existe salida satisfactoria en esta relación entre un yo y un yo ideal, ya que no hay subjetivación: el sujeto no se reconoce (en el yo ideal) porque allí se encuentra tan sólo captado. De hecho es el ideal del yo-simbólico el que

¹¹³ Nasio, J.D. (1994), *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del Psicoanálisis*, Ed. Gedisa, pp.77-78

podrá regular las relaciones entre el yo y yo ideal"¹¹⁴ Es en este momento en el que se origina el narcisismo secundario en donde se instaura el orden de lo simbólico a través del deseo de la madre. Es cuando el cascarón (cuerpo) empieza a ser libidinizado a través de la relación con el otro y el niño confirma su imagen como propia aunque haya sido dada por el otro.

La metáfora paterna se hace presente y facilita el rompimiento de la célula narcisista, provocando así la instauración de Eros, personaje objetal que da entrada a la conformación de un ideal del yo, es así, que el sujeto será un sujeto escindido, por una parte está la construcción imaginaria y por el otro la posición asumida en el mundo del lenguaje, esta escisión es en donde Lacan propone el Je y el moi, articulación de lo simbólico con lo imaginario.

A partir de este momento, se establece una relación dual imaginaria que a su vez es mediatizada por el ideal del yo y , es entonces cuando el niño busca ser amado, *colmar los* deseos de su madre e identificarse con su padre en una doble ambivalencia de amor y odio. Estas identificaciones serán la fuente libidinizadora, libido proporcionada por el otro y que tratará de llenar la reciente falta instaurada en el niño, falta que jamás será llenada, yo ideal que jamás será alcanzado, sin embargo existe una insistencia que permitirá precisamente hacer circular al deseo.

La libido para Lacan, a diferencia de Freud, es el deseo del otro, de tal suerte que las organizaciones libidinales serán modos de responder pulsionalmente ante la demanda de los otros. Entonces, estamos hablando de un cuerpo pulsional, el cual estará regido desde el campo del otro y por ende establecerá el predominio de las zonas erógenas. Es decir, las etapas propuestas por Freud ahora dependerán de la mirada del otro.

Ahora bien, no sólo de lo imaginario y lo simbólico se conforma un sujeto, está el registro de lo Real, el cual se instaura también en el estadio del espejo. Retomando la metáfora del espejo de Lacan, lo Real radicaría en no poder mirar mas allá de la imagen, existe un resto que no puede ser mirado en el espejo, puesto que este cae, la imagen que se devuelve en el espejo no es completa puesto que está agujereada, ya que proviene de un ser pulsional que también está en falta, proviene de un sujeto del deseo y que tampoco es capaz de *colmar esa falta*. Es entonces, que "el narcisismo está compuesto por un conjunto de

¹¹⁴ ibidem. pp 80

imágenes investidas que circulan en derredor de una falta; se trata de un montaje en torno a un agujero. Este agujero real representa la causa del montaje del narcisismo, y las imágenes investidas permiten soportar a esta abertura" ¹¹⁵

3.2.2. André Green

André Green es un psicoanalista que se propuso estudiar a fondo el narcisismo y conforme profundizaba se le vino a la mente la idea de considerar al narcisismo no sólo como un estado sino como toda una estructura con una particular metapsicología basada en la freudiana pero modificada en algunos aspectos.

De entrada propone que el narcisismo puede ser entendido como el Deseo de lo Uno, es decir, de una totalidad en donde lo que mas estorba y por lo tanto se trata de borrar es la huella del deseo del otro, de un otro que podría ser un enemigo para el endeble yo del narcisista. Se sabe que el yo y el narcisismo son consustanciales, el yo, como bien formula Freud, es una superficie destinada a recibir las representaciones del objeto y los afectos. El yo no se puede representar a sí mismo porque se trata de una instancia, sin embargo, goza de representaciones, pero de representaciones que solo conciernen al objeto, a pesar de que se disfracen de representaciones yóicas investidas narcisistamente, tal podría ser entonces el caso del cuerpo.

Los narcisistas, dice Green, son sujetos lastimados, carenciados de un narcisismo sólido. En el mejor de los casos, el bebé puede identificarse o bien con la madre o bien con el padre, pero no todos experimentan la misma suerte, es decir, si el niño no logra identificarse completamente con uno de los dos padre debido a una decepción entonces no le quedará otro camino que amarse a sí- mismo y tomarse como objeto. Pero nunca el yo puede remplazar satisfactoriamente al objeto por lo que surgirán problemáticas y manifestaciones complicadas.

Para Green, el narcisismo primario absoluto es una ilusión. Desde el nacimiento existen identificaciones primarias llamadas narcisistas, "El yo se fusiona con un objeto que es mucho más una emanación de él mismo que un ser distinto reconocido en su alteridad. Si esta fusión con el objeto, es decir, en el periodo en que el yo se distingue del no-yo y admite la existencia del objeto en estado de separación, ese modo de funcionamiento

¹¹⁵ ibidem, pp.84

expone al yo a innumerables decepciones."¹¹⁶ Estas decepciones o desilusiones ocasionaran, entonces, que los objetos se neutralicen cada vez más y el yo se vaya engrandeciendo. Esta ego-sintonía como la llama Green será el narcisismo positivo, pero éste efímero placer de la soledad se topará pronto con sus límites y entonces el sujeto reiniciará una búsqueda de fusión con cualquier otro objeto con el fin de regresar a una escena primaria. Sin embargo este narcisismo de vida no durará por mucho tiempo, la fusión con el objeto se volcará en odio, rencor debido a una nueva decepción o desengaño como con el objeto primordial, es así que continúa la búsqueda pero ahora no hacia un objeto sino a la nada, buscar el exterminio pulsional es la nueva meta. Esto es el narcisismo negativo o de muerte.

Este autor propone al narcisismo como una estructura que se ubica en relación a la castración, entre la forclusión propia del psicótico y la desmentida que se caracteriza por la represión de la represión. Estos sujetos narcisistas comparten entonces muchos rasgos con los psicóticos y con la neurosis obsesiva, de hecho, se propone llamar a esta estructura neurosis narcisista.

El narcisista se caracteriza principalmente por la renuncia de lo pulsional, la megalomanía y la distorsión perceptual de la realidad. El narcisista sueña con el nirvana, posición en donde todas las tensiones son rebajadas a cero, evidentemente la pulsión de muerte es el personaje principal y para que éste pueda extenderse a sus anchas debe existir, como mencionamos anteriormente, un sacrificio pulsional, se renuncia al placer y al displacer, al dolor y al goce, de tal suerte que esto le permita aproximarse al punto cero. Fantasía imposible, ya que a pesar de los sacrificios, el sufrir y el gozar son inevitables puesto que existe una instancia que se los impide: el yugo superyóico.

André Green propone 3 tipos de narcisistas: el corporal, el moral y el intelectual. Esta diferenciación podría resultar peligrosa puesto que estos 3 están estrechamente vinculados entre sí aunque existe un predominio de alguno de ellos.

El narcisismo corporal, como su nombre lo dice, recae sobre el sentimiento del cuerpo, sobre esa representación de objeto (recuérdese que toda representación es de objeto) investida narcisístamente. Este narcisismo podría estar vinculado con las personas con enfermedades psicosomáticas. Cuando cierto objeto se vuelve en un objeto-trauma, es

¹¹⁶ Green, A. (1993), op.cit. 22

decir en una amenaza, el narcisista intentará neutralizarlo a través de pulsiones de destrucción, y tanto el objeto como el yo se anulan, se tiende a la nadaización, éste proceso sería el caso extremo, sin embargo, existe otra posibilidad, la enfermedad corporal, en donde la demencia recae en el soma a falta de objeto externo. Volveremos a este punto mas adelante

Del otro lado, encontramos el narcisismo intelectual en donde lo pulsional es canjeado por lo intelectual, el conocimiento y el saber se han mudado en goce autoerótico, como si fuera una manera de dominio que trae consigo la omnipotencia del pensamiento. Por último, el narcisismo moral, se refiere a ese sujeto que pretende ser intachable que hace de su moral un goce. En este narcisismo en especial, el ideal del yo y el superyó son los encargados de sacarlo de sus laureles. "El narcisista moral no ha cometido otra falta que haber permanecido fijado a su megalomanía infantil, y estará siempre en deuda con su ideal del yo. No se siente culpable, sino que tiene vergüenza de ser sólo lo que es o pretender ser mas de lo que es." ¹¹⁷

En suma, la vergüenza del narcisista radica en estar dotado de una vida pulsional, vergüenza que se manifiesta a través del cuerpo, como las cefaleas, insomnios o gastritis, a través de lo intelectual, con problemas de concentración o escasa retención al leer, o en lo sexual, con el horror al sexo y empobrecimiento de las relaciones objetales. Estas manifestaciones se presentan en cualquier tipo de narcisismo, porque como se dijo se vinculan entre sí. Por ejemplo, el narcisismo moral y corporal están íntimamente ligados. "En el narcisismo moral el infierno no son los otros sino el cuerpo. En el cuerpo resurge el otro, no obstante el intento de borrar su huella. El cuerpo es limitación, servidumbre, finitud. Por eso el malestar es primordialmente corporal, que se expresa, en estos sujetos, en la sensación de no haber bien en su pellejo." ¹¹⁸ No sería por lo tanto descabellado pensar que la enfermedad corporal pudiera ser manifestación de un castigo superyóico, al pensar que el cuerpo es objeto de la inmundicia pulsional y por lo tanto delator de su inmoralidad.

Si el narcisista puede hacer callar sus fantasmas, su cuerpo lo pondrá en evidencia, a él no lo puede callar y por lo tanto será su sepulcro. Al parecer estos individuos tienen la idea de que su cuerpo es el signo del pecado, la tumba del alma, por lo que entonces su liberación radicaría posiblemente en la destrucción de su cuerpo a costa de su propia vida

¹¹⁷ ibidem, pp.172

¹¹⁸ ibidem, pp 180

con el fin de llegar a la pureza. Con esto se podría pensar en una especie de masoquismo, sin embargo, la diferencia radica en que el masoquista hace de su sufrimiento un goce y el narcisista no busca el sufrimiento, sin embargo no lo puede evitar, mas bien este sufrimiento sería el medio para lograr su fin. Entonces, la enfermedad corporal puede ser el medio para llegar a su principal objetivo, a un fin que persigue un fantasma que quiere ser puro, estar sólo y renunciar al mundo y sus avatares, a sus placeres como a sus displaceres.

¿Qué pasa cuando su ideal del yo, constructor principal de su organización yóica, cae? Es posible que recurra al ver perdido el ideal del yo a un yo ideal, a un narcisismo primario absoluto? Si el narcisista recurriera a esto último, entonces se tendería a la anulación del objeto y del yo, puesto que el yo es también representación objetal, por lo tanto ¿sería posible que se suscitara un autismo? Pues bien, la enfermedad corporal puede ser una salida hacia la pureza, sin embargo existe otra posibilidad: la intelectualización. No es raro que el narcisismo moral se alie con el narcisismo intelectual. Este último podría cumplir la función de una sublimación, el leer puede ser también una manera de apartarse de la realidad y reconstruir otra, sin embargo, según Green "la actividad intelectual constituye una salida para la descarga de las pulsiones agresivas: leer es incorporar una potencia de carácter destructor. Es nutrirse del cadáver de los padres a quienes uno mata leyendo, por la posesión del saber"¹¹⁹

Hasta ahora, hemos tocado conceptos como superyó, ideal del yo, yo ideal, pulsión de muerte y vida, el yo y el ello, pero ¿cómo se entrelaza todo esto para la formación de una neurosis narcisista?

Pues bien, primero es pertinente recordar que la función del ideal es al superyó lo que la pulsión es al ello y la percepción al yo, según plantea Freud. Entonces, en un primer momento todo son pulsiones que se albergan en el ello, pulsiones de vida y de muerte que luchan entre sí, las pulsiones de vida estarán a cargo de Eros quien tratará de propiciar las relaciones objetales, relaciones que están dotadas de fuertes influencias ellóicas. Antes de esto, el bebé se encuentra en una posición de completud, en donde la madre colma sus necesidades primordiales. Es decir, el bebé es el Uno del otro, un otro que tiene deseos. "El fantasma de la madre, el cual se constituye por su deseo infantil de tener un hijo del padre o madre, sexo del hijo imaginario, aceptación del propio sexo, lugar que el deseo del

¹¹⁹ ibidem. Pp.180

marido, padre e hijo, ocupa en su deseo, deseo de este deseo"¹²⁰ serán los principales constituyentes de la psicosexualidad del individuo. Es así, que de los padres dependerá la rigurosidad del superyó y la idealización, valga la redundancia, del ideal del yo. El ideal del yo del narcisista moral se edifica sobre los vestigios del yo ideal, sobre una potencia de satisfacción omnipotente, idealizante que nada sabe de las limitaciones de la castración, y que por lo tanto guarda menos relación con el complejo de Edipo que niega.

Green sitúa la estructura narcisista al igual que los demás frente a la castración. El narcisista no solo acepta la separación de lo Uno y lo otro, la abole, no quiere reconocer la diferencia y con la supresión de la diferencia primera (Uno y otro) se suprime también la diferencia sexual, para ellos es necesario prescindir del objeto porque es signo de falta, el buscar un objeto es reconocer que se está en falta y se necesita complemento, por lo tanto, se recurre a la autosuficiencia, lo que querría decir que se es un ser asexual, que no necesita de nadie, lo cual se relaciona con la muerte. "La completud narcisista no es signo de salud, sino espejamiento de muerte. Nadie es sin objeto. Nadie es lo que es sin objeto."¹²¹

La angustia de castración será sobrellevar la mejor protección que el narcisista puede colocar: la autoprivación. Su frase sería según Green: "No me pueden castrar porque ya no tengo nada, me he despojado de todo y he puesto mis bienes a disposición de quien quiera apropiarse de ellos. Y en la mujer el razonamiento sería: "No tengo nada, pero tampoco deseo nada más que esa nada que tengo" ¹²² Es así, que estas renunciadas revelarán un suicidio lento que será sorteado a lo largo de la vida, el narcisista se coloca en una posición neutra, no puede ser lo Uno aunque aspire a eso, pero tampoco será lo Otro. No busca ni placer ni displacer, no es hombre ni es mujer y su aspiración es la nada. Él es el objeto neutro.

El género neutro está dominado por el fantasma del narcisismo primario absoluto, nótese que es sólo un fantasma porque ese estado nunca existió, este estado es sólo una ilusión que es vivenciada aprés-coup. Se aspira a la nadización psíquica, en que el no ser nada aparece como la condición ideal de la autosuficiencia. El narcisista no busca ser Uno ni otro sino único, no pertenecer a ninguna categoría ni a ningún grupo.

¹²⁰ *ibidem*, pp.199

¹²¹ *ibidem*, pp.187

¹²² *Ibidem*, pp.187

3.2.3. Joyce McDougall

No siempre el estar enamorado de sí mismo significa estar en la plenitud, gozar de un autoerotismo o autosuficiencia, esa es la percepción de los demás, como si envidiaran esa posición de abstracción y soledad, sin embargo, la vida del narcisista es un drama que se vive tormentosamente. El tomarse a sí mismo como objeto trae consigo innumerables decepciones, las cuales harán revivir la decepción infantil con respecto a los padres.

Según McDougall, El amor por sí-mismo implica la ausencia de un reconocimiento primordial: el de la madre, mirada que si es dirigida hacia el bebé provocará una imagen especular la cual irá impregnada de deseo materno, pero sí, en el caso de los narcisistas, la mirada materna es velada, es una mirada que no refleja nada, sino que por el contrario trata de reflejarse en el niño como un intento de encontrar su propia imagen, entonces la imagen del niño dada supuestamente por el otro, se caracterizará por su fragilidad e inestabilidad que pone constantemente en peligro la integridad narcisista. Se podría pensar que esto estructuraría una psicosis como plantea Lacan, sin embargo la actividad psíquica no tiene un sólo y único camino, existen innumerables virficciones posibles que comparten veredas entre sí, es por eso, que el narcisista comparte muchas características con los psicóticos, una de ellas es la falta de un cuerpo simbólico, es por eso que precisan la presencia de un otro.

Ante la deficiencia de una imagen especular, el narcisista irá formando barreras protectoras que salvaguardarán su propia integridad, será una manera de mantener una homeostasis narcisista. Las defensas que presentan estos sujetos pueden variar y ser en extremo contradictorias. Una de ellas, y la más dramática, es escoger el camino de la muerte antes que enfrentarse con una imagen vacía, con un cuerpo que a pesar de estar integrado carece de libidinización, como bien propone Lacan en el estadio del espejo, es como si se enfrentara con el ur-ich, ese caparazón vacío carente de imagen, pero que no llega al grado de desatar una psicosis.

Otra defensa radica en apartarse del mundo, evitar toda relación objetual que pueda amenazar el frágil equilibrio narcisista. Alejarse psíquicamente, evitando la representación de objetos. Aunque el sujeto esté rodeado de personas, estas sólo existirán si están presentes, es decir, en materia, puesto que una vez alejada su presencia, estos sujetos no existirán para el sujeto narcisista. Estas personas viven su cuerpo como vacío, entonces la

relación con un otro podría ocasionar el llenado de "afecto" o materia indeseable, es llenarse de ese objeto, llenado que no es vivido satisfactoriamente, al contrario podría ser que ese llenado al no ser simbolizado entonces sea destructivo, significa la invasión de una plaga que no permite el florecimiento de sí-mismo, significa el devoramiento de los otros de ese-mismo. O bien, se puede instaurar una defensa, que sería la contraparte de la anterior, aferrarse a los objetos de tal manera que cualquier otro pueda servir de espejo en búsqueda de la imagen ausente, pero como alguna vez dijo Ovidio a Narciso. "crédulo niño, para qué esos vanos esfuerzos ... El objeto de tu deseo no existe." Es así, que este narcisista se sentirá todo el tiempo angustiado por la posibilidad de algún día perder ese objeto, de hecho, como cualquier otro puede ser su espejo, hasta la mas mínima agresión es percibida como una fractura en el ser, como si poco a poco fuera perdiendo cada parte de su precaria imagen.

Existen narcisistas que tienen una compulsión a cambiar de objetos continuamente y estos, en lenguaje winnicottiano servirían de objetos transicionales que aunque tardíos protegen la homeostasis narcisista, no importa el objeto, no existe el afecto, no hay una relación propiamente dicha, la meta consiste en nunca correr el riesgo de estar sin uno, puesto que de lo contrario los estados angustiosos y depresivos se presentarán de forma continua. El narcisista no tiene la capacidad de elaborar un duelo entonces al no tener espejo, el ser se desploma. El narcisismo como dice McDougall, es la enfermedad del sí-mismo. El problema radica en la representación de los otros y sobre todo del sí-mismo. "Los narcisistas se caracterizan por poseer organizaciones de carácter marcadas por estados depresivos o angustiosos poco elaborados o con un fuerte potencial psicosomático. Este sistema que puede describirse como la ilusión de bastarse a sí-mismo, de ser invulnerables, también puede incluir los ideales del yo mas variados, que van desde metas de tipo crítico a metas de tendencia criminal"¹²³ Ideales de todo tipo ya que carecen de uno en especial puesto que nunca existió. Es por eso, que el sujeto narcisista será incapaz de elaborar un duelo puesto que existe la imposibilidad de la representación psíquica. Las amenazas sentidas por ellos son de índole primitivo y el ser devorado es un común denominador. Al contrario que en los neuróticos, el sexo y el deseo en vez de confirmar la identidad, la disuelven. Es decir, un narcisista vive la relación sexual como algo que hará trizas su frágil autoimagen, es fusionarse y la fusión forzosamente implica la muerte de alguna parte, que en este caso será la del narcisista, puesto que su yo al no

¹²³ McDougall, (1978a) op.cit , pp.279

poseer representaciones ni identificaciones sólidas se irá desmoronando cada vez más. Se teme a los otros, sin embargo se busca al Otro, con quien mantendrá una ilusión de fusión. Pero, ¿ese Otro no es el mismo? Es por eso, que se inviste la soledad como una manera de encontrarse a sí mismo sin el estorbo de los otros que son la amenaza de separarlo del Otro.

De lo anterior podemos abstraer 5 características propias del narcisista, según McDougall:

- a) Inestable representación de ellos mismos en el seno de una economía narcisista frágil
- b) Incapacidad de tornar significativamente, incluso de representar psíquicamente una situación de ausencia o carencia.
- c) Necesidad de los otros en lo real por incapacidad de lograr una representación interna
- d) Un interior vacío.
- e) Ausencia primitiva de la creación de un objeto transicional capaz de realizar su función y de permitir la realización gradual del objeto para que su ausencia pueda ser tolerada sin un sentimiento de pérdida catastrófica.

Con respecto a este último punto, se puede intuir que existe un blanco en vez de representación psíquica de objeto, es algo que no existe y entonces puede ser ocupado por algo no susceptible a la simbolización, por ejemplo, un síntoma psicossomático, que podría funcionar como un mecanismo de defensa.

Joyce McDougall, realizó varios estudios con respecto al cuerpo y la enfermedad psicossomática y finalmente relacionándola con el narcisismo. Menciona que a falta de elaboración mental el actuar es el sustituto, a esto le denomina acto-síntoma que están encaminados a evitar dicha elaboración. Este actuar se relaciona con un trabajo propio del nivel primario, es decir, antes de ser dependientes del lenguaje, o en lo que en Lacan corresponde a antes de los 6 meses.

Es decir, a falta de palabras se reacciona con el cuerpo. "El cuerpo utiliza una forma primitiva de comunicación mediante el afecto, una lengua arcaica que es decodificada por la madre en el inicio. Si este mensaje no logra alcanzar el registro psíquico, emergen los

(sic) síntomas psicossomáticos" ¹²⁴ En este caso, McDougall estaría en desacuerdo con Lacan en cuanto a su frase de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, ya que reduce la posibilidad de que exista un inconsciente estructurado en base a lo pre-lingüístico que radica básicamente en las sensaciones o vivencias que van más allá de las palabras, por ejemplo, el afecto.

El sujeto psicossomático al igual que el narcisista poseen un cuerpo primario, fragmentado que buscará fantasmas o imágenes que logren la escena de un cuerpo unificado, erógeno, cuestión irresoluble puesto que el afecto es forluido por la psique y entonces es el cuerpo quien responde. "En los psicossomáticos el afecto no encuentra más que un acceso parcial a la psique, quedando enlazado a las representaciones inestables, a medio camino entre el proceso primario y la articulación de la palabra-cosa, siendo entonces el soma el único que da respuesta" ¹²⁵

Como se puede apreciar los psicossomáticos y los narcisistas comparten muchas características y sobre todo en la incapacidad de simbolizar, entonces no sería nada raro que el narcisista tenga una extremada tendencia a enfermar, lo que no quiere decir que sea una regla, puesto que pueden existir narcisistas que formen defensas para proteger el soma. Para esta autora, los pacientes psicossomáticos son sujetos que tienden a reaccionar ya sea con enfermedad psicossomática o con una mayor propensión a las infecciones y los accidentes físicos, cuando enfrentan sucesos traumáticos y situaciones conflictivas derivadas del pasado o presente.

Si bien es cierto, que la aparición de un fenómeno psicossomático no es sólo propio del narcisista, también se presentan en neuróticos o perversos ante la impotencia de simbolizar un evento que rebasa el umbral de protección psíquica.

¹²⁴ McDougall. En: Anghileri, Abelardo., *Cuerpo biológico, cuerpo psicológico según Joyce McDougall*, *Estudios de Psicossomática*, (1995) 3, pp 282

¹²⁵ *ibidem*, pp.283

3.3. Enfermedades narcisistas

3.3.1. Afecciones Psicósomáticas

Ya en el capítulo II mencionamos algunos puntos de vista en relación al fenómeno psicósomático y al goce, en este apartado se tratará de aterrizar el concepto y ligarlo a lo que es el narcisismo.

El FPS es una de las creaciones psíquicas más misteriosas del ser humano, creación que como el síntoma de conversión, la fobia y hasta el brote psicótico son intentos de una sobrevivencia psíquica. Sin embargo, todos estos obedecen a diferentes procesos, en el caso de las afecciones psicósomáticas, los procesos parecen forcluirse puesto que ni obedecen a lo biológico ni a lo psicológico.

Muchos autores coinciden, sobre todo los lacanianos y los de la escuela de París, en que el FPS es una reacción del cuerpo ante la incapacidad de simbolizar algún acontecimiento traumante, es un signo que se instala en lo real y por lo tanto es insusceptible a la interpretación.

Lacan lo relaciona a la escritura, con la particularidad de no ser legible, de no ser cifrado. Mc Dougall caracteriza a las manifestaciones psicósomáticas como situaciones en las que los estados afectivos no pueden ser retenidos, reconocidos, ni nombrados; el afecto resulta forcluido de la psique, con su consiguiente reaparición en el soma. Así mismo, Juan David Nasio propone que la lesión en el órgano tiene que ver con lo real puesto que se ha generado una falla en lo simbólico, tendría que ver con una formación del objeto "a" la cual sufrió una forclusión local del nombre del padre, por lo tanto no tiene significado y es inaccesible a la traducción puesto que no pasa por el deseo del otro, ni pasa por los objetos que nos ligan a esos objetos.

Es así, que la magia de la concepción psicósomática de hace algunos años desaparece, el intento por buscar significado a esta enfermedad provoca que los teóricos asocien el fenómeno psicósomático con alguna fijación en las etapas psicosexuales infantiles. Pierre Marty y Fain (1964) han llegado a pensar que el FPS tendría que ver con una fijación anal, donde el erotismo estaría ligado a la retención del objeto en el interior del cuerpo, que sólo puede encontrar su plena expresión y satisfacción si existe una división neta entre actividades mentales y dinamismo somático.

Esta idea de buscarle sentido a la enfermedad por parte de los teóricos es el mismo sentido que buscan los enfermos al ser irrumpidos por alguna enfermedad psicosomática entonces se trata de impregnar de alguna vivencia psíquica para así darle sentido y calmar la tensión y la angustia psíquica, angustia y tensión de no saber la causa ni el sentido de ese suceso extraño que se instaura en el cuerpo sin previo aviso.

Los psicólogos de la salud asocian muchas veces la aparición de estos fenómenos con el nivel de estrés que sufre un sujeto, pero el hecho de que las situaciones estresantes causen en ciertos individuos, por ejemplo, un hiperfuncionamiento gástrico no nos dice porqué sucede, ni porqué la mayoría de las demás personas resulten afectadas de igual manera. El hecho consiste en buscar que situación le causó estrés, porqué en ese momento preciso brotó la afección y porqué sigue brotando en diferentes circunstancias. Evidentemente esto es muy difícil debido a que no es tarea fácil discernir la fantasía y su posible correlación con la enfermedad.

La aparición de una enfermedad psicosomática tendrá que ver con un mecanismo primitivo, es decir, del orden de lo pre-verbal, es un acontecimiento que no ha logrado transformarse en proceso auténticamente simbólico, capaz de representarse psíquicamente.

Los FPS no son propios de una estructura en particular a pesar de que autores como Joyce McDougall y André Green proponen a la estructura psicosomática como una estructura borderline, es decir estructuras que no logran, valga la redundancia, estructurarse firmemente, sino que siempre se quedan al límite de la estructuración en cuanto a perversión, neurosis o psicosis. Todas las personas somos susceptibles a estas puesto que en ocasiones un suceso rebasa nuestro umbral psíquico y la impresión se descarga mediante el actuar del cuerpo, es un momento en que lo psíquico y lo somático se separan, no existe relación entre ellos, es decir, se traspasa la barrera psíquica.

Joyce McDougall narra un suceso de uno de sus pacientes que fue a la guerra y ejemplifica muy bien la aparición del fenómeno psicosomático. Este sujeto presenció el estallido de un fusil que le quitó la vida a su compañero de combate, en ese momento el sujeto se desfalleció y al volver en sí percibió que su cuerpo estaba estallado de ronchas, es así, que ante la incapacidad de mentalizar el suceso el cuerpo forma y reacciona con una defensa. Ésta es sólo una de las posibilidades, no es necesario una impresión así de

fuerte para que ocurra, lo que vale es lo que el sujeto considere una impresión fuerte, que puede ser hasta la sola presencia de alguien o la presentación de un trabajo que implique gran responsabilidad.

Como dijimos antes, la afección psicósomática no es propia de una estructura, sin embargo existen personalidades o estructuras que tienden más a psicomatizar, este es el caso de los narcisistas o más aún de los psicósomáticos.

Los narcisistas tienen dificultad en representar psíquicamente a los objetos y a sí mismos, dificultad que finca sus comienzos en la interacción madre-lactante, la mirada materna está velada y por tanto se excluye al hijo, o bien la madre busca su propia imagen en el hijo. Es así, que el resultado es una imagen narcisista endeble que impedirá al sujeto establecer relaciones objetales sólidas, entre otras cosas.

Existen vacíos psíquicos que probablemente pueden ser colonizados por una afección psicósomática que a su vez dará cuenta de la existencia de un órgano a través del dolor. Se trata de esos órganos psicóticos que pueden llegar a ser libidinizados y producir hasta cierto goce a partir de esta sensación física (dolor), sensación que podrá poner en contacto el soma y la psique

Ya Piera Aulagnier mencionaba la importancia de las primeras experiencias somatopsíquicas en la representación de un cuerpo unificado, si el narcisista, por así decirlo no tuvo una madre traductora de ese sufrimiento o sensaciones, entonces existirán partes del cuerpo sin catectizar, entonces el dolor que puede producir una enfermedad psicósomática podría ser el comienzo de la conformación de la gestalt corporal. O bien, si retomamos a André Green, no sería algo que reconduciría a la vida sino a la muerte, es decir, la irrupción en lo somático puede ser el medio para sacar de sus laureles al narcisista que pretende mantenerse en un yo-ideal, llevándolo así a tornar su narcisismo positivo en negativo o de muerte. Entonces la diferencia entre McDougall y Green es que, para la autora la enfermedad psicósomática es un paso hacia la vida, hacia la conformación de una imagen que puede incluir a sus partes corporales, mientras que, la otra posibilidad del surgimiento de la afección podría ser, en el caso del narcisista, que al perder un amor objetal entonces viva esto como una frustración o una pérdida narcisista a tal grado que entonces el vacío que se instala es ocupado por una enfermedad psicósomática grave, lo que provoca que la ilusión narcisista se rompa. Ahora bien, si en el

narcisista irrumpe una enfermedad y éste la incluye en su ser, es decir, se la apropia, entonces podríamos suponer que ésta es dada por un otro y por lo tanto interpretable y por lo tanto también nos daría noticia de la existencia de un cuerpo.

Para Rechardt (1984) "Una experiencia imprevista y repentina produce un caos en la economía libidinal del yo de una manera diferente. Ella despoja a la libido del yo, es decir, a la libido narcisista, de sus objetos narcisistas. La libido del Yo sin objeto movilizadora de este modo flotará, por así decirlo, libre y no ligada." Es decir, ante la incapacidad de representación se imposibilita la ligazón libidinal.

3.3.2. Estructura Psicosomática

En el apartado pasado mencionamos que la enfermedad psicósomática no es exclusiva de ninguna estructura, sin embargo haré un esbozo de la teoría de aquellos que proponen una estructura psicósomática y las dificultades que este enfoque acarrea al tratar de esclarecer éste fenómeno. Pues bien, las estructuras psicósomáticas guardan mucha relación con las narcisistas, como hemos venido mencionando a lo largo del capítulo, el problema consiste en no haber logrado una representación de objeto materno y pasan su vida tratando de vencer dolores físicos y psíquicos así como su madre se lo procuró desde un inicio.

Fain y Kresiler (1970) realizaron una investigación con bebés que presentaron afecciones psicósomáticas desde los primeros meses de vida. Las madres de estos niños, que padecían de insomnio, se caracterizaban por cumplir la función de un caparazón protector en donde los estímulos externos no podían llegar al niño. La madre en su obsesión por salvaguardar la vida del infante, hacía de su vida una burbuja impermeable, lo cual traía y trae como consecuencia que el niño no adquiera la capacidad de desarrollar una forma primitiva de actividad psíquica. La fantasía y el autoerotismo no se hacen presentes y lo que está presente y nunca ausente, es la madre.

Los bebés son instalados en una especie de narcisismo primario absoluto, en donde las únicas satisfacciones posibles están en contacto directo con la madre, lo cual imposibilita que el niño sufra una desinversión que permitiría entonces una fantasmización o simbolización de la madre ausente.

Otro posible "patrón" que presentan las madres de los sujetos psicossomáticos tendría que ver con una actitud hipercastrante con los hijos, en donde toda manifestación autoerótica es suprimida, por ejemplo, la succión del dedo índice entre otros, el niño tiende entonces a crear un objeto prematuramente erótico que no sea prohibido por la madre, este es posiblemente el caso de los niños con mericismo que regurgitan y vuelven a tragar de continuo su contenido estomacal hasta que se produce una deshidratación y agotamiento. "Estos niños logran desinvertir su sensorio Pero hay, pese a ello una serie brecha simbólica, por cuanto la ausencia de la madre no es compensada psíquicamente de ninguna manera, sino por completo desmentida" ¹²⁶ Esta protección ante sus propios impulsos (autoerotismo) y ante los objetos externos imposibilita lograr una representación objetiva de los otros y de su cuerpo.

En fin, el problema de estos sujetos radica en dejar al bebé demasiado o muy poco espacio psíquico para ser mentalmente creativo por cuenta propia, para ir regulando sus procesos somatopsíquicos o para relacionarse con su mundo circundante.

Ahora bien, para Joyce Mc Dougall el punto clave para la conformación de una estructura psicossomática es la ausencia primordial de afecto, forma primitiva de comunicación entre la madre y el hijo, la cual si no llega a ser traducida o decodificada por la madre, entonces su única manera de comunicarse será a través del cuerpo, -si es que existiese un cuerpo, puesto que precisamente el problema es la ausencia de representación - que en el caso del psicossomático carece de representación y por lo tanto es inexistente para su yo, es por eso que se dice que el psicossomático es un sujeto, según los clínicos, que se caracteriza por hacer caso omiso de los signos corporales y aflicciones psíquicas. Es así que " la transmisión de la reacción afectiva sería aportar a la psique informaciones precisas acerca del cuerpo y de sus necesidades mas urgentes, así como advertirlo de una situación de estrés psicológico o de privaciones futuras"¹²⁷ Los procesos orgánicos patológicos sólo hallarán representación psíquica a partir del momento en que cause un dolor físico, dolor que servirá de vínculo entre el soma y la psique puesto que da noticia del existir en esa parte. El psicossomático busca ser en una sola parte de su cuerpo, mientras que el narcisista es todo un cuerpo, aunque vacío.

¹²⁶ McDougall, J. (1978), op.cit. pp. 328

¹²⁷ *ibidem.*, pp.389

La idea del pensamiento operatorio y la alexitimia propuestos por Marty, siguen vivos y son unas de las características que distinguen a estos sujetos. La alexitimia se refiere a la incapacidad específica del sujeto de nombrar sus estados afectivos o de reconocer la existencia de su afectividad. Es por eso que se puede constatar que una persona de carácter psicossomático Según Bergeret (1970) es un individuo que tiene una hiperadaptación a la realidad, se le considera prudente y equilibrado, sin embargo se puede percibir que en su discurso hay una faltante, por ejemplo: hablan de sus parejas sexuales como refiriéndose a esas madres que los alimentan y de las que dependen de forma desesperada, como si en sus parejas buscaran a esas madres hipersacadoras, entonces su búsqueda en la vida es una búsqueda de un eco de la "pseudo-relación" primitiva, en donde la madre tiene que estar presente en lo real debido a la incapacidad de representarla psíquicamente. El aferramiento a los objetos es una cuestión de búsqueda de protección de identidad, búsqueda de ser en una parte del cuerpo no a través del deseo sexual ni del afecto sino de la presencia de un otro, presencia siempre presente pero en lo real.

3.3.3. La Hipocondría

Muchos han sido los cuestionamientos que en torno a la hipocondría se han originado. Algunos autores la llaman "la melancolía del órgano, otros lo sitúan como una solución psíquica ante la paranoia y otros lo asocian con la sobreinvestidura y el sadomasoquismo, en fin, muchas son las posturas pero todos coinciden en que la hipocondría es una afección de índole narcisista. Ya Freud, desde 1894 empezó a interesarse por esta afección y la consideró como una angustia que estaba ligada al cuerpo, recordemos que para el padre del psicoanálisis, la angustia era una excitación estrictamente somática la cual no lograba representarse psíquicamente y tenía como único camino la descarga sobre el cuerpo. De hecho, Freud en 1912 llegó a considerar la hipocondría como una tercera neurosis de angustia, pero 2 años mas tarde con la introducción del concepto de narcisismo ésta afección adquirió un nuevo sentido y un nuevo estatuto que se ubicaba en lo económico y lo tópico.

En relación a lo económico mencionaba que se trataba de un retiro de la libido objetal sobre un órgano en específico, el cual era investido narcisísticamente y cumplía la función de una zona erógena. Su hipótesis se refería a una especie de éxtasis de la libido del yo que sería fuente de displacer por existir una investidura insuficiente. En "Introducción al

narcisismo" Freud dice: "La hipocondría se exterioriza, al igual que en la enfermedad orgánica, en sensaciones corporales penosas y dolorosas, y coincide también con ella por su efecto sobre la distribución de la libido"¹²⁸ No obstante, esta declaración no basta para ubicar la afección narcisista puesto que existe entonces el riesgo de no saber diferenciar un síntoma psicósomático con un síntoma hipocondríaco y hasta con la melancolía.

La hipocondría comprende una serie de dolencia "imaginarias", es decir, sin fundamento médico o biológico aparente. Existe el predominio de libido yóica puesto que la libido objetal ha sido desplazada. El hipocondríaco inviste una zona del cuerpo que adquiere el valor de órgano sexual en estado de excitación, puesto que la erogeneidad es una propiedad general de todos los órganos, cualquier parte del cuerpo puede ser investida como un órgano genital dolorosamente sensible.

Después de Freud muchos fueron los teóricos que propusieron una nueva definición con su correspondiente metapsicología. Es así que se pueden vislumbrar diferentes posiciones. Melanie Klein (1940) formula una hipótesis que se enfoca en la problemática de las relaciones objetales desde el nacimiento lo que la induce a pensar la hipocondría como resultado de una escisión del objeto y su proyección. Es decir, parte de la idea de que la hipocondría está ligada a una falla en la posición esquizo-paranoide y depresiva. En sus estudios sobre la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos, ella distingue dos variedades de síntomas hipocondríacos: paranoides como son los dolores que corresponderían a los ataques fantasmáticos causados por los objetos persecutorios internos contra el yo y el síntoma hipocondríaco depresivo, los cuales provienen de los ataques de los objetos malos internos y contra los objetos buenos. Esto correspondería a un conflicto interno donde el yo se identifica secundariamente al sufrimiento de los objetos buenos. Entonces la base de la hipocondría sería la angustia ligada a los ataques por parte de los objetos internalizados (pene, seno y padres) en donde la pulsión de muerte se hace presente para proyectarse sobre esos objetos. Es así que las partes del cuerpo aparecen identificadas a objetos internos que sufren o hacen sufrir, la hipocondría oscilaría entonces entre la envidia y el rechazo de la frustración.

Para Heimann (1955) la hipocondría es una enfermedad narcisista en donde el sujeto prefiere amar al objeto interno representado por una parte de su cuerpo que le preocupa más que los objetos externos. El objeto interno es vivido como algo amenazador, por lo

¹²⁸ Freud, S. (1914) op.cit., pp.80

tanto se le odia y vigila constantemente. La culpabilidad será representada por una necesidad de castigo que satisface el sufrimiento consciente provocado por el órgano enfermo.

Según Heimann, el estado hipocondríaco puede esquematizarse de la siguiente manera:

- frustración por el objeto externo (seno), sea real o imaginario.
- Miedo a la persecución del objeto que se odia por considerarse peligroso.
- Abandono del objeto y búsqueda de satisfacción en los órganos corporales
- La limitación de satisfacción obtenida provocará una sobreinversión compensatoria, o sea una idealización del órgano y la libido.

Ahora bien, al principio mencionamos que algunos autores asociaban a la hipocondría como la melancolía del órgano, entre estos está P. Fédida (1972) quien propone a la hipocondría como un efecto de la melancolía, en donde el órgano del cuerpo sería el encargado de cumplir la función melancólica del duelo. Según sus lineamientos, la hipocondría sería testigo de un pensamiento hermético adquirido por una mala experiencia autoerótica de su cuerpo por retiro y éxtasis de la libido, la cual proviene de la depresión obsesiva de las angustias maternas.

Muchos autores coinciden en que la estructuración de la hipocondría tiene sus orígenes en la relación madre-hijo. Las madres de estos sujetos suelen ser, generalmente, madres melancólicas que, encerradas en un narcisismo patológico, omiten al padre y tratan de incorporar al hijo como objeto de su depresión. Entonces el niño se identificará y se constituirá como un cuerpo sufriente de su madre, cuerpo enfermo. Es por eso que el discurso del hipocondríaco será el lenguaje del órgano, como bien decía Freud. Entonces el hipocondríaco solo será sujeto a partir de su sufrimiento.

André Green confirma la importancia del objeto como función que encuadra la estructuración psíquica, entonces si el hipocondríaco no puede representar las cosas sino las palabras (a falta de "cosa") entonces su síntoma carecerá de portada simbólica. Es así, que la proyección normalmente dirigida hacia el exterior se dirige hacia el interior y el propio cuerpo es tomado como objeto, pero no como un objeto interiorizado sino como perteneciente al mundo exterior, identificándose así con los órganos de su cuerpo. Estos

órganos al ser libidinizados narcisísticamente provocarán en el sujeto un sentimiento de extrañamiento, y en donde el órgano deviene su propio enemigo. Es precisamente el cuerpo el que devendrá el lugar para negociar las relaciones entre el sujeto y el objeto, así como la relación entre las diferentes instancias psíquicas.

Ahora bien, el órgano se convierte en enemigo a raíz de una "carencia autoerótica o bien un exceso de autoerotismo desplazado al órgano" (Pragier, p.86) Sabemos, que normalmente el autoerotismo está sostenido por la representación del objeto, en el hipocondríaco no existe esto sino sólo una satisfacción libidinal de un modo sadomasoquista. Es decir, el órgano hipocondríaco sería el negativo del autoerotismo. " El hipocondríaco no utiliza las zonas erógenas como la piel o los orificios habitualmente implicados en el autoerotismo. Contrariamente al autoerotismo ordinario que permite al sujeto procurarse activamente un goce en la ausencia del objeto, las sensaciones corporales no solamente son dolorosas las cuales se pueden atribuir a un eventual masoquismo, sino que son pasivos, lo que retira entonces de la función autoerótica todo efecto liberador en relación a la dependencia del objeto"¹²⁹

A manera de conclusión se puede decir que la hipocondría proviene de la insuficiente investidura materna, en donde la madre no se propone como objeto sino que toma el cuerpo del hijo para hacerlo presa de su depresión. El niño, a falta de objeto, toma a su propio cuerpo como objeto, cuerpo que es vivido como extraño puesto que siempre ha pertenecido al mundo exterior y nunca a él. Sin embargo se puede sugerir que el hipocondríaco es un cuerpo cuyos órganos serán motivo de identificación. Las heridas narcisistas serán vividas como el sufrimiento de un cuerpo perdido o mas bien como un cuerpo inexistente que provocará fantasmas y delirios. El yo deviene el objeto incorporado, es decir, la madre, y el órgano enfermo representará eso que es proyecto para la madre, el niño, que mas que niño es un órgano doliente.

Podríamos decir, que el síntoma hipocondríaco es opuesto al síntoma de conversión, Freud (1926) decía: "Si el hipocondríaco está invadido por afectos sin encontrar representaciones disponibles, la histérica al contrario logra hacer desaparecer el afecto conservando la representación" Así mismo, mientras que la histérica permanece indiferente a sus síntomas físicos y se preocupa más por sus pensamientos, el

¹²⁹ Pragier, G . "*Enjeux métapsychologiques de l'hypocondrie*", en: Le Guen, Claude (1995), *L'Hypocondrie: Collection des monographies de la revue française de psychanalyse*. Presses Universitaires de France, pp.86

hipocondríaco permanece estático a sus pensamientos e involucra todo su ser en su cuerpo enfermo. De tal suerte, que si la histérica inviste las representaciones cosas, el hipocondríaco investirá la representaciones palabra.

El hipocondríaco comparte muchas características con el psicótico, de hecho, se piensa que el síntoma hipocondríaco es una solución ante el delirio psicótico, el cual es sustituido por un delirio pero en el cuerpo. Según A. Gibeault (1940) "la hipocondría será vista como un proceso, como una tentativa de ligazón, trabajo psíquico y señal de alarma de un peligro en la esfera narcisista"¹³⁰ Mientras que el hipocondríaco toma a su cuerpo como objeto y distorsiona su realidad corporal, el psicótico ni siquiera tiene cuerpo y lo que distorsiona es la realidad misma.

En fin, hasta aquí podemos especular que tanto la hipocondría, la estructura psicósomática, la narcisista como la psicótica son perturbaciones de índole narcisista que se originan en una distorsión en la imagen especular con el otro y en donde la figura materna o bien anula al hijo o bien se lo apropia, - claro con sus diferentes modalidades que es lo que marca la diferencia entre una estructura y otra -, evitando así la representación de un cuerpo unificado y propio.

¹³⁰ Gibeault, A. (1940) "La solution Hypochondriaque", en Le guen, Claude, op cit., pp 97

CAPÍTULO IV. INFLUENCIA DEL NARCISISMO EN LA ENFERMEDAD

4.1. Aproximación a una delimitación de lo psicósomático, somático y orgánico.

Hasta ahora he utilizado indiscriminadamente, más por convencionalismos conceptuales que por convicción los términos de enfermedad orgánica, somática o corporal y psicósomática. Es tiempo que a partir de ahora se establezcan las diferencias para su propia utilización a nivel funcional, lo cual nos llevará a apreciar los límites que indudablemente nos remite al concepto mismo de la enfermedad. Límite que impide la oscilación de una enfermedad a otra si no se toma en cuenta la historia particular de cada sujeto.

Empecemos con la enfermedad orgánica. Ésta es provocada exclusivamente por agentes externos como virus o parásitos- esto a nivel exógeno- y a nivel endógeno por malformaciones o defectos fisiológicos. En este tipo de enfermedades el psiquismo juega un papel secundario para la disolución o mantenimiento de ésta, de tal suerte que no es susceptible a la interpretación o traducción puesto que no simboliza nada en un primer momento. La etiología de la enfermedad es ajena al sujeto y sólo en el momento de apropiársela el psiquismo tendrá cabida, cabida que remite a lo propio, a algo que irrumpe en su corporeidad. Sin embargo, también existe la posibilidad de que el psiquismo juegue un papel primario para la adquisición de la enfermedad orgánica y en donde la representación del yo determinará en gran medida la vulnerabilidad a la enfermedad. Es decir, como sabemos la imagen del sujeto está formada por una serie de representaciones parciales que comprenden juicios valorativos que determinan en gran medida el sentimiento de sí mismo. Si un sujeto se considera una persona débil entonces su representación unificada del yo incluirá todo lo que a su yo pertenezca, lo cual es el caso de sus órganos, entonces si el sujeto dice "soy una persona débil, por transposición, sus órganos sufrirán de una fragilidad que hará al sujeto mas susceptible a la enfermedad.

Ejemplificando: una persona va a un restaurante y pide un platillo de carne de cerdo, sin saberlo se come la carne que está plagada de cisticercos y entonces adquiere una cisticercosis. En este caso el psiquismo del sujeto nada tuvo que ver con la adquisición de la enfermedad, sin embargo una vez adquirida, entonces la historia particular del sujeto en cuanto al dolor, la enfermedad o ciertas vivencias se entremezclaran con dicha patología y

puede ser que dependiendo del trabajo psíquico se pueda o no curar el sujeto. Pero por más que el sujeto signifique su enfermedad por la palabra su enfermedad no desaparecerá, sería más fácil que un fármaco acabara con ella. Si aun con el fármaco no sana entonces otros mecanismos estarían implicados y la dolencia no sería realmente del organismo sino del cuerpo, tal sería el caso de la intervención del psiquismo a un nivel primario, en donde estaría implicada la representación del yo.

Una segunda clasificación de la enfermedad es la de tipo somático en donde el psiquismo juega un papel primario y el afecto se vincula con el cuerpo. Ésta enfermedad si es interpretable y puede ser remitida por la palabra debido a su etiología psíquica. En este caso la enfermedad es símbolo, es decir, psique y soma están aliados con el fin de expresar algún conflicto psíquico a nivel corporal.

A manera de ejemplo podríamos citar un cáncer de matriz, un cáncer que tiene que ver con la historia de una mujer que reniega de ser mujer y por lo tanto es necesario suprimir todo indicio femenino. Cabe aclarar que estos posibles sentimientos son vividos en un nivel inconsciente y la incapacidad de concientizar es lo que en un momento dado se expresará vía corporal como única salida psíquica. Esto es lo que podría llamarse un psico-cáncer a diferencia del cáncer que podría ser un virus que provoca una reproducción desmesurada de células.

Una tercera clasificación corresponde a la tan citada y conceptualizada enfermedad psicosomática la cual aparece por la imposibilidad de representar psíquicamente una experiencia traumática, es decir es un signo que se instala al rebasar el umbral psíquico. La labor del sujeto podría radicar en tratar de representar la ausencia de representación, si esta ausencia se vincula con una historia entonces este signo podría convertirse en símbolo y ser remitido por la palabra. La simbolización a la que me refiero no significa que se pueda generalizar como proponen los psicosomáticos de la escuela de París, sino que la simbolización lograda será única y singular en cada sujeto. A diferencia de la enfermedad orgánica si esta afección que se instala en el organismo sin tener aparente relación con lo psíquico se simboliza gracias a una libidinización o apropiación como intento de representar la ausencia de representación, entonces podrá ser remitida por la palabra. Es decir, si esta enfermedad psicosomática se somatiza entonces podrá existir una cura por medio de la palabra.

Como se puede apreciar eso que solemos llamar enfermedad puede desplazarse de una clasificación a otra, el que la etiología sea orgánica, somática o psicósomática, no significa que sea inamovible, lo que entonces nos lleva a considerar al sujeto enfermo y su historia y no a la enfermedad y su terminología, porque de lo contrario nos veríamos encerrados en un callejón sin salida.

Aplicar la regla teórica de la enfermedad en el enfermo sería reducir la subjetividad del sujeto, sería reducirlo a su enfermedad en cuanto a objeto pasivo. Sami-Ali dice: "La cosa es solamente ella misma y cuando es puesta en relación con otra cesa de ser ella misma. En el momento de la enunciación, la contradicción se desliza en el ser de la cosa, que pierde su identidad, se destruye. Poner en relación equivale a matar: la violencia está contenida en la falta de contacto."¹³¹ A pesar de que este autor se refiere al impasse autista, la frase sería muy elocuente para nuestro estudio si en lugar de cosa ponemos enfermedad, entonces la frase quedaría de la siguiente manera: "La enfermedad es solamente ella misma y cuando es puesta en relación con otra cesa de ser ella misma. En el momento de la enunciación, la contradicción se desliza en el ser de la enfermedad, que pierde su identidad, se destruye. Poner en relación equivale a matar: la violencia está contenida en la falta de contacto."

A mi manera de ver esta cita de Sami-Ali puede posibilitar una doble interpretación. La primera, si la vemos desde el lado del problema de la conceptualización, podemos decir, que la enfermedad, al ser enunciada, encajonada en un tipo de enfermedad, entonces el enfermo pierde su identidad, se destruye en el sentido de apropiamiento y adquiere una enfermedad dada. Si se pone en relación con lo dado entonces se mata y no se moviliza la subjetividad

La segunda interpretación puede sugerirnos el paso a la simbolización. Al ponerla en contacto, al vincularla con algún tipo de afección psíquica la enfermedad puede desaparecer en tanto que de signo pasa a símbolo. Es decir, el signo es algo que carece de movilización, el signo es estático y determinante. Por ejemplo, el signo del cáncer o del SIDA es la muerte, si la enfermedad permanece como signo, la recuperación o una posible mejoría, quedarán descartados puesto que no hay apropiamiento, en cambio si el enfermo se apropia de la enfermedad y ésta se vincula con ciertas creencias psíquicas o fantasías entonces el trabajar con eso facilitará el camino puesto que de signo pasa a símbolo.

¹³¹ Sami-Ali. (1991). op.cit. pp 39

Ahora bien, dichas enfermedades no son propias de una estructura, así como los síntomas tampoco, es cierto que existe una predominancia pero no tienen la exclusiva. Hemos visto a lo largo de los capítulos y en especial con Jean Bergeret que existen en todas las estructuras rasgos obsesivos, psicóticos, histéricos e hipocondríacos entre otros, pues bien, los "tipos de enfermedad" siguen una lógica parecida.

Es muy difícil y prácticamente imposible aislar los hechos para su análisis y lejos de esclarecer la sintomatología se complica cada vez más, sin embargo vamos a tratar de hacer una comparación entre las estructuras que supuestamente son más susceptibles y vulnerables a las enfermedades de índole somático, psicosomático y orgánico. Dicha comparación se torna espinosa debido a que en ciertas estructuras son sólo pequeñísimas diferencias que originan la particularidad, no obstante tomaremos el riesgo para ejemplificar las complicaciones que nos acarrea estudiar la enfermedad en aislado sin tomar en cuenta la historia del sujeto.

Este análisis, más superficial que minucioso, debido a su carácter comparativo, nos permitirá extraer generalizaciones, sumar factores y extraer variables, proceso que impedirá y excluirá la particularidad, exclusión que hace del psicoanálisis un anti-psicoanálisis. Cabe aclarar que con esto no estoy minimizando la labor de algunos teóricos que intentan esclarecer una sintomatología, al contrario, gracias al minucioso análisis se ha logrado avanzar teóricamente, sin embargo al confrontarlo con la práctica hace de la primera sólo una veleta que puede guiar el camino, pero lo que realmente nos va dar cuenta de la patología son las propias vivencias de los sujetos.

Pues bien, no hay que darle vueltas al asunto y agarremos al toro por los cuernos. El análisis se trabajará a partir de las tres estructuras de base: neurosis, psicosis y perversión. En un primer momento se relacionará la propensión a la adquisición, mantenimiento o desaparición de los diferentes tipos de enfermedad en cada estructura para después vincular la influencia del narcisismo en éstas.

4.2. Estructuración psíquica y tipos de enfermedad

El análisis de las tres estructuras de base se desarrollará a partir de los lineamientos tópicos, económicos y dinámicos propuestos por Freud, relación primaria entre madre e hijo, lo cual está estrechamente vinculado al narcisismo, relación de objeto como

consecuencia de la relación primordial, mecanismos de defensa y la noción de cuerpo y su vinculación con los diferentes tipos de enfermedad.

Comencemos por la estructura neurótica que es considerada como la estructura mas elaborada libidinalmente. La estructuración de las neurosis pasa sin grandes avatares las primeras etapas pre-genitales, el momento estructurante se desarrolla a partir de la etapa edípica y dependiendo de la manera en cómo el bebé viva el edipo se irán dibujando o matizando las variedades neuróticas. Es así que el comienzo de la relación madre e hijo durante el narcisismo, es vivido como un momento de completud, la madre desea a su hijo, lo inviste y hace de él un sujeto erógeno, simbólico. Este momento paradisiaco es interrumpido por la intromisión de un tercero, entrada que es permitida por la madre al constatar que ese hijo que antes la hacía sentir completa ahora no lo es. A partir de este momento el bebé busca ocupar ese lugar perdido y comienza a rivalizar con ese intruso que le quitó a su madre. Se desatan fantasías, deseos y acciones que estarán impregnadas de un tono de primacía genital. El niño al ver que no puede meterse con Sansón a las patadas empieza a identificarse con su rival y el ideal del yo empieza a configurarse. El superyó, heredero del edipo, se conforma y se convierte en una instancia perseguidora de los deseos del neurótico.

El conflicto neurótico se sitúa entre el yó y las pulsiones, conflicto que será jugado en el interior del yo, un yo que goza de plena conformación. A pesar de esto el yo puede sufrir algunas dislocaciones a nivel funcional al enfrentarse con situaciones traumáticas que remiten a la vivencia edípica. El yo del neurótico puede sufrir alguna fisura pero nunca será fracturado. Su angustia no radica en la fragmentación sino en la angustia de castración.

Pues bien, el principio de placer en el neurótico está generalmente sometido, aunque no del todo, al principio de realidad. El mecanismo fundante de la neurosis es la represión, una represión que lo estructuró como sujeto pero que al mismo tiempo provocará insatisfacciones, angustias y sufrimientos que lo alejarán cada vez mas de su meta original. No obstante el neurótico es un ser en extremo fantasioso, fantasías y sueños son el medio por el cual tratará de satisfacer sus pulsiones tornadas alucinatorias efecto de la prohibición. Pero el neurótico sufre una gran decepción al experimentar que ni siquiera a nivel de pensamiento puede satisfacer su deseo puesto que es enjuiciado por su instancia superyóica que no se caracteriza por ser precisamente laxa. Pero no todo está perdido para el neurótico puesto que se empiezan a originar movimientos intrapsíquicos que

establecerán compromisos que satisfagan, aunque no por completo, un deseo, es así, que los síntomas se hacen presentes, síntomas que están impregnados de una carga en extremo simbólica, carga que está compuesta por desplazamientos y condensaciones que se alejan cada vez más del deseo original.

El neurótico experimenta su imagen corporal como algo unificado de modo que su psiquismo involucra al cuerpo y el cuerpo al psiquismo. Su cuerpo es un cuerpo libidinizado y erógeno. En esta estructura existe una gran fuerza de componentes eróticos que a lo largo de su vida guiarán su pensamiento y sus relaciones de objeto, relaciones que gozarán de una gran movilidad y variabilidad. Esto nos llevaría a pensar que el problema del neurótico no es un conflicto de carácter tópico, es decir, en la estructuración de las instancias psíquicas, sino en lo económico en donde las investiduras libidinales se preponderan.

Neurosis histérica

A continuación me enfocaré a una variedad neurótica, la histeria y su relación con los diferentes tipos de enfermedad. (orgánica, somática y psicósomática) La histérica hace de su anatomía una anatomía imaginaria, existe una sobreimaginización corporal, un cuerpo erógeno que es susceptible a la somatización. Los conflictos psíquicos se alían con el cuerpo tratando de expresar un deseo a través de una deformación simbólica, es decir, el cuerpo de la histérica habla. El cuerpo histérico responde al fantasma, a un fantasma que tiene que ver con un deseo prohibido para ella, hace de su síntoma un cuerpo. Las investiduras libidinales y la representación objetal en la histeria están inmersas en un mundo rico en objetos. La histérica necesita del otro para poder mantener su propio deseo. Se caracteriza por investir las representaciones "cosa", sobreinvisten los objetos y su identificación se centra en las personas que pertenecen al sexo opuesto al suyo, a través del cual interrogan su propio sexo.

El deseo en la histeria y su manifestación sintomática giran alrededor de la represión primordial, su deseo es el de satisfacer sus pulsiones y fantasías sexuales prohibidas por el superyó, la imposibilidad de satisfacerlas producen síntomas que se asocian con la parte del cuerpo que sintió el deseo. Si la histérica tiende a la somatización y hace de sus órganos un cuerpo, entonces resultaría en extremo complicado distinguir la enfermedad orgánica de la somática y de la psicósomática a su vez, sería como afirmar que existe lo

orgánico puro o lo psíquico puro. De hecho, autores como Assoun y Sami-Ali, proponen que una enfermedad de índole orgánico podría ser un mecanismo que evite un conflicto de índole psíquico, entonces estaríamos hablando de que la histérica tiene un control sobre su propio organismo al utilizarlo como un mecanismo de defensa. Esta situación se complica aún más si pensamos que en ocasiones lo somático hace estragos en lo orgánico y lo orgánico causa estragos en lo somático. Más aún, una enfermedad orgánica puede ser el pretexto para desatar una serie de fantasías en relación al órgano afectado, haciendo de su enfermedad una fantasía. Estas oscilaciones tendrían que ver con lo que Sami-Ali propone en relación al cuerpo imaginario y al cuerpo real, cuerpos que se entremezclan sobretodo en la conversión histérica. Esto no quiere decir, que existan dos cuerpos sino que en la histeria el cuerpo es tan real como imaginario aunque lo real es absorbido por lo imaginario. "Toda sintomatología lleva la impronta de la oscilación entre lo orgánico y lo psíquico, más precisamente entre una formación proyectiva que implica el cuerpo imaginario y la pérdida de ésta formación, a partir de lo cual la sintomatología se compromete con el cuerpo real. Enfermedad y cura dependen de ello en igual medida"¹³²

Neurosis obsesiva

Por otra parte, la sintomatología del neurótico obsesivo difiere en gran medida a la de la histérica aunque en ambos casos domina una economía genital que los estructura como patologías diferentes. Mientras que para la histérica su principal síntoma es la conversión, en el obsesivo es la inhibición.

El neurótico obsesivo se caracteriza por haber vivido una educación rígida cuya intención se basaba en la prohibición de conductas sexuales y agresivas. El conflicto se sitúa al igual que en la histérica entre las pulsiones y el superyó, aunque éste último es desarrollado en el obsesivo con mayor severidad. El obsesivo se distingue por ser un ser objetivo y ecuánime y esto debido a que la inhibición actúa sobre las representaciones pulsionales difíciles de tolerar. La inhibición recibe la ayuda del aislamiento y el desplazamiento para llevar a cabo su acción represiva. Los afectos son separados y vueltos hacia lo contrario, es decir, un sentimiento sexual o tierno se convierte, en el obsesivo, en un sentimiento agresivo. De lo que se trata en el obsesivo es de defenderse de sus delirios y libertinajes infantiles que han sido enjuiciados por una represión cultural severa. El sentimiento es de culpa y trata de limpiar sus pensamientos a través de ritos,

¹³² ibidem. Pp.37

ideas mágicas, pensamientos omnipotentes y hostilidad. Estos síntomas son los que precisamente les permite calmar su angustia.

Represión, inhibición y regresión libidinal son las piedras angulares de los movimientos intrapsíquicos. Es así que la vida fantasmática del obsesivo es en general pobre y tanto su universo onírico como sus capacidades relacionales aparecen rígidas, disecadas y el objetivo es tratar de conservar cierta cantidad libidinal que es más bien de índole narcisista que de objeto.

Pues bien, ¿cuál sería la vulnerabilidad del obsesivo con respecto a la enfermedad? Según las anteriores consideraciones, la enfermedad psicósomática se instalaría con mayor frecuencia por la incapacidad de simbolizar ciertos sucesos traumáticos invadidos de afecto, posiblemente la inhibición del obsesivo sea un factor que facilite la aparición de enfermedades como el asma, la neurodermatitis o las cefaleas. También sería posible pensar que si en cierto momento se le impide a estos sujetos realizar sus ceremoniales entonces surgiría una desorganización en su propio psiquismo y el cuerpo entraría como relevo.

Es muy importante considerar la representación que el sujeto tiene sobre sí mismo y si el obsesivo se califica como un inmoral de pensamiento, entonces esto repercutirá en su ser como algo totalizado incluyendo a sus órganos, por lo que se consideraría merecedor de un castigo inclusive a costa de su propia salud. Se mencionó que el obsesivo tiene pensamientos mágicos, los cuales pueden vincularse perfectamente con la adquisición de una enfermedad, entonces, ¿no podría gozar el obsesivo de un castigo corporal por considerarse inmoral?

No obstante, si el obsesivo psicósomatiza, sería pertinente conocer la experiencia traumática que no pudo tramitar, para entonces trabajar con eso. De qué sirve hacer la diferencia entre lo orgánico, lo psicósomático o lo somático si estos se entremezclan entre sí, si se impregnan de múltiples vivencias, pensamientos y fantasías que hacen que el discernimiento se torne en extremo difícil.

Neurosis fóbica

La tercera clasificación dentro de las neurosis es la fobia y es considerada como la estructura más regresiva de los modos de estructuración neurótica. La libido se mantiene

fundamentalmente en el plano genital y el mecanismo principal es la inhibición. La evolución libidinal corresponde a un simple retorno de una parte de la libido sobre fijaciones anteriores anales y orales precoces.

Los movimientos pulsionales son ambivalentes, es decir, sienten amor y odio con respecto a su objeto sexual debido a las difíciles y ambiguas identificaciones que tuvieron con sus padres, los cuales se caracterizan por operar en el niño una excitación y una interdicción sexual. El niño a pesar de ser muy solicitado en el plano erótico, no sabe cómo conciliar estas provocaciones e interdicciones, no sabe diferenciar quien espera o quien prohíbe el acercamiento erotizado. Por tal motivo, la simbolización es impulsada considerablemente para mantener oculto el deseo de proximidad objetal y la mezcla de erotización y de agresividad. "La relación de objeto sigue siendo próxima; sin embargo, se coloca una pantalla entre el sujeto y el objeto bajo la forma de sustracción fóbica (que evita el objeto) y que es a menudo bastante sutil cuando no se trata de un síntoma mórbido muy evidente; esta pantalla fóbica permite a la vez conservar y evitar el contacto con el objeto representativo."¹³³

La angustia en la fobia es, indudablemente, a la castración, y se manifiesta a través del miedo a que el pensamiento se traslade a la realidad y éste se cumpla, de tal suerte que el pensamiento se desplaza continuamente y es depositado sobre diferentes objetos, siendo ésta una defensa típica de ésta patología.

Es muy común que los fóbicos sufran de angustias flotantes mal definidas y sin aparente lógica, es así que los vértigos y las cefaleas se hacen presentes en ciertos sectores de su vida relacional y sobretodo a los lazos erotizados.

Entonces, la fobia se caracteriza por un cierto fracaso de los procesos de inhibición; "La influencia libidinal, para mantenerse en regla tanto con las exigencias complementarias de la realidad como las del superyó, debe ser atemperado por medio de operaciones complementarias de desplazamiento y de evitación, gracias a la cual la angustia subyacente logra manifestarse moderadamente, justo lo suficiente como para desencadenar la señal de partida de la defensa"¹³⁴ Ahora bien, si en el fóbico se presentan síntomas psicósomáticos como las cefaleas y los vértigos, entonces es posible que se

¹³³ Bergeret, J. (1974), op.cit. pp. 159

¹³⁴ *ibidem*. pp.250

desencadenen fallas en el proceso de inhibición o evitación, y una vez al verse desprotegido ante el objeto fóbico entonces existe una tendencia a psicomatizar.

Psicosis

Prosigamos con la estructura psicótica que es y ha sido considerada como el talón de Aquiles del psicoanálisis. Su análisis y estudio se torna complicado puesto que la falla se origina a partir de una debilidad de la organización narcisista primaria. El conflicto radica en la imposibilidad de que el niño se considere como un objeto distinto de la madre, madre que no concibe al hijo como algo separado o bien que no está dispuesta a cederlo puesto que es una parte indispensable para su propio yo, esto trae como consecuencia que el bebé no pueda reconocer un "yo" del "no-yo", entre el adentro y el afuera. Este apropiamiento del niño se permite gracias a la ausencia de la función paterna, de Ley que deshace esa célula narcisista entre madre e hijo, por lo tanto el niño se instala en una fase autoerótica permanente que imposibilita la construcción de un yo puesto que no existe diferencia entre él y la madre.

Por tal motivo el superyó no puede alcanzar un rol organizador puesto que ni siquiera se construye debido a una falta o una falla en la represión primordial. Entonces queda el ello, un ello que no conoce límites ni ataduras, y es precisamente esto la causa de la angustia en estos sujetos que se enfrentan ante una realidad mediada por sus pulsiones más elementales. Al confrontar sus pulsiones con la realidad ésta última se torna aterradora, le es difícil soportarla, motivo por el cual el psicótico como un intento de defensa, la niega y crea un mundo que se adecue o satisfaga sus necesidades.

El psicótico vive un conflicto interno en el yo (esto sólo en el caso del melancólico) y se fija en una fase autoerótica previa al narcisismo, sus identificaciones son arcaicas y en ocasiones surge la imposibilidad de relacionarse con seres reales por lo que recurren a la creación de seres imaginarios. Sus relaciones tenderán siempre a la fusión, busca una simbiosis como aquella que vive o vivió con su madre.

En la estructura psicótica no existe un cuerpo propio, es algo que no le pertenece, lo percibe como algo fragmentado o inexistente, se trata de un organismo funcional en donde la subjetividad está ausente. Su cuerpo es como un superyó corporal, como bien lo describe Sami-Ali, un cuerpo que sigue normas y reglas establecidas y que se somete a un espacio y un tiempo otorgados por el Otro, único objeto representable.

El psicótico quiere ser el falo del Otro, sin embargo, la imposibilidad de lograrlo causa grandes angustias que van desde el fraccionamiento, la destrucción y hasta la muerte.

Esto es a grosso modo la estructura psicótica, sin embargo dentro de ésta se distinguen 3 variedades que se diferencian entre sí según la vivencia de la escena primaria, éstas son la esquizofrenia, la paranoia y la melancolía.

Esquizofrenia

Empecemos por la estructura que se sitúa en una posición en extremo regresiva: la esquizofrenia. Esta es considerada como la más arcaica en tanto su evolución libidinal como el desarrollo del yo responden al proceso primario puesto que se quedan fijados en la etapa oral.

Las madres de los esquizofrénicos se distinguen por ser madres frustrantes y tóxicas que no permiten que el infans forma su propio espacio psíquico. Piera Aulagnier (1991) menciona que estas madres no pueden investir todo aquello que demostraría que al dar vida se engendra un ser nuevo. "En estas mujeres existe un deseo de maternidad que es diferente de un deseo de hijo. La madre no pudo reprimir una significación primaria de su relación con su propia madre y ello impidió el acceso al concepto de función materna y a su poder de simbolización."¹³⁵ De hecho, P.C. Racamier (1963) define a estas madres como el verdadero yo del lactante. El niño permanece incapaz de ubicarse o reconocerse en un mundo separado de la madre, no puede ni amarse ni amar a los demás puesto que el afecto está ausente y pasa por la vida esperando que la realidad cambie y se adecue a sus pulsiones.

El discurso esquizofrénico carece de ilación coherente según la gramática, su lenguaje es fragmentado así como su yo y ambos se encuentran al servicio de sus pulsiones agresivas. Para Bergeret, (1996) el esquizofrénico no piensa ni habla realmente con palabras sino que actúa con esas palabras como lo haría con los objetos, y esto debido a que objeto y sujeto no están separados.

Entonces como dijimos, la madre captura al hijo y se niega a un tercero, negación que impedirá la entrada a lo simbólico y provocará la fragmentación de una imagen corporal. El esquizofrénico percibe su cuerpo como un caparazón vacío, sus órganos son inexistentes

¹³⁵ Aulagnier, P. (1991), op.cit. pp.100

o bien los ubica fuera de su cuerpo como pertenecientes al Otro. No obstante, ésta es la percepción del esquizofrénico y muy a su pesar tiene órganos, posee un organismo que funciona y que como todo ser humano es susceptible a la enfermedad orgánica. Estos sujetos enferman pero no la perciben como suya, no existe un apropiamiento y por lo tanto no le dan un significado. Pero, si la madre del esquizofrénico enfermara, cuáles serían los mecanismos psíquicos que se activarían? Posiblemente él reaccionaría como su doble, caería enfermo y sus órganos que le pertenecen al Otro enfermarían. Esto podría desatar aún más su angustia de fraccionamiento y provocar una serie de delirios que incluyan al órgano enfermo, y porqué no pensar que exista la posibilidad de apropiación, libidinizando así esa parte de su cuerpo?

A mi parecer, el sistema inmunológico del esquizofrénico está a la deriva y sería en extremo susceptible a la enfermedad orgánica y como se menciona en el párrafo anterior la puede incluir en su mundo fantasmático, transformando lo orgánico en somático puesto que estos sujetos también desplazan, condensan y simbolizan aunque sea a un nivel primario.

Aparentemente en la esquizofrenia no existe la posibilidad de somatizar puesto que esto es propio de un cuerpo simbólico, de un cuerpo que ha sido libidinizado, pero el proceso inverso es posible y hasta cierto grado puede ser el comienzo de un intento de conformar una imagen corporal. Sin embargo y en relación a la somatización, tendría mis dudas, puesto que si el esquizofrénico se fija en la etapa oral entonces sus síntomas podrían tener relación a partir de esa fijación, porqué no suponer que su lenguaje tan disperso y sin aparente lógica se relacione con esta etapa? Se podría suponer que este síntoma es un síntoma somático que se asocia con la oralidad.

Así mismo, esta estructura no está exenta de psicomatizar, recordemos cuanto se acercan las estructuras psicosomáticas propuestas por André Green y Joyce McDougall a la estructura psicótica. Si estos sujetos son capaces de negar una realidad entonces también puede darse el caso que al enfrentarse a una situación en extremo angustiante sus mecanismos psíquicos fallen y el cuerpo biológico responda.

Paranoia

Prosigamos con la paranoia, estructura que se sitúa en una etapa pregenital, más "avanzada" que en la esquizofrenia: la etapa anal, en donde el cierre y dominio del esfínter

no están completamente desarrollados. De ahí, su afán y su deseo de dominio y destrucción del objeto introyectado, síntomas que son una defensa contra la penetración e invasión a su ser, origen de sus sentimientos de persecución.

"En la paranoia, la temática del odio y del conflicto, de la desconfianza, del amor debido a un deber y de placer obligado es lo que predomina"¹³⁶ Este odio es transmitido por sus padres quienes siembran en el niño sentimientos, acciones y reacciones agresivas.

Piera Aulagnier (1991) describe los siguientes rasgos propios de los padres de los paranoicos:

- a) En relación con el deseo de la mujer, un mismo veredicto que la declara mala y peligrosa para el niño;
- b) El ejercicio de un poder que se transforma en un abuso manifiesto;
- c) Son frecuentes los signos de una decadencia social o aparición de rasgos de carácter, cuyo aspecto patológico es totalmente obvio para el niño;
- d) La reivindicación de un saber concerniente a un sistema educativo que se impone por la violencia y por el bien del niño;
- e) A veces, el padre tiene un deseo de procreación. En vez del pecho que nunca pudo dar intentará crear una relación de dependencia absoluta.

Es así, que el paranoico se identifica con la función materna, la cual crea ciertos problemas de identificación sexual y al mismo tiempo prepara la relación social en condiciones fundamentales particularmente importantes para las manifestaciones homosexuales.

Las relaciones de objeto para el paranoico pasan por diferentes etapas según Freud (1911) quien describe la transformación de la pulsión libidinal en sentimiento de persecución:" la primera etapa transforma, por medio de una negación de afecto y una inversión de la pulsión, el "es él a quien amo" en "no, no lo amo lo odio"; es entonces cuando actúa la proyección, conjuntamente con una inversión del objeto; esta segunda etapa transforma entonces el "yo le odio" en "es él quien me odia". En la tercera etapa,

¹³⁶ ibidem. pp 107

finalmente, el sentido así organizado se hace consciente y es tratado como una percepción externa que motiva la posición afectiva definitiva: "ya que él me odia, yo le odio"¹³⁷

Otra característica que posee el paranoico es la de tener un pensamiento lineal y lógicamente estructurado aunque carente de afecto, los psicóticos son personas en extremo aferradas y obstinadas a sus ideas, no permiten negativas ni contradicciones. Se distinguen por ser rectos y amantes de las reglas y normas sociales, poseen una fachada social y en ocasiones pueden llegar a ocupar posiciones sociales muy reconocidas, de hecho su megalomanía y su núcleo fálico pasan por el plano verbal.

Como todo psicótico, el paranoico no percibe un cuerpo propio y puede ser susceptible a la enfermedad como se propone en la estructura esquizofrénica. Aunque podría haber una variación, si el paranoico sufre de delirio de persecución entonces algunos órganos al ser ubicados en el Otro podrían convertirse en objetos temidos y persecutorios. De hecho, la hipocondría es considerada como una fase que precede al delirio y es considerada como el delirio del cuerpo, y se seguiría la misma lógica: lo imaginario puede provocar una enfermedad orgánica, la cual a su vez puede transformarse en somática al ser mezclada con sus fantasmas primarios con respecto al Otro.

Melancolía

Por último, revisemos la estructura melancólica que a diferencia de las 2 primeras ha logrado una elaboración yóica, sin embargo su evolución libidinal es fuertemente regresiva.

La madre del melancólico presenta una imagen ambivalente y sin distinción, es decir, sus aspectos buenos y malos, de amor y de odio no están unificados y no se diferencian entre sí. No obstante a pesar de estas ambivalencias el melancólico alcanza a introyectar a su madre como objeto y al padre como ideal del yo. El conflicto se sitúa en la economía pulsional que, a pesar de alcanzar un nivel de falismo que se instala para jugar un rol organizador, en cierto momento al perder el objeto introyectado se desatan una serie de regresiones que van hasta la oralidad y analidad. Ésta pérdida es vivida como una herida narcisista que reactiva mecanismos de índole destructivo como son la negación de la realidad aunque a nivel secundario y la introyección del objeto perdido, causando así un fraccionamiento en el yo y la quiebra de un ideal.

¹³⁷ Freud, S. (1911) en: Bergerete. J. (1974), op.cit. pp.113

El melancólico sufre de la incapacidad para elaborar un duelo por lo que se instala en una depresión continua en donde el yo se desvaloriza y la primera angustia de perder el objeto se convierte en angustia al fraccionamiento, para defenderse de tales angustias se tira a la manía, mecanismo que se desarrolla para protegerse de sus fantasmas que se relacionan con el temor al castigo paterno

Para Melanie Klein (1921) estos movimiento maniacos evitan que los objetos hagan daño al sujeto y se hagan daño entre sí. Las relaciones objetales que logra el melancólico están impregnadas de sentimientos ambivalentes de amor y odio suscitando así la hostilidad tanto para el objeto como para sí mismo. Al existir una regresión narcisista todas las pulsiones agresivas se vuelcan hacia el yo y es común observar en estos sujetos un continuo estado de enfermedad que permite al melancólico concentrar toda su libido en su cuerpo, un cuerpo que alcanzó cierto grado de erotización.

El melancólico se asemeja al hipocondríaco en cuanto a la imaginarización de enfermedades que a largo plazo se pueden volver reales. De hecho, estos sujetos se tiran al abandono, procuran no comer, permanecen en un estado inerte, sufren de insomnio y se culpabilizan de todo. Por lo tanto el sistema inmunológico del melancólico es débil y puede ser presa de virus y bacterias. Aunado a esto, la representación que ellos tienen de su yo es de inferioridad y propicios a la destrucción, su cuerpo es tomado como objeto de su depresión y tratado como un objeto que debe sufrir.

Ahora bien, el melancólico llega hasta tal grado de depresión que sus capacidades para simbolizar o reaccionar ante ciertos sucesos se vuelve prácticamente imposible, es así que su yo al estar reducido a su mínima función puede sufrir impresiones muy fuertes insusceptibles a la simbolización por lo que un fenómeno psicossomático podría originarse sin mayor problema. De hecho, en el melancólico existen muchas partes de su cuerpo sin libidinizar, digamos que posee órganos psicóticos que pueden ser invadidos fácilmente por una enfermedad. Una enfermedad puede representar para estos sujetos un buen castigo superyóico que se torna en goce puesto que cada vez más se acerca hacia la muerte, un estado de no sufrimiento, estado que es buscado continuamente por sujetos que poseen rasgos narcisistas patológicos.

Perversiones

Por último, describiremos brevemente la estructura perversa cuya organización hunde sus raíces en la angustia de castración y en la movilización de dispositivos defensivos destinados a evitarla. Estos mecanismos son la fijación y regresión a una etapa de identificación fálica pre-edípica y la negación de la realidad en cuanto a la diferencia de sexos.

El perverso se sitúa entre una fase narcisista autoerótica y el estadio objetal. Estos sujetos no logran resolver por completo su narcisismo primario y tienen dificultad para representar un objeto total, por lo que sólo se identifican con objetos parciales. Esto trae como consecuencia que pulsión y objeto parcial sufran una pronta soldadura debido a la temprana excitación libidinal proveniente de la madre.

La madre del perverso es una madre seductora y omnipotente que somete al niño a su propio deseo, es así que el niño la idealiza y no reconoce la castración en ella ni el deseo por otra persona que no sea él. Esta identificación fálica se verá confrontada con la intrusión de un tercero, tercero que será minimizado por la madre, por lo que su entrada no intervendrá como función estructurante de Ley castradora sino como un objeto que sólo es a partir de la representación que la madre tiene del padre. Sin embargo, a pesar de la anulación del padre por la madre, éste no es completamente abolido puesto que se revela como algo perturbador, a diferencia del psicótico para el que es inexistente. El padre del perverso existe y ocupa cierto lugar, lugar que servirá para trasgredir junto con la complicidad de la madre. Por tal motivo, el superyó del perverso no ha podido alcanzar su grado estructurante si consideramos que éste se forma a partir del edipo, sin embargo, como se menciona más arriba el padre se entromete y se alcanza a conformar un superyó aunque arcaico y permisivo. Es así que el perverso funcionará sobre la base de un Ideal del yo narcisista, maternal y fálico.

La negación de la diferencia de sexos se pone en paralelo con la represión y se origina una escisión psíquica que caracteriza la estructuración del perverso. Por un lado existe la conformación de un yo plenamente estructurado con la diferencia de que una parte está adaptada a la realidad en cuanto a normas y reglas sociales y otra parte está en función del principio de placer. El sujeto se instala en una doble actitud psíquica que separa parcialmente una parte de su yo de la realidad exterior.

Las relaciones de objeto en el perverso son sólo parciales y relacionadas con la femineidad. Es así, que estos sujetos comprometerán en su satisfacción sexual objetos, pulsiones o zonas parciales que estarán en función de los procesos primarios. A partir de estas elecciones de objeto se puede dividir la estructura perversa en 2, aquella en donde el conflicto tendrá que ver con la imagen materna (fetichismo, homosexualidad y travestismo) y aquella en donde el conflicto está en función a la imagen paterna encargada de la castración (sadomasoquismo)

El fetichista incluye en su sexualidad a un objeto que tiene relación con la femineidad y lo utiliza como sustituto peniano de la madre. Freud dice que el fetiche dependerá del lugar en donde se detuvo la mirada del niño antes de descubrir la diferencia de sexos o la falta de pene en su madre, entonces el infante tratará de obturar la falta en su madre por medio de un objeto que será investido a partir de un símbolo fálico que servirá como protección ante el horror a la castración. Este tipo de perversión es acompañado en ocasiones, de fobias expresadas en sus formas más puras. Estas fobias podrían dirigirse hacia el mismo fetiche debido a una regresión narcisística y entonces en vez de procurarle el goce podría desatar una serie de enfermedades psicosomáticas como el asma o la alergia (por nombrar algunas) al objeto fetiche.

El travesti en cambio trata de exhibirse con ropas y accesorios de mujer, con el propósito de engañar a los demás a partir de su propio engaño, es como si el travesti dijera "miren soy una mujer con pene" que más bien se traduciría en "mi madre tiene pene". En cambio la homosexualidad resultaría esencialmente de una reacción de defensa narcisista ante la castración, en el curso de la cual el niño fijaría electivamente la representación de una mujer provista con pene.

El sadomasoquista busca el dolor y provocar dolor, sentimientos que han sido trasmudados en goce, es decir, el dolor se erogeniza y pretende ser objeto de castigo y culpa de un otro, pero no cualquier otro, sino del Otro a quien han trasgredido. Para el sadomasoquista su cuerpo es el falo y busca hallar el saber a partir de él. El goce está en su órgano, en ese órgano que lo estructuró y por lo tanto es merecedor de culto y lo ofrece a la mutilación, porque la castración se ha convertido en goce gracias a una trasmutación libidinal. Existe un juego dramático cuyo rasgo característico es la marca dejada sobre el cuerpo del otro, marca que desgarrar esa superficie corporal para abrirla, para representar la mutilación original que representa la ausencia de pene en la madre.

Los objetos del perverso estarán en función a la fijación de las primeras etapas infantiles que no han logrado ser integradas por el yo. El perverso busca el placer y la satisfacción personal a partir de la trasgresión., trasgresión que se llevará a cabo bajo la fachada fálica que lleva la impronta de su madre.

La adquisición de una enfermedad sea de índole orgánica, somática o psicosomática produce en el perverso una desestabilización narcisista, puesto que ellos se consideran todopoderosos y poseedores del falo entonces esa enfermedad podría ser signo de castración, suceso que desatará sus horrores primarios y reactivará posiblemente mecanismos de negación ante esa realidad, la de la enfermedad. Esta negación imposibilitaría la apropiación y por lo tanto la simbolización. O bien, el sado-masquista la podría incluir en sus fantasías de castigo, haciendo de este dolor un goce, goce que podría imposibilitar la curación y ocasionar una regresión narcisista.

También el perverso podría ser susceptible a la somatización, sabemos que quedan secuelas edípicas de culpa debido a la circulación libidinal entre su madre y él, entonces su defensa se podría convertir en síntoma, por ejemplo, un voyerista podría sufrir de ceguera parcial en cierto momento o como había mencionado mas arriba el fetiche se podría convertir en un objeto alergénico. Es decir, la enfermedad somática podría estar en relación al deseo incestuoso por la madre y al entrar en contacto con la instancia superyóica se puede asociar con el órgano en cuestión.

En fin, son muchas las suposiciones que se pueden elaborar al respecto, de hecho se dice que la enfermedad orgánica puede aparecer parcialmente en lugar de una formación psicótica, neurótica o perversa. Lo importante no es la clasificación de la enfermedad sino cómo el sujeto de cualquier estructura la significa o no. Entonces aplicar reglas y hacer clasificaciones en la enfermedad podría resultar perjudicial si sólo nos conformamos con eso, si se acude a esto entonces las situaciones pierden su singularidad y empiezan a circular y a impregnarse de diferentes discursos y concepciones que nos alejan cada vez más del sujeto y se le atribuirían cualidades o defectos que posiblemente el enfermo no posee.

Desgraciadamente o afortunadamente, quien sabe, estamos inmersos en toda una red de definiciones que nos obligan a objetivizar en vez de subjetivizar y no me refiero sólo al discurso científico, esto también recae sobre el discurso psicoanalítico. A pesar de que se

habla de deseo y su relación con el sintoma en diferentes estructuras, cómo saber si ese es el deseo si no conocemos, insisto, la historia propia de cada sujeto

Con todo lo anterior pretendo dar cuenta de que es necesario salirnos del pensamiento organicista del cuerpo en donde el sentido simbólico está excluido. En psicoanálisis de lo que se trata es de abrir una brecha que posibilite la simbolización en cuanto a la enfermedad del sujeto, es decir, el paciente puede informar al psicoanalista de sus molestias en el pulmón y los estragos que esto le causa en su vida diaria y entonces posiblemente se descubra que este sujeto no está enfermo del pulmón sino está enfermo de la amistad, que por una posible identificación o como una demanda de amor, enferma.

En psicoanálisis debe existir otro tipo de escucha y en el paciente debe surgir otro tipo de habla, es decir su palabra debe expresarse a partir de sus mociones inconscientes y no biológicas, suponiendo que lo biológico no tenga algo de inconsciente también.

El enfermar abre toda una serie de imaginarios, se cruzan o se mezclan fantasmas y se articulan con la historia presente, pasada o futura de un sujeto. Esto no significa que en todo los casos el paciente vaya a sanar su dolencia, pero a través del análisis, el paciente tendrá la oportunidad de movilizar sus deseos, transferencias y síntomas y descolocarse del lugar que ha sido impuesto por el médico. Si la enfermedad es somática entonces la remisión por la palabra puede ser muy probable aunque ya vimos que puede haber una oscilación entre enfermedad somática, orgánica y psicósomática. Pueden existir muchas teorías dentro del psicoanálisis para dar cuenta de la enfermedad, sin embargo, muy en lo particular siento que el narcisismo de cada persona puede ser un elemento clave para ir deshilvanando la complicada telaraña inconsciente de la enfermedad, es por eso que en el próximo apartado me enfocaré precisamente en cómo el narcisismo puede intervenir en la enfermedad.

4.3. La enfermedad como consecuencia de una sociedad narcisista.

4.3.1. El neoliberalismo: sociedad narcisista.

La sociedad de nuestro siglo ha sufrido múltiples transformaciones ideológicas y sistémicas, con la instauración del discurso científico, los deseos y la palabra de los sujetos se han ido desdibujando a tal grado que mecanismos de defensa como el desconocimiento del otro se han ido originando.

Nuevas transformaciones en el ámbito de la psicopatología resurgen hoy en día. Si en la época de Freud la neurosis abarcaba una generalidad, actualmente las perversiones y las "estructuras límite" predominan. Esto tiene que ver definitivamente con los cambios sociales que se han suscitado. Parece ser que existió un momento o época en donde nuestra palabra sufrió un proceso de silenciamiento, nuestro tránsito subjetivo se reinvertió, en vez de avanzar del silencio a la palabra, retrocedimos de la palabra al silencio.

La sociedad neoliberal en la cual estamos inmersos interviene en la estructuración del sujeto en cuanto a la promoción de una narcisización. Es decir, el narcisismo se caracteriza por la exclusión del deseo, en donde el otro no es un otro sino un uno mismo y para lograr salir de esta fase es necesario matar o ser matado, crímenes con los que se carga a lo largo de la vida, provocando angustia y sentimientos de culpa. Recorremos las calles tratando de buscar una imagen que nos permita reconocernos como sujetos, pero nadie presta su espejo y si lo prestan su imagen no refleja nada. Nos espejamos unos a otros, matamos y somos matados por los otros, hablamos pero no somos escuchados.

El afán de la homogeneización humana nos ha llevado a una desubjetivización del sujeto, único proceso viable de alienación social cuyo objetivo es envolver a los sujetos en una célula narcisista difícil de romper. Supongamos que la sociedad funge la función de madre, pero de una madre que busca a toda costa alienarnos a su propio deseo, (que entre estos está el de producir y ganar dinero) de capturarnos en un discurso totalizante, poderoso y narcisista, discurso que intenta racionalizar lo irracional en pro del "progreso social", discurso que evita todo sentimentalismo que obstruya el desarrollo productivo. Nuestra madre social es una madre que excluye a sus hijos más débiles e incapaces de marchar al son que ella les toque. Es decir, si sus hijos muestran incapacidad o debilidad para lograr poder y fortuna entonces serán aislados, excluidos y asesinados socialmente en lugares como hospitales, asilos, psiquiátricos, albergues y prisiones entre otras sepulturas. Obviamente la posibilidad de ser excluidos promueve la rivalidad de unos con otros y fomenta la ley de la selva, ésta es nuestra sociedad en donde el mas fuerte se devora al mas débil, y en donde los deseos narcisistas destruirán a esos que le impiden realizarlos. Estos deseos tendrán que ver con las expectativas de fin de siglo, en donde el lema es poder y riqueza, de ser siempre más que el otro y pisar a quienes se dejen pisar.

La reacción de los hijos de la madre neoliberal pueden ser muchos, unos callarán y resignarán su deseo, vivirán en el silencio y en la cárcel de su cuerpo en donde su deseo

estará barrado y su palabra será muda. Pero tarde o temprano las consecuencias psíquicas serán inevitables, el hijo modelo que satisface a su madre, que nunca se revela y que nunca "habla" de pronto se verá infectado por el virus de la depresión y para la cual no existe vacuna. Salomonovitz, A. (1997) considera a este mutismo causante de la depresión. Según él, la depresión es el efecto de un deseo irrealizable, es una forma de evitar el crimen al que hacíamos mención más atrás. Un crimen que tendrá que ver con la muerte del padre o de la madre o con el crimen permitido de ser asesinado "Los deprimidos saben del crimen. En algún lugar de su inconsciente han matado o han sido matados. Ellos encarnan una trágica historia en la que prefieren renunciar al deseo que atravesar los despeñaderos criminales del narcisismo. La depresión es el imperio del silencio sobre la palabra."¹³⁸ Pero la depresión no es el único camino, también la enfermedad corporal puede ser manifestación del silencio, no existe palabra

Actualmente los consultorios médicos se han visto invadidos por pacientes enfermos del alma, enfermos del silencio. Es decir, las depresiones, las adicciones, las enfermedades psicosomáticas y disfunciones sexuales son las enfermedades del fin del milenio, son enfermedades que han sido consecuencia de los discursos psicotizantes de nuestra era. "Somos sujetos de lenguaje a precio de nuestro cuerpo. El que habla abandona para siempre el paraíso autoerótico que habitó cuando aún no existía como sujeto. Los tiempos del autoerotismo fueron goce de órgano en una carne sin sujeto. Nacer fuera de la carne, en el espacio intersubjetivo, dejará un agujero abierto por el que siempre transitará un cierto monto de confusión entre el afuera y el adentro. La marca indeleble del narcisismo, huella que tiene todo sujeto, es una suerte de cinta de moebius donde el afuera y el adentro son en alguna medida indiferenciables."¹³⁹ Si los sujetos están narcisizados ¿porqué no pensar que este tipo de enfermedades del silencio son una especie de regresión autoerótica? Podría ser una manera de gozar a través del órgano a falta de palabra.

Pues bien, prosigamos con los hijos de la madre neoliberal, hay unos que callan pero también hay otros que matan, esta madre engendra hijo rebeldes quienes al verse atrapados y próximos a la alienación primordial cometen crímenes, reaccionan con agresividad ante esa madre que los considera objetos y no sujetos. Esta actitud es

¹³⁸ Salomonovitz, W.A. (1997) *Del silencio a la palabra, reflexiones psicoanalíticas sobre la depresión.*, Tesis doctoral. Universidad Intercontinental., México, pp. 64

¹³⁹ *ibidem.* pp.14

frecuente en nuestra sociedad en donde secuestros, crímenes, robos y guerras son el pan de cada día. Pero esta actitud tampoco es palabra es un acto que envuelve y deja salir los deseos criminales mas primitivos, no transitan por lo simbólico, al contrario, desconocen al otro tratando de matarlo, poseerlo y anularlo

En fin, nadie se salva de esta narcisización que promueve la rivalidad, el crimen y el silencio. No obstante hay quienes salen de este agujero, no hay que olvidar que el sujeto no es pasivo existe una subjetividad velada que tratará de hacer resurgir el deseo, que aunque esté impregnado de fuerzas narcisistas se manifestará. Las enfermedades del fin de milenio pueden ser una manera de salir de ese silencio, son signos de querer resurgir, de mostrar su inconformidad ante tal apropiación.

El proceso y el sistema narcisista enmarca todo un abanico de posibilidades que harán transitar al sujeto de una manera única en el laberinto de la vida, sea a través de la enfermedad, la depresión o la adicción. El narcisismo es una fuerza constante en el psiquismo que busca continuamente su satisfacción, esta fuerza es pulsional y tenderá incansablemente al encuentro de esos objetos o situaciones que le permitan reafirmarse narcisísticamente.

Para poder ser parte del mundo neoliberal es necesario sacrificar nuestro deseo en beneficio de las identificaciones narcisistas. Frustración y tensión narcisista son sentimientos producto del establecimiento de un ideal del yo muy alto, casi inalcanzable, de un ideal que pretende lograr la perfección y la total racionalización de los seres humanos. Esta utopía nos persigue a cada momento, se pretende alcanzar lo inalcanzable, realizar lo irrealizable y ser lo que no se es. Evidentemente el establecimiento de estos ideales dejan en el camino a la gran mayoría de los humanos provocando sentimientos de culpa, agresión e impotencia ante tal tarea. Basta con revisar las estadísticas de las instituciones como la escuela en donde los problemas de aprendizaje y disciplina se multiplican, en las prisiones ya no caben esos seres indeseables para la sociedad, los psiquiátricos ya no se dan abasto para lograr atender a tantos "locos", los hospitales ya no gozan de presupuesto para la obtención de medicinas y honorarios de médicos, el sector laboral aumenta sus listas de desempleados, los pueblos se revelan ante ese gobierno incapaz de gobernar y en fin, podríamos llenar varias hojas enumerando problemas sociales que muestran la evidencia de que algo anda mal, que la pretensión de perfección y racionalización humana está cada vez mas lejos de lograrse.

Finalmente, se puede decir que nuestra sociedad promueve el narcisismo, pero ahora revisemos el sistema narcisista y su posible influencia en la adquisición, mantenimiento y disolución de la enfermedad.

4.3.2. Narcisismo y enfermedad

En todos los sujetos quedan secuelas de índole narcisístico, y más aún, es a partir del narcisismo que se forma su imagen corporal y su yo, entonces si el yo es consustancial al cuerpo y éste, a su vez, está vinculado con la vivencia narcisista de cada sujeto se puede suponer que el narcisismo es un factor que influye directamente en la adquisición, mantenimiento o disolución de cualquier tipo de enfermedad, llámese somática, psicósomática u orgánica. La posible cura entonces podría estar dirigida a llevar el silencio narcisista a la palabra, de rescatar historias pasadas para que se inscriban en el mundo de lo simbólico y de resignificar algunas identificaciones narcisistas proclives a la enfermedad.

Para lograr tener una mejor comprensión del proceso de enfermedad es necesario incluir una especie de metabiología en donde se incluyan procesos psíquicos en la conformación de un sujeto no sólo a nivel psicológico sino biológico, en donde la libidinización entra dentro de las funciones llamadas fisiológicas. ¿Porqué no pensar que el sistema inmunológico o cualquier otro sistema puede llegar a ser afectado por las pulsiones propias del sujeto? Este pensamiento se ha venido gestando desde las teorías freudianas, no es un pensamiento nuevo, es más bien una idea que ha tratado de ser velada por las ciencias médicas puesto que, de reconocerlo, tendría que existir una reestructuración de los paradigmas de las ciencias de la salud.

Freud siempre estuvo especulando entre la metapsicología y la metabiología como un intento de vincular lo psíquico con lo corporal, de hecho, le da un giro a sus teorías al incluir dentro de ellas las pulsiones, pulsiones que servirán como puente de estos dos inseparables procesos. Es así que en sus escritos da noticia de algunos mecanismos psíquicos involucrados desde el origen mismo de la sociedad intercelular, sociedad que según Freud, debe de estar dotada de cierta sexualidad comandada por Eros, pulsión que permitirá la relación intercelular neutralizando así a la pulsión de muerte que podría existir entre ellas. En *Más allá del principio del placer* (1920) hace referencia a diferentes tipos de células que conformarían nuestro mundo multicelular, es decir, el organismo. Él expresa lo siguiente:

"Ensayemos, friamente, dar un paso más. Es opinión general que la unión de numerosas células en una sociedad vital, el carácter pluricelular de los organismos, constituye un medio para la prolongación de la vida. Una célula ayuda a preservar la vida de las otras y ese estado celular puede pervivir aunque algunas de sus células mueran. Sabemos ya que la copulación, la fusión temporaria de 2 seres unicelulares, provoca sobre ambos un efecto rejuvenecedor y de conservación de la vida. Siendo así, podría ensayarse transferir a la relación recíproca entre las células la teoría de la libido elaborada por el psicoanálisis. Imaginaríamos entonces que las pulsiones de vida o sexuales, activas en cada célula, son las que toman por objeto a las otras células neutralizando en parte sus pulsiones de muerte (vale decir, los procesos provocados por éstas últimas) y manteniéndolas de ese modo en vida; al mismo tiempo, otras células procuran lo mismo a las primeras, y otras todavía, se sacrifican a sí mismas en el ejercicio de esta función libidinosa. En cuanto a **las células germinales, se comportarían de una manera absolutamente "narcisista"**, según la designación que solemos usar en la doctrina de las neurosis cuando un individuo total retiene su libido en el interior del yo y no desembolsa nada de ella en investiduras de objeto. Las células germinales han menester de su libidinalidad actividad de sus pulsiones de vida- para sí mismas, en calidad de reserva, con miras a su posterior actividad, de grandiosa actividad anabólica. Quizás **habría que declarar narcisistas, en este mismo sentido, a las células de los neoplasmas malignos que destruyen al organismo;**¹⁴⁰

Esta idea en Freud es de vital importancia para nosotros porque le está otorgando al organismo un carácter muy metapsicológico y a la enfermedad una connotación muy libidinal. La pregunta sería ¿porqué existen células que se comportan de una manera narcisista? ¿Porqué un sujeto desde su nacimiento es víctima de lo que llaman muerte súbita? Para intentar acercarnos a las respuestas de estas interrogaciones, intentaré teorizar un concepto que llamaré función-cuerpo. La función-cuerpo puede ser vista como reguladora del organismo, es decir, ésta función enmarca una serie de imaginarios que se van gestando a lo largo de la vida y van conformando la resistencia o fragilidad inmunológica, todo esto dependerá, en gran medida, de la existencia o no de una cierta libidinización corporal.

¹⁴⁰ Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*, Tomo XVIII, Amorrortu Editores, Buenos Aires, pp.49

Cuando una mujer está embarazada trae consigo todo un bagaje simbólico que a su vez la conformó a ella, entonces en el momento mismo en que se reconoce embarazada empieza a transmitir al bebé una serie de imaginarios y empieza a libidinizar a su objeto, que en este caso es el bebé, ésta libidinización sería la responsable de poner en marcha el funcionamiento biológico del nuevo organismo. Para lograr esto, una parte de la libido depositada en los otros empieza a ser retirada para tener cierta reserva que será depositada en el ser que trae en sus entrañas. No es raro ver mujeres embarazadas que se apartan por instantes del mundo exterior para dedicar toda su atención al bebé. Existe una especie de libido narcisista que permite la fusión entre estos dos seres, fusión necesaria para darle vida a ese otro, un otro que en ese momento es uno mismo. Si no existiese esa libidinización entonces, al momento del nacimiento, el niño carecería de esas defensas para enfrentarse al mundo exterior, es aquí donde podríamos incluir a esos bebés que están en las casa cuna y que de repente mueren por un mal llamado comúnmente como "el mal de cuna". Esto no resultaría tan misterioso si entendemos la función cuerpo, es decir no existe una regulación del organismo porque el neonato no gozó de cierta libidinización, no existe nadie que satisfaga esa necesidad de "afecto". Es cierto, que éstos bebés están a cargo de algunas enfermeras que los nutren, que los resguardan del frío, en pocas palabras cubren sus necesidades básicas, pero existe un déficit de libidinización que desorganiza su sistema inmunológico, por lo tanto podemos especular que su muerte se debe a una falta de afecto, afecto que no conformó su funcionamiento biológico. Ahora bien, si el neonato es libidinizado entonces, la madre será la encargada de traducir sus manifestaciones fisiológicas, es ella la encargada de decidir si el niño tiene hambre o frío. Empieza a insertar cierta palabra en el cuerpo del niño, es decir, lo puede sanar así como lo puede enfermar. Así mismo existirán órganos que no serán libidinizados, entonces, se estaría hablando de la existencia de órganos psicóticos o narcisizados proclives a ser ocupados por algún tipo de virus. Entonces la función cuerpo también se inserta en la gestación de la representación yóica que incluye cuerpo, órganos, funciones vitales, pulsiones y vivencias psíquicas que van conformando la coraza narcisista.

La función cuerpo no es estática sino que continuamente va sufriendo transformaciones en función de satisfacciones, ausencias, ideales, introyecciones, proyecciones y en fin todo lo relacionado a vivencias y procesos psíquicos. Entonces la adquisición de una enfermedad estará directamente ligada con la función cuerpo y el narcisismo que se pone en juego.

El sistema narcisista necesita de por lo menos 3 elementos, según Hugo Bleichmar (1988), el que elige y 2 que puedan compararse. Esto es, ¿cómo saber si uno es el mejor si no existe uno peor y viceversa? Este es uno de los deseos narcisistas, ser único y diferente aunque sea a costa de un sacrificio pulsional. Este deseo dependerá de cómo sus vivencias hayan sido libidinizadas y de cómo sus actos hayan sido narcisizados, actos o zonas que gozaran de una cierta erogeneidad, motivo por el cual se tenderá a la repetición para lograr una satisfacción narcisista. "Todo puede servir en última instancia para satisfacer el deseo narcisista, cuya esencia es la de sentirse único y diferente, superior a todos los demás, recibiendo una mirada que así lo atestigüe. La moral, la inteligencia, la sensualidad son capaces de ser metabolizados dentro del sistema narcisista para afirmar la sublime diferencia con respecto de aquellos que no la poseerían"¹⁴¹

La enfermedad puede ser un medio para lograr esta satisfacción y producir cierto goce debido a la retrotracción de la libido y si la enfermedad es un fenómeno que ante la mirada de los demás no está enjuiciada, entonces ésta podría ser un medio legal para gozar, siempre y cuando exista un otro que la libidinice. Por ejemplo, un paciente puede ser considerado como objeto narcisista para el médico, puesto que a través de él, el médico puede mostrar su habilidad para curar, y si ese médico goza de cierta investidura para el paciente entonces éste procurará por todos los medios y entre esos su potencial biológico para colocarse como objeto que produce placer y satisfacción a ese otro que posiblemente es un ideal. Lo mismo pasaría con el hijo de esa madre que en su inconsciente desea que ese hijo enferme para así hacerlo suyo y a su vez hacerlo objeto de su propio narcisismo. Estos sujetos repetirán incansablemente y hasta provocarán un estado enfermizo con la intención de revivir una escena narcisista. El otro lo libidinizará y el enfermo aprovechará la ocasión para liberar ciertas pulsiones y concentrará su libido en cierta parte de su cuerpo obteniendo un cierto goce de órgano debido a una posible regresión autoerótica.

Este tipo de sujetos "son" sólo a través de su enfermedad, lo que nos recuerda a una hipocondría, sólo que con la diferencia de que la enfermedad no es imaginaria y afecta directamente a los órganos. El estar enfermo es una manera de captar la mirada del otro y reconocerse como sujeto. Evidentemente si a este sujeto se le trata de curar entonces se producirían resistencias infranqueables, por lo que es necesario ofrecerles algo más a

¹⁴¹ Bleichmar, H. (1988), *El narcisismo, estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, pp. 17

cambio de su enfermedad y esto es la emergencia de una palabra propia, necesita matar simbólicamente a ese otro que lo mató y lo colocó en ese lugar de objeto.

Otro factor que puede influir en la adquisición de una enfermedad es la representación narcisista del yo. Existen sujetos que en vez de haber sido narcisizados, es decir, recibir la aprobación de sus figuras representativas fueron desnarcisizados, recibieron una reprobación constante de todos sus actos, entonces su representación yóica será muy pobre y se considerarán frágiles y buenos para nada. Esta representación incluye también al cuerpo, sus órganos y sus funciones vitales puesto que son correlacionales, el no valer nada suscita una imagen de fragilidad y susceptibilidad a la adquisición de la enfermedad, basta con que estas personas se enteren a través de cualquier medio que en el mundo se ha desarrollado una nueva epidemia, o que las estadísticas del cáncer se elevan día con día para que ellos se sientan afectados y se incluyan dentro de los propensos a la epidemia o al cáncer.

La representación narcisista del yo se conforma a partir de hechos particulares de su historia con respecto a la enfermedad y la llevan a una generalización, obteniendo así conclusiones como "soy una persona frágil y enfermiza". Estas conclusiones del sujeto evocan al sufrimiento narcisista y se desatan una serie de angustias en relación a su cuerpo y la enfermedad. Esto es un deseo que ellos desconocen conscientemente pero en realidad el enfermar es una forma de colocarse en ese lugar narcisístico y que busca la aprobación y el reconocimiento de ese otro que lo enfermó.

No es novedad decir, que los estados emocionales afectan las funciones biológicas, cuando un sujeto se deprime también el organismo y su función se deprimen ocasionando así la vulnerabilidad a la enfermedad. Es decir, el sujeto no está enfermo del organismo sino del alma, o como diría Salomonovitz, se está enfermo del silencio.

Ahora bien, el mantenimiento de la enfermedad puede estar directamente vinculada con una especie de goce narcisístico, la enfermedad va "más allá del principio del placer", es una especie de activación de residuos masoquistas que provocan dolor y placer que tienden a la destrucción. Es por eso que se podría entender el no deseo de curación; la compulsión a la repetición y la satisfacción pulsional placentera se entrelazan y se aferran mas allá del principio del placer. No es raro que psicólogos y médicos que curan y eliminan adicciones se topen con la triste historia de que sus ex-enfermos o ex-adictos se hayan

suicidio. Estos pacientes sólo se representaban a través de su enfermedad, es decir, la libidinizan, y al perder esto se encontraron en un mundo carente de sentido. Entonces el mantenimiento de la enfermedad podría incluir varias hipótesis, una que el dolor sentido durante la enfermedad pueda ser una manera de tomar noticia de ese órgano narcisista y al representarlo entonces podría incluirlo en su imagen corporal, que según Freud el ponerlo en relación sería producto de Eros que es gobernante de la pulsión de vida. Por lo que sería necesario volver a la función-cuerpo en donde Eros pondría en contacto el mundo celular para así evitar la destrucción de otras células, evitando así que éstas se narcisicen, narcisización comandada por la pulsión de muerte. Es muy común observar que personas enfermas con profunda depresión empiezan a sanar al

La otra hipótesis podría ser vista desde el sentido lacaniano en donde la enfermedad es vivida como una especie de ataque hacia ese otro que expropió su cuerpo y por último esa misma enfermedad podría servir como defensa hacia la intromisión de ese otro, idea que se podría vincular con la concepción de Salomonovitz en cuanto a los crímenes narcisistas en donde unos prefieren matar al otro antes de ser matados, pero ese matar propio a través de la enfermedad es también matar al otro que vive en ese cuerpo.

Pueden ser muchas las especulaciones, sin embargo se tiene que preponderar la representación del sujeto en cuanto a su enfermedad, si ésta es vivida como propia o como ajena, lo que el órgano en cuestión significa para el sujeto, no en el sentido biológico en cuanto a hígado o pulmón, sino en cuánto a decepción, amistad, amor, odio.

Ahora bien, si en la actualidad existe un desconocimiento del otro entonces carecemos de identificaciones objetales y no queda otra más que identificarse con el propio cuerpo, como bien lo afirma Joyce McDougall. Nuestro cuerpo es la manera de relacionarnos e inscribirnos y asimilar el mundo, y así como en toda sociedad existen conflictos sociales, nuestro cuerpo como posible objeto de relación podrá causar también conflictos pero de índole narcisístico puesto que somos a través de nosotros mismos si tomamos en cuenta la ideología de la sociedad neoliberal narrada en el apartado anterior. Entonces si los supuestos débiles son aglomerados homogéneamente en un lugar, no podemos mas que suponer que esos lugares son territorios de goce, en donde el de al lado goza igual que el otro, y se establece un círculo vicioso en donde todos se contagian entre sí y hacen de su goce un callejón sin salida, es decir, ya encarrilados en cuanto a la liberación de pulsiones, difícilmente se podrá salir de ese mundo gobernado por el goce.

Puede ser que el enfermo sufra de una grave distribución libidinal si la enfermedad cesa y en toda la libido concentrada en el órgano estaría en libre fluir ocasionando una especie de angustia, por lo que sería conveniente entonces que el sujeto se aferre a un otro objeto, es decir, que libidinice de alguna manera porque de lo contrario la libido se volvería a concentrar en otro órgano. Esto es muy frecuente en algunos sujetos que cuando "sanar" casualmente vuelven a adquirir otro tipo de enfermedad, es como en el caso Juanito de Freud, en donde sus objetos fóbicos fueron desplazándose de uno a otro, por lo que entonces no se trata de eliminar sino de *significar el trauma*.

El análisis podría ser una manera de disolver esa enfermedad, no obstante las representaciones yóicas del sujeto son fundamentales. En ocasiones una enfermedad es vivida como un estorbo para los deseos narcisistas de *ser el mejor, si la satisfacción radica* en lograr ocupar una posición socialmente reconocida entonces la enfermedad debe ser atacada con todo el armamento disponible y entre esos podría estar el propio potencial biológico, el sistema inmunológico en relación con la representación yóica sería fuerte y agresivo, *la función cuerpo desarrollada* podría servir de aliado para atacar la enfermedad, éste es otro rasgo narcisístico que podría beneficiar ese deseo de poder. Las implicaciones psíquicas entonces no recaerían sobre el cuerpo y la enfermedad sino en otros ámbitos, posiblemente la destrucción sea dirigida hacia los otros y no hacia uno mismo, *defensa que serviría para mantener la homeostasis narcisista*. Estaríamos hablando de un sadismo que ha sido transformado a partir del masoquismo. Un rasgo narcisista puede ser el de sacrificar la vida pulsional y si la enfermedad es excitación sexual entonces se tratará de eliminar en pro de la meta propuesta por cada sujeto.

Es así, que se propone al psicoanálisis como uno de los caminos para convertir esa enfermedad en palabra, se trata de develar ese deseo o palabra oculta aunque en ocasiones no sea del todo satisfactoria, pero por lo menos se movilizarán ciertas vivencias y transferencias con el fin de reelaborarlas. "El psicoanálisis se interesa por todo lo que, por definición, una sociedad industrial y técnica ha dejado caer fuera de sí; el mundo de lo irracional, o más precisamente el del sueño y la locura, el de las pulsiones y los fantasmas. La seducción del mito freudiano descansa no en la *reinyección de elementos irracionales* en nuestra civilización, sino en el proyecto de una racionalidad nueva, de una cientifización posible de esa irracionalidad: el psicoanálisis producirá una nueva ciencia de los sueños, deducirá los fantasmas y las pulsiones, reintroducirá en el campo del determinismo, los

lapsus, los actos fallidos, lo imprevisible del chiste " ¹⁴² En esta frase habría que agregar la supuesta irracionalidad de ciertas enfermedades que traspasan los límites de la ciencia. El psicoanálisis propone dar libertad absoluta a la palabra con el objetivo de buscar una verdad propia en cada sujeto, desenmarañar esa palabra impuesta por los diferentes discursos, provocar la emergencia de ciertas pulsiones con el fin de lograr el resurgimiento de un sujeto que se siente no tener cabida ni en su propio cuerpo.

No se trata de que el psicoanálisis se alíe con la medicina con el fin de lograr una visión holística del ser humano, hay que tener muy claro que se responde a discursos en extremo divergentes, se trata de ir más allá de los límites científicos. Esto es muy complicado si tomamos en cuenta que cuando un sujeto enferma a quien recurre es al médico y no al psicoanalista. Quien llega con una demanda de análisis no es precisamente el que sufre de una enfermedad sino de una queja que proviene del alma, no obstante, surge la necesidad en cada paciente de apalabrar sus fantasías, sus desacuerdos y sus percepciones en cuanto a su padecimiento. La enfermedad no es el resultado de un efecto causal, sino son muchos los factores inmiscuidos para la adquisición, mantenimiento o disolución de la misma. Recordemos que Freud desde sus primeros estudios ya había relacionado la enfermedad orgánica y somática con ciertos mecanismos defensivos contra la angustia, con el dominio de ciertas pulsiones parciales, con su idea acerca de la existencia de células narcisistas en el organismo que provocarían enfermedades degenerativas, regresiones libidinales y en fin, a pesar de no haber teorizado con minuciosidad la cuestión de las enfermedades del "cuerpo" deja abierto un espacio digno para reflexionar y teorizar.

La enfermedad, sexualidad, pulsión de muerte, narcisismo y masoquismo se comprometen a tal grado que sería difícil pensar lo uno sin lo otro, son procesos que interactúan recíproca y simultáneamente entre sí. Por tal motivo, el psicoanálisis puede ser una vía de acceso y un camino para la comprensión de la enfermedad si recurrimos a las experiencias somato-psíquicas propias de cada individuo, es preciso abrir una brecha en los caminos cerrados del inconsciente e investigar porqué un cuerpo erógeno se transforma en cuerpo enfermo.

¹⁴² Roustang, F. (1989) *A quien el psicoanálisis atrapa...ya no lo suelta*, Siglo veintiuno editores. México. pp. 221

CAPÍTULO V .- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS

A continuación se realizará el análisis de 4 casos clínicos en donde cada uno responderá a una psicopatología, uno de perversión, uno de neurosis, otro de psicosis y otro caso de los llamados límite o borderlines. Estos serán extraídos de diferentes experiencias de índole psicoanalítico o psicosomático. Todos los casos están relacionados con la enfermedad somática, orgánica y/o psicosomática junto con sus dosis de problemas o conflictos emocionales. Cabe aclarar que no se presentarán los casos clínicos completos sino sólo fragmentos que se relacionen con la enfermedad y el narcisismo. Así mismo la información presentada por los diferentes clínicos carece de datos específicos o completos para nuestro propósito, por tal motivo me veo en la necesidad de formular especulaciones y suposiciones que se adecuen o ayuden a realizar el análisis psicoanalítico a partir del narcisismo. Muchas de las interpretaciones presentadas en los casos son propias del terapeuta o psicoanalista correspondiente, por lo que sería necesario considerar que ciertos síntomas están en relación con la transferencia, vínculo que puede provocar la exacerbación o eliminación de algunos síntomas.

En la mayoría de los casos uno se ve tentado a clasificar a partir de alguna estructura, sin embargo, se presenta el inconveniente de que los casos han sido tratados por otros, cuestión que limita la determinación de una psicopatología específica. Veremos como en todos los casos los síntomas se presentan a través de fobias, delirios, somatizaciones y depresiones entre otros, síntomas que se pueden presentar en cualquier persona independientemente de su estructura. Se tratará de reconstruir o extraer situaciones familiares para especular la estructura de cada paciente, aunque sólo son suposiciones que nos enfrenta a la problemática de determinar la psicopatología. Sin embargo, lo que trataremos de esclarecer es la significación de la enfermedad de cada paciente a partir de su propia historia. En ocasiones parecerá que realizo una sobreinterpretación de los casos pero esto tiene como objetivo agotar las posibilidades y ponerlas en función de la importancia de la función cuerpo y el narcisismo, no pretendo realizar un análisis en cuanto a si fue una buena o mala interpretación por parte del clínico, o el progreso del paciente, sino solo ejemplificar para lograr nuestro objetivo.

A continuación describiré de manera general el carácter de los casos y el enfoque a través del cual fueron tratados. Cabe aclarar, que en los casos se incluyen sólo algunas interpretaciones hechas por los terapeutas así como los datos o la transcripción de algunas

sesiones, las cuales están reproducidas fielmente. Las hipótesis finales son suposiciones que realizo a partir de la información dada.

El caso Aurora fue tratado por el psicopsicólogo Obadia, J.P. quien imparte sus terapias a partir de la teoría psicósomática con enfoque psicoanalítico. Este terapeuta trabaja en el hospital de la Poterne de París en colaboración con otros médicos, este hospital era dirigido por Pierre Marty (fundador de la escuela psicósomática de París). Obadia sólo proporciona algunos datos y escoge una sesión para lograr explicar sus intereses, sin embargo se adecua perfectamente a nuestro propósito para dar cuenta de la influencia del narcisismo en la enfermedad.

En Aurora se pueden distinguir tres momentos de la enfermedad: primero sufre de una poly-artritis que hemos considerado somática, en un segundo momento a falta de la enfermedad recurre al delirio y por último adquiere una urticaria considerada como enfermedad psicósomática, todo esto tiene que ver con una regresión narcisista debido a un impasse edípico y de la no aceptación de la castración, lo que nos hace suponer que Aurora podría considerarse uno de esos casos borderline.

El segundo caso se trata de un paciente neurótico que sufría de recto-colitis hemorrágica, eczema, problemas metabólicos, hematológicos y circulatorios con flebitis. El caso G. fue tratado por un psicopsicólogo con tendencia psicoanalítica llamado A.Fine. Este terapeuta ha trabajado con muchos casos de recto-colitis hemorrágica y ha teorizado mucho en relación a estos pacientes.

G. ha sufrido durante toda su vida de enfermedades de todo tipo, las cuales se manifiestan cada vez que alguien abre la herida narcisista que se abrió desde su infancia al ser rechazado por sus padres y excluido de la célula familiar debido a que él era el objeto representativo de la culpabilidad de la madre, por ser G., hijo de otro hombre.

El tercer caso se refiere a un paciente que ha sido llamado Paul Z., quien fue analizado por Joyce McDougall, psicoanalista que ha teorizado mucho en relación a las enfermedades psicósomáticas. Paul es un hombre con estructura perversa y que sufre de problemas gastrointestinales, en ocasiones se le forman pústulas en el pene y en otras partes del cuerpo y sufre de fobia hacia las multitudes.

Paul Z. tuvo una madre seductora y castrante a la vez, relación que lo lleva a vivir sus intercambios amorosos con este mismo patrón, si alguien hiere su sentimiento narcisista y sobre todo si se siente rechazado sexualmente entonces se le forman pústulas en el pene como reacción o como protección hacia su narcisismo fálico.

Este paciente no tiene la capacidad para elaborar psíquicamente las separaciones con sus objetos sexuales, motivo por el cual el cuerpo reacciona a través de la enfermedad.

El cuarto caso fue tratado por Sami-Ali, destacado psicoanalista que teoriza con las enfermedades psicósomáticas. El caso F. viene relatado de una manera muy incompleta, en cuanto a información clínica se refiere, sin embargo este analista destaca la importancia de la alergia en las estructuras psicóticas, él menciona que ésta son una especie de contenedores del brote psicótico y que entonces el delirio es del cuerpo como manifestación a una falta de identidad.

Cabe mencionar que estos casos son sólo un esbozo y una aproximación de entender la enfermedad a partir de la historia particular de cada sujeto y sobre todo la influencia del narcisismo en la enfermedad.

5.1. Caso Aurora

Aurora fue remitida por un hospital parisino al psicopatólogo Obadia, J.P hace 18 meses debido a que se negaba a llevar a cabo un tratamiento médico a pesar de que sufría de una artritis general que le generaba una inflamación muy fuerte.

La paciente es una mujer de 35 años, delgada, rubia y muy bella, que en su juventud se dedicó al modelaje de alta costura, de pret-à-porter y hasta de trajes de baño (el exhibicionismo, el voyerismo y la libidinización motora están en el corazón de la pregunta) Su primer y único embarazo le puso fin a su carrera a la edad de 22 años el cual fue vivido por ella como una ruptura traumática. Su vida era muy agitada y estaba casada con un hombre al cual detestaba. En el momento en que nace su hijo, cansada de peleas y de su vida en general, decide separarse de su esposo y deja al hijo a cargo de su madre.

Los últimos 18 meses de psicoterapia en la Poterne (hospital donde trabaja Obadia) fueron momentos difíciles, la cura se vio afectada debido a la interrupción de las

vacaciones, sin embargo se pudieron esclarecer ciertas referencias familiares y de vida personal.

Aurora vivió una infancia triste en el seno de una familia numerosa. 5 hijos, 2 hombres (los mayores) y 3 mujeres en donde ella ocupa la 4ª posición entre sus dos hermanas. Sus padres eran polos opuestos y pelaban continuamente. El cuadro parental se basaba en la agresión de un padre exigente y golpeador y la madre era dulce y pasiva. (la mater dolorosa) El padre se vio impedido por una reumatitis general que lo postró sus últimos años en una silla de ruedas aunque podía caminar con la ayuda de un bastón inglés, bastón que no sólo servía para caminar sino para dar de bastonazos a sus hermanos y a ella. Cabe aclarar que según Obadia, Aurora se sentía perteneciente al clan de los hombres, sus hermanos y ella eran un grupo y sus hermanas otro. Estos recuerdos se hacen presentes con gran continuidad en su discurso. Es en el año en que muere su padre cuando Aurora empieza a sufrir de una poly-reumatitis, lo que nos hace pensar en su incapacidad para elaborar ciertos duelos

En los primeros meses de psicoterapia Aurora experimenta dolores muy intensos en las articulaciones de manos y de rodillas, motivo por el cual el psicomatólogo la enfrenta a un tratamiento de "sels d'or" (sales de oro), el cual se vio interrumpido en varias ocasiones y tuvo que ser efectuado sin un control sanguíneo y urinario debido a su renuencia hacia los tratamientos médicos.

En seguida le sobrevino la ruptura de los tendones de los abductores largos del pulgar y el índice derechos. Aurora no permitió la intervención quirúrgica sino hasta después de varios meses. Al décimo mes del tratamiento, en vísperas de vacaciones del verano 1981, después de una mejoría notable del síndrome reumático, del establecimiento de relaciones amistosas con su marido e hijo, de la aceptación de los tratamientos médicos y de su ilusión por el dibujo, Aurora comienza a delirar brutalmente, se sentía espiada, perseguida, pensaba que la gente quería hacerle daño, deliraba ser una prostituta africana y pensaba que la gente la quería vaciar de su sangre. A raíz de estos delirios la paciente fue internada en un hospital psiquiátrico en donde fue tratada a través de neurolépticos. Al salir volvió a sufrir de reumatitis y le volvió a agarrar fobia a los medicamentos. Establece relaciones amorosas con un periodista que trabaja para un periódico satírico, cabe mencionar que este hombre llevaba el mismo nombre de su hermano mayor Esta relación tormentosa basada en

intercambios violentos la llevó a pensar que los hombres eran unos tarados y buenos para nada. Ella menciona que los odia tanto que ni siquiera iba a aceptar la pensión que le daba su marido y nuevamente se vuelca contra él. Ya sin su pensión decide buscar trabajo y después de sufrir varias peripecias encuentra uno en l'Encyclopedia Universalis como vendedora. Después de 3 meses sin vender nada fue despedida y llegó a la conclusión de que su trabajo era una porquería "Encyclopedia Univer Salis" (Univer sucio) y que estaba en un lugar podrido en donde el sexo y el dinero era lo mas importante para la gente. "Ella no pertenecía a ese mundo"

El psicoterapeuta al ser hombre, entonces también entraba en el rubro de "hombres buenos para nada" y le reprochó el hecho de dejarla embrollarse en un trabajo de porquería y que seguramente el gozaba al verla sufrir. Después de que el médico le interpretó su compulsión a repetir los mismos parámetros con todos los hombres incluyéndolo a él, manifestó su desagrado hacia él, decía que estaba harta de ser objeto de sus experiencias con su cuerpo, que él la quería demoler. La paciente telefoneaba al psicoterapeuta en medio de la noche insultándolo y diciéndole que iba a abandonar el tratamiento.

Sesión del 23-12-198..

Esta sesión está muy relacionada con el último conflicto en relación a repetir compulsivamente el patrón agresivo con todos los hombres.

Dice el terapeuta: La recibo muy fría y ella me da un regalo acompañado de una dulce sonrisa infantil, como una niña que trata de hacerse perdonar después de un castigo. Se trata de un catálogo de la exposición fotográfica de Man Ray que se está exponiendo en el centro Beaubourg y que por cierto tenía yo la intención de ir.

En la portada, hay un conjunto de fotografías surrealistas: una cabeza cortada de una mujer llorando, una escultura en piedra de la cabeza de un hombre, dos manos cortadas, un bibloquet, un foco rojo. Al reverso del catálogo, viene un texto escrito por Man Ray y que merece ser descrito:

"Qu'est-ce qu'une belle photo
 Qu'est-ce qu'une belle femme
 Je ne sais pas
 Qu'est-ce qu'une peinture abstraite
 Qu'est-ce qu'une peinture figurative

Je ne sais pas
 J'ai toujours envié ceux pour qui une oeuvre est un mystère . . ."

"Qué es una bella foto
 Qué es una mujer bella
 No lo sé
 Qué es una pintura abstracta
 Qué es una pintura figurativa
 No lo sé

Siempre anhelé eso por lo que una obra es un misterio

En el catálogo, había fotografías de desnudos femeninos que jugaban con luz y sombra, incluso algunas veces estaban en el límite de la pornografía, mujeres que probablemente no hay que confundir con las modelos de moda. Como veremos, ella se pregunta por el enigma de los enigmas ¿ qué es ser mujer?.

Aurora muy emocionada me sonríe gentilmente mientras yo le agradezco y dejé pasar un largo silencio y dice finalmente: "Yo soy la muda... cuando era pequeña mi madre me decía: "nunca escuchamos tu voz"..... hasta los 20 años yo me mantuve silenciosa (sonríe), pero no licenciada (silencieuse-licencieuse). Me siento mejor... desde hace 5 días dejé de tomar mis medicamentos y mire mis manos (abriendo y cerrando los puños muy fácilmente) (Las articulaciones de las muñecas y las manos parecen en efecto estar desinflamadas.) Decidí de una vez por todas que ya estoy curada, que no volveré a tomar medicinas. Mire mi cicatriz (aquella de la sutura tendinosa sobre el puño derecho) Estoy marcada de por vida (se entristece) En Navidad (fue a casa de su madre) mi cuñado seguramente se estuvo fijando en mi cicatriz... qué habrá pensado? Tal vez mi madre ya le dijo todo. ¿y, si ya no sufriera de poly-artritis (se torna súbitamente irritada) Lo que tengo ahora es una urticaria.. una urticaria gigante.... Ah! Alain (el marido) está en el Cairo en este momento y François (el hijo) está tocado(toqué?) (est toqué) digo ok (okey) se ríe. "Cómo me divierto, pero puede hacerse una guerra con esto de las palabras. Sabe no estoy desesperada por encontrar trabajo, pero respondí a un anuncio de trabajo de medio tiempo , (un trabajo de costurera de corsage de seda pintados a mano), fue muy gentil conmigo, de hecho pienso que trató de seducirme (ligarme), en efecto, todo el mundo me intenta seducir actualmente, tanto hombres como mujeres. Alain decía que los hombres se interesaban por mí debido a mis nalgas. A mí me gustaría trabajar por nada, por ejemplo en un Kibutz o bien me gustaría vivir en un monasterio en los altos del Himalaya.... Mi madre es muy banal, yo no, ella se queda con François sólo por el

dinero, la detesto, ella siempre tuvo celos de mí, todas las mujeres me envidian .. Le hablé por teléfono en Navidad y le dije que era una "cochinada" (también me tachó de basura) y le volvía llamar al día siguiente y me contestó François y me dijo "Es cierto que dijiste que bonne-maman (buena madre) es una basura? Y le contesté: Si, es una basura y no es mi madre. François contestó: Pues tu tampoco eres mi madre! Aurora dice: eso me tranquilizó François no es mi hijo, es el suyo Ah! Por cierto, soñé que mi madre estaba en frente de mí y tenía la cabeza llena de sangre y Marc (el hermano) estaba ahí también (recordemos la foto de Man Ray) le dije a mi madre: Eres tu quien mató a mi padre, y tomé su cabeza y la sumergí en un lavabo en donde había una pila de zapatos y le decía: muere, muere, muere(crève) Ella está al borde de las lagrimas y muy excitada.

"Tengo horror de mi madre, ella es la responsable de todas nuestras desgracias. Cuando prepara la comida, por ejemplo, está llena de mensajes malos y maldiciones. No lo percibo en el momento de comer, pero después al pensar me doy cuenta de sus intenciones pero es demasiado tarde. Es así que para Navidad hizo costillas de puerco como para decirnos " son ustedes unos puercos", acompañado de puré de col pasado , lo que significaría " ya no son mis coleccionitas del pasado, ahora son pura mierda".(vous étiez mes petits choux dans le passé, maintenant vous êtes de la merde) A Jeanne (su hermana) que está muy gorda, le hace tartas enormes como para decirle "eres una tarta" . Yo sé que Marc (el hermano) esta esperando una sola cosa, que muera ella para que entonces pueda liberarse y continuar con su carrera de marino. Ella es una mala mujer y sucia, apesta, todo está grasoso en su casa, el horno, el lavabo. En mi casa hay polvo pero no está sucio. Ella quiso hacer de mi una babosa (especie de caracol)!, Alain, él, ayy! Ellos se entienden muy bien a mis espaldas, el quería hacer de mí un caracol, quería que estuviera sola en mi recámara-concha, de hecho, a el le encantan los escargots de Bourgogne, se los atasca, se los atasca (lo dice muy excitada) C'est une salière, vous savez, les salières où la mer stagne pour qu'on laisse se déposer le sel.. Mais non, comment dit-on, pas une salières, des alins... ce salaud d'Alain. Mientras que a mí me gusta el mar en movimiento, el verdadero mar, ese en donde uno se baña. Jamás voy a regresar a verla. Ella cuida de François solo por el dinero y François osa decir: Afortunadamente tenemos a papá sino estaría dentro, dentro (dedans) repite: dedans, dedans (llorando y riendo a la vez). Ella me destruyó, me dijo que tenía el trasero caído y piernas muy largas... Era yo tan delgada y cuando

François empujaba mi vientre ni siquiera me daba cuenta. Yo no soy banal... Ay.. esta psicoterapia, usted también me destruye, ya no voy a volver

Ella se va llorando y en el umbral de la puerta me dice irónicamente: ¿ entonces, que no me va mandar a hospitalizar junto con los locos antes de las vacaciones? Le respondo que no, sonriéndole amablemente, sin embargo no me atrevo a decirle que pase felices vacaciones y me siento muy inquieto.

Otros datos familiares

Uno de sus hermanos es homosexual (el mayor), ella estaba muy unida a él y él siempre la siguió. Se puede ver que hubo una seducción infantil real. Mostró una foto de cuando ella tenía cuatro años, estaban en la playa y ella estaba desnuda y su hermano le metía el dedo en el trasero

El otro hermano, el marino, todavía está soltero, tiene 38 años y una de sus hermanas (la menor) es religiosa, mientras que la otra es la única casada.

5.1.1. Análisis a partir del narcisismo y su influencia en la enfermedad

Es difícil situar a Aurora dentro de una estructura psicopatológica específica debido a la falta de información detallada y el abanico de síntomas que se superponen entre sí, en ocasiones podríamos apostar que se trata de una estructura histérica debido a sus frecuentes somatizaciones y la narcizización de su cuerpo, otras veces su actitud se refiere a una posición perversa frente a la no aceptación de la castración, su exhibicionismo y el impasse edípico y por último síntomas psicóticos que se relacionan con una negación parcial de la realidad que se desplaza incluso hasta el delirio. Los datos proporcionados y recurriendo a la especulación podríamos suponer que se trata de una estructura borderline que correspondería a la clasificación que Joyce McDougall y André Green han especificado.

Aclaremos esto, la situación familiar de Aurora se caracteriza por la presencia de una figura paterna débil que carece de verdadera Ley. El padre siempre enfermo trata de ejercer su autoridad a través de regaños, agresividad y golpes físicos. La madre es una mujer en extremo fálica que a pesar de ser en apariencia dulce, débil y abnegada posee una palabra materna apabullante. Todos sus hijos sufren conflictos relacionados con el narcisismo; uno es homosexual, otro (el marinero) no ha logrado una relación

estable con ninguna mujer por lo que sigue bajo el seno materno, una hermana se resguardó bajo el manto de la religión y la otra tiene problemas alimenticios. En el caso de Aurora el problema llega a traspasar los límites de la realidad. Detallemos este conflicto. Aurora desde muy pequeña fue una niña sumisa y callada, su palabra no era escuchada, su cuerpo fue libidinizado y su psiquismo fue velado. Es decir, desde siempre para ella ser mujer era equivalente a ser bella y muda. Su cuerpo estaba en extremo narcisizado, posee un yo muy corporal y sus posteriores somatizaciones estarán muy relacionadas con este hecho. Ahora bien, Aurora al parecer sufrió las consecuencias de la debilidad de la figura paterna, la fase edípica seguramente fue inconclusa y endeble. La paciente nunca fue capaz de establecer relaciones objetales sólidas a falta de objeto. Su padre era percibido por ella como alguien castrado que utilizaba su falo artificial (el bastón) para ejercer una supuesta Ley, entonces el falo no estaba en el padre pero tampoco reconocía que la madre lo tenía, es ella (Aurora) quien intenta a toda costa serlo e incluso creía tenerlo, su cuerpo era su falo. En un primer momento Aurora buscaba exhibirse a través del modelaje para ser mirada, quería ver que era mirada, podríamos suponer que buscaba la mirada de alguien, de quien sea, para entonces poder mirarse en los otros, ser reconocida porque la mirada materna fue velada. Posiblemente la madre se apropió de toda posibilidad para ella de resurgir como sujeto, como alguien diferente.

En un segundo momento, (no tenemos los datos ni las fechas), con la muerte del padre, Aurora contrae la enfermedad de su padre, es cómo si el otro hubiera invadido su cuerpo causando un delirio corporal, cómo si ella quisiera suplantar ese lugar perdido y reivindicar la figura paterna a través de la apropiación de la enfermedad de su padre, una figura castrada. Sin embargo la imposibilidad de poseer el falo y la sobreinvertidura corporal podrían ser las causas de la artritis, como si este padecimiento fuera la consecuencia de la "falta del padre" manifestada en el cuerpo, su intento es fallido, de tal suerte que la angustia de castración empieza a apoderarse de ella. Aurora detesta a su madre por no darle a ella el lugar de falo. La figura materna es vivida como una amenaza ante la cual reniega. Se nota la presencia de un deseo materno en extremo poderoso, en donde la alienación primordial es el primer enemigo a vencer, la única palabra real que existe es la de la madre, impidiendo así que Aurora elabore la propia.

Otra segunda hipótesis se juega en la relación de Aurora con su padre, la cual se basó en la agresividad y en golpes físicos, golpes que fueron de cierta manera libidinizados por ella. Se coloca en un lugar masoquista, entonces al perder al padre estaba perdiendo su objeto de goce, motivo por el cual su propio cuerpo fue tomado como objeto, como un objeto sufriente y gozoso a través de la enfermedad. Se da en Aurora una especie de regresión autoerótica que tendría que ver con el silenciamiento de su niñez y juventud. Ella dice: "Yo soy la muda" ella sólo puede ser a través de su cuerpo puesto que carece de palabra. Cuando era modelo, ella exhibía y cuidaba su cuerpo como manera de confirmarse a través de lo corporal. De tal suerte, que cuando su cuerpo se vio afectado por la irrupción de un embarazo seguramente no deseado, se desestabiliza psíquicamente, reniega de su función materna puesto que fue ese objeto que salió de su vientre que destruyó lo único que tenía para sentirse reconocida (el cuerpo). Se podría pensar que Aurora, al cederle el hijo a su madre, llevaba el mensaje oculto de: "Toma a mi hijo, ten el falo que tanto te hace falta porque yo no lo necesito". Su cuerpo estaba narcisizado a tal grado que se negaba a dejar entrar cualquier cosa que fuera exterior a ella, se negaba a entregar su cuerpo a las intervenciones quirúrgicas o a los médicos, de ahí la renuencia a los tratamientos. Su cuerpo erótico se convirtió en cuerpo enfermo, el masoquismo se hace presente en su enfermedad que hasta este momento se podría llamar somática. Es decir, los dolores recaen sobre las articulaciones de manos y rodillas provocando una falla motora, se trata de cumplir un deseo a través de la enfermedad: el de reivindicar a su padre y/o el de ser el falo.

Cuando empieza a ir a terapia se nota una mejoría en cuanto a su enfermedad gracias a la aceptación de ciertos medicamentos combinados con la psicoterapia, trata de establecer relaciones objetales mas sólidas con su marido, madre e hijo pero entonces súbitamente al desaparecer la enfermedad comienza a delirar, surge una negación parcial de la realidad. Esto confirmaría que una enfermedad somática puede sustituir parcialmente un desequilibrio psíquico. Le quitaron a Aurora su única posibilidad de ser. su enfermedad, su cuerpo. En ese momento tanto su goce como su deseo fueron disueltos y la realidad es tan insoportable para ella que entonces la niega, sufre un desequilibrio narcisista y no halla manera de anclarse a la realidad. Aurora no establece relaciones objetales sólidas producto de una desinversión objetal en donde

la libido se concentra en los intereses de la propia persona, es decir, un síntoma narcisista y por ello la incapacidad de realizar duelos

Después de estar en el psiquiátrico en donde calman su delirio con medicamentos, vuelve a recurrir a la enfermedad, se puede suponer que vivió el envío al psiquiátrico como una traición por parte de su psicoterapeuta, ella estaba tratando de hacer resurgir una palabra, pero al quitarle la palabra del cuerpo entonces entrega su psiquismo a través del delirio. En un segundo tiempo, de la artritis pasa a la urticaria, si no hay lugar en el cuerpo ni aún a través de la reumatitis y tampoco hay lugar en el psiquismo a falta de delirio entonces ¿quién es ella? Ni el médico ni el psicopsicólogo le dieron oportunidad de lograr una reconstrucción o resignificación, entonces ante la incapacidad de expresarse a través de lo corporal o lo psíquico, viene la enfermedad psicósomática, algo que no puede ser simbolizado. Algunos teóricos piensan que la urticaria se relaciona con la falta de identidad. Yo no pienso que sea una generalidad sin embargo en este caso la urticaria es la reacción ante una desubjetivización que es el resultado de un silenciamiento de palabra propia y de un sedante ante la enfermedad, la cual no pudo ser significada.

Después de algunas sesiones y al reconocer el odio por su madre empieza a producir sueños y a simbolizar algunos acontecimientos, por ejemplo, afirma que las comidas de su madre están plagadas de mensajes perjudiciales y maldiciones, desea en su sueño, que la madre muera para entonces poder resurgir ella misma, de hecho culpa a la madre de la muerte de su padre, lo que nos hace pensar en el aniquilamiento de la Ley paterna y el predominio de la Ley materna. Empiezan a surgir deseos mortíferos, pulsiones arcaicas de destrucción que ya no se dirigen hacia ella misma sino hacia los demás. La libido concentrada en un órgano es proyectada hacia aquellos que intentan apropiársela (Alain y la madre). Se nota en su discurso ese miedo a una alienación primordial. Aurora decía: "Alain quería hacer de mí un caracol, quería que estuviera en mi recámara-concha, y a él le gustan los escargots de Bourgogne, se los atasca, se los traga." Así como ella se sentía en relación a Alain, temía ser devorada. Sin embargo, a pesar de que reniega de ese apropiamiento lo busca a la vez, es decir, ella desea trabajar en un Kibutz o vivir en un monasterio, quiere sentirse alienada pero no a un otro sino a un Otro omnipotente, no castrado, a un ideal del yo significado por ella o mas bien busca volver al yo ideal, a un lugar en donde no corra peligros y pueda

dedicarse a ella misma en donde no tenga que enfrentarse a esos otros castrados que provocan su propia angustia de castración

Aurora se siente ajena al mundo, a un mundo (univer-salis) sucio, ella desea instalarse en su mundo narcisista en donde desconoce a los otros y con quienes tiene violentos intercambios como consecuencia de no quererse enfrentar a su castración, todos los hombres la quiere destruir y las mujeres seducir. Idea que funda sus raíces en las imagos paterna y materna. Otro vestigio de no querer aceptar la castración es cuando va a pedir trabajo a un lugar donde pintan corsages a mano, idea ilógica si ella padece de artritis en las articulaciones de las muñecas

Sin embargo, existe un intento de aceptar su castración cuando le dice al terapeuta: "Decidí de una vez por todas que ya estoy curada, que no volveré a tomar medicinas. Mire mi cicatriz, estoy marcada de por vida" Este intento fallido afecta la simbolización como se había mencionado antes, aparece una urticaria "gigante"

A continuación resumiré y formularé algunas hipótesis en relación al caso Aurora:

- 1) Si Aurora "heredó" la enfermedad de su padre, entonces se podría suponer que hubo un intento de reivindicar la figura paterna.
- 2) Si la paciente tiene una gran dosis de masoquismo, entonces el dolor de la enfermedad fue libidinizado y erotizado.
- 3) Si Aurora cree tener el falo, entonces no necesita de los demás e intenta destruirlos para no enfrentarse ante su propia castración.
- 4) La enfermedad de Aurora puede servir como un reforzamiento en la coraza narcisista como manera de protegerse de la madre.
- 5) Aurora rechaza los tratamientos médicos debido a la falla narcisística que impiden la recuperación de la enfermedad.
- 6) Si en Aurora hubo un impasse edípico, entonces no puede existir una estructura sólida.
- 7) Si el cuerpo erótico se transformó en cuerpo enfermo, entonces se puede suponer que ésta transformación se relaciona con los frecuentes eventos que la enfrentan a

- la castración (la muerte de su padre, el embarazo y la separación de su marido) provocando heridas narcisistas.
- 8) Aurora busca sumergirse en un mundo autoerótico en donde se relacione sólo con un Otro omnipotente y no con otros castrados (Kibutz, monasterio etc.)
 - 9) Aurora niega parcialmente la realidad a partir de delirios corporales o psíquicos
 - 10) Se nota un proceso cíclico que oscila de la enfermedad somática al delirio y del delirio a la enfermedad psicosomática.

5.2. Caso G.

G. es un hombre de 33 años que fue remitido por su médico que labora en el Instituto de Psicología de París.

Acude con el propósito de ayuda psicológica puesto que se niega a ser operado, sufre de crisis recurrentes de colectomía total con proctectomía, así como inflamaciones severas del hemi-colon izquierdo y el recto. Además sufre de numerosos problemas hematológicos y metabólicos por lo que necesita llevar una dieta integral adaptada a su enfermedad. Por si fuera poco, sufre a su vez de problemas circulatorios con flebitis y problemas osteoporóticos.

A pesar de todas sus complicaciones, las cuales lo invalidan enormemente, rechaza toda intervención quirúrgica aún sabiendo que es el único medio de salvación. Él menciona que someterse a una operación es más duro que la muerte.

Es necesario señalar, por otra parte, que sufre en ocasiones de eczema en las extremidades, enfermedad que se hizo presente desde hace mucho tiempo atrás y reincide cada vez que tiene reencuentros familiares. Nuevos brotes de eczema aparecieron 2 años antes de enfermar de recto-colitis hemorrágica, la cual surgió a partir de un altercado con sus padres.

Historia Personal

Hijo de familia provinciana de origen campesino, eran terratenientes. Sus padres, según él, no contrastaban mucho, ni uno ni otro destacaba ni gozaba de más privilegios que el otro. G adopta una posición siempre a la defensiva, su discurso carece de afecto

y ternura, más bien se nota un sentimiento persecutorio y de rechazo. Él es el mayor de 2 hermanas y siempre fue apartado de la célula familiar, fue educado por sus abuelos y después por unos padres adoptivos. Durante el ciclo escolar veía muy poco a su familia y durante las vacaciones siempre era enviado a colonias vacacionales. Estas separaciones y rechazos fueron vividas por él de manera muy dramática y determinaron en gran parte su complicada personalidad. Después de estos rechazos G. siempre trató apartarse de su familia, por ejemplo, se reclutó en la armada antes de lo obligatorio, se fue a trabajar a otra ciudad en una compañía petrolera y actualmente busca establecer un pequeño negocio lejos de su familia.

Resulta que esta novela familiar tiene como base el hecho de que G. no era hijo de su padre, o más bien el que creía que era su padre, entonces la madre siempre trató alejar a ese objeto que le recordaba su culpabilidad. Esta novela abrió en G. una herida narcisista muy profunda difícil de cicatrizar, herida que era abierta cada vez que se daba cuenta que sus hermanas recibían un trato muy diferente al que le daban sus padres a él.

"En un principio, - racionaliza él -, proyectaba mi agresividad sobre mis padres adoptivos como una manera de proteger a mis padres contra mis pensamientos". Sin embargo su discurso aparece en extremo ambivalente y la organización de conflictos privilegian los mínimos actos de sus padres, vividos como un rechazo que se renueva constantemente.

La reaparición del eczema le sobrevino cuando los padres no pudieron o no quisieron que su hijo pasara las vacaciones con ellos. La primera crisis de R.C.H. (recto.colitis hemorrágica) apareció cuando intentó afrentar a sus padres con el fin de romper con ellos de una vez por todas. Así mismo, una acontecimiento que empeoró su situación fue cuando decidió comprar un pequeño velero (era aficionado de los barcos) y súbitamente le sobrevino la idea de que no merecía tal regalo. Él menciona que esa compra tenía como intención demostrarles a sus padres lo exitoso que era y afrontarlos para que se sintieran celosos de su éxito.

Por otra parte, G. pudo organizar una vida familiar sólida y propia. Actualmente está casado con una mujer de la región. Cabe aclarar que G. también tiene conflictos con la familia de su esposa, la mujer es alguien muy maternal aunque no en extremo, lo

acompaña a todas partes y participa en la enfermedad de su esposo alentándolo a mejorar y desdramatizando las consecuencias. El paciente estableció una relación armoniosa y sin conflictos. Esta relación con ella es vivida por él como una zona neutral, como un matrimonio que lo protege del mundo exterior vivido como peligroso.

Tiene 3 hijos, a los cuales intenta no demostrarles su desamparo corporal, de no colocarse en el lugar de padre desprovisto de fuerzas y al cual hay que tenerle piedad.

Organización y funcionamiento psíquico

El discurso del paciente es muy repetitivo, sobretodo cuando habla de sus dolencias, sin embargo está consciente y piensa que tiene dificultades de evasión puesto que está invadido en todo momento de síntomas, de obligaciones para tomar sus medicamentos, por las preocupaciones alimenticias y por el fracaso en sus trabajos debido a la excesiva fatiga.

Cuando se permite otro tipo de discurso, éste está poco infiltrado de fantasmas sobre todo a nivel factuel (?), pero el modo del discurso es vivo y rico en resurgimientos afectivos, está comprometido y suscita la curiosidad con respecto a sus posibles identificaciones.

Según Fine, la asociación de hechos o eventos que realiza el paciente no están mediatizados, son pocos maleables, mas bien se acercan mas a un acting. Por ejemplo: habla de un golpe que se dio en la cabeza cuando estaba en la armada, de un accidente de coche que fue consecuencia de su elevada tensión, y sobre cómo pudo establecerse e instalarse profesionalmente en una fábrica, como obrero especializado, obteniendo buenos resultados.

En sus demás relaciones sociales puede establecer buenos contactos, pero al más mínimo movimiento del otro, con la más mínima agresividad sea verdadera o supuesta, entonces él rompe con la relación sin que exista la posibilidad de reanudar la amistad.

Menciona que últimamente tiene la impresión de que los demás le tienen miedo, que lo rechazan inconscientemente debido a su enfermedad que podrían considerar contagiosa. En lugar de invitar a sus amigos o compañeros de trabajo a su casa para intercambiar experiencias o simplemente para convivir, se encerraba en su célula familiar.

La relación con sus médicos es parecida, se siente perseguido y rechazado. Él se describe como un ser cobarde cuando de intervenciones quirúrgicas se trataba. Continuamente duda en realizarse los exámenes médicos o revisiones necesarias para checar el desarrollo de su enfermedad. Su experiencia en hospitales no es muy reconfortante, de hecho en el momento que fue hospitalizado debido a una anemia, le recriminó a los doctores el hecho de que le hubieran aplicado transfusiones sanguíneas masivas y que por su culpa sufrió de una hemorragia rectal.

Finalmente, se puede agregar que G. no sueña, no sólo por el efecto de los medicamentos sino porque, cómo el mismo dice, tiene miedo de enfrentarse con su inconsciente. Después de un tiempo de psicoterapia pudo abandonar los hipnóticos y se sintió muy orgullosos de ser amo y señor de sus síntomas y de reencontrar su capacidad onírica aunque no siempre se acordaba de sus sueños. Antes de esto G. siempre despertaba en las mañanas mojado en sangre.

5.2.1. Análisis del caso G.

G. sufre de una neurosis con graves episodios de depresión. Su historia familiar marca la ausencia de una relación primordial estable por lo que la estructuración de su yo es muy endeble. Su organización narcisista se formó a base de rechazos y fue apartado de su núcleo familiar desde una edad muy temprana, el paciente lleva la marca del pecado de su madre, la cual, suponemos, no deseaba al hijo y sólo se limitaba a cuidar su supervivencia biológica. Posiblemente G. encontró en la enfermedad la única manera de comunicarse con su madre, de ser tocado por ella. Su enfermedad pudo haber sido libidinizada, sin embargo, la castración experimentada fue desde una edad muy precoz, por tal motivo, poseía un superyó en extremo riguroso que borró todo indicio del complejo de Edipo, fue liquidado y entonces su ideal del yo es frágil e impide que establezca relaciones secundarias estables. Es posible que G. posea un superyó corporal, y si éste fuese resultado de la vivencia edípica entonces el rechazo será evidente, su enfermedad podría ser una manera de renegar contra esa separación radical. Es así, que las imágenes parentales son vividas por el paciente como destructoras tanto a nivel corporal como en el plano narcisista, de tal suerte que G. responde a todo acercamiento objetal con alejamiento y agresividad para resguardar su frágil coraza yóica.

Podríamos especular que la castración en G. es vivida de un modo muy arcaico y persecutorio. De hecho, los episodios castrantes fueron recurrentes y muy fuertes, vivió innumerables separaciones, su educación estuvo en manos de todos y de nadie. Es muy probable que renuncie a todo indicio pulsional, su capacidad de simbolizar es muy escasa y podríamos decir que posee un pensamiento operatorio. Tiene miedo de descubrir su inconsciente, de ahí su problema para soñar. En el momento en que empezó a acordarse de sus sueños, sus enfermedades encontraron una salida simbólica que fue remitida por la palabra, en el caso del eczema y la recto-colitis hemorrágica.

Es muy claro que cada vez que G. se ve amenazado por un otro su cuerpo reacciona ante la incapacidad de procesar psíquicamente, aparece la enfermedad como manifestación de una herida narcisista. Su objeción ante las intervenciones quirúrgicas podrían estar relacionadas con dos situaciones: primero toda imagen de poder, o imagen parental, es vivida como destructora, entonces los médicos serán percibidos como gente que le quiere hacer daño, de hecho dice preferir la muerte que a ser intervenido, y en segundo lugar, su cuerpo es asociado con su personalidad, entonces si se somete a una operación, la herida no sólo será en el plano real del cuerpo sino que también verá despedazada su personalidad. G. intenta no mostrar su invalidez corporal por miedo a que los demás lo rechacen, su integridad física es símbolo de integridad humana.

La enfermedad del paciente oscila entre enfermedad orgánica, somática y psicossomática. Recordemos que desde la infancia sufre de eczema en las extremidades, enfermedad que surge a raíz de los rechazos y separaciones, en un segundo momento el proceso inconsciente en G. da un giro y el eczema aparece siempre que tiene reencuentros familiares. Su enfermedad se convierte en una defensa contra el rechazo. Podríamos clasificarla como psicossomática ante la incapacidad de aceptar dicho rechazo y por lo tanto la incapacidad de elaborarla psíquicamente, pero también se puede especular que este eczema es una enfermedad somática que se vincula directamente con la piel, con una coraza que desea el acercamiento pero que a la vez lo rechaza por miedo a ser herido.

Por otra parte, G. padece de recto-colitis hemorrágica, la cual aparece por primera vez cuando decide afrontar a sus padres, esto significa para él una pérdida de objeto, una

separación que lo deja indefenso. porque a pesar de que sus objetos primordiales lo rechazaran, finalmente eran objetos de los cuales se sostenía. No sería descabellado pensar que este sea un problema que tenga que ver con la etapa anal, es decir, no puede retener los objetos amados, no tiene control de su cuerpo y esto se manifiesta con un sangrado en el recto. Podemos suponer que su cuerpo es tomado como una entidad que refleja los conflictos psíquicos a través de conflictos entre sus órganos. Una hipótesis en relación a esta enfermedad podría ser que esta fuera un deseo materno, posiblemente la madre deseaba que ese hijo desapareciera, que muriera para que borrarla la maldición familiar. Él no pertenecía al núcleo familiar y entonces había que deshacerse de esa sangre que le impedía ser parte de lo que perdió: su familia.

En relación a sus problemas alimenticios se puede especular que su madre jamás fue lo suficientemente buena como para que él pudiera metabolizar los alimentos, de hecho, comía muy poco hasta que tuvo que ser hospitalizado por una anemia severa.

Tiene problemas con todo lo sanguíneo (circulación, flebitis, recto-colitis hemorrágica, miedo a las transfusiones sanguíneas), o podríamos decir con lo consanguíneo lo cual muestra su conflicto familiar, es decir, su padre no es su padre, sino un otro que quién sabe quien sea, sus hermanas no son sus verdaderas hermanas y su madre desea no serlo. Fue criado por sus abuelos, supongo que maternos aunque no se tiene el dato. Ese secreto familiar trajo graves consecuencias de identidad en G. a tal grado de no permitirse el lujo de sentir placer, puesto que él es responsable de la culpabilidad de su madre. Recordemos cuando quería comprarse un velero y no pudo asumir esa responsabilidad por no creerse merecedor. Este amor a los barcos puede estar asociado con su vida que está a la deriva, no tiene rumbo fijo aunque varios puertos adonde llegar (a la casa de sus padres, o con sus padres adoptivos, o con sus abuelos). A mi parecer lo que le ayudó a G. a establecerse fue el matrimonio con una mujer que le sirvió de holding, una mujer nutricia que lo acompañaba, lo apoyaba y lo ayudaba a salir adelante con su enfermedad. G. creó su propio núcleo familiar en donde funcionaba muy bien, pero cuando éste salía de esa célula narcisista entonces su equilibrio psíquico se desestabilizaba, se sentía rechazado y criticado por todos los demás, cualquier persona era vista como un rival invencible, así como fue su padre. La madre jamás le dio al hijo el privilegio de ser el falo, siempre lo tuvieron los otros, de ahí su baja autoestima. Podríamos citar la idea de Hugo Bleichmar en cuanto a la influencia del sentimiento de sí-mismo, si éste se siente inferior y frágil, entonces esto incluye también a sus órganos,

o bien se puede tratar de ese narcisismo de muerte del que habla André Green, cuando G. no encuentra cabida en ninguna parte entonces tiende a su propia destrucción, afortunadamente G. encontró su célula narcisista con la formación de una familia que le ayudaba a mantenerse con vida y a adquirir una cierta identidad.

Otra hipótesis en cuanto a la enfermedad sería la de detener momentáneamente un conflicto melancólico G. antes de casarse no poseía ninguna relación objetal significativa y las continuas pérdidas objetales podrían haber desatado un estado hipomaniaco. Sin embargo, la enfermedad podría ser traducida como la melancolía del órgano, sus órganos fueron tomados como objetos. Su cuerpo no estaba del todo libidinizado, por lo tanto existían partes inexistentes para él, por lo que el dolor le empezaba a dar noticia de su cuerpo, el cual era tomado como su propia personalidad.

Ahora bien, las enfermedades orgánicas también se hicieron presentes, pero estas fueron significadas por él rápidamente, él era un ser rechazado y por lo tanto merecía sufrir. Existe una dosis fuerte de masoquismo, es como si transitara en una especie de círculo de dolor el cual no tiene salida, él aprendió a vivir a través de su enfermedad que le servía de defensa, lo alejaba de los demás y lo encerraba en sí mismo. Los medicamentos no le eran de gran utilidad, no había mejoría porque él no se sentía merecedor, su cruz consistía en ser "El rechazado", no le dieron otra posibilidad de identidad entonces, ¿qué hubiera pasado si los medicamentos lo hubieran sanado sin haber pasado por un proceso de elaboración psíquica? Entonces a falta de órganos enfermos una melancolía podría haberse instalado.

La pulsión de muerte circulaba a libre fluir a través de su enfermedad, se encontraba en un estado gozoso que le recordaba los pocos momentos que tuvo contacto con su madre.

Ahora bien, trataré de ubicar por tiempo el desarrollo de sus enfermedades y algunas hipótesis en torno al ciclo de sus padecimientos y la vinculación con sus vivencias.

- 1) El eczema puede ser la consecuencia de una identidad que no le alcanza para defenderse, entonces la invasión de brotes eczémicos en el rostro y las extremidades toman un valor defensivo, un valor de convocatoria en donde G. trata de resurgir con esa otra imagen deformada.

- 2) Si el eczema se hace presente en las extremidades entonces un valor simbólico debe tener, el cual se podría asociar posiblemente con el miedo a entregarse a cualquier relación por temor a ser rechazado. Los brazos y las piernas tienen una connotación de acercamiento, son estos los que nos pueden llevar Hacia el objeto amado.
- 3) Si la rectocolitis hemorrágica surge a partir del primer altercado con sus padres entonces este podría ser un intento de desalojo sanguíneo o "consanguíneo"
- 4) La RCH puede ser partícipe de una nueva formación caracterial narcisista, es decir, trata de deshacerse de esos restos que le recuerdan a su familia y que tanto daño le hicieron
- 5) Si la RCH se caracteriza por el sangrado rectal entonces este podría estar relacionado con un problema de posesión objetal.
- 6) Si el eczema y la RCH fueron remitidos a través de la palabra entonces estos pueden estar vinculados a un problema de simbolización.
- 7) Si su cuerpo está habitado por un otro desconocido (el padre verdadero) entonces tratará de realizar un esfuerzo psíquico para desalojarlo y así conseguir una identidad propia

5.3. Caso Paul Z.

Paul Z., de 39 años, subdirector de la filial de una importante empresa internacional, trabajador infatigable, acudió a análisis a raíz de sentimientos depresivos y angustias poco definidas. Pensaba que la gente no simpatizaba con él; tenía violentas peleas con su esposa; en su trabajo se le había negado un ascenso del cual se consideraba merecedor. Durante 15 años había padecido de una úlcera péptica grave. En el análisis relató ciertos episodios relevantes del período previo al descubrimiento de la úlcera: "Había venido a París a estudiar; era la primera vez que estaba fuera de mi casa; poco después comenzaron los dolores. A veces eran atroces, pero jamás se me ocurrió visitar a un médico. Aprendí a caminar de un modo tal que el dolor se volvía menos intenso. Siguió así durante años... hasta que se me perforó la úlcera."

Algunos datos familiares

Paul tenía una madre seductora y frustrante al mismo tiempo. Lo había amamantado hasta los 4 años; tenía juegos eróticos con ella, aunque no le agradaba que la tocara. Existen indicios del deseo primitivo en Paul de ser uno con su madre, sufre de una angustia de castración edípica y problemas conexos de fantasías de homosexualidad, por lo que era incapaz de aceptar sentimientos de rivalidad y de resolver muchos de sus problemas laborales.

Paul estaba casado con Nadine, una mujer que según él, se comportaba a menudo con mucha frialdad. No viene registrado si Paul tiene hijos o no.

Última sesión previa a las vacaciones (Después de 5 años de análisis)

P.Z.: ¿No habrá sesión el día 25? ¡Bien, bien! ¿Así que la señora resolvió tomarse vacaciones? Qué más da, no me importa en lo más mínimo. (pausa) Por si le interesa, estoy pensando en mi pene. Grande, tostado por el sol, muy atractivo se lo aseguro.

J.M.: ¿Cree usted que existe alguna conexión entre nuestra próxima separación y estas fantasías eróticas que nos mantienen unidos... y que quizás estén negando la separación?

P.Z.: ¡Totalmente absurdo! ¿Así que se va de vacaciones? ¡Fantástico! Yo estaría chiflado si hiciera barullo por tan poca cosa. (pausa) Mi pene no es tan bonito como presumo... un poco maltrecho y oscuro... cuando está erecto parece un pico. (pausa) Me veo acometiendo contra su boca con mi sexo y dejándole en sus pechos una aterradora mancha marrón. (pausa) Mis brazos vuelven a sacudirse como si les hubiesen aplicado un choque eléctrico. Es molesto.

J.M.: ¿Se le ocurre algo que podría corresponder a esa sensación de choques eléctricos en los brazos?

P.Z.: Usted podría desgarrar mi pene hasta hacerlo pedazos en su boca. ¡Dios mío! ¿Qué es lo que digo?..... Me duele el estómago. No quise decírselo porque me parece pueril, pero tengo dolores atroces desde hace dos semanas. E incluso tengo eccema entre los dedos, pero esto se debe a la frustración sexual. En estos momentos Nadine me rechaza.

J.M.: Nadine y yo, las dos lo rechazamos: ella se niega a usted y yo lo abandono por las vacaciones y le despedazo el pene con los dientes. En lugar de reaccionar con agresión, usted se muestra enfermo e inofensivo

P.Z.: ¡Pero si yo no siento ninguna agresividad contra usted! Por otra parte adoro a las mujeres!

J.M.: Tal vez se trate de dos partes diferentes de su ser. Es posible que una adore a las mujeres y la otra las tema.

P.Z.: Lo que usted me está diciendo me perturba. Siento que algo se estrecha en mi estómago.

J.M.: ¿Puede pensar en "algo" en el lugar del estrechamiento del estómago?

P.Z.: Pienso en Nadine. Cuando me quiere hacer el amor me la imagino sobre un pico calentado al rojo blanco. Se retuerce como un gusano (pausa) es un placer para mí...
(PAUSA)

P.Z.: Su silencio me pesa (pausa) Pienso en mi temor a las multitudes. ¡Le aseguro que el 14 de julio no voy a salir! Siempre espero que la multitud se torne amenazadora. (Pausa) El otro día había un grupo de gente reunida abajo de su casa. Me produjo una sensación extraña. No me sentía bien y me dije: "Tiene que ocurrírseme una idea para poder cruzar la calle". Y ¡paf! Pensé en mi pene, bien limpio, fuerte, en erección. Como la afirmación de algo. Eso no tuvo éxito. Pensé inmediatamente que mi miembro era horrible, amarronado. Lo vi cubierto de pústulas y yo ya no estaba protegido. y ya no podía pensar. (pausa) Es necesario que lo diga.... Hasta me da miedo decirlo.... Mi cabeza, la sentía hendirse en dos. Horrible sensación. Me dieron ganas de vomitar. (pausa) Me dije que tenía ganas de vomitar porque yo mismo me encontraba repugnante. Pronuncié la palabra Frankenstein. Ya está. Soy Frankenstein, que ataca cuerpos humanos... y los devora... No es la primera vez que tengo esta idea .. Me llena de horror.. ¡Vómito! Me es difícil hacerle sentir el efecto de esa palabra en mí (murmura "Frankenstein lo dijo") y las películas.... Y la fascinación me sentía perdido, horrible.

(El discurso de Paul pronto se tornó rápido y J.M. no anotó nada durante algunos minutos)

J.M. ¿Acaso está tratando de liberarse de los sentimientos "perdidos" poniendo en mi cabeza sus pensamientos embarullados?

P.Z.: ¡Ja! ¡Es mucho mas cierto de lo que usted imagina! Toda la semana me dije: "Ya están volviendo los dolores de estómago. Puede ser grave. Y encima, el eccema. Es evidente que no estoy bien. Y es culpa de usted". Me prometí que usted se iría de vacaciones torturada por la culpa de haber conducido tan mal este análisis.

J.M.: Usted me permite irme de vacaciones a condición de que lo lleve en mis pensamientos; soy yo la que debe partir hendida", perseguida en mi vientre, por todo el mal que le he hecho. Así usted se queda bien liberado de lo que le tortura en su interior.

P.Z.: ¡Desgraciada! Oh, perdóneme. Se me escapó esa palabra. (pausa) ¿No está enojada, espero? (pausa) Diga algo, tengo miedo.

J.M.: ¿De los pensamientos que matan? ¿De las palabras peligrosas? (referencia a una sesión anterior)

P.Z.: Ssi... hace un momento no quise decirlo.....una novela policial que me gustó mucho. El criminal era un estrangulador, pero sólo estrangulaba a las mujeres. Me dan ganas... ¡Si solamente yo estuviera loco! Es algo muy especial la estrangulación, casi una caricia. (pausa) ¿Le doy miedo?

(Estamos lejos de su "pero yo adoro a las mujeres" y aprovecho la ocasión para mostrarle la ambivalencia de sus sentimientos y la angustia que hay en ellos... Le pregunto si la idea excitante de estrangular a las mujeres no es una manera de tener contacto erótico teniendo a la mujer peligrosa bajo control. Esta intervención lo lleva a hablar de los recuerdos de adolescencia ligados a las fantasías de coito sádico)

P.Z.: ¡Qué curiosos! Cuando tenía nueve años solía divertirme estrangulando mi pene. Me provocaba verdaderamente mucho dolor, y al mismo tiempo un placer loco. (pausa) Francamente no la siento muy benévola hoy.

J.M.: ¿Sexo de "desgraciada" que lo amenaza?

P.Z.: ¡Eh, quién sabe! (todo su cuerpo crispado desde hacía cierto tiempo, se distiende ostensiblemente, a la vez que esta interpretación libera nuevas asociaciones) Esto me

hace pensar en las arañas. Me horrorizan esos insectos. El otro día había una en mi escritorio, cerca del cielo raso. Me sentí paralizado. Mi secretaria me hablaba y yo no comprendía nada ¿Cómo he llegado a hablar de arañas?

J.M.: ¿La araña-mujer que no es benévola con usted?

P.Z.: ¡Ay!... veo mi sexo reducido a polvo, realmente pulverizado por usted.

(En respuesta a su fantasía de sexo reducido a polvo, le digo que todo ocurría como si yo escondiera un miembro demoledor, que amenazaba a su sexo. De este modo abandoné de un salto las imágenes del sexo femenino dotado de cualidades canibalísticas y anales, para colocar en su lugar una metáfora femenino-fálica que él de ningún modo quería oír)

P.Z.: ¡Pero no comprendo! ¡Realmente no comprendo! ¿Un pene dentro de usted? ¿Cómo es eso? Puedo imaginármela fácilmente con un pene, pero no es eso lo que me espanta. Un pene... es algo que penetra. Pero yo tengo miedo de ser estrangulado. En esto estoy totalmente de acuerdo con usted, ¡Pero el pene no!

(Joyce McDougall rectificó su interpretación, le dice que su interpretación es errónea y el recommienza su propio discurso, libre de la interferencia contratransferencial, pues ella quería introducir la instancia paterna y sustituir a la madre fálica omnipotente)

P.Z.: Una vez puse una araña y un cortapicos juntos en una tela de araña. Combatieron hasta la muerte. Fue atroz. Me gustaba ver a las arañas estrangular a las moscas con sus hilos. Son agresivas y venenosas, usted sabe.

(Paul evocaba otras luchas entomológicas de las que había sido director teatral-avispa, abejas, hormigas, gusanos -, tantas escenas primitivas a escala de insecto, donde el aplastamiento, la estrangulación y la picadura mortal desempeñaban su papel inexorable, soporte dominable de la angustia del muchachito. Es interesante subrayar que Paul posee hoy conocimientos eruditos sobre esos desdichados compañeros de infancia. Cómo si el también interpretara la lucha de los insectos en relación con la escena primaria, Paul retomó espontáneamente el tema de sus relaciones sexuales)

P.Z.: Cuando tengo ganas de hacer el amor y Nadine me rechaza, me sale urticaria en mis genitales.

J.M.: ¿Cómo si usted hiciera urticaria en lugar del amor?

P.Z.: Sí, justamente, ¡como una masturbación!

J.M.: ¿En que le hace pensar la urticaria?

P.Z.: Mmm... En hormigas, en gusanos que bullen por todas partes... ¡ay! Con sólo hablar de ello siento que me pica. Cuando Nadine no quiere es así. Me pica por todas partes, incluso en los lugares en que no tengo urticaria. Mis cabellos se ponen grasosos, se me pegan a la cabeza y me siento sucio. Me veo obligado a ducharme.

J.M.: ¿Qué quieren decir estas sensaciones? ¿Qué es este lenguaje de piel?

P.Z.: Pienso en mi madre. Ella tenía una enfermedad de la piel.... pústulas... como mi pene... me picaba todo al verla (mientras dice esto Paul se retuerce las manos y se las rasca como si estuvieran cubiertas de hormigas.)

J.M.: ¿se está poniendo en la piel de su madre?

P.Z.: ¡Y bueno, pero no adelanto mucho con convertirme en mi madre! ¡Es horrible! El deseo sexual por ella, bah, me da lo mismo. Siempre he hallado a mi madre sexualmente atractiva. Pero lo que me carcome es la idea de estar en su piel. Es algo que me da escalofríos.

J.M.: Entonces, es la hora.

P.Z.: Bueno. Simplemente quería decir que hay algo que no anda bien en mi relación con las mujeres. Nadine, usted, mi madre. ¡Tengo para divertirme en las vacaciones!

5.3.1. Análisis del caso Paul Z.

Paul podría ser considerado como un paciente de estructura perversa, aunque uno no podría descartar la posibilidad de que se trate de una neurosis fóbica grave y hasta de una psicosis fronteriza, sin embargo, existen indicios revelados por el paciente durante la sesión y deducciones de Joyce McDougall que pueden dar razón de que Paul sea un perverso.

Tratemos de reconstruir la historia en la medida en que esta viñeta nos lo permita. La madre de Paul es calificada por el mismo paciente como una madre en extremo seductora pero al mismo tiempo castradora, cuando el paciente era niño, ésta lo incitaba a tener algunos juegos eróticos siempre y cuando el niño no se le acercara demasiado. El padre, hasta donde tenemos entendido, fue una figura faltante en el plano simbólico. Joyce McDougall en una de sus notas menciona que 2 años después de la sesión transcrita pudo analizar la angustia de castración edípica y los problemas conexos de fantasías de homosexualidad en Paul, vivencias que eran las responsables de su incapacidad para aceptar sentimientos de rivalidad y de resolver muchos de sus problemas laborales. Entonces podemos suponer que el padre de Paul se presentó como un rival en el drama edípico pero jamás llegó a introyectar esa figura como la figura fálica ante la cual había que ceder con la promesa de tener algún día lo que el padre poseía, es decir, a la madre. De hecho existen deseo primitivos en Paul de ser uno mismo con su madre, él la ve como una mujer seductora, violenta, castradora y podríamos agregar "no castrada". Recordemos que Paul reconoce la idea de pensar a su madre sexualmente atractiva, pero eso no es lo que le molesta sino la idea de estar en su piel, en una piel que tenía pústulas y le provocaba una sensación de escalofríos. Comentario que podría traducirse en el deseo primitivo de alienación. Esto es, una parte de su yo escindido funciona a partir del principio de realidad y otro con el principio de placer, más aún, una parte reconoce la castración y otra no. De tal suerte que los pensamientos y sentimientos ambivalentes en Paul son en extremo frecuentes. Ama y odia a las mujeres, comentarios que fueron expresados durante la sesión. Cuando una mujer lo rechaza o amenaza con la separación, entonces su narcisismo fálico se ve herido y reacciona con la única imagen que tiene de sí mismo, su pene como símbolo de falicidad, su pene vivido en lo real del órgano. Estas reacciones son los restos de una angustia de castración no resuelta, no simbolizada, motivo por el cual, dicho conflicto primitivo no es procesado psíquicamente sino corporalmente. Joyce McDougall menciona que Paul en su infancia intentó superar la angustia de castración mediante la creación de una desviación sexual: su pene sería "estrangulado" debido a sus deseos sexuales prohibidos. El placer que experimenta en la sexualidad es vivido a partir del dolor que le causa excitación. Sus juegos infantiles nos remiten a la percepción que él tiene de la escena primitiva, es decir, a Paul le gustaba jugar con toda clase de insectos que se peleaban entre sí, se aplastaban, se devoraban y se picaban inyectando el

veneno letal. Todas sus fantasías giran alrededor de un sadismo oral y anal evidente, etapas regresivas propias del narcisismo.

Ahora bien, analicemos su historia con respecto a la serie de enfermedades y fobias que experimenta. Su madre sufría de pústulas en la piel las cuales le producían escalofríos, pero esa madre también era sexualmente atractiva y él deseaba ser uno con ella. Entonces posiblemente existió una condensación de enfermedad de piel y erotismo. La enfermedad de su madre no fue vivida por él como signo de castración sino como signo de seducción, él no podía tocarla y sin embargo la deseaba, La piel de su madre era negada para él pero a la vez estaba erotizada. Vivencia que influyó en gran medida en sus relaciones sexuales.

Cuando Nadine lo rechazaba a la hora de tener relaciones sexuales, él somatizaba a través de una urticaria en el pene, somatización que realizaba el cumplimiento de un deseo (la seducción y la negación de la madre).

Paul tiene problemas para procesar psíquicamente algunos conflictos sobre todo aquellos que remiten a la separación primordial, de tal suerte, que su primera manifestación psicósomática (la úlcera) fue cuando él se separó de su madre cuando fue a estudiar a París. Paul decidió no atenderse médicamente la úlcera, posiblemente porque ese dolor que le causaba era fuente de excitación, el paciente estaba instalado en una especie de autoerotismo sádico. Según Joyce McDougall, el paciente reaccionaba al conflicto psíquico primitivo no con la represión sino con la forclusión, lo cual producía reacciones en cadena, proyecciones desilusorias o somatizadas. Claro ejemplo sería la expresión de sus sensaciones corporales generalmente gástricas o dérmicas al tocar el tema de cualquier tipo de separación. La psicomatización en Paul fue disminuyendo cuando la expresión de sus sensaciones corporales encontraron las palabras, palabras que generalmente estaban asociadas a la sexualidad.

5.4. Caso F.

F. es un adolescente a quien el asma se transforma progresivamente en hipomanía y que presenta en los momentos críticos, accesos maniacos en los que se conjugan la violencia y el alcoholismo.

F. se identifica totalmente en una realidad fuera de la ley, que es la madre y el pecho. Agravado por la ausencia real del padre, el desconcierto identificatorio en F. es constante, pasando por todos los matices. No sólo "no tengo identidad personal", "busco una identidad a través del otro", "sólo existo por identificación con el otro", sino también "tengo la sensación de estar en varias partes, de ser una parte de la madre, de ser el doble del otro, el doble de la madre"

Varios acontecimientos confirman su falta de identidad, como por ejemplo un sueño que tuvo. F. se mira en el espejo y ve a su madre. Así mismo, se produjo un episodio muy curioso: F. decepcionado por una joven que lo abandonó, a F. no se le ocurre nada mejor que usurpar su identidad: hace imprimir tarjetas de visita con el mismo apellido que la muchacha, pero ¡masculinizando el nombre! (cambiando Laurence por Laurent)

Todo esto suscitó en F. una alergia, por lo que Sami-Ali dice: Esta observación ya deja entrever lo que subyace a la problemática del rostro en la alergia, a saber, que el rostro único una vez planteado implica la reducción de toda relación dual basada en el vínculo del objeto único consigo mismo.

5.4.1. Análisis del caso F.

No tenemos datos precisos para poder ejemplificar el porqué de la psicosis de F., sin embargo, Sami-Ali habla de la presencia de una madre fálica y omnipotente de la que F. es el falo y la figura de omnipotencia en la que participa. Esta imagen estructura e influye su relación con las demás mujeres a las cuales desea porque poseen un falo.

El es parte de su madre no es un otro diferente, percepción que se muestra con gran nitidez en el sueño del espejo. Carece de identidad y busca usurpar la de los demás, es por eso que trata de formarse una falsa identidad a partir de un cambio de nombre, el apellido de su antigua novia. Sin embargo, no tiene ninguna posibilidad de establecer relaciones estables y serias puesto que esto implicaría que se enfrenta a una situación edípica, en donde pueden existir otros con los que tenga que rivalizar, situación que es para él insostenible debido a que siempre a tenido una relación dual sin implicaciones de terceros.

Ahora bien, la alergia que sufre en el rostro es una manera de protegerse contra la imagen o el rostro materno, una manera de marcar un territorio con el fin de apropiárselo, de tal suerte, que la alergia es un intento de formarse una otra imagen. O bien, es el resultado de la incapacidad de lograr ser otro, esta búsqueda puede llevarlo a la desfiguración de su propio rostro, el cual no le pertenece

CONCLUSIONES

Para comprender la enfermedad se requiere que se tengan en cuenta diversos factores, por un lado, pensarla como efecto de causas múltiples, es decir, tratar de salirnos del discurso científico que propone un razonamiento lógico en cuanto a fallas exclusivamente en el sistema biológico. El sujeto posee un cuerpo que descansa en una base simbólica que comprende la relación de significantes que nos han sido dados, los órganos han sido significados por el sujeto de una manera muy particular y personal, de tal suerte, que las clasificaciones médicas son sólo una manera de intentar aprehender la enfermedad en su totalidad, sin embargo, la enfermedad para las ciencias biológicas es sólo un nombre que se instala en un organismo provocando ciertos síntomas, pero para el sujeto enfermo es mucho más que un nombre o un número estadístico, es algo que está irrumpiendo en su cuerpo trayendo consigo una serie de imaginarios que se van vinculando y cambiando el curso "lógico" de su padecimiento. El sujeto no se siente enfermo del riñón, por ejemplo, sino de una serie de padecimientos psíquicos que conflictúan su sistema corporal.

Es necesario que el sujeto emita una palabra propia y no importarla de los discursos que se colocan en el lugar del saber. El sujeto es conocedor de su enfermedad y su relación con el inconsciente, sólo que él no lo puede descubrir puesto que constantemente es bombardeado de palabras que velan ese saber. La clasificación de enfermedades comprenden una causa-efecto, una serie de síntomas y un curso específico. Con esto se pretende generalizar y encontrar la cura biológica de un cuerpo que está impregnado de simbolismo, es por esto, que las pretendidas curas farmacológicas pueden ser consideradas como curas utópicas. No todos los medicamentos le sirven a todos los enfermos. Sin embargo, si tomamos en cuenta que estos químicos son recomendados por figuras de poder como son los médicos, entonces un efecto puede haber, una cura puede ser posible y puede ser correlacional a la transferencia existente entre médico-paciente. Pero esta transferencia también puede ser mortal en el caso de que esas palabras de poder lleven el signo de la muerte. Cuando un médico determina el curso de la enfermedad y le asigna un nombre entonces un significante mortífero está en puerta, es decir, cuando un profesional de la salud condena al enfermo a un padecimiento terminal entonces se encarna en el cuerpo del sujeto una marca difícil de borrar. Ésta transferencia puede ser tanto para bien como para mal en cuanto a cura biológica, pero una u otra son maneras de silenciar al sujeto, de embargar su cuerpo y tecnologizar su espíritu. Las repercusiones

pueden condenar al sujeto a no ser dueño ni de su vida, ni de su muerte, ni de su enfermedad. Este "no ser dueño de sí mismo" puede terminar en un conflicto depresivo que agravará la situación patológica y más aún si el enfermo es recluido en instituciones hospitalarias junto con enfermos que enmudecen. Los hospitales se colocan en un lugar de maternaje que se acerca a ese lugar de las madres de los psicóticos, no tienen la posibilidad de poseer un espacio psíquico propio, todo se les da y todo les es quitado. La pulsión de muerte es el principal inquilino de esas cárceles biológicas puesto que circula sin ton ni son, pasando de cama en cama destrozando cuerpos y subjetividades. Estas instituciones son ideales para promover y mantener un narcisismo patológico, convoca a los enfermos a una especie de regresión narcisista en donde se convierten todos en uno mismo junto con la colaboración de esa madre omnipotente que es la institución.

No obstante el sujeto es activo aunque aparente ser pasivo, formaciones inconscientes se hacen presentes y hablan de su inconformidad ante el sometimiento. A pesar de todos los cuidados que experimenta el sujeto, éste se revela de diversas maneras, algunos no quieren ser intervenidos quirúrgicamente puesto que no quieren entregar su cuerpo a ese otro que es percibido como destructor, no se adhieren a los tratamientos médicos y más aún hacen todo lo posible por no sanar y empiezan a nacer otros padecimientos. Estas reacciones pueden ser entendidas si se toma en cuenta la historia personal de cada sujeto, las formaciones inconscientes y los principios psíquicos.

Una de las tesis principales que proponemos es la importancia de la función cuerpo dentro de la enfermedad, esa función que oscila entre la regulación del organismo y la libidinización corporal, en donde tanto la enfermedad orgánica como somática y psicósomática pueden ser entendidas a partir de la historia personal del sujeto y las implicaciones inconscientes que influyen directamente al cuerpo. Podríamos citar la tesis de Piera Aulagnier en cuanto a la madre como traductora de estímulos sensoriales del niño, madre que interviene en la estructuración de esa función cuerpo que puede ser el resultado de un suceso transgeneracional, en donde el deseo materno se va extendiendo al grado de ya no saber la palabra que se está emitiendo o traduciendo sino que impronta en el niño una palabra vacía que ha perdido o va perdiendo el significado genuino de generación en generación. Esto puede provocar un cuerpo invadido de partes psicóticas, es decir, de órganos sin libidinizar que son ocupados por la enfermedad para ser libidinizados, en donde pulsión de vida y de muerte, narcisismo y masoquismo son las piedras angulares del trastorno corporal.

Desmenucemos este concepto de función cuerpo y tratemos de encadenar esta serie de principios psíquicos con la enfermedad. Primero nos topamos que al enfermar la pulsión de muerte se desata debido a que la libido está siendo capturada por el órgano enfermo, existe una energía que no puede ser ligada psíquicamente y se encuentra a libre fluir en el cuerpo. Si esta energía no está ligada entonces podemos suponer que está bajo la influencia de tánatos que se rige bajo el dominio de la pulsión de muerte y que va "más allá del principio del placer". Todo esto se liga directamente con el narcisismo, tesis fundamental para dar cuenta de la enfermedad. Podemos deducir a partir de los casos clínicos expuestos en el presente trabajo y a partir de la teoría, que el narcisismo siempre está involucrado y puede ser entendido como una falla o fisura en una parte del cuerpo que no ha sido libidinizada y que por ahí se cuelga la pulsión de muerte instalándose en lo real.

En algunos casos la enfermedad o la dolencia se instala en un órgano que no es precisamente escogido al azar, no es sólo una cuestión de complacencia somática sino una elección de una parte corporal que está deshabitada y puede ser colonizada como una manera de tomar noticia del órgano a través del dolor o bien como una manera de atemperar un exceso de libidinización, los extremos no son tan opuestos como nosotros pensamos. Entonces la enfermedad se puede instalar debido a un exceso o a una falla de libidinización. Se trata de una afección corporal que goza de todo un estatuto simbólico, nada puede ser casual en un cuerpo que precisamente ha sido libidinizado o no a partir de las vivencias psíquicas.

Otra hipótesis se puede vincular al hecho de que la enfermedad sea un intento de adquirir una identidad propia puesto que la coraza narcisista y la representación yóica son muy endebles. Se puede tratar de sujetos que tienen la imagen corporal destrozada, su cuerpo pudo haber sido embargado por un otro que lo dejó con lo indispensable para mantenerse en pie e intentan realizar un esfuerzo psíquico de desalojo a través de una vía privilegiada como puede ser la enfermedad. O bien, esto puede ser visto como la contraparte de lo anterior, la enfermedad puede ser la única manera de "ser", su coraza narcisista fue formada a partir del sufrimiento corporal, entonces si su coraza está hecha de padecimiento y dolor cualquier enfermedad podrá unirse a ese material que le es similar, es decir, se va reforzando cada vez mas la coraza narcisística que radica en lo patógeno.

La enfermedad está relacionada con el placer y el displacer, cuando una persona enferma la libido se retira de los objetos, entonces para salir de ésta es necesario volver a investirlos, pero si no se logra o no hay a su alrededor ningún objeto que satisfaga su narcisismo o elección narcisista, entonces la enfermedad se vinculará con una especie de melancolía corporal en donde el duelo del objeto es intramitable. De hecho, muchos autores piensan que una falla en la identificación primordial puede posibilitar la propensión a la enfermedad psicosomática. Es decir, las identificaciones de objeto permiten la entrada a lo simbólico, entonces al carecer de éstas el trámite psíquico se topa con múltiples barreras, es por eso que el cuerpo responde ante esta incapacidad.

La enfermedad puede ser también considerada como una defensa narcisista, un intento de no dejarse atrapar por el otro, de ir construyendo una coraza que se caracterice por la impermeabilidad y como una manera de ir construyendo una identidad propia. En estos casos la enfermedad responde a una satisfacción de tipo autoerótico, es decir, se instala debido a una perturbación de la identificación narcisista, el objeto es su propio cuerpo y la pulsión es la propia fuente de esta satisfacción. El autoerotismo puede ser entendido como una manera de excluir o separarse del otro, sin embargo también existe el aloerotismo en donde se incluye al objeto y lo hace partícipe de su enfermedad, es cómo en el caso de las histéricas en donde se aman a ellas mismas pero a través del otro, lo mismo podría pasar con la enfermedad, la cual le permite atraer la mirada de los demás a partir de sus dolencias. O como en el caso de esos enfermos que sufren a través del cuerpo las decepciones o las pérdidas de sus objetos, es como si quisieran destruir su cuerpo y desaparecer junto con el objeto amado desaparecido.

Narcisismo y masoquismo están cortados por la misma tijera, aunque el masoquismo no puede ser pensado sin referimos al sentimiento de culpa, al contrario del narcisismo. Muchas personas relacionan la enfermedad con un castigo divino y puede ser considerada como una manera de flagelación corporal. Una de las enseñanzas de nuestro sistema es la de renunciar a la satisfacción pulsional, entonces si algunos consideran al cuerpo como terreno de la inmundicia pulsional entonces éste sufrirá el castigo superyóico. Tenemos miedo del cuerpo porque goza, porque puede ser el camino que va "mas allá del principio del placer", el enfermar puede ser considerado como un estado gozoso que es permitido ante la mirada de los demás.

Ahora bien, Se ha hablado de lo que es la enfermedad somática, psicósomática y orgánica, y hemos visto como lo orgánico se puede volver somático o cómo lo psicósomático se puede tomar somático o lo psicósomático en orgánico, en fin es todo un estado cíclico difícil de aprehender, por lo tanto propongo pensar a la enfermedad como una enfermedad corporal, la cual podría enmarcar las tres anteriores pero sin serlo exactamente. Es decir, ya hemos visto como una patología se transforma en otra y existe un cambio sintomático. Esto no quiere decir que una enfermedad sustituye a otra, sino que la función cuerpo sufre una transformación, cambia el funcionamiento y desata nuevas dimensiones sintomáticas, las cuales se movilizan a partir del momento presente, es decir, las experiencias pasadas ya causaron sus estragos y cada día se fortalecen si esto no es atacado a través de una palabra nueva y propia del sujeto. Es preciso que la enfermedad sea entendida como el lazo que puede existir entre lo somático, lo cultural, las vivencias psíquicas y el organismo. Por ejemplo, existen personas que, aprovechándose de lo orgánico, desatan una serie de imaginarios a partir de ésta vinculándola con su vivencia psíquica, o bien la enfermedad que médicamente es considerada orgánica puede ser un intento de hablar a través de ella y que indudablemente causará estragos en el organismo pero sólo como causa secundaria de su simbolización en cuanto a ese padecimiento. Aquí entra precisamente la importancia de la función cuerpo que determina el matiz de la dolencia. La enfermedad corporal difiere de la somática en cuanto que la segunda no interfiere en lo orgánico sólo es una cuestión imaginaria, sin embargo se parecen en cuanto a que las dos pueden ser remitidas por la palabra, con la excepción de que en la enfermedad corporal los estragos biológicos provocados son en ocasiones irreversibles. Tal es el caso del Caso G. en donde la recto-colitis hemorrágica fue un intento de deshacerse de la sangre de ese otro que lo apartaba de su núcleo familiar y que por tal motivo fue siempre rechazado. Esto trajo consigo problemas metabólicos y osteoporóticos que son considerados como la consecuencia de sus problemas psíquicos.

Otra cuestión que ha sido criticada en este trabajo, es el hecho de proponer estructuras que son mas propensas a la enfermedad, tal obsesión por conocer el rumbo de la patología a llegado al extremo de proponer una estructura psicósomática o narcisista. Sin embargo, no importa si es psicótico, neurótico, perverso o borderline, lo importante es reconstruir la historia del sujeto y darle la oportunidad de ser dueño de la enfermedad y sus consecuencias. Si bien es cierto que algunos sujetos que vivieron el narcisismo de una manera patológica enferman más, sin embargo no significa que los demás, aunque hayan

transitado por esa fase de una manera satisfactoria y puedan simbolizar debido a la estructuración de un narcisismo sólido no sean también proclives de enfermar en mayor o menor escala, no se trata de saber quien enferma más sino porqué ese sujeto en especial enfermó, no se puede lograr clasificar y generalizar puesto que se pierde todo sentido de identidad propia

Es por eso, que la enfermedad puede ser inscrita en el campo del psicoanálisis y formular preguntas que no se limiten a una sola respuesta, sino abrir la perspectiva y no reducir las respuestas con interpretaciones generales como propone la psicosomática, puesto que es muy difícil pensar que enfermedades como las úlceras, la rectocolitis hemorrágica y hasta el cáncer son consecuencia de un pensamiento operatorio. También las personas que sueñan y poseen un mundo rico en simbolizaciones enferman y en ocasiones, es precisamente este exceso de simbolización que los hace enfermar. Es decir, las enfermedades que dañan el cuerpo no deben ser calificadas a la ligera como somáticas, psicosomáticas u orgánicas, no hay que reducir la enfermedad a un síntoma puesto que se estaría cayendo en el mismo juego del discurso científico, le estamos imponiendo al enfermo una palabra que no es la suya, dejemos que el paciente hable y nos descubra su verdad, que trate de encontrar una palabra plena, como diría Lacan, y se deshaga de las palabras vacías que puedan llevarlo a una desubjetivación que propicia o empeora el estado patológico.

No pretendo proponer al psicoanálisis como la panacea o la solución al conflicto de la enfermedad sino sólo que puede ser un camino que nos lleve a tener un enfoque mas global de la patología, aunque si bien es cierto, esto no se puede aplicar como único método en casos específicos, como serían las enfermedades terminales, sin embargo se puede impulsar al enfermo para que intente descubrir su palabra sin dejar de lado la importancia de la ayuda médica, pero ese es otro cantar. De tal suerte, que ni el médico puede ser analista porque su función y su meta es la de que su paciente "sane" biológicamente aunque sea a costa de su malestar psíquico, y tampoco el psicoanalista puede ser médico, porque es imposible colocarse y descolocarse simultáneamente del lugar del saber. Cada quien en su espacio tratará de realizar su labor sin interferir.

Actualmente se pretende que todo ser humano goce del "derecho a la salud" pero también tienen que luchar por el "derecho a enfermar", es decir, un canceroso puede ser un enfermo sano y un ser humano aparentemente sano puede estar psíquicamente

"canceroso". Hemos hablado a lo largo de este trabajo que algunos sujetos no son sin su enfermedad y si ésta le es quitada entonces habría que ofrecerles algo más, algo que pueda sustituir o reivindicar ésta compulsión a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Artral Alicia, *Sobre Un Tipo Particular De Trastorno Psicossomático: La Afección Narcisista y El Estudio De Los Dos Espejos*, Acheronta, (1996), (3).

Assoun, P.L. (1997) *Corps et Symptome*, Tome 2, Ed. Económica, París, Francia.

Aulagnier, P. (1991), *Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia*. En: Hornstein (1991) *Cuerpo, Historia, interpretación*. Ed. Paidós. México.

Bergeret, J. (1974) *La personalidad normal y patológica*, Ed. Gedisa, Barcelona.

Bergeret, Jean. *Los Inafectivos*, Rev. Fr. Psychanalyse. (1970), 34.

Bernal Hernando, *Algunas Reflexiones Sobre Cultura, Ciencia, Ética y Psicoanálisis*, Acheronta, (1997), (5)

Bleichmar, H. (1988) *El narcisismo, estudio sobre la enunciación y la gramática inconsciente*, Ed. Nueva visión, Buenos Aires.

Braunstein, N. A. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, Psicoanálisis (hacia Lacan)*, Ed. Siglo XXI, México.

De la Fuente, R. (1959), *Psicología y Medicina*, Fondo de cultura económica, México.

De la Fuente, Ramón. *¿Hacia Donde Va La Investigación En Psiquiatría?*, Salud Mental, (1995), 18 (2)

Elkin, R. Mario., *"Dos Notas Sobre El Niño" De Jacques Lacan*, Hilo de Ariadna, (1995), 1 (8)

Elkin, R. Mario. Ponencia bajo el título: *¿Nuevos Paradigmas, Nuevos Síntomas?*, Segundo encuentro bienal de la Escuela del Campo Freudiano en Caracas. (1995)

Fages, J. B. (1993) *Para comprender a Lacan*, Amorrortu editores, Buenos Aires.

Fain, M. Dejours, C. (1984) *Corps malade et Corps erotique*, Ed. Masson, París.

Fernández, G C. Ponencia bajo el título: "***Ecos del silencio. Lo somático en lo psíquico***", IV Congreso Al encuentro de la psicología mexicana. (1997). Toluca, Edo. Mex.

Fernández, L. y Pintel M. (1996) ***El sujeto de la salud mental***, Ed UAM, México

Foucault, M. (1966) 1°ed. Esp. ***El nacimiento de la clínica***, Ed. Siglo XXI, México.

Foucault, M. (1967) ***Historia de la Locura***, Ed. Fondo de cultura económica, México.

Foucault, M. (1979) ***Enfermedad mental y personalidad***, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Freud, S., **Obras completas**, Amorrortu editores, Buenos Aires, 24 tomos.

Freud, S. y Breuer. J. (1893-1895) ***Estudios sobre la histeria***, tomo II.

Freud, S. (1899) ***Interpretación de los sueños***, t. IV y V.

Tres ensayos de la teoría sexual (1905), t. VII

Cinco Conferencias sobre psicoanálisis (1909), t. XI.

Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. (1914), t. XIV

Introducción al narcisismo, (1914), t. XIV

Duelo y Melancolía, (1917- [1915]), t. XIV.

Pulsiones y destinos de la pulsión, (1915). T. XIV.

Una dificultad del psicoanálisis, (1917), t. XVII

Más allá del principio del placer, (1920), t. XVIII

El Yo y el Ello, (1923), t. XIX.

Inhibición, síntoma y angustia, (1925), t. XX

Tipos libidinales, (1931), t. XXI

Sobre la descomposición de la personalidad psíquica, (1932). T. XXI

Goldman, H.H (1987) *Psiquiatría General*, Ed. El manual moderno, México.

Gorali, Vera. (1994) *Estudios de Psicossomática*, Vol. I y III, Ed. Atuel. Cap., Buenos Aires

Green, A. (1993) *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu editores, Buenos Aires,

Guibeault, A.(1980), *Solution Hypochondriaque* en: Le Guen Claude (1995) L'Hypochondrie: Collection des monographies de la revue française de psychanalyse. Presses universitaires de France, Paris.

Guinsberg, E. (1996) 2° ed. *Normalidad, control psíquico, control social*, Ed. Plaza y Valdés, México.

Lacan, J. (1949), *El estadio del espejo como formador del yo* en: Escritos I, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.

Le Breton, David. (1990) *Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia*, Salud Mental (1966), 19 (3).

Le Breton, David. (1991) *Cuerpo y antropología: de la eficacia simbólica*. Diógenes, (1991), 153.

Marty, P. (1992) *La psicossomática del adulto*, Amorrortu editores, Buenos Aires.

Marx, M.H. y Hillix, W.A. (1985) *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*, Ed. Paidós, México.

McDougall, J. (1978a), *Alegato por una cierta anormalidad*, Ed. Paidós, Buenos Aires.

Morales, C.F y Piña, L.J., *Psicología y salud en el siglo XX: Aproximación Desde La Psicología Como Disciplina y Profesión.*, Psicología y Salud., Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana, (1995), 1 (6).

Nasio, J.D. (1994), *Enseñanza de 7 conceptos cruciales del psicoanálisis*, Ed. Gedisa, Barcelona.

- Nasio, J.D. (1996), *Los gritos del cuerpo*, Ed. Paidós, México.
- Nicolaidis, N. et Press, J. (1995) *La psychosomatique, hier et aujourd'hui*, Ed. Delachaux, Paris.
- Onnis, L (1990) *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos*, Ed. Paidós ibérica, Barcelona.
- Ortiz, Q.F. (1991) *La medicina está enferma.*, Ed. Limusa, México.
- Phares, E.J. (1996) *Psicología clínica, conceptos, métodos y práctica*, Ed. Manual Moderno, Méx.
- Pragier, J. (1995) *Enjeux metapsychologiques de l'hypocondrie.*, en: Le Guen Claude (1995) *L'Hypocondrie*; Collection des monographies de la revue française de psychanalyse. Presse Universitaires de France, Paris.
- Ribes, E. (1990) *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Ed. Martínez Roca, Barcelona.
- Ricoeur, P. (1970) 1ra edición. *Freud una interpretación de la cultura*, siglo veintiuno editores, México.
- Roustang, F. (1989) *A quien el psicoanálisis atrapa... ya no lo suelta*. Ed. Siglo XXI, México.
- Salomonovitz, W.A. (1997) *Del Silencio a la palabra, reflexiones psicoanalíticas sobre la depresión*, Méx. D.F. Tesis doctoral. Universidad Intercontinental.
- Sami- Alí. (1991) 1ªed. Esp. *Pensar lo somático, el imaginario y la patología*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Sauval, Michel., *El sujeto en la ciencia y el psicoanálisis*, Acheronta, (1997), 1(6).
- Segal, H. (1996) *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Ed. Paidós, México.
- Sigerist, H. E. (1987) *Civilización y enfermedad*, Edit. Fondo de cultura económica., Instituto nacional de salud pública. Biblioteca de la Salud. México.