

Histeria en los márgenes: un caso clínico

*Nora Carbone, Gastón Piazzese, María Luján Moreno, Selva Hurtado Atienza,
Julia Adriani, Lucía De Gaetani, Candela Díaz Medina,
Nicolás Guerrero, María Haag, Laura Monzón, y Julieta Renard*

carbonenc@yahoo.com.ar

Facultad de Psicología | UNLP

Resumen

Uno de los objetivos del proyecto “HISTERIA EN LOS MÁRGENES: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL SÍNTOMA HISTÉRICO EN PRESENTACIONES “NO CONVENCIONALES” es el de organizar una casuística de presentaciones de histeria masculina, de histeria infantil y de locura histérica, con miras a un estudio diagnóstico que tenga consecuencias para la dirección de la cura. En tal contexto, el presente trabajo ofrece la formalización de un caso en el que se intenta despejar, siguiendo los ejes fenómeno-estructura-función del síntoma, una clínica diferencial de la llamada “locura histérica”.

Palabras clave: histeria; delirio; alucinaciones; cuerpo

Introducción

La investigación “HISTERIA EN LOS MÁRGENES: ESTRUCTURA Y FUNCIÓN DEL SÍNTOMA HISTÉRICO EN PRESENTACIONES “NO CONVENCIONALES” tiene por objeto explorar, desde la perspectiva de una psicopatología de orientación psicoanalítica, diversas formas de la histeria que han quedado eclipsadas por el paradigma freudiano de la “*petite hystérie*”, entre ellas, la llamada “locura histérica”, cuadro que había alcanzado un desarrollo teórico-clínico importante en la psiquiatría anterior al inicio del siglo XX, e incluso en la primera época de la obra de Freud. Años más tarde, se diluiría en las aguas de la problemática esquizofrenia bleuleriana o en la polémica categoría de “psicosis histérica”, con la que el posfreudismo demostraba una vez más su extravío.

La actualidad de nuestra clínica nos confronta, nuevamente, a casos de histerias “locas”. A veces delirantes o alucinadas, llamativamente refractarias al paso de la palabra y dominadas por el impulso a la acción, suelen presentar fenómenos que involucran al cuerpo de una manera diferente a la clásica captura metafórica del síntoma conversivo. Estas histerias, con frecuencia psiquiatrizadas y confundidas con psicosis por el discurso médico imperante, nos invitan a afinar nuestros instrumentos diagnósticos a fin de orientar la cura en una dirección que no sea la del mero recurso a la internación o a la implementación del fármaco.

El caso de María, a quien conocimos en el marco de una presentación de enfermos de la cátedra de Psicopatología I, nos brinda la oportunidad de hacerlo.

El drama de María: “cómo tapar el agujero”

María, con sus 40 años, se encuentra internada en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” desde hace doce días por ingerir una gran cantidad de psicofármacos tras una pelea con su actual pareja. No es la primera vez que toma medicamentos en forma abusiva: lo ha hecho al menos en dos ocasiones anteriores, en las que también se la internó. La médica a cargo sugiere que se la entreviste, pues ha evidenciado un episodio paranoide que involucra al personal del neuropsiquiátrico, cuyas llamativas características convierten al caso en uno de “difícil diagnóstico”.

En tal contexto, se realiza la presentación de enfermos, a la que la paciente accede gustosamente. Cuando se le explicita la función didáctica del dispositivo, responde muy tranquila que “esto no es un spa, que acá uno viene a aprender” y que en su vida le han

enseñado “cómo, a través del consumo, se quiere tapar el agujero de la falta; cómo utilizar la neurosis para la mercadotecnia”. La ductilidad para alojarse en el lugar del Otro -en este caso como aprendiz ante un Otro que enseña- será, como veremos, un hilo conductor para despejar la estructura subjetiva en juego.

Durante el encuentro, María despliega una tortuosa historia signada por pérdidas insuperables y por las relaciones conflictivas con los hombres. Con respecto a las primeras, refiere la muerte de su hija de 17 años en un oscuro “accidente” ferroviario, la de su patrón “que era como un padre” para ella y la de su verdadero padre, “el amor de (su) vida”, ambos enfermos de cáncer de pulmón. El relato lacunar, en el que se mezclan los tiempos, no impide que se vislumbre la figura del padre impotente de la histórica. En cuanto a sus vínculos con los hombres, aparece en primer lugar el padre de su hijo menor, que la “abusaba” y la medicaba para bajarle las contracciones producidas por las relaciones sexuales cuando estaba embarazada. María afirma que no podía separarse de este personaje tiránico que llegó a tomarla del cuello y, según sus dichos, también violó a su hija. Sólo después de mucho tiempo “aprendió a decir no”. Mientras tanto, se automedicaba para “no sentir” lo que le hacía, como una particular modalidad de la sustracción ante lo insoportable de la relación con el Otro sexo en la que, desdoblada, estaba allí y a la vez no lo estaba.

Las cosas mejoraron para ella al conocer a Antonio, un buen hombre con quien formó pareja cuando logró separarse del padre de su hijo. Los problemas que luego surgieron son diferentes a los de su relación anterior: la ex esposa de Antonio “molestaba” mucho, y aunque él le aseguraba que no había razones para dudar de su amor, María sospechaba que le mentía, lo que suscitaba muchas peleas entre ellos. Y si ha podido pasar del “abusador” al “hombre bueno”, es ahora el fantasma de la otra mujer el que se interpone, en una relación triangular que no logra estabilizar su posición subjetiva. La respuesta a esta nueva encrucijada es, no obstante, la misma: la ingesta de medicamentos. En efecto, la presente internación tiene lugar cuando, tras una pelea con Antonio, se encierra y se toma de golpe “todo lo que (le) dio el doctor”. Antes de eso, pone sobre aviso a su hijo, mandándole un mensaje de texto en el que le decía que lo amaba y que tenía que volver con su hija muerta porque la extrañaba mucho. La escena pone de manifiesto el señuelo de la desaparición, con el que convoca al Otro mediante su *acting*: rápidamente Antonio la encuentra, la obliga a vomitar mientras ella se ríe y la lleva al hospital. A pesar de “estar muy mal por lo que había tomado”, inmersa en un estado de conciencia segunda digno de las clásicas descripciones psiquiátricas, durante

el trayecto al hospital es ella quien va diciendo por dónde ir, ya que se “acordaba el camino de memoria”. Como en otras ocasiones, Antonio le reprocha el carácter “manipulador” de su relación con las pastillas y María confiesa... “que tiene razón”. Expuestos de este modo los trazos que dibujan el paisaje de la histeria, reclama un lugar en la urdimbre del caso el surgimiento de un episodio acaecido dentro del hospital, que siembra la duda diagnóstica en la médica tratante: a los tres días de ser internada, María se “descompone”:

Tenía las manos azules, yo sentía que las tenía duras y azules y si las movía se iban. No podía mover la boca [...] me hice pis y tuve la sensación de que iba a empezar a morir. Me levanté y empecé a golpear las paredes, las camas. Tuve el sueño de la muerte... hasta que me morí (s/d).

Esta presunta muerte subjetiva se articula en un “complot” urdido por la médica, quien ordena a la enfermera que la mate, acompañado de manifestaciones de hiperestesia auditiva y heautoscopía (“yo veía que mi cabeza estaba morada”). Debe aclararse que, durante el episodio, la paciente actúa tanto la persecución como su propia muerte, de la que milagrosamente es “salvada” por la intervención de un médico varón.

El dramático sesgo paranoide del suceso, acompañado de fenómenos que afectan el cuerpo, introduce, para la profesional a cargo del caso, la posibilidad de que se trate de una esquizofrenia paranoide. Recogiendo el guante de la discusión diagnóstica, nos preguntamos entonces cuál es el estatuto de estos hechos clínicos. El relato de la experiencia mortífera de la paciente, ¿nos pone frente al “desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida” del que hablaba Lacan para dar cuenta de la muerte subjetiva del Presidente Schreber”? Los fenómenos corporales que la aquejan, ¿revelan acaso la dimensión del cuerpo estallado en pedazos, invadido por un goce en exceso apenas nombrado con el lenguaje de órgano propio del dicho esquizofrénico?”. Una vez más, María nos enseña lo que “ha aprendido” y su decir nos permite rastrear la pista de la estructura: “para mí es sueño. Yo lo sentía como real pero era sueño”. Sueño del que despierta de pronto, entre risas y con “vergüenza” y durante el cual puede “reparar” los acontecimientos de su vida (si había sido buena madre, los reclamos de sus hijos, sus dificultades para ponerles límites). La falta de certeza retrospectiva, junto con el onirismo propio de un estado crepuscular de la conciencia y su desdoblamiento abogan, una vez más, por el diagnóstico de histeria. La emergencia del elemento escópico en el

fenómeno de la alucinación reduplicativa de ver el propio cuerpo a distancia, carece, por otra parte, del componente intrusivo que caracteriza a la irrupción desregulada del objeto mirada en la psicosis esquizofrénica.

Ahora bien, si no estamos ante el cuerpo fragmentado de la esquizofrenia, cabe interrogarse por el valor de estos síntomas corporales. La secuencia del caso permite advertir un desplazamiento desde la posición de jugar, toda ella, a ausentarse para el Otro en un *acting* que pone en riesgo su vida con la ingesta de fármacos, a otra donde la muerte se escenifica en un sueño en el que las vicisitudes del cuerpo adquieren preponderancia. Y si bien es claro que no es lo mismo actuar ofreciendo el cuerpo a su desaparición que soñar con ello, resulta incierto -al menos en lo que pudo recabarse en este único encuentro- que pueda reconocerse en las locas manifestaciones del cuerpo de María la composición del síntoma conversivo. Seguramente, ésta debería ser una vía a retomar en futuras entrevistas.

Para concluir: lo que María “nos ha enseñado”

La presentación de María es, sin dudas, un caso de lo que en nuestra investigación llamamos “histeria en los márgenes”. Histeria enloquecida, medicalizada, distante de la “*petite hystérie*” freudiana, próxima, en todo caso, a las formas espectaculares descritas por los maestros decimonónicos, con sus oníricas expresiones delirantes y su particular estado de conciencia. Actual, por otra parte, por el uso impulsivo del fármaco como “quitapenas”, en una época en que la declinación del Otro de la palabra posibilita que el actuar reemplace fácilmente al decir.

El dramatismo y el carácter extremo de sus manifestaciones, similares a las psicóticas sólo en su apariencia, no debe impedir que captemos el pivote que hace de María una histerica y hasta cierto punto bien “tradicional”: su peculiar forma de detectar la falta en el Otro, para alojarse allí y luego sustraerse. Así lo demuestra con sus diferentes versiones de la desaparición: medicándose para no “estar ahí” en el momento del acto sexual o ingiriendo pastillas para convocar al *partenaire*; también escenificando la propia muerte de manera “loca”, con su delirio oniroide. Es ésa, al parecer, su estrategia subjetiva. Como ella misma lo dice, “aprendió” a “tapar el agujero de la falta” y lo hizo mediante el juego de completar y descompletar al Otro. He allí, creemos, el “hilito” de la estructura que Lacan recomendaba seguir en su *Breve discurso a los psiquiatras* ([1971] 2010), para que, como Ariadna, éstos no se perdieran en el laberinto

de una práctica tomada por la farmacodinamia. Ese hilo, que no es otro que el del lenguaje, permite también reconocer en los dichos de la paciente la ausencia de certeza de significación y de concernimiento personal que podrían hacer de ella un sujeto psicótico.

Por último, hay que destacar la relación de esta mujer con el cuerpo. Es éste el aspecto más difícil de despejar, ya que si bien no parece estar sometida a la desregulación del goce correlativa a la falta de inscripción significativa, resulta oscura en cuanto a su determinación inconciente y a su función. La pregunta queda, no obstante, planteada: ¿qué cuerpo para la histeria enloquecida? Interrogante sobre el cual volveremos, seguramente, en el transcurso de nuestro estudio.

Referencias bibliográficas

Lacan, J. ([1971] 2010) *El seminario. Libro 18*. Buenos Aires: Paidós.