

616.852 2
Ch 431 e

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la
Educación**

ESCUELA DE PSICOLOGIA

“La enfermedad inscrita en el cuerpo”

DIRECTOR DE TESIS:

Psic. Antonio Aguirre Fuentes

Carmina Chacón Pérez

Denise Pérez Name

2009 - 2010

INDICE

Introducción

Dedicatoria

Capítulo I

Neurosis Histórica y Enfermedad Somática

1.1	Antecedentes de la neurosis histórica.....	6
1.2	Neurosis histórica y conflicto psíquico.....	7
1.3	Histeria de angustia.....	8
1.4	Histeria de conversión.....	9
1.5.	Represión como mecanismo de defensa en la neurosis histórica.....	10
1.6.	Primera y Segunda tópica de Freud en la histeria.....	10
1.7.	Estados del "Yo histórico".....	11
1.8.	Características de la personalidad histórica.....	12
	1.8.1. La ansiedad en la neurosis histórica.....	13
1.9.	Definición de la Enfermedad Somática.....	14
	1.9.1. La Enfermedad Somática en la Histeria.....	15

Capítulo II

Neurosis Obsesiva y Enfermedad Somática

2.1. Definición de la neurosis obsesiva.....	19
2.1.1. Necesidad de castigo.....	20
2.1.2 Compulsión de repetición.....	21
2.2. El superyó como heredero del complejo de Edipo.....	21
2.3. Pulsión de muerte.....	22
2.4. Características de la personalidad obsesiva.....	27

Capítulo III

Casos Clínicos

3.1. Sadismo y Masoquismo.....	29
3.2. Goce Histérico (goce de la privación).....	30
3.3. Goce Obsesivo.....	31
3.3.1. Caso Obsesión.....	34
3.3.2. Caso Histeria.....	36

Conclusiones.....	40
-------------------	----

Bibliografía.....	42
-------------------	----

INTRODUCCIÓN

Existen acontecimientos, situaciones traumáticas en la vida de un sujeto, por los cuales algunos de aquellos que las padecen enferman orgánicamente. ¿Qué es lo que ocurre entonces ?.

Lo que ocurre es que la enfermedad somática, no habla, no se deja escuchar pero se registra en lo real del cuerpo; algo queda por fuera, al no intervenir en la cadena significativa sino en lo biológico.

La enfermedad somática, es repuesta del cuerpo viviente a una situación simbólica que no ha sido procesada por el trabajo inconsciente.

El presente trabajo consiste en apreciar el surgimiento de una gran cantidad de fantasía y significaciones, que nos muestran, como el cuerpo se enfrenta con situaciones adversas, que tienen una historia, un contexto y un significado para el sujeto.

Nos referimos al dolor anímico del cual padece el sujeto, se manifiesta de todas las formas disponibles, incluso contando con el desconocimiento de la persona afectada; en este tipo de paciente siempre se registra un lugar que no habla, que no asocia, que no dice; por lo tanto, la manifestación del dolor a través de la palabra, libera al cuerpo de la función de expresarlo.

Enfataremos algunas dificultades específicas del obsesivo y de su coherencia con el aislamiento entre el síntoma y el cuerpo del mismo.

También intentaremos extraer algunas consecuencias de la oposición entre la conversión como síntoma, con el cual el histérico llega a vincularse socialmente, y el síntoma del neurótico obsesivo que, al decir de Freud, es "un asunto privado del enfermo".

El síntoma obsesivo, es en principio una serie de trastornos en el pensamiento o en la conducta, puede encontrar en un psicoanálisis una elucidación de su raíz somática, y con ello una clave para discernir su inserción en la estructura subjetiva.

Con respecto a los síntomas histéricos veremos que son un intento de defensa en una situación que no se sabe cómo resolver. La noción general de síntoma en psicoanálisis sería como el resultado de un proceso a través del cual el individuo encuentra un objeto sustituto a una tensión pulsional que no puede encontrar una descarga normal, por efectos de la represión. Este sustituto sería una formación de compromiso ya que permitirá una cierta satisfacción de la pulsión. Solo se transforma en síntoma desde el momento que comienza a causarle sufrimiento a este sujeto o a quienes lo rodean. Esta última referencia, la del sufrimiento, es característica esencial que le interesa al psicoanálisis, puesto que este es el motor de toda demanda de cura.

Por lo tanto, nos enfocaremos en tener aislados los síntomas y de allí nos preocuparemos de indagar el momento de su aparición para poder relacionarlo con algún suceso de importancia en la vida del paciente, así encaminaremos nuestra labor hacia la búsqueda de la causa y a partir de eso, ubicando la problemática vital, podemos orientar la cura del paciente, para así postular desde el Psicoanálisis, que una pérdida que no se puede inscribir en lo simbólico, será inscrita en lo real; es decir en el cuerpo.

DEDICATORIA

Este trabajo esta dedicado en primer lugar a Dios, por darme la fortaleza para seguir adelante, a mis padres, ya que gracias a ellos y a sus consejos he llegado a este término, a mi lindo esposo que actualmente con su comprensión y apoyo he podido realizar este trabajo y en especial a mis hijas, ya que ellas son la fuerza para luchar cada día.

Carmina Chacón de Luna.

DEDICATORIA

Doy infinitas gracias:

A mis padres, por todo su amor y apoyo en todo momento.

A mi hija Valentina, simplemente por ser, por estar y por existir; te amo.

Denise Pérez Name.

“La histeria es una llamada sin grito, una demanda sin verbalización, un holocausto sin sufrimiento aparente”

Ajuria Guerra.

CAPITULO I

NEUROSIS HISTÉRICA Y LA ENFERMEDAD SOMÁTICA

1.1. Antecedentes de la neurosis histérica

La definición de neurosis en el diccionario de Psicoanálisis de Roudinesco nos dice que el término neurosis fue propuesto en 1769 por el medico escocés William Cullen para designar las enfermedades nerviosas que entrañan un trastorno de la personalidad. La palabra histeria deriva del griego “hystera”, que significa matriz, útero; se trata de una neurosis caracterizada por cuadros clínicos diversos.

A partir de 1893 fue empleado por S. Freud y se aplica a las “enfermedades nerviosas cuyos síntomas simbolizan un conflicto psíquico reprimido de origen infantil.”

Inicialmente Freud (Freud y Breuer, 1895) hacía derivar los síntomas histéricos de un hecho traumático (comunmente sexual) y el desplazamiento corporal de sus efectos. Posteriormente (1905) cambió su teoría e hizo derivar los síntomas histéricos del conflicto edípico en el contexto del desarrollo psicosexual. El síntoma histérico sería una solución de compromiso entre el deseo y lo prohibido. A través del síntoma el sujeto logra una satisfacción parcial de su abatimiento inconscientemente de las pulsiones sexuales; parte de esas pulsiones se escinden, por un lado se representan en ideas inconscientes escindidas (amnesia), y a nivel mas consciente transformados en sus contrarios (el deseo sexual se convierte en repugnancia sexual). Por otro lado parte de esas pulsiones o afectos se desplazan a nivel somático, produciendo síntomas somáticos.

Existen muchas manifestaciones de los conflictos psíquicos, para comprenderlas de una mejor forma, el psicoanálisis ha identificado tres grandes conflictos centrales: **la neurosis, la psicosis y la perversión.**

estructuras
La neurosis es producto de la represión; *¿de qué?* la psicosis es producto de la forclusión *¿de qué?* y la perversión es producto de la renegación *¿de qué?* Dentro de la neurosis encontramos tres tipos: **la neurosis histérica, la neurosis fóbica y la neurosis obsesiva.**

Nosotros hablaremos de la neurosis histérica y la neurosis obsesiva.

1.2. Neurosis histérica y conflicto psíquico

Nasio nos dice que:

“La neurosis es una mala manera de defenderse, la manera inapropiada que, sin saber, empleamos para oponernos a un goce inconsciente y peligroso.”¹

Lo que se pretende es conseguir sustituir un goce inconsciente y peligroso por un sufrimiento consciente, soportable. En el caso de la neurosis histérica la carga irá a parar al cuerpo constituyendo un síntoma somático, dando lugar a la conversión. Es decir, el histérico sufre conscientemente en el cuerpo, convierte el goce intolerable en sufrimiento corporal.

Continúa Nasio y nos dice que:

“Podemos pensar la “neurosis como una respuesta frente a la castración. Habiendo atravesado por el registro de la castración, el histérico reprime lo visto.”²

El fantasma de castración inconsciente de la histeria, en el caso de la niña consiste en que “una niña descubre visualmente el cuerpo desnudo de su madre y se ve castrada como ella (...) sorprendida ante el cuerpo castrado de

¹ Y ² Nasio, Juan David. El dolor de la histeria. “Los puntos históricos” pág 53.

su madre y confirmándosele así su propia castración, se ve asaltada por la incontenible apetencia de tener ese falo que le falta”

Para el histérico el fantasma de castración es una pantalla protectora, una defensa contra el goce máximo que perturba su manera de percibir a los seres amados u odiados. Por eso el histérico ama u odia a su pareja según la percepción de su fuerza o de su debilidad fálica. Por lo tanto, el cuerpo real del histérico es invadido por el fenómeno de falización. El cuerpo del histérico pasa a ser el falo, es aquel que le faltaba a la madre, al Otro castrado en el fantasma de la castración. El histérico es un cuerpo-falo que sufre de un narcisismo y de una nada de genitalidad. La angustia de castración se convierte en una inhibición sexual.

En suma, la génesis de la histeria se resume así: *“el deseo conduce al goce, el goce suscita el fantasma, el fantasma contiene la angustia y la angustia, se transforma en sufrimiento”*.

La paradoja de la vida sexual del histérico es una “erotización excesiva y dolorosa del cuerpo no genital e inhibición de la zona genital”, se debe al fantasma inconsciente de la castración. Por una lado tiene “miedo y repulsa de un goce ilimitado que amenaza la integridad de todo el ser” (todo el cuerpo histérico); y por el otro surge una angustia ante la “amenaza de una castración dirigida a una parte limitada del cuerpo: el falo”.

Por lo tanto “cuando el niño recibe su libido como energía del deseo de la madre” se le llama una relación de “autoerotismo”, la misma relación autoerótica es la vida de la sexualidad narcisista del histérico. Para la mujer histérica que no ha aceptado su castración, su hijo cubre su falta.

1.3. Histeria de angustia

La histeria de angustia es “la manifestación del hecho de que una cantidad de energía no es dominada”. Freud nos habla de tres términos: la angustia ante un peligro real, la angustia automática y la señal de angustia. La angustia ante un peligro real es la angustia del sujeto caracterizada por lo que la motiva, es decir, un peligro exterior cuya causa es la inmadurez biológica del hombre; la

angustia automática es una reacción a una situación traumática de origen social, es una reacción de defensa espontánea; la señal de angustia es la reproducción de forma atenuada de una situación traumática experimentada primitivamente. Es un mecanismo puramente psíquico que funciona como símbolo mnémico que le permite al yo reaccionar mediante una defensa.

Lacan nos dice que la angustia surge “cuando un sujeto es confrontado a la falta de la falta, es decir, a una alteridad omnipotente que lo invade al punto de destruir en él toda facultad de deseo.”

1.4. Histeria de conversión

Nasio nos dice que:

“La conversión es, desde el punto de vista económico, la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático.”³

Esto se describe como la sobrecarga energética que se suelta de la representación intolerable. Esta sobrecarga conserva su naturaleza de exceso y resurge transformada en sufrimiento corporal en forma de hipersensibilidad dolorosa o en forma de inhibición sensorial o motriz. El sufrimiento de un síntoma somático es una energía equivalente a la energía de excitación del trauma inicial, exceso de afecto sexual que se compara con un orgasmo.

La conversión se considera como un modo de realización del deseo: un deseo siempre insatisfecho por miedo a llegar al goce. El conflicto nuclear de la neurosis histérica es la imposibilidad para el sujeto de liquidar el complejo de Edipo y evitar la angustia de castración, lo que lo llevaba a rechazar la sexualidad.

Los vómitos atípicos, crisis de llantos, afonía (mutismo), parálisis histérica de la marcha; son una manera irregular y neurótica que se vale el histérico para vivir su sexualidad infantil. Los síntomas de conversión han de ser tenidos por

³ Nasio, Juan David. El dolor de la histeria. “Un yo insatisfecho” pág 8.

equivalentes corporales de satisfacciones masturbatorias infantiles. Freud sustituye el término de histeria de defensa por la "histeria de conversión".

1.5. Represión como mecanismo de defensa en la neurosis histérica

Los mecanismos de defensa son el "conjunto de manifestaciones de protección del yo contra las agresiones interiores y exteriores, capaces de constituir fuentes de excitación y ser de tal modo factores de displacer." La defensa se erige contra la sexualidad. En una neurosis histérica el mecanismo de defensa es provocado por una defensa inadecuada del yo: la represión. Reprimir es "aislar, se reprime o se aísla o aleja es la representación, así el Yo conservara un traumatismo psíquico interno. La defensa persigue el objetivo de separar la representación perturbadora del afecto ligado originalmente a ella.

Para Freud la represión es el "proceso que apunta a mantener en el inconsciente todas las ideas y representaciones ligadas a pulsiones cuya realización, generadora de placer, afectaría el equilibrio del funcionamiento psicológico del individuo al convertirse en fuente de displacer. Es el núcleo original del inconsciente." *Cita*

1.6. Primera y Segunda tópica de Freud en la histeria

En la primera tópica freudiana encontramos que: "la neurosis histérica y cualquier neurosis es provocada por la acción patógena de una representación psíquica no consciente y cargada de afecto o monto energético". El niño fue víctima impotente de una seducción sexual ^(real o fantasizada) proveniente de un adulto. Un trauma es "demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria que, al producirse el incidente, hubiese permitido al Yo del niño soportar la tensión excesiva. Si hubo trauma fue porque la angustia que debió haber surgido faltó".

En la segunda tópica freudiana la causa principal de la histeria ya no radica en la actividad inconsciente de una representación sobre investida, sino que se despliega respondiendo al fantasma. Este fantasma es tan inconsciente y está tan sometido a la represión como la representación intolerable de la 1ª teoría, y también es portador de un exceso insoportable de afecto, exceso que ahora se

llama angustia. Angustia que, al desbaratar la acción de represión, hallará su expresión en un trastorno del cuerpo.

“La causa de la histeria no es un accidente mecánico exterior y fechable en la historia del paciente (1er teoría), sino el fantasma de la huella psíquica sobre investida de afecto (2da teoría).” *Cita*

La imagen inconsciente del cuerpo es la que se desconecta del cuerpo que estuvo en juego en la escena traumática y altamente investida por una carga sexual, un detalle, una postura del cuerpo del adulto seductor o del niño seducido, pueden constituir el contenido imaginario de la representación inscrita en el inconsciente y sobre la cual va a fijarse el exceso del afecto sexual.

1.7. Estados del “Yo histérico”

Nasio nos dice que:

“Existen tres estados o posiciones del yo histérico: primero, un yo insatisfecho, le llamaremos pasivo pues el yo se encuentra en espera de recibir del Otro la respuesta que frustra; segundo, un yo histerizador, de tipo activo pues transforma la realidad concreta en un espacio erotizado por él mismo; y tercero, el yo tristeza, pues cuando tiene que afrontar la verdad de su ser no sabe si es un hombre o una mujer”.⁴

El yo insatisfecho teme el “peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo que lo haga desaparecer, ya que si lo viviera, lo volvería loco, lo disolvería”. Es un yo que tiene miedo a vivir el deseo del goce. Así que el histérico se prueba a sí mismo y al mundo que no hay más goce que el goce insatisfecho; los seres que ama u odia desempeñan el papel de un Otro insatisfactorio. “El histérico impone al lazo afectivo con el otro la lógica enferma de su fantasma inconsciente. Un fantasma en el que él encarna el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha.” *Cita*

⁴ Nasio, Juan David. El dolor de la histeria. “El rostro de la histeria en análisis” pág 15-21.

El yo histerizador es aquel que hace que “nazca en el cuerpo del otro un foco ardiente de libido”. El histérico crea fantasmas sensuales de tal forma que cualquier elemento en la realidad puede disparar un orgasmo auto erótico. Su sexualidad se acerca más a los juegos sexuales infantiles del goce masturbatorio que a un intento real de concretar una relación sexual.

El yo tristeza es el juego del histérico de las identificaciones múltiples y contradictorias para permanecer lejos de su identidad de ser sexuado. La tristeza se explica porque responde al vacío y la incertidumbre de su identidad sexual. Suelen agobiarse como viéndose relegados a un lugar de exclusión, la exclusión de su propia definición sexual. “El sujeto histérico ya no es un hombre, ya no es una mujer, ahora es el dolor de insatisfacción”. El sujeto histérico puede adoptar tanto el papel de “hombre como el de mujer, pero sobre todo el papel del tercer personaje que da lugar al conflicto o, por el contrario, gracias al cual el conflicto se resuelve”. El histérico quiere ocupar el “papel del excluido”, la tristeza se explica por el hecho de “verse relegado a este lugar de excluido.” *atlas*

1.8. Características de la personalidad histérica

Millon nos dice que algunas de las características psicológicas de las personas histéricas pueden ser: la emocionalidad exagerada y búsqueda permanente de la atención de los demás; conducta sexual seductora; preocupación por su atractivo físico; incomodidad en situaciones si no es el centro de atención; expresividad emocional cambiante; acciones que buscan la satisfacción inmediata; no tolerancia a la frustración; no tolerancia a la demora de recompensas; lenguaje "impresionista" que no incluye detalles.

Las personas histéricas tienen un egocentrismo muy acentuado; sentimientos aparentemente intensos pero volubles y cambiantes fácilmente; falta de inhibiciones y limitado autocontrol; comportamiento dramático con cierto tipo de exhibicionismo; susceptibilidad ante la sugestión; tendencia a la imitación por su elevado nivel de sugestibilidad.

Algunas formas de llamar la atención son mediante la simpatía y la confianza aunque también puede utilizar el chantaje y mostrarse como personas enfermas. Son personalidades superficiales con actitudes y sentimientos polarizados, es decir, que cambian en breves momentos de decisión y estado de ánimo.

Además son personas que pueden presentar escaso interés por el estudio y las realizaciones de orden intelectual; aparente actitud de dependencia y necesidad de protección; habilidad para manejar a los otros y una incapacidad para amar profundamente. En las mujeres histéricas coexiste la frigidez con la coquetería, e incluso, en ocasiones, con la promiscuidad sexual.

Uno de los aspectos más importante de la histérica es el juego que realiza a través de su imagen, especialmente a través de su imagen corporal, que constituye un elemento importante para la seducción.

Freud nos dice que "la sintomatología de la histeria, se compone de una serie de síntomas somáticos y psíquicos" entre los síntomas somáticos encontramos: "ataques convulsivos, zonas histerógenas, perturbaciones de la sensibilidad y de la actividad sensorial, parálisis, contracturas." *cita*

Freud dice que los síntomas psíquicos incluyen: "alteraciones en el discurso, alteraciones en la asociación de representaciones, alteraciones de inhibiciones de la actividad voluntaria, alteraciones de acentuación, sofocación de sentimientos, modificaciones en la distribución normal y de las magnitudes de excitación estables, inconstancia de la voluntad, cambios de talante, acrecentamiento de la excitabilidad con relajación de todos los sentimientos altruistas, excedente de excitación en el sistema nervioso." *cita*

1.8.1. La ansiedad en la neurosis histérica

Como nos dice Millon, en todas las neurosis la ansiedad es una reacción que originalmente es normal y útil para la supervivencia pero que se desvirtúa al aumentar tanto en intensidad y frecuencia. Puede ser que en lugar de ser un mecanismo defensivo provechoso, se convierte en una fuente de sufrimiento y de incapacidad. Si esta respuesta desproporcionada se hace crónica estamos

ante una neurosis de ansiedad o neurosis de angustia. La ansiedad puede aparecer de dos formas: en un estado permanente o en ráfagas, separadas por intervalos de aparente normalidad.

A su vez, el individuo tiene que haber tenido dificultades para controlar ese estado de constante preocupación y aprehensión, acompañados de al menos otros tres síntomas tales como inquietud, fatiga prematura, desconcentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos en el sueño.

1.9. Definición de la Enfermedad Somática

El acontecimiento somático da cuenta de un funcionamiento mental en el momento de su presentificación; hay una sola entidad que se puede denominar sicosomática y esta es la salud. La salud es el único momento en que lo psíquico y lo somático están integrados.

El paciente somático es el fracaso de esa unidad. Habitar el propio cuerpo con su dimensión doliente y mortal, rompe con la omnipotente ilusión narcisista de exclusión del sufrimiento. El sufrimiento puede ser proyectado, por el sujeto, en la propiedad extraña que es el soma. Cuerpo y soma constituyen distintos registros. El aparato psíquico se ve exigido desde los distintos registros de lo corporal. Estos van desde lo somático hasta el cuerpo erógeno. Lo corporal, además de aportarle al psiquismo los estímulos para su propia organización, lo demanda para el procesamiento y metabolización de las excitaciones, a fin de que le aporte las imágenes para representarse a sí mismo. Estas exigencias imponen al Yo compromisos, renunciaciones y duelos que se repiten y deben ser superados. El rango de la expresión corporal, en el plano psíquico, va desde el síntoma de la conversión histérica hasta el *acontecimiento somático*. Uno y otro son manifestaciones de los dos polos del funcionamiento mental: de máxima expresión de trabajo y de transformación psíquica en la histeria; y de claudicación del aparato mental y su desorganización en las patologías somáticas. En estas últimas, el intento de calmar la tensión, involucra procesos somáticos de descarga acompañados de una perspectiva concreta de la realidad externa e interna por desorganización regresiva del aparato psíquico.

1.9.1. La Enfermedad Somática en la Histeria

En Los primeros "Estudios sobre la histeria", Freud consideró al síntoma como una expresión del afecto, de este modo pudo incluirlo en una cadena de significación y categorizarlo desde la conciencia como un proceso psíquico; y como somático cuando presentaba una manifestación corporal vegetativa.

De este modo las funciones y trastornos corporales podrían comprenderse como la exteriorización de diferentes ideas o fantasías inconscientes y claves de inervación.

Freud sostenía que los afectos pueden ser equiparados con ataques histéricos universales y congénitos que "contienen", como herencia arcaica, la repetición inconsciente de un suceso prehistórico, supuestamente filogenético. Como es natural, no se creía posible obtener la emergencia del suceso prehistórico bajo la forma de un recuerdo; como no se creía posible analizar el contenido de los símbolos universales basándose solamente en las asociaciones del paciente. Freud creía en cambio, en la posibilidad de su reconstrucción a través de la comprensión del sentido de los afectos, que constituyen las emociones básicas del ser humano como partes de conductas arcaicas que responden a finalidades del yo universales y congénitas.

El problema de la angustia es que ésta constituye un afecto que "contiene" la historia del trauma de nacimiento, de la misma manera que el síntoma histérico contiene la historia de un suceso traumático infantil. Como expresa Freud, el afecto es una reminiscencia, ésta no puede sin embargo ser recordada como lo son los sucesos infantiles posteriores al desarrollo individual del lenguaje verbal, que marcan el límite entre prehistoria e historia.

La neurosis, para impedir el desarrollo de un afecto penoso, destruye la ligadura coherente del afecto primitivo con la idea frente a la cual dicho afecto fue vivenciado al ocurrir el trauma. Lo que aquí se destruye es el significado de una experiencia particular que pertenece a la historia personal del sujeto. Se trata de un suceso traumático ubicado en la infancia.

La enfermedad que "clásicamente" reconocemos como histeria constituye un campo intermedio entre la neurosis y la enfermedad somática. Si bien en ella ocurre una descomposición "patosomática" de la coherencia del afecto, los remanentes o equivalentes afectivos resultantes derivan de un suceso que perteneció a la infancia individual y constituye, por lo tanto, una "mímica" expresiva que conserva suficiente proximidad con la conciencia como para poder recuperar su coherencia, a través del recuerdo, como parte de un acto originalmente justificado.

En conclusión, los afectos constituyen una clase determinada de procesos de descarga: son actos motores o secretores que se realizan en el propio cuerpo, a diferencia de la acción específica, eficaz, que se desarrolla sobre el mundo "exterior". Freud considera que los afectos tienen una clave de inervación que está situada en las ideas del inconsciente. En relación al origen de los afectos, Freud plantea que cuando no se logra realizar la acción específica eficaz que lleva a la alteración "exterior", los afectos surgen como una vía de descarga hacia la alteración "interior" y operan como una válvula reguladora.

➤ **La teoría psicoanalítica de los afectos;** podría resumirse diciendo que:

a- Los afectos pueden ser equiparados con ataques histéricos universales y congénitos que "contienen", como herencia arcaica, la repetición inconsciente de un suceso prehistórico, supuestamente filogenético de la "infancia" de la especie (Freud, 1926d [1925]). El ataque histérico fue en su origen un suceso motor justificado en la infancia del individuo (Freud, 1909a [1908]). Freud no creía posible obtener la emergencia del suceso prehistórico bajo la forma de un recuerdo, como no creía posible analizar el contenido de los símbolos universales basándose solamente en las asociaciones del paciente (Freud, 1900a [1899]).

b- No existen afectos inconscientes, en el sentido de actualidad que sí poseen las ideas inconscientes. Los afectos, como actualidad, son procesos de descarga cuyas últimas manifestaciones son percibidas por la conciencia bajo la forma de sentimientos (Freud, 1915e).

c-En lo inconsciente, como actualidad, existe una disposición al afecto (Freud, 1900a [1899]), constituida por la clave de inervación que corresponde a una emoción cualitativamente diferenciada. La clave de inervación, actual en lo inconsciente, es la idea inconsciente (Freud, 1900a [1899]). Existe también en lo inconsciente un montante de afecto, constituido por una magnitud que al investir una determinada clave, inicia el proceso de descarga correspondiente (Freud, 1915e).

d-El verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto (Freud, 1915e) cuya descarga, aún siendo placentera para un sistema, provocaría un mayor displacer en el otro.

***“Sólo se siente culpable quien cedió a su
deseo”***

Jacques Lacan.

CAPITULO II

NEUROSIS OBSESIVA Y ENFERMEDAD SOMÁTICA

2.1. Definición de la neurosis obsesiva

Según el diccionario psicoanalítico de Roudinesco, “la neurosis obsesiva (o neurosis de coacción) es, junto con la histeria, la segunda gran enfermedad neurótica de la clase de las neurosis”. Tiene por origen un conflicto psíquico infantil, y una etiología sexual caracterizada por una fijación de la libido en el estadio anal. En el plano clínico, se pone de manifiesto por ritos conjuratorios de tipo religioso, síntomas obsesivos y por permanente rumiación mental, en la que intervienen dudas y escrúpulos que inhiben el pensamiento y la acción.

Dice Freud que “la histeria es la consecuencia de un pánico sexual presexual, mientras que la neurosis obsesiva, es la consecuencia de un placer sexual presexual, que se transforma más tarde en reproche.” *Cita*

En 1913 en el libro “Tótem y tabú”, Freud nos habla que la neurosis obsesiva está ubicada bajo el signo de la religión. Nos dice que “la histeria es una imagen distorsionada de una creación artística, mientras que una neurosis de compulsión (obsesiva) es la imagen distorsionada de una religión”. La obsesión se relaciona con una “regresión de la vida sexual a un estadio anal y le sobreviene un sentimiento de odio propio de la constitución misma del sujeto humano.” Para Freud, era el odio, antes que el amor, lo que estructuraba el conjunto de las relaciones entre los hombres, obligándolos a defenderse mediante la elaboración de una moral.

En 1926, en el artículo “Inhibición, síntoma y angustia”, Freud nos dice que el desencadenante de la neurosis obsesiva sería “el miedo del yo a ser castigado por el superyó. Mientras el superyó actúa sobre el yo como un juez severo y rígido, el yo se ve obligado a resistir las pulsiones destructivas del ello, desarrollando formaciones erráticas que toman la forma de escrúpulos, limpieza, sentimientos piadosos y de culpa.”

La neurosis es un trastorno psíquico producido por temores, por defensas contra estos y por intentos de establecer soluciones de compromiso, que Freud ha destacado como elemento indispensable de la neurosis. Estos se distinguen de los que se dan habitualmente en una cultura ya que con el sujeto neurótico más agudos y acentuados y este alcanza soluciones de compromiso –clasificadas como neuróticas– menos satisfactorias que las utilizadas por el individuo común. Así también podemos hablar de la neurosis obsesiva la cual Freud coloca al lado de la histeria, como afección autónoma e independiente, la equipara a una enfermedad traumática, la que emergería de la incapacidad de tramitar una vivencia teñida de un afecto hipertenso. Sus síntomas no se manifiestan en el cuerpo, "sino que en el ámbito del alma". Aquellos síntomas que caracterizan a esta neurosis son: dudas, ideas obsesivas, tendencias ceremoniales, rituales, pensamientos hostiles y delirantes.

2.1.1. Necesidad de castigo

Exigencia interna que, según Freud, se hallaría en el origen del comportamiento de ciertos sujetos en los que la Investigación psicoanalítica pone de manifiesto que buscan situaciones penosas o humillantes y se complacen en ellas (masoquismo moral). Lo que hay de irreductible en tales comportamientos debería relacionarse, en último análisis, con la pulsión de muerte. La existencia de fenómenos que implican un auto castigo pronto despertó el interés de Freud: sueños de castigo, que son como un tributo pagado a la censura por la realización de un deseo, y sobre todo los síntomas de la neurosis obsesiva.

Desde sus primeros estudios sobre esta enfermedad, Freud describió los auto reproches; los comportamientos auto punitivos; generalmente es el conjunto de la sintomatología, con el sufrimiento que implica, lo que hace del obsesivo su propio verdugo. La clínica de la melancolía, pone de relieve la violencia de una compulsión al auto castigo que puede llegar al suicidio. Pero es también una aportación de Freud y del psicoanálisis el atribuir a una motivación auto punitiva ciertos comportamientos en los que el castigo, parece ser solamente una consecuencia no deseada de ciertas acciones agresivas y delictivas.

2.1.2 Compulsión de repetición

Las vivencias olvidadas y reprimidas de la primera infancia se reproducen en el curso del trabajo analítico en sueños y reacciones que dan cuenta de algo que contradice al principio de placer; una compulsión de repetición que va más allá del principio de placer.

Alguna vez la vida surgió de la materia inanimada, tiene que haber nacido en ese momento una pulsión, que quisiera volver a cancelarla, reproducir el estado inorgánico.

En conclusión hablamos de la pulsión de muerte que no puede estar ausente de ningún proceso vital. De la acción eficaz y contraria de las pulsiones eróticas y las pulsiones de muerte, surgen los fenómenos de la vida, al que la muerte pone término.

Esta compulsión a la repetición, se observa en el tratamiento psicoanalítico, dónde a través de la transferencia, el paciente repite experiencias de su infancia. Entonces, es un proceso inconsciente e incoercible, por el cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas.

En el caso de la neurosis obsesiva, se aprecia dicha compulsión de repetición, en cuanto a la necesidad de castigo, (entre los deseos masoquistas), que interviene en toda contracción de neurosis.

Esta necesidad de castigo se comporta como un fragmento de la conciencia moral (superyó), como la continuación de nuestra conciencia moral en lo inconsciente, una porción de agresión interiorizada y asumida por el superyó; y es allí, cuando el superyó interviene en la formación del síntoma.

2.2. El superyó como heredero del complejo de Edipo

El superyó es el heredero del complejo de Edipo, cuando el niño renuncia a la madre como objeto sexual, la madre queda desinvertida de libido y se conserva la figura de los padres como una instancia del aparato psíquico, que es una instancia prohibidora que constituye una parte diferenciada del yo. Cuando se pierden los objetos edípicos, esos objetos son conservados en el aparato

psíquico, pero ahora como instancia prohibidora, lo que antes era una prohibición externa, pasa a ser una prohibición interna porque está en el propio sujeto.

Se puede definir entonces, al superyó como la interiorización de las prohibiciones parentales, es decir que no es la prohibición que ejercen los padres, sino que es una prohibición que existe en la cultura mediatizada por los padres. Es un representante de las normas correspondientes a una cultura; el niño abandona al objeto deseado pero sigue conservando las normas parentales de prohibición. Esta instancia, se constituye fundamentalmente por identificación con el superyó de los padres.

El superyó, se constituye porque hay un argumento que determina el abandono del objeto sexual, y su instauración como instancia prohibidora: la angustia de castración.

La formación de un ideal es la condición necesaria para la represión, el sujeto para reprimir algo, tiene que tener siempre en su aparato psíquico, una determinada instancia que seleccione lo permitido y lo prohibido.

2.3. Pulsión de muerte

Desde el comienzo, Freud, planteó la naturaleza conflictiva del aparato psíquico humano, como un conflicto entre tendencias opuestas, que dió lugar a distintos dualismos pulsionales: pulsión sexual versus pulsión de auto conservación, pulsión sexual versus pulsión del Yo, pulsión del Yo versus de objeto, hasta llegar en 1920, en su reformulación teórica en "*Más allá del principio del placer*" a la oposición pulsión de vida, que incluye la sexualidad y la de auto conservación versus pulsión de muerte.

La pulsión de muerte sería una tendencia a la extinción, el retorno a un estado inorgánico previo a la aparición de lo vivo, y cuya expresión mas manifiesta serian las tendencias destructivas tanto dirigidas hacia el propio sujeto como hacia los objetos.

En este contexto, y teniendo en cuenta el carácter activo de la pulsión de muerte, la pulsión de vida sería un desvío transitorio en el camino hacia la

muerte. Esto sería pensar la vida como piruetas para esquivar la muerte que finalmente llegará por causa interna, inherente a sí misma. Sería pensar la muerte como principio y fin, como lo más verdadero, lo más seguro del sujeto. "La meta de toda vida es la muerte" dice Freud en *"Mas allá del principio del placer"*, pero cada organismo no morirá sino a su manera.

Según el psicoanálisis los humanos no nacemos con instintos. El único que se puede llegar a aceptar dependiendo de diferentes autores es el de succión. El bebé, lo que hace sin que nadie se lo explique, es succionar del pezón de la madre sin tener hambre aún. Será justamente cuando esa leche desaparezca de su estómago donde conocerá una de sus primeras necesidades y demandas, el hambre.

Al hablar sobre las pulsiones; digamos que son impulsos innatos con las que todos nacemos. Todas la "pulsiones" o según traductores españoles "impulsos", serán sexuales. Esto no quiere decir que sean del orden del cuerpo aún, ya que todavía no se han formado las zonas erógenas en el mismo.

Estas pulsiones en este estado se las llama "puras". Todas las pulsiones sexuales se las denomina pulsiones de vida, ya que todas ellas, estén o no sublimadas, nos empujan a vivir. Los impulsos puros con los años se irán transformando, y canalizando de forma diferente tomando nuevas formas. A esto se le llama sublimar. Por ejemplo la pulsión sádica, se podrá sublimar en un tipo de carrera como dentista, cirujano, etc. Otras también se pueden sublimar en deseos de actuación, aprendizaje, enseñar, etc. Para dichas tareas, como abrir cuerpos, o tener una persona sufriendo esta involucrada dicha pulsión pero ya transformada en algo mas "positivo" o socialmente aceptada. Mientras somos niños las pulsiones están intactas. O como Freud decía de "los pequeños perversos" refiriéndose a los niños. Ya que los pequeños si bien no las viven corporalmente, las tienen en su forma pura.

Hay una pulsión que podría ser muy llamativa y peligrosa. La pulsión de muerte. La pulsión de muerte es el impulso que tiene cualquier humano a ir hacia el fin de su vida. Claro está que ésta pulsión, no es consciente en su mayoría de los casos.

Para explicar más claramente les vamos a poner ejemplos de pulsión de muerte:

- ❖ Fumar.
- ❖ Drogarse.
- ❖ Beber en exceso.
- ❖ Cruzar una calle transitada “distraídamente”.
- ❖ Tener sexo no seguro.
- ❖ Olvidarse de tomar un medicamento que te mantiene con vida.
- ❖ Tomar sustancias que sabes que te harán mal a largo plazo (anabolizantes, etc.)

Parecen tonterías, pero todas estas cosas nos pueden llevar fácilmente o lentamente hacia la muerte. En ninguna de ellas se es totalmente consciente, pero aún así logra su efecto.

Supongamos que la pregunta lógica es: ¿Como comienza a actuar una sola pulsión sobre todas las demás, y como las evitamos?

La pulsión de muerte es vulpeja y silenciosa. No se deja ver nunca, pero cuando las otras pulsiones de vida se acallan, ella entra en juego.

Muchas veces la gente no puede vivir su vida, sino que en realidad la esta soportando: “Y bueno, yo soy así y ya no voy a cambiar”. Cuando vemos mas allá de la superficie, dentro de la persona podemos encontrar mensajes muy duros como “no debes ser tú, no debes vivir” o “sin mi no serás nadie”. Este tipo de discurso, se aprecia en sujetos, que padecen de la enfermedad somática.

Estos mensajes que se van dando, de no aceptación en la crianza de una persona, pueden hacer que esta se vaya apagando. Dejando poco a poco quien realmente podría ser, reprimiendo poco a poco todo lo que es, por lo que le dijeron que debería ser.

Ahora bien, si la persona no puede ser quien debe, evidentemente no será nadie. Y si no puedo vivir, su pulsión de muerte la hará morir.

Es por esto que muchos médicos en el mundo recomiendan a los enfermos crónicos que hagan terapia, ya que se ha comprobado que tienen una evolución más favorable que los que no lo hacen.

Esta pulsión se da muchas veces ante la presencia de padres muy demandantes. Gente que en su vida, han reprimido o no han podido realizarse en muchos aspectos (especialmente sexuales) y cuando tienen un hijo lo inundan de sus propias expectativas, sin esperar un segundo a ver si el chico tiene las propias. En muchos casos, cuando el sujeto intenta tener algún tipo de independencia, o quiere elegir en su vida, se lo desmerece y le explican que toda elección que está haciendo es errónea (porque no es la que se espera de él). Estos mensajes de "no seas" o "si eres no deberías existir", a la larga impiden que la persona se desarrolle, es decir, ^{reprimen que...} reprima sus pulsiones de vida sublimadas (sus gustos, sexualidad, profesión, relaciones personales), y por ende alimenta la de muerte.

Nos gustaría poner un ejemplo muy simple que se ve en algunos casos. En una temprana etapa de la niñez el sujeto, empieza a querer explorar, caminar (o intentarlo), subirse a los sillones, andar, correr y conocer "su mundo" (porque aún para él, no existe el mundo exterior, sino SU mundo). Pero hemos visto madres, o padres, que ante el terror que "su futuro" se "rompa" no lo dejan andar, no lo dejan corretear por la calle, ni intentar nada. Ese espacio que se le quita, ese mundo que se le "prohíbe" es el mismo, que el día de mañana temerá. Esos son sus espacios de vida, y en la medida que les quitamos espacios de vida, ese exterior, se convierten en espacios de muerte.

Esto no quiere decir que dejen que el nene se rompa la cabeza jugando, pero el explorar, y dar "libertad" a sus expectativas, es una conducta sana tanto para los padres como para los hijos.

Después nos encontramos con estas mismas personas que viven el mundo como algo extraño y sumamente hostil, que les cuesta sociabilizar.

El problema es que en general, esa actitud sofocante de la madre, se repite en toda la vida. Los mayores dirán que el niño es "muy sensible", pero viendo un

poco este frenesí por “proteger”, nos vamos dando cuenta que tiene más que ver con criar al hijo dentro de sus miedos, que en un mundo con actos y consecuencias posibles de habitar.

Si esta actitud no se corta en la crianza de esta persona, puede ser un motivo por la cual busque su autodestrucción y la pulsión de muerte prime sobre las de vida. Ya que lo único que sentirá que puede manejar es su muerte. La vida ya sabe que le está prohibida, sus gustos vedados, posiblemente no pueda vivir la sexualidad plenamente, o repetirá en su compañero/a sexual el mismo ámbito represor. El trabajo es un sufrimiento, porque “cuando se trabaja, uno, no se puede reír”. Las posibilidades de sentirse mejor son imposibles, y aprendió desde pequeño que no será posible, que el mundo no le dará esa oportunidad. Y para colmo se lo enseñaron sus dioses “papá y mamá”. El cuerpo nunca será como soñó, porque eso es para los demás. Y a la pareja la quiere, no porque realmente la elija, sino porque es la única que lo aceptó. La amistad es un contador de felicidad. Si se junta con gente es para hablar de sus desgracias, nunca se juntará con alguien positivo o que busque mejorías. Y la envidia será el pan de cada día, porque verá en los demás lo que supone que nunca podrá tener.

Todo está empañado por la idea inconsciente que no puede vivir su vida, sino soportarla (tal como se aprecia en pacientes que han somatizado). Pero está acostumbrado/a... con lo cual de golpe sus células cancerígenas se activan, o se olvida de usar un condón, cruza la calle sin mirar o encuentra una pseudo aceptación en un cuerpo magnífico hecho con anabolizantes, que a la larga le arruinarán los riñones y posiblemente matarán... pero... “Antes de dejar de tener este cuerpo que me da éxito y oculta mi verdadera imagen... prefiero morir”.

Pulsión de muerte... enigmática, difícil, les aseguramos que en muchos casos se puede vencer. Ella es una sola, y las de vida, muchas.

2.4. Características de la personalidad obsesiva

Freud nos dice que la organización sexual de la persona obsesiva es el erotismo anal, y esa analidad está también presente a través de cualidades como ser “ordenadas, ahorrativas y pertinaces”. Constatando la analogía entre la religión (cuyos rituales tienen un sentido) y el ceremonial de la obsesión (en el que esos mismos rituales sólo responden a una significación neurótica), Freud caracteriza la neurosis como una religión individual, y la religión como una obsesión universal.

La neurosis obsesiva consiste en la formulación de un pensamiento que se presenta de forma repetitiva y persiste, sin que el individuo pueda apartarlo de su mente. El pensamiento obsesivo, es aquel en el que la persona afectada realiza un discurso interminable, y con frecuencia cíclico, de forma reiterada, sin que ello le permita llegar a ninguna conclusión práctica, ni desviar su atención del tema, con lo que le impide concentrarse en otros pensamientos o acciones. Cuando el individuo afectado se halla en un estado depresivo, con frecuencia los pensamientos obsesivos giran en torno al tema de la muerte y del suicidio.

La duda obsesiva aparece cuando la persona no puede convencerse de haber realizado un acto determinado, tal como cerrar la llave del gas o la puerta del piso, y de forma reiterada se siente obligado a cerciorarse de ello una y otra vez.

Capella nos dice que, la neurosis obsesiva se caracteriza por: perfeccionamiento, obstinación, frialdad relacional, duda y rigor moral. El perfeccionismo consiste en que la persona obsesiva está exageradamente pendiente de los detalles, los procedimientos, el orden y la organización, frecuentemente en detrimento del resultado final.

La obstinación consiste en que la persona obsesiva es testaruda, insiste obstinadamente para que las cosas se hagan como él las entiende y según sus reglas. La frialdad relacional implica que la persona obsesiva tiene dificultad para expresar emociones cálidas, es a menudo muy formal, frío y envarado.

La duda tiene que ver con la dificultad en tomar decisiones, por temor de cometer una equivocación, tergiversa y racionaliza exageradamente. El rigor moral implica que la persona obsesiva es concienzuda y escrupulosa en extremo.

CAPITULO III

CASOS CLÍNICOS

Antes de exponer el análisis de los casos clínicos, hemos realizado una breve introducción de dos temas que nos parecen importantes, el sadismo y masoquismo, para dar apertura al tema en sí, que es el goce, tema por el cual daremos un recorrido y que nos llevará a entender mejor el análisis de los casos clínicos, puntuando lo más relevantes de los mismos.

3.1. Sadismo y Masoquismo

Freud llega a la noción de pulsión de muerte en base a la experiencia clínica con el sadismo y el masoquismo.

Sadismo: la satisfacción sexual se anida a la condición, de que el objeto sexual padezca dolores, maltratos y humillaciones.

Masoquismo: la necesidad consiste, en ser uno mismo objeto de maltrato. Cierta ingrediente de ambas aspiraciones es acogido en la relación sexual normal, y las designamos como perversiones cuando refrenan a las otras metas sexuales y las reemplazan por sus propias metas.

Sadismo tiene nexos con la masculinidad (para poder penetrar el hombre tiene que hacer sentir dolor a la mujer) y el masoquismo tiene nexos con la femineidad (puesto que la mujer debe sentir dolor al ser penetrada).

El problema del masoquismo, es que sus componentes eróticos, tienen una aspiración, que es la destrucción de sí. El yo incluye originariamente dentro de sí todas las nociones pulsionales. En el masoquismo, la pulsión de destrucción es vuelta hacia fuera, y así cobra el carácter de la agresión.

El masoquismo moral, es cuando el sujeto busca el papel de víctima en virtud de un sentimiento de culpa inconsciente.

Ya desde el comienzo Freud reparó en el estrecho vínculo entre las tendencias masoquistas y la sexualidad, tomando en cuenta los efectos erógenos del dolor.

En los "Tres ensayos" define el masoquismo diciendo que "abarca todas las actitudes pasivas hacia la vida y el objeto sexual, la más extensa de las cuales es el condicionamiento de la satisfacción al hecho de padecer un dolor físico o anímico infligido por el objeto sexual" ^{cita} y otorga al sadismo y al masoquismo una posición particular entre las perversiones, pues la oposición entre pasividad y actividad que está en su base pertenece a los caracteres universales de la vida sexual.

En "Pulsiones y destinos de pulsión" su postura es clara y tajante "no parece haber un masoquismo originario que se engendre del sadismo". Los pasos serían "le pegó, me pegó, me pega." El gozar del dolor solo puede devenir de la meta pulsional, en quien es originariamente sádico.

3.2. Goce Histórico (goce de la privación)

El goce de la privación. El goce que se presenta justamente allí donde la histórica sostiene el deseo insatisfecho devenido en plus de gozar, goce de ser privada de goce. Lacan plantea: "su goce es de impedir, justamente, el deseo en las situaciones que ella misma trama". ^{cita}

Pues aquí está una de las funciones fundamentales del sujeto histórico; en las situaciones que ella trata su función, es impedir llegar a término al deseo " su goce es el de sostener un deseo insatisfecho; ¿para qué?. Ésta es la estrategia histórica para promover ese punto al infinito del goce como absoluto: entonces este gozar de ser privada de goce implica promover, sostener en el horizonte un goce absoluto como posible, a partir de desdeñar el goce que le toca, lo poco del goce fálico por su carácter limitado, por presentarse como no absoluto. ?

La estrategia consiste en no tomarse por la mujer – no soportar semblantar el lugar de objeto a del fantasma del hombre – para sostener un goce absoluto, que además implique un saber ¿de qué modo? identificándose al padre, en tanto amo, pretende dominar el saber sobre el goce excluyéndose de él, o podríamos decir haciéndose privar de él, identificación a un padre idealizado cuyo secreto es que está castrado. ¿Qué permite esta estrategia? sostener

como posible – aunque no para ella – un saber sobre el goce, una otra que goza de un goce absoluto, lo cual no quiere decir que nuestra histérica no goce, muy por el contrario extrae de la insatisfacción una satisfacción que la apresa.

3.3. Goce Obsesivo

Podemos encontrar que el concepto de goce utilizado por Lacan, corresponde a tres conceptos freudianos: "satisfacción", "libido" y "pulsión de muerte".

Estos tres conceptos se conjugan en la manera de pensar el goce en juego en el síntoma para Lacan.

Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma. Por eso el síntoma es tan resistente; está sostenido desde ambos lados. Si a pesar de que la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del denegado {frustrado} la realidad permanece inexorable, aquella se verá finalmente precisada a emprender el camino de la regresión y a aspirar a satisfacerse dentro de una de las organizaciones ya superadas o por medio de uno de los objetos que resignó antes. En el camino de la regresión, la libido es cautivada por la fijación que ella ha dejado tras sí en esos lugares de su desarrollo.

El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevó a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño. Prescindamos de que es irreconocible para la persona, que siente la presunta satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella. Esta mudanza es parte del conflicto psíquico bajo cuya presión debió formarse el síntoma. Lo que antes fue para el individuo una satisfacción está destinado, en verdad, a provocar hoy su resistencia o su repugnancia.

La irrupción de una representación inconciliable, de un exceso de excitación, es un rasgo común que Freud sitúa en lo que sería el inicio de ambas neurosis (histeria y obsesión). Ubicando a ambas entidades clínicas como distintas respuestas sintomáticas a esta irrupción. En el caso de la histeria se recibe la irrupción de goce en forma pasiva y la respuesta defensiva ante él es la represión.

Para todo ser hablante esta entrada del goce en el cuerpo, esta irrupción de goce, implica una pasividad, pero en el caso de la neurosis obsesiva, Freud se ve obligado a intercalar un momento en que el sujeto vive esta irrupción de manera activa y extrayendo de ella placer.

"En la etiología de la neurosis obsesiva, unas vivencias sexuales de la primera infancia poseen la misma significatividad que en la histeria; pero, ya no se trata aquí de una pasividad sexual, sino de unas agresiones ejecutadas con placer y de una participación, que se sintió placentera, en actos sexuales; vale decir, se trata de una actividad sexual. Por lo demás, en todos mis casos de neurosis obsesiva he hallado un trasfondo de síntomas histéricos que se dejan reconducir a una escena de pasividad sexual anterior a la acción placentera".⁵

El obsesivo en la medida en que ha de mostrar su deseo, solo puede mostrarlo en otra parte, allí donde tiene que superar su proeza. Lo que trata de obtener en la hazaña el obsesivo es el permiso del Otro.

La muerte, el verdadero peligro, no reside en el adversario a quien él parece desafiar sino en aquel testigo invisible, aquel Otro que está ahí como espectador, es el Otro ante quien todo esto ocurre, es el lugar donde se registra la hazaña, donde se inscribe su historia.

Pero el goce del que el sujeto queda así privado, es mantenido al otro imaginario que lo asume como goce de un espectáculo. Lacan llama aquí "gocce de un espectáculo" pareciera estar ligado a un goce que se juega a nivel de lo escópico, a nivel de la contemplación que ubicamos en este Otro del palco, con

⁵ Freud, S. "Conferencias de introducción al psicoanálisis". Conferencia 22 Parte III.

el que el obsesivo se identifica, contemplación que en definitiva a partir del desdoblamiento no es más que auto contemplación.

¿Cuál es el goce del que el obsesivo se priva?, ¿cuál es el goce que cede mediante la escenificación de la hazaña?. Lacan muestra la manera en que el obsesivo se defiende del deseo del Otro, transformándolo en demanda. La salida oblativa es la sumisión a las demandas del Otro.

Todo para el otro, dice el obsesivo. Y efectivamente es lo que hace. Pues el obsesivo, estando en el vértigo perpetuo, en ese desvanecimiento constante de la destrucción del otro, nada de lo que hace le es suficiente para mantener al Otro en la existencia.

A partir del planteo de Miller podemos pensar aquello que está en juego en la duda y la procrastinación y plantear la lógica que articula ambas manifestaciones. La sutura de S1 y S2 que ubicamos a nivel de las defensas del obsesivo está en la línea de sus intentos de anular el goce. Sin embargo, pese a sus enormes esfuerzos defensivos él no deja de ser un sujeto dividido. La división se le presentará en el punto mismo en que el goce escape al cálculo, movilizándolo nuevamente la defensa. Frente a cada irrupción de goce que lo divide el neurótico obsesivo, responde con la duda, es decir, no se presenta como sujeto dividido sino con una duda, presenta su yo en lugar de su síntoma. La maniobra del obsesivo, consiste en que a través de la duda, pretende encontrar en el Otro una certeza que funcionaría como garantía de su acto.

En tanto lo que busca es la seguridad respecto del control del goce del Otro, no hay acto posible. Esta certeza que busca es imposible puesto que el Otro está barrado. Es por ello que mientras se trate de esta búsqueda, habrá una postergación infinita del acto. En el discurso del obsesivo el indicador de esta postergación del acto es la duda. De este modo la duda es utilizada por el obsesivo como una defensa, como un modo de defenderse del deseo y al mismo tiempo de anular el goce.

Resaltamos así la función de la duda como un modo de anulación, de borrar lo sucedido, de borrar cualquier rastro de la irrupción de goce.

Pero sabemos que en el obsesivo no todo es anulación de goce, ya que se procura vía la compulsión una recuperación. La compulsión puede presentarse de dos maneras en relación a la duda obsesiva, por un lado instalando una rumiación compulsiva, una eternalización de la duda o en cambio como acción puramente automática y repetitiva que en apariencia se presenta como algo completamente diferente a la paralización dubitativa. En ambos casos hay en juego una satisfacción, una recuperación de goce. En este punto, el deseo es aquello que queda anulado.

3.3.1. CASO DE OBSESION

Se trata de R. un hombre de 47 años, con diagnóstico de metástasis tumoral en el hígado, desconocen el origen del primario, es decir de ⁽¹⁾donde se deriva el cáncer.

En la primera sesión R. le pregunto a R. ⁽¹⁾cómo se siente; ⁽¹⁾él expresa sentirse bien, pero un poco intrigado por algo que le dijo una homeópata, ***“mi dolencia es por algo nuevo en mi vida; lo mío no es cáncer, así como vino se irá”*** y eso me ha dejado pensando.

cuenta su historia, habla acerca de su padre, ***“Mi padre era alcohólico, nos dio una vida dura” “mis padres se separaron, cuando era pequeño, yo enfermé de los nervios, me llevaron al psiquiátrico, me normalice a los 17 años, luego yo decidí irme a vivir solo, pero no sabía si hacerme policía o militar, me decidí por ser militar, para prepararme para ser militar tuve que ir a vivir a Quito, luego regresé y me enteré que a mi padre lo habían matado”***

“Tengo la duda, de que mi tío hizo esconder el cadáver de mi padre”
Intervengo **“¿Por qué haría eso su tío?”** El contesta **“para que no gastemos en el entierro porque éramos pobres”**.

En la segunda sesión le pregunto a R. si ha tenido algún sueño en especial, y el responde **“mis sueños son espirituales, son facetas acerca del fin”** Y R. empieza a relatar uno de sus sueños **“Había una tempestad y se lo llevaba todo y un ángel me llevó hacia un pilar y me dijo sostente de ahí”** **“me desperté llorando”** Intervengo **“¿ Por qué más ha llorado?”** R. responde, **“por mi padre, el 22 de mayo es el cumpleaños de mi padre, siempre me acuerdo de él y me pongo triste porque no pude estar con él para enterrarlo”** intervengo **“¿tiene algún recuerdo específico de su padre?”** el paciente responde **“mi padre tomaba mucho, dicen que lo encontraron muerto en un parque, el murió de cirrosis al hígado. Cuando yo vine para un día del padre, ya no lo encontré”** **“Se me viene el recuerdo de mi padre como si estuviera vivo, cuando era pequeño yo trabajaba con él, él era obrero”**, intervengo **“hay algo más que quisiera decirme acerca de su padre”** R. piensa y contesta **“algo que siempre he soñado, puede que tenga que ver con esto(señalándose el hígado)mi muerte es con un cáncer al estómago, como si se quisiera cumplir”** intervengo **“usted cómo se siente con ese sueño”** responde **“me pongo a llorar, es algo rutinario en mi vida, un dolor más en mi vida”**. Se concluye la sesión.

Análisis del caso

Una de las características que distinguen a los sujetos obsesivos, es que no ven un problema psicológico, como R. que acudió al homeópata y fue este médico que le recomendó asistir donde un psicólogo.

El problema de R. es que necesita que le ayuden desesperadamente, pero no acepta la ayuda.

La obsesión es un trastorno psíquico caracterizado por la irrupción en el pensamiento de un sentimiento o idea que le aparece al sujeto sin explicación, pero que proviene sin embargo de su propia actividad psíquica, siendo además un fenómeno repetitivo y persistente.

Claro que R. no presentaba, actos ritualísticos compulsivos, propios de los obsesivos, pero la idea del padre acerca de su muerte y hasta de llegar a pensar que no está muerto, lo desgasta día a día, solo tal vez R. aún no presenta actos compulsivos o ceremoniales, pero estas ideas obsesivas, se han manifestado, se han inscrito, se han enraizado en lo real, en el cuerpo.

Quizás R. lleva encarnado a su padre. R. padece de cáncer al hígado y el padre de este murió de cirrosis al hígado, como es un duelo no resuelto para este sujeto, el duelo toma el camino del síntoma, síntoma que coincide con la falta simbólica.

El duelo implica reconocimiento de la falta, que de alguna manera no ha asumido R.

Ante la muerte del padre, el trabajo del duelo se vuelve problemático en algún momento, porque esa pérdida le parece irreal.

Luego, analizando el sueño de R. podría encontrarse en esta manifestación onírica, algo de lo reprimido que le está causando un displacer impreciso, algo que probablemente se anuda con su propio padre y con algunas representaciones del pasado de su infancia sexual.

3.3.2. CASO DE HISTERIA

Se trata de G una mujer de 76 años, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica; se realiza hemodiálisis desde el mes de marzo, fue derivada de la unidad de diálisis de Babahoyo por presentar escalofríos y dolor en el área del brazo por lo que inmediatamente, es ingresada a la institución para una colocación del catéter yugular.

En la primera entrevista; G.me cuenta acerca de su dinámica familiar; tiene 6 hijos, de los cuales dos de ellos no vivían con ella, la relación con su esposo, que actualmente se encuentra enfermo no ha sido muy buena, comenta :***“que él ha sido muy bravo y todavía lo sigue siendo, ilustra que su primera hija***

salió embarazada cuando tenía quince años, G. le ayudo a su hija para que termine la secundaria dentro de ese transcurso la abuela se hacía cargo de la nieta”.

Ella que siempre vivió de la agricultura la gustaban las plantas y salir a pasear, porque casi nunca encontraba el apoyo de su esposo, **agrega que sus hijos viven cerca de ella pero que casi nunca la visitan.**

La señora tiene amputada su miembro inferior izquierdo lo cual ella dice que ya no puede realizar las cosas que hacía cuando tenía sus dos piernas, Intervengo “**¿por qué piensa así usted?** Ella responde **actualmente vivo con una nieta que me atiende, pero ella se a vuelto muy contestona y ya no pasa en la casa.**

Su hijo que vivía en el triunfo se regresó a vivir a Babahoyo donde G relata **que ya se acabó la tranquilidad en su hogar, porque sus nietos son demasiados inquietos que llegan al punto de arrojarle piedra a la casa.**

En la segunda entrevista se le pregunta a G. cuál es el motivo de su nuevo ingreso a la institución, ella comenta “**por motivo que en Babahoyo donde me realizo las secciones de diálisis, presento dolor de cabeza, mareos, escalofríos al término de ésta, por lo que me derivaron a esta institución.”**

La queja de la paciente, es que en la unidad de diálisis de Babahoyo al terminar cada sección sentía malestar de diversos tipos, lo que motivó a dar un diagnóstico médico de que el catéter yugular estaba infectado.

Al preguntarle a la paciente si aquí sigue presentando los mismos síntomas, ella responde: “**todos mis síntomas desaparecen**”, afirmando que aquí, sí la atienden “**Yo encuentro tranquilidad y todos están pendientes de mí**” refiriéndose a sus hijas, que al vivir cerca de ella nunca se preocupan por su estado y que ella no puede movilizarse por sus propios medios.

Análisis del caso

La problemática vital de la paciente se encuentra relacionada, con el hecho que no ha podido elaborar la amputación de su miembro inferior izquierdo y el abandono de parte de sus hijos. G. admite, que aunque ella se encuentre incapacitada, tiene deseos de salir a pasear o a tomar un refresco en cualquier lugar, debido a todo lo que le está pasando, la paciente siente tristeza y tiene un rencor con sus hijos, además explica que su nieta, que vive con ella que es adolescente, se encuentra actualmente embarazada.

Debido a la demanda de los doctores; que han pedido que se la ayude, se le preguntó: ***¿Usted cree que necesita un psicólogo?...*** ella responde ***“Creo que sí, porque mi nieta adorada que es como mi hija, está embarazada y los nietos malcriados que han llegado a vivir cerca de mi casa me hacen la vida imposible y el papá no los puede reprender.”*** Relata: ***“Mi hijo que es pastor y que residía en el triunfo ahora vive en Babahoyo donde mis nietos, que son demasiado malcriados”.*** Intervengo ***¿en qué sentido malcriados?*** ***“Van a la casa y tiran piedras adentro o encima del techo a cualquier hora del día y como ya no está mi nieta, estamos abandonados”.***

Al preguntarle ***¿Qué sucedió?***, señala: ***“mis hijas, están dedicadas a su hogar y cada una tiene un pocotón de hijos por eso no tienen tiempo para ellos, a mí me gustaría salir o que me atendieran; mi esposo está enfermo y también requiere que lo atiendan”.***

Se denota en la paciente un discurso histérico; ya que constantemente se queja de la falta de atención de parte de sus hijos, recalando que no la visitan, poniendo de excusa ellos que no tienen tiempo. Además, mantiene la queja con respecto a que sus nietos, no le dan tranquilidad: ***“corren, gritan, no respetan a nadie”.***

Aquí su característica principal, es ponerse como víctima, ya que expresa: que su nieta adorada a la que quiere como a una hija; la ha decepcionado al salir embarazada.

Por otro lado, la paciente está somatizando debido a la carga emocional que no puede ser regulada, debido que ella dice, que en Babahoyo después de las diálisis presenta malestar y al estar realizando lo mismo aquí en la institución, no presenta ninguna anomalía y refiere: “que no quiere que le den el alta”.

Después de analizar el caso podemos demostrar que la señora G. demuestra una **Estructura Neurótica con modalidad Histérica**, para lo cual se le recomienda, que continúe con la asistencia psicológica para que logre implicarse en su queja y de esta manera pueda superar el abandono de sus hijos.

CONCLUSIÓN

Como conclusión podemos decir que la enfermedad inscrita en el cuerpo, es muchas veces pasada inadvertida por los médicos ya que ellos se limitan a la práctica que aprendieron en la universidad o en el hospital, renunciando a ser investigadores al menos de los pacientes que atienden.

Aunque el psicoanálisis heredó de la medicina la palabra "cura", ésta ha adquirido un sentido específico, que la diferencia de la significación médica, pues la cura psicoanalítica no pretende sanar. Ya Freud decía que había que tener cuidado de no caer en la tentación de un *furor curandis*, en el sentido de querer producir un sujeto sano, ya que las estructuras subjetivas (neurosis, perversión y psicosis) son incurables, por lo que el análisis sólo pretende posibilitar que el analizante, articule la verdad de su deseo, y a partir de ahí gozar lo menos que se pueda, de modo que prevalezca el principio del placer.

Además, si se toma en cuenta que los síntomas son ya una interpretación del sujeto, abordar los síntomas con interpretaciones es sobreinterpretarlos, cuya consecuencia se puede constatar en la historia del psicoanálisis. La dirección de la cura en el análisis no tiene otro fin que el de posibilitar que el analizante asocie libremente, elabore los significantes que lo han determinado en su historia y sea impulsado por el proceso mismo, del habla a articular algo de su deseo.

Nosotras; basándonos en la práctica clínica, nos podemos dar cuenta que por medio del psicoanálisis nace una nueva clínica, la de la escucha del discurso del Otro, del deseo reprimido, que retorna en las formaciones del inconsciente.

Esta clínica de la escucha, privilegia los momentos, en que el discurso desfallece, cuando aparecen los lapsus, los sueños, lo incomprensible, que produce en el discurso un efecto poético. Es en el discurso donde aparecen los síntomas y donde se sostiene una estructura propia de la situación analítica, caracterizada por un sujeto que viene con una queja, una demanda, un sufrimiento para el que pide alivio. Un sujeto que está desgarrado por algo que le afecta y que él desconoce qué es; un sujeto efecto del significante que

expresa —a través de su síntoma— algo que está en él: un Otro al que le supone un saber de lo que a él le aqueja.

Por lo tanto; podemos decir que la enfermedad inscrita en el cuerpo, es una protesta de tu niño caprichoso interior. Niño al que le prohibieron hacer algo o lo obligaron a hacer alguna cosa que no quería.

Dejas de protestar y aceptas la realidad, llegando a un compromiso entre lo que es y lo que imaginas que es la realidad...entonces sanas. Cuando empiezas a establecer relaciones bellas, entonces empieza a sanarse.

Es evidente que sí. Debemos conquistar la libertad rompiendo la poderosa fidelidad a la historia familiar. Liberar al enfermo del peso de las lealtades inconscientes (familiares) que manejan y condicionan su vida. Salir de las dificultades, implica modificar en profundidad nuestra relación con nosotros mismos y con el pasado. La gente no quiere pagar el precio por dejar de sufrir. Ese precio es cambiar, dejar de vivir en función de esos preciados problemas que se arrastran.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, José. Temas de psicología. Nueva visión, Buenos Aires, décima edición, 1989.
- Capella, A., La histeria y lo obsesivo. Análisis de la clínica psicoanalítica, Barcelona, Ed. Herder, 1996.
- Freud, S., Obras completas, La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis, Amorrortu, Argentina, Vol. XIX, (1924) .
- Freud, S., Obras completas, Carácter y erotismo anal, Amorrortu, Argentina, Tomo IX.
- Freud, S., Obras completas, Tótem y tabú, Amorrortu, Argentina, Tomo XIII.
- Freud, S., Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud, Obras completas, Amorrortu, Argentina, Vol 1 (1888).
- Masotta, Oscar, Lecciones de introducción al Psicoanálisis, Barcelona, Gedisa, 2000.
- Millon, T., Trastornos de la personalidad en la vida moderna, Ed. Masson, Barcelona, 2001.
- Nasio, J. D., El dolor en la histeria, Paidós, Argentina, 1991.
- Roudinesco, E., Diccionario de psicoanálisis, Ed. Paidós, Argentina, 2003.
- Chiozza, Luis (1998) Cuerpo afecto y lenguaje, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- Chiozza, Luis (1993g [1992]) "Una introducción al estudio de la clave de inervación de los afectos", La transformación del afecto en enfermedad, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1998.
- Freud, Sigmund (1895d) "Estudios sobre la histeria", Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976, Tomo I.
- Freud, Sigmund (1900a) "La interpretación de los sueños", Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 Tomos IV y V.
- Freud, Sigmund (1909a [1908]) "Apreciaciones generales sobre el ataque histérico", Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976. Tomo IX.

- Freud, Sigmund (1915c) “Pulsiones y destino de pulsión”, Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 Tomo XIV.
- Freud, Sigmund (1915d), “La Represión”, Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 Tomo XIV.
- Freud, Sigmund (1915e), “Lo inconciente”, Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 Tomo XIV.
- Freud, Sigmund (1926d [1925]) “Inhibición síntoma y angustia”, Obras Completas, Amorrortu, Buenos Aires, 1976 ,Tomo XX.
- Freud, Sigmund “Conferencias de Introducción al Psicoanálisis” Parte III Conferencia 22.
- Freud, Sigmund. (1931): “Sobre la sexualidad femenina”, en *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1987, Tomo XXI.
- Lacan, Jacques. (1958): “La significación del falo”.