

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ÁREA ESPECÍFICA

CLÍNICA PSICOANALÍTICA



ENTRE LA ILUSIÓN Y LA MUERTE. LAS RELACIONES IMPROBABLES

EN LA NEUROSIS HISTÉRICA.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MASTER EN ÁREA ESPECÍFICA CLÍNICA PSICOANALÍTICA

PRESENTA:

LIC. EULALIA CUEVAS FUENTES

DR. GUILLERMO VANEGAS ARRAMBIDE

ASESOR

MONTERREY, N.L. A 16 DE MAYO DE 2011

A mi madre.

Por su apoyo incondicional.

Porque cuando estuve a punto de abdicar,

usted me convenció de lo contrario.

¡Mil gracias por continuar dándome lecciones de vida!

A mi familia.

(A mi padre, hermanos, sobrinos y cuñadas).

Porque sin su ayuda y apoyo hubiera sido muy

difícil llevar a cabo esta aventura.

Estoy conciente de lo difícil que fué para todos...

quiero creer que salimos más fortalecidos.

Gracias.

A mis amigas y amigos.

Porque a distancia me echaban porras.

A tí...

por atreverte...

A tí... siempre a tí.

Cuántas veces vamos por la vida
deseando que alguien deje huella en nosotros
y, a su vez, buscando en quien dejarla.
Alguien que sea significativo para nosotros
... y alguien para el cual lo seamos;
sin percibir en realidad que todas
y cada una de las personas
con las que nos cruzamos en el camino de la vida
lo son, pues nos acompañamos mutuamente
en un período de nuestra existencia...
algunos más tiempo que otros, pero al final
todos compartimos una parte de nuestra
esencia con quienes están a nuestro alrededor.
Todos dejan una parte de su ser en nosotros,
e incluso, sin pretenderlo, la dejamos en ellos.
¡Gracias por ser parte de mi historia
y por permitirme ser parte de la suya!

RESUMEN

El presente reporte de caso clínico es un ejercicio práctico que pretende dar cuenta del cruce que se dá entre teoría y práctica clínica dentro del abordaje de un paciente sometido a un tratamiento psicoanalítico.

Este caso a nuestro parecer es muy completo y en algún momento se tornó incluso complejo, por lo que estamos convencidos que se pueden desprender muchas más líneas de investigación. Sin embargo, en esta ocasión optamos por dar cuenta aquí de la dificultad de la paciente para mantener relaciones sanas no sólo con las personas que la rodean sino también consigo misma y con su cuerpo ya que tiene qué ver con el motivo por el cual solicitó la ayuda.

Definitivamente en este proceso se trabajaron muchos más aspectos, todos ellos relevantes e importantes sin embargo no es nuestra intención señalar aquí todo el proceso aún así esperamos pueda ser de utilidad para comprender un poco más la problemática histérica y también en cómo se dá el entrecruzamiento psique-cuerpo.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos.....	3
Resumen.....	4
Capítulo I: Introducción.....	8
1.1 Antecedentes.....	9
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo general.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 Supuestos.....	12
1.4 Limitaciones y delimitaciones.....	12
1.5 Justificación.....	13

Capítulo II: Marco teórico.....	15
Capítulo III: Método y diseño.....	28
3.1 Metodología y diseño.....	29
3.2 Instrumento.....	30
3.3 Muestra.....	30
3.4 Procedimiento.....	31
3.4.1 Técnicas terapéuticas utilizadas.....	31
3.4.1.1 Instrumentos para recabar información.....	32
3.4.1.2 Instrumentos para influir en el paciente.....	32
3.4.1.3 Instrumentos para informar.....	32
Capítulo IV: Estudio de caso.....	33
4.1 Presentación del caso.....	33
4.1.1 Motivo de consulta.....	34
4.1.2 Síntomas más sobresalientes.....	34
4.1.3 Historia clínica relevante.....	35
4.1.4 Juicio clínico o impresión diagnóstica.....	38
4.1.5 Desarrollo del estudio.....	39

Juana, entre prohibiciones y deseo.....	39
Juana: ante la angustia de la pérdida... deseo de morir.....	46
Juana: el dolor de la histeria es dolor en las relaciones.....	53
Capítulo V: Discusión.....	66
Referencias bibliográficas.....	70

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A lo largo de su historia, el Psicoanálisis ha experimentado una serie de cambios tanto en el nivel de la teoría como de la práctica. Dichos cambios han sido considerados como necesarios por parte de los distintos investigadores psicoanalíticos que se han dado a la tarea de señalar cómo la teoría se ha visto limitada al momento de dar cuenta de las estructuras clínicas (por ejemplo podemos señalar los cambios llevados a cabo por Klein, Ferenczi, Winnicot, Lacan o el mismo Freud).

Green en su libro *De locuras privadas* (1990, se invita al lector a revisar en especial el capítulo 3) señala que los cambios más recientes tienen que ver con los pacientes atípicos y cómo su presencia en la clínica ha propiciado no sólo que se busquen maneras

distintas de conceptualizar la constitución psíquica del sujeto sino la necesidad incluso de modificar la técnica psicoanalítica.

Esto ha propiciado una tendencia a privilegiar los pacientes fronterizos y los bipolares sin menospreciar las otras afecciones, y nos olvidamos de que es precisamente gracias a las observaciones que hizo Freud en pacientes obsesivos y, especialmente, en histéricos que se desarrolló todo el referente teórico del Psicoanálisis. Para corroborar lo anterior bastaría con aceptar que muchos de los que hoy en día se dedican a la clínica se refieren despectivamente a los pacientes obsesivos e histéricos que llegan a su consultorio y de reconocer que esperan asista un paciente que sea *el paciente*, es decir, que sea el caso aquel que marcaría un parteaguas en el quehacer clínico, que haga la diferencia entre un antes y un después; y se olvidan de la importancia que tiene para el Psicoanálisis, en especial, la neurosis histérica.

1.1 ANTECEDENTES

Con respecto a lo señalado líneas arriba, podemos decir que es innegable que el Psicoanálisis siempre ha estado ligado a la histeria, tal ligazón es considerada por algunos como central en el nacimiento del Psicoanálisis (aquí podríamos entrar en una polémica epistemológica pues son muchos los que sostienen que es en el capítulo 7 de *La interpretación de los sueños* en donde en realidad se puede señalar el nacimiento del Psicoanálisis, sin embargo no es nuestra intención entrar en dicha polémica sólo hacer hincapié en la relevancia que tiene la histeria para el descubrimiento y desarrollo de la

teoría psicoanalítica). Para respaldar nuestra idea bastaría con invitar al lector a revisar el tomo I del libro de Jones (1959, en especial de la p. 252 a la p.256) en donde dicho autor sostiene esta importancia pues dice que es en el período en que Freud trabajaba con pacientes histéricas cuando se dió “el pasaje del método catártico al de la ‘asociación libre’, en el que tiene su origen el psicoanálisis” (op. cit. p. 253).

De esta manera podemos decir que *Estudios sobre la histeria*, libro escrito por Freud en colaboración con Breuer entre 1893 y 1895, marca el punto de partida en la producción psicoanalítica y sienta la base para las posteriores conceptualizaciones freudianas sobre la constitución psíquica del sujeto; en esta publicación Freud atribuye a la sexualidad un papel etiológico especial.

A continuación expondremos algunos elementos que permitan observar cómo se fué dando la teorización con respecto a la etiología de la neurosis histérica y a su vez podremos apreciar el valor y papel de la sexualidad en esta enfermedad. Para esta exposición nos basaremos principalmente en las cartas que Freud le escribió a Fliess, correspondencia de la cual en un primer momento fué publicada una selección de esas cartas en 1950 (en alemán en Imago Publishing Co.); consideramos pertinente hacer la aclaración de que nosotros usaremos la versión completa que apareció en 1985, por lo que al referirnos a las cartas utilizaremos la fecha en que fueron escritas y como referencia pondremos el año de la publicación original en inglés con la respectiva página de la versión en español basada en la publicación de 1985.

El 1 de Enero de 1896 en una carta a Fliess, Freud (1985, p. 165) esboza una disertación neurológica para explicar los efectos somáticos concomitantes (que actúa, acompaña o colabora en el mismo sentido que otra cosa) en la histeria.

El 30 de Mayo de 1896 escribe que la histeria es la única neurosis en la cual quizá podrían aparecer síntomas, aun sin defensa previa, pues en tal caso quedaría todavía el fenómeno de la conversión (histeria somática pura). Pero es en el año de 1897 cuando elabora la mayor parte de la producción teórica destinada a explicar la neurosis histérica.

A grandes rasgos podemos mencionar que a través de la correspondencia con Fliess se aprecian los pasos de la evolución del pensamiento de Freud, en este caso, con respecto a la histeria. Sin embargo será en el siguiente capítulo donde abordaremos más a detalle esta correspondencia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente trabajo es:

Describir los diferentes momentos por los que atraviesa una intervención clínica en un caso de neurosis histérica.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del presente trabajo son:

1.- Identificar los síntomas histéricos y poder diferenciarlos de los somáticos.

2.- Comprender desde la perspectiva psicoanalítica los síntomas histéricos de nuestra paciente.

1.3 SUPUESTOS

Partimos de los siguientes supuestos:

1.- La educación represiva que tuvo la paciente es un factor determinante en la presencia de la neurosis histérica.

2.- Los padecimientos corporales son reflejo del sufrimiento intrapsíquico de la paciente por no tener una forma de afrontar las exigencias que le impone el entorno en el que se desenvuelve, en especial su ambiente familiar.

3.- La relación edípica (identificatoria) es un factor determinante en la angustia histérica desarrollada en torno a la enfermedad y al rechazo a los animales, y en la posterior extrapolación a la comida.

4.- La necesidad incesante de sentirse completada hace que la paciente se mantenga en esa relación amorosa.

1.4 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

En el artículo *En el inicio y en el fin: un sueño* Chelger(2003) dice que “escribir acerca de nuestra tarea diaria no es nada sencillo, no sólo porque es el intento de volcar nuestro comprender (de la clínica a la teoría, de la escucha a la interpretación, etc.) del

padecimiento de un paciente, sino porque debemos hablar de una persona que se ha acercado a nosotros a ‘confiar su dolor’” (p. 71).

Esto nos plantea dilemas éticos: ¿cómo lograr preservar la identidad de nuestra paciente para que no sea identificada pero, a la vez, qué información seleccionar que nos permita ilustrar claramente el caso? ¿por qué mostrar? ¿para qué mostrar?, etc.

Por este motivo es que no se muestra todo el material recabado a lo largo del proceso sino sólo el que es relevante para respaldar la problemática elegida, aquellos datos significativos obtenidos de primera mano gracias a la información proporcionada por la misma paciente.

Todo esto sin olvidar que es un estudio de caso, por lo mismo singular y no replicable experimentalmente.

1.5 JUSTIFICACIÓN

En el libro *Historia de la locura en la época clásica*, Foucault (1964) señala que “es posible que, de un siglo a otro, no se designen con el mismo nombre las *mismas enfermedades*; pero es que, fundamentalmente, no se trata de la *misma enfermedad*” (p. 333). Nada más cierto que lo anterior pues como afirma Saal (1998) “[...] los años de estudio y escucha permiten afirmar que lo que se escucha es diferente, y que si no fuera así el tiempo estaría fijado y coagulado [...]” (p. 66). Sin embargo, es importante ver cómo se presenta en la actualidad un caso de histeria e identificar los modos y las condiciones

específicas en que se organiza la subjetividad y las modalidades de satisfacción e insatisfacción de ésta.

El presente trabajo nos ofrece la oportunidad de indagar sobre la subjetividad y la manera en la cual se va construyendo hoy en día pues se dice que las históricas de ahora no son las mismas que las de tiempos de Freud, que las psicopatologías tienen nuevas formas de manifestarse y que los psicoanalistas tenemos el compromiso de amoldar el psicoanálisis a los requerimientos que nos presenta la clínica en la actualidad y uno de estos requerimientos es el de buscar pistas nuevas para la interpretación sobre el estatus del cuerpo en Psicoanálisis. Así pues, el presente trabajo es importante no sólo porque nos ayudará a dilucidar mejor un caso actual de neurosis histérica y a profundizar en general sobre este tipo de neurosis sino porque nos permitirá discernir la relación entre cuerpo y psique para teorizar sobre la influencia recíproca entre estas dos entidades en ocasiones tan difícilmente separables, además nos servirá como referente para comprender otros casos y tener un panorama más amplio sobre el ser humano y su funcionamiento psíquico.

Como adelantamos en el punto de antecedentes de este capítulo, a continuación procederemos a exponer algunos puntos teóricos sobre la histeria.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A lo largo de la historia de la humanidad el término de histeria ha sido definido de variadas formas; estando siempre estigmatizado por las modas de cada época (incluso las personas diagnosticadas con esta enfermedad durante el oscurantismo fueron consideradas como poseídas por el demonio pasando después a ser desdeñadas por los médicos los cuales consideraban que sólo estaban simulando), sin embargo, este concepto sufrió una modificación en su significado a partir de que el psicoanálisis se ocupa de estudiar dicha enfermedad y pasa de ser una enfermedad para ser vista a una que es escuchada.

En el presente capítulo nos abocaremos propiamente a cómo ha sido entendida esta enfermedad dentro de la teoría psicoanalítica pues no debemos olvidar que la histeria fué la primer neurosis estudiada por Freud.

Para el psicoanálisis el término histeria no puede pasar desapercibido pues es un pilar fundante de la teoría. Los trabajos de Breuer y Freud fueron un parteaguas en cuanto a la terminología de histeria se refiere. Estos autores originalmente describieron tres tipos de histeria: hipnoide, de retención y de defensa; aunque Freud al final se inclinó sólo por la existencia de la histeria de conversión y la de angustia.

Laplanche define la histeria como una “clase de neurosis que ofrece cuadros clínicos muy variados. Las dos formas sintomatológicas mejor aisladas son la *histeria de conversión*, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales (...), y la *histeria de angustia*, en la cual la angustia se halla fijada de forma más o menos estable a un determinado objeto exterior (fobias)” (2008 p. 171). En ella hay predominio de la represión como mecanismo, de la identificación y el complejo edípico se percibe en los registros fálico y oral. De esta manera, la neurosis histérica resulta de un conflicto edípico agudo que se organiza en torno a la relación ambivalente del sujeto con la sexualidad.

En un agregado a la carta escrita el 1 de Enero de 1896, el *Manuscrito k*, al hablar de las neurosis de defensa Freud dice que la histeria es una aberración patológica de un estado afectivo psíquico normal, en este caso, de conflicto. Sostiene que el origen del displacer es suscitado por la estimulación sexual prematura, sin la cual no podría explicarse la ocurrencia de la represión y, por lo tanto, ésta es la condición para caer en la neurosis de defensa; aunque al reflexionar sobre qué hace que “[...] en condiciones análogas se genere perversidad, o simplemente inmoralidad, en lugar de neurosis?” sostiene que “[...] la respuesta más inmediata argüirá que vergüenza y moralidad son las

fuerzas represoras y que el vecindario natural de los órganos sexuales infaliblemente despertará asco también con ocasión de la vivencia sexual” (1985, p. 171).

Profundizando al respecto Freud señala que la histeria

“presupone necesariamente una vivencia primaria displacentera, o sea de naturaleza pasiva” y que “la pasividad sexual natural de la mujer explica su predilección por la histeria”. Dice además, que otra condición de la histeria es “que la vivencia primaria displacentera no caiga en una época demasiado temprana cuando la desligazón de displacer sea todavía muy escasa y cuando puedan seguirle después independientemente sucesos placenteros [...] (p. 177).

La histeria empieza con avasallamiento del yo [...], el aumento de tensión con motivo de la vivencia primaria displacentera es tan grande que el yo no le ofrece resistencia, no forma ningún síntoma psíquico, sino que se ve precisado a consentir una exteriorización de descarga, las más de las veces una expresión hiperintensa de la excitación” (p. 178).

El 30 de Mayo de 1896 dice que las escenas sexuales de la histeria corresponden al primer período de la infancia (hasta los 4 años), en el cual los restos mnémicos no pueden ser traducidos todavía en imágenes verbales.

Es indiferente si estas escenas son evocadas entre los 8 y 10 años o durante el período de la pubertad, en cualquier caso “siempre se genera histeria, y en particular *conversión*, porque la acción conjunta de defensa y excedente sexual impide la traducción” (1985, p. 199).

La histeria es la única neurosis en la cual quizá podrían aparecer síntomas, aun sin defensa previa, pues en tal caso quedaría todavía el fenómeno de la conversión (histeria somática pura).

El 6 de Diciembre de 1896 Freud escribe que los recuerdos reprimidos de la histeria están relacionados con hechos que fueron actuales entre el año y medio y los 4 años de edad, además dice que está más convencido de que lo esencial de la histeria es que consiste en el resultado de la perversión del seductor (casi siempre el padre) bosquejando en esta carta lo que es la teoría de la seducción en la cual sostiene que un acto de seducción en la infancia posteriormente provoca en el sujeto un efecto traumático y de manera tardía, por intermediación de un segundo acto de seducción hace surgir en el sujeto un acto de represión dirigido hacia la primer seducción y con ello nace el síntoma histérico.

Todavía el 28 de Abril de 1897 continúa con esta idea (la que posteriormente abandonará, o al menos modificará sustancialmente) pues en la carta de esa fecha habla de “una nueva confirmación de la etiología paterna” (p. 252).

En la carta del 2 de Mayo de 1897 señala

“[...] he obtenido por primera vez una vislumbre cierta sobre la estructura de una histeria. Todo se reduce a la reproducción de escenas. Unas se alcanzan directamente, otras, sólo a través de fantasías antepuestas. Las fantasías provienen de algo *oído* que se comprendió *supletoriamente*, desde luego son auténticas en todo su material. Son edificios protectores, sublimaciones de los hechos, embellecimientos de estos, sirven al mismo

tiempo al autodescarga. [...] Un segundo discernimiento importante me dice que el producto psíquico afectado por la represión en la histeria no son en verdad los recuerdos, porque ningún ser humano se entrega sin razón a una actividad rememorativa, sino *impulsos* que derivan de las escenas primordiales” (p. 254);

en esta época Freud todavía creía que la escena era real y que se debía a la seducción de un familiar cercano, padre o hermano, aunque principalmente el seductor resultaba ser el padre. De esta manera pues, la formación de síntomas en la histeria se dá en los recuerdos.

En el anexo a esta carta, *Manuscrito L*, menciona que la meta de la histeria “[...] parece ser la de llegar a las escenas primordiales. En algunos, esto se consigue directamente, en otros, sólo por rodeos a través de fantasías” (p. 256). Idea que ratifica en la cata fechada el 16 de Mayo de 1897.

Y en el *Manuscrito M*, que es un anexo a la carta del 25 de Mayo del mismo año, al referirse a la arquitectura de la histeria escribe “[...] algunas de las escenas son asequibles directamente, otras, sólo a través de fantasías antepuestas. Las escenas están ordenadas según resistencia creciente, las reprimidas con más levedad acuden primero sólo de manera incompleta por causa de asociación con las reprimidas gravemente” (p. 263).

Consideramos pertinente hacer la observación de que en las cartas escritas durante el mes de Mayo de 1897 se puede apreciar el giro que poco a poco Freud le dá a su teorización introduciendo el papel de las fantasías en la etiología de esta neurosis, las cuales al principio las relaciona con un hecho real pero después desestima esta idea; sin

embargo el momento cúlpe de esta movilización intelectual lo podemos apreciar claramente en la carta escrita el 21 de Septiembre de 1897 en la cual menciona que hace tiempo abandonó esta opinión aunque reconoce que se le ofreció una conexión con la teoría sexual. En lo personal coincidimos con Laplanche en que la teoría de la seducción en realidad nunca fué abandonada por Freud y que fué un eslabón no sólo para comprender el inconsciente del sujeto sino para, a partir de ella, conceptualizar el complejo de Edipo (para profundizar al respecto se sugiere al lector se remita en especial a la lectura del apartado III del capítulo 2 –p.107 a la 149- del libro *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria* de Laplanche, publicado originalmente en 1987 –p. 107 a 149).

Y aunque Freud no lo tenía claro en el momento de escribir esta carta, creemos que de alguna manera intuía la importancia que este “descreimiento” (como lo nombra) traería para el desarrollo de la teoría psicoanalítica ya que escribe “si estuviera desazonado, confuso, fatigado, dudas así se interpretarían como fenómenos de debilidad. Pero como mi estado es el opuesto, tengo que admitirlas como el resultado de un trabajo intelectual vigoroso, y enorgullecerme de ser todavía capaz de semejante crítica después de semejantes profundización. ¿Y si estas dudas no fueran sino un episodio en el progreso hacia un conocimiento más amplio?” (p. 285).

Pero independientemente de todo, en la histeria el síntoma habla y tiene un sentido, carga con la reminiscencia de un hecho traumático; además de que la idea intolerante no es admitida a la asociación con el yo y su contenido se mantiene en estado

de segregación, ausencia en la conciencia, mientras que su efecto es desplazado, por conversión, a la esfera somática.

Otros (por ejemplo, Charcot y Janet) ya habían observado que la histeria tenía una etiología traumática pero Freud fué el primero en escucharlo e interpretarlo como generador de un efecto en la psique y, a su vez, en el soma y se pregunta ¿cuál es la participación del cuerpo en la formación del síntoma?, y Freud habla de la complacencia somática, o sea de la complicidad de un determinado órgano en el producto final. Todo síntoma histérico entraña la participación de ambos lados, o sea, el mal llamado *encuentro psicosomático*.

Para los fines del presente estudio es de suma importancia detenernos a desarrollar más lo concerniente a la histeria de conversión. En psicoanálisis, “la conversión consiste en la transposición de un conflicto psíquico y su tentativa de resolución hacia síntomas somáticos, motores o sensitivos” (Pérez-Rincón, 1998, p. 77), conflicto que tiene qué ver con la sexualidad del sujeto.

Al respecto, el 30 de Mayo de 1896 Freud escribió: “el despertar de un recuerdo sexual de una época anterior en otra posterior introduce en la psique un *excedente sexual* que opera como inhibición cognitiva y procura el carácter obligado –no susceptible de ser inhibido- al recuerdo así como a sus consecuencias” (p. 198). Si el recuerdo sexual se debe a un acontecimiento sucedido antes de los cuatro años de edad, “el despertar de (dicha) escena sexual [...] no conduce a consecuencias psíquicas sino a realizaciones, a la *conversión*. El excedente sexual impide la traducción” (ibidem), esto debido a que al

período de vida comprendido hasta antes de esa edad corresponde “el carácter de lo *no traducido*” (ibidem).

Fenichel (1980) menciona que en la conversión se producen ciertas alteraciones en las funciones fisiológicas, alteraciones que, inconscientemente y de una manera deformada sirven de expresión a impulsos instintivos previamente reprimidos. En la conversión se eligen los síntomas de acuerdo con una significación simbólica. De esta manera, los síndromes de conversión tienen un carácter único para cada sujeto pues es de acuerdo a su historia de vida como simboliza en tal o cual órgano.

Aún así, es definitivo que en toda histeria de conversión existe la complicidad de un órgano y hay un trauma psíquico originado por un displacer de orden sexual. Entendiendo como trauma “un acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (Laplanche, 1967, p. 447).

En la histeria de conversión también se pueden encontrar insomnio, desvanecimientos leves, alteraciones de la conciencia o de la memoria. Todas estas manifestaciones corresponden al desplazamiento de un significante psíquico por una enfermedad somática sin lesión de órgano.

La gran crisis de histeria redibuja el cuerpo funcional en cuerpo fantasmagórico. “[...]La conversión somática obedece a la misma lógica que la gran crisis de histeria: ambas construyen una anatomía imaginaria alrededor de las zonas en cuestión por un fantasma o

por un tocamiento. La zona somática afectada por la crisis o por la conversión corresponde a esta parte del cuerpo antaño tocada por el trauma” (André, 2001, p. 80).

En la gran crisis histérica así como en la conversión somática, la *libido* en cuestión es de origen masturbatoria y representa el deseo edípico infantil en su tensión para metamorfosearse en actividad genital. La conversión realiza una especie de momento orgánico de la neurosis, observable médicamente, pero en el que no se encuentran lesiones ni alcances orgánicos. Los síntomas de conversión no son otra cosa más que un proceso de descarga que aparece en lugar de los impulsos sexuales que fueron inhibidos y éstos se hallan vinculados por asociaciones inconscientes.

En la histeria a veces se puede presentar el ataque histérico, el cual no es una descarga sino una acción, lo que significa que es un medio para producir placer. Ataque histérico y síntoma de conversión son afines cuando los síntomas de conversión consisten en la aparición o desaparición de necesidades físicas normales, tales como “los ataques de hambre y sed, una necesidad de defecar u orinar, o una repentina falta de apetito [...] Todos estos síntomas de conversión tienen su raíz en períodos de la sexualidad infantil en los que otras funciones fisiológicas se hallan todavía al servicio de la búsqueda de placer” (Fenichel, 1980, p. 253); dichos síntomas pueden expresar fantasías sexuales.

Hay que recordar que en este sentido, las histéricas toman su imaginación como la realidad y por lo tanto, traducen su deseo en la realidad.

Después de Freud varios autores han realizado aportaciones sobre la histeria pero las que realizó Jacques Lacan son de las “más originales... su originalidad consistió en... leer en Freud cómo se articulan las formaciones del inconsciente en la histeria” (Pérez-

Rincón, 1998, p. 78) y con su lectura particular de Freud concluyó que la histeria es un medio de expresión y que existe propiamente un “discurso del histérico” en el que hay una liga “dominación-servidumbre” y pone este discurso en función del deseo y de una falta.

Dor (1991) siguiendo la teoría lacaniana señala que en el caso de la histeria la lógica fálica se fija en torno de la problemática del tener y su correlato no tenerlo. Dice que no es cierto que el pasaje del *ser* al tener constituye un acontecimiento general de la dialéctica y que lo representativo de la estructura histérica es el modo de asunción estereotipada de la apuesta constituida por esa problemática del tener; este pasaje está determinado principalmente por la intrusión paterna: el padre imaginario se manifiesta específicamente interviniendo como padre privador y frustrador que conduce inevitablemente al niño hacia el registro de la castración.

La posibilidad de ser castrado es esencial en la asunción del hecho de tener el falo. Ese es el paso que se debe dar; ahí ha de intervenir eficazmente el padre. Toda la economía deseante del histérico se agota sintomáticamente en la puesta a prueba de que tiene el falo, en su constante dar pruebas. Así pues, los histéricos son militantes del tener, buscan ser reivindicados como poseedores del atributo fálico.

Se puede señalar la existencia de histeria de conversión y la histeria de angustia, pero al final de cuentas esto es irrelevante pues la economía del deseo histérico se mantiene fundamentalmente idéntica.

No se debe perder de vista que la expresión sintomática histérica está presente en otras organizaciones estructurales (como en la neurosis obsesiva y la paranoia) de ahí la importancia de tomar en cuenta más bien los rasgos estructurales.

En cuanto a rasgos estructurales se puede mencionar la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro, entendiendo como el Otro a la madre pues a partir de ella y su deseo se estructura la subjetividad del niño pues creé que ella le va a poder satisfacer en todo y le va a dar respuestas para todo. Es decir, si fundamentalmente el objeto del deseo edípico, el falo, es aquello de lo cual el histérico se siente injustamente privado, no puede delegar la cuestión de su deseo propio sino ante aquel que supuestamente lo tiene.

Siempre buscando satisfacer lo que imagina es el placer del otro (de la madre, el padre, los hermanos, sus jefes, etc.), se “sacrifica” por los demás, se “desvive” en cubrir las necesidades de ellos sin tomar en cuenta las propias ni su sentir.

En todo sujeto histérico existe la queja de una reivindicación amorosa referida a la madre. Pues se vive frecuentemente como no habiendo sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados de la madre. Así, el histérico se inviste como un objeto desvalorizado e incompleto, como imperfecto, por lo tanto presenta un narcisismo devaluado.

Según la línea lacaniana, para la persona histérica “la sexualidad está ligada al desamor y a la muerte en un fantasma de víctima semi-constante de una violación en la que el agresor no busca sino una satisfacción pulsional inmediata sin consideración hacia

los sentimientos de su objeto. [...]. La comunicación se mantiene entonces fuera del lenguaje, en la expresividad de los afectos y de los signos corporales, poniendo al otro a prueba en su capacidad para ayudar a un sujeto que, en su oscilación histérico-depresiva, se presenta como en peligro de muerte al final de un destino d exclusión del amor por lo sexual y de identificación con un objeto malo” (André, 2001, p. 143); muerte que el sujeto escenifica cada vez que se enferma.

En esta misma línea, lo que en realidad le duele al sujeto es “la falta del objeto, la carencia de aquel que nos es indispensable para vivir. La percepción de la falta del Otro, de la distancia que se establece es, entonces, necesaria para la construcción del sujeto en cuanto tal. En ese sentido, esa noticia es el primer paso, indispensable, para el reconocimiento y la distinción del sujeto en su propio cuerpo diferente al de los otros” (Weissberg, 2006, p. 28).

Sin embargo, este enfermarse generalmente se le concibe como resultado de la falta de sexualidad y no necesariamente puede ser así, dirá André “a la teoría de que la falta de sexualidad es la causa de la patología psicosomática de la histeria, sucede una teoría de su exceso” (2001, p. 150); exceso que se ve como un acto provocador por parte del sujeto cuando actúa con sumisión ante los deseos de los demás.

A menudo los histéricos presentan una propensión a la total dedicación, correspondiente a un sacrificio del deseo personal a favor del deseo del otro, así como a una dificultad para representar y expresar su deseo.

Esta es la apuesta de la histeria y su afinidad con la mujer: su preocupación por el amor. “A lo largo de la historia de la histeria, todos han creído ver que la enfermedad histérica es una enfermedad causada por amor, por su falta, por sus excesos, por sus defectos, sus imperfecciones, sus desprecios y los inevitables sufrimientos que engendra” (íbidem, p. 239).

Hasta aquí esta breve revisión teórica, pero queremos hacer la aclaración de que en el capítulo IV, que es en el que se aborda el desarrollo clínico del caso, se irán intercalando aspectos teóricos con partes de viñetas esto con la finalidad de poder ejemplificar con mayor claridad la manera en la cual pudimos detectar la teoría en nuestra clínica y a la inversa.

Pero por lo pronto, en el siguiente capítulo procederemos a describir el proceso de investigación elegido para realizar el presente trabajo.

CAPÍTULO III

MÉTODO Y DISEÑO

Partimos de la definición que da Freud de Psicoanálisis en *Dos artículos de enciclopedia*, publicado originalmente en 1922 (1979), en donde sostiene que: “Psicoanálisis es el nombre: 1). de un procedimiento que sirve para indagar procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías; 2). de un método de tratamiento de perturbaciones neuróticas, fundado en esa indagación, y 3). de una serie de intelecciones psicológicas, ganadas por ese camino, que poco a poco se han ido coligando en una nueva disciplina científica”.

Es la investigación del inconsciente singular de cada sujeto, que se lleva a cabo como parte del análisis.

La presente es una investigación de tipo cualitativo pues “se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones” (Sampieri, 2008, p. 9). El principio cardinal del análisis cualitativo es “que las proposiciones

causales y teóricas están firmemente arraigadas en las observaciones empíricas” (Fernández, 2008, p. 108).

Según Sampieri (2008) la metodología cualitativa puede definirse como “un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos” (p. 9) e intenta encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorguen.

3.1 METODOLOGÍA Y DISEÑO

Es una investigación cualitativa a través de un estudio de caso clínico. “El estudio de casos es la evaluación más completa que se puede hacer del paciente, ya que incluye todos los datos que se obtuvieron con todas las técnicas que se pudieron utilizar para comprender al paciente y sus problemas” (Garfield, 1994, p. 94). Es un estudio comprensivo de la personalidad individual.

Un caso es una reconstrucción de la historia singular dentro de un marco conceptual; es un registro que valida o invalida una teoría, que supone un marco teórico preexistente construido en el que va a insertarse. Es una apreciación de un conjunto de eventos que tienen sentido a la luz de un marco teórico, se abstrae de la historia individual.

Así pues, el estudio de caso es una descripción y análisis intensivo y holístico de una instancia singular, fenómeno o unidad social. El caso se construye a partir de un

relato. En este sentido mencionan Macfarlane y Honzik, 1954; Roff y Ricks, 1970; White, 1966 (citados por Garfield, 1994) que “el estudio de historias de vida ha proporcionado una fuente muy fecunda de información para nuestras hipótesis y conocimientos acerca del desarrollo de las perturbaciones de personalidad así como del desarrollo normal” (p. 101).

3.2 INSTRUMENTO

Material clínico recabado dentro de un encuadre analítico, a través de:

- Viñetas.

- Entrevista clínica a profundidad.

- Entrevista psicoanalítica.

3.3 MUESTRA

Para la presente investigación la muestra utilizada es un sujeto en análisis: material clínico relatado por el paciente a través de viñetas clínicas. Esta persona solicitó la atención en la Unidad de Servicios Psicológicos perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Es un caso específico de histeria femenina. El sujeto es una persona del sexo femenino de 30 años de edad, trabaja desde los 17 años. Vive con sus padres y dos hermanos menores que ella; es soltera.

3.4 PROCEDIMIENTO

En la entrevista clínica psicoanalítica el modo predominante de comunicar material clínico es que el paciente intente la asociación libre de sus ideas gracias al uso de *la regla fundamental*. Que permite analizar y dilucidar reacciones de transferencia y las resistencias del paciente, proporcionando material esencial para la labor analítica.

La entrevista clínica emplea buen número de procedimientos terapéuticos en diversos grados. Caracteriza todas las técnicas consideradas analíticas que tienen por objetivo directo incrementar el insight que el paciente tiene de sí mismo, es decir, que a través de la investigación psicoanalítica se produce el saber del inconsciente a partir del análisis del sujeto.

El procedimiento que se ha seguido es dentro del encuadre psicoanalítico a razón de dos sesiones por semana con una duración de 45 minutos, desde el 26 de Agosto de 2008 hasta el 29 de Junio de 2010, y con una asistencia regular.

3.4.1 TÉCNICAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS

Parten en buena medida de la escucha (atención parejamente flotante) y la memoria del investigador, que en este caso es el terapeuta o analista.

3.4.1.1 INSTRUMENTOS PARA RECABAR INFORMACIÓN

- Entrevista profunda. La pregunta.
- Análisis documental.

3.4.1.2 INSTRUMENTOS PARA INFLUIR EN EL PACIENTE

Abordaje clínico psicoanalítico, principalmente en base a:

- contención;
- apoyo;
- sugestión;
- interpretaciones hipotéticas;
- señalamiento;
- acompañamiento; y
- confrontación.

3.4.1.3 INSTRUMENTOS PARA INFORMAR

- La información.
- El esclarecimiento.
- El análisis.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO

El presente capítulo es propiamente la presentación del caso clínico el cual pretendemos explicarlo para su mejor comprensión combinando partes de viñeta con teoría; se abordarán diversos autores que a simple vista pareciera que no comparten una afinidad teórica entre sí pero, en lo personal, creemos que son de ayuda para poder entender lo que sucede con nuestra paciente por lo cual consideramos pertinente la mención de sus ideas.

4.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

El tratamiento tuvo una duración total de 22 meses a razón de dos sesiones por semana las cuales tenían una duración de aproximadamente 45 minutos y con una asistencia constante. El término del tratamiento fué a solicitud de la paciente no sin externar su deseo de retomarlo en cuanto fuera posible.

Al principio del proceso Juana se centró en abordar temas referentes a su relación de noviazgo y a sus problemas de salud. Posteriormente se estuvieron abordando sus relaciones interpersonales: su familia, en especial la dinámica de su relación con la madre; y también estuvo enfocándose en hablar en la forma de relacionarse con las amigas.

Y al final del tratamiento el discurso de Juana estuvo dirigido a la planeación de un proyecto de vida, el cual incluía el empezar a hacerse cargo de su salud porque ya no quería estar enferma.

4.1.1 MOTIVO DE CONSULTA

Solicitó la atención porque el novio quiso terminar con ella y temía volver a ponerse muy mal como en su anterior rompimiento. Durante la primer sesión dijo que sin su novio no podría vivir y que ya no quiere que las cosas sean así; desea que su salud ya no dependa de los demás ni que su vida esté a expensas de los demás, que quiere tener ¿vida? (se hace la pregunta).

4.1.2 SÍNTOMAS MÁS SOBRESALIENTES

A raíz del intento de romper el noviazgo, nuestra paciente se deprimió al grado de no ir a trabajar ni salir de su casa, dejó de comer y enfermó.

Juana presenta una larga lista de enfermedades:

- Asma: Dice que desde niña ha tenido problemas de asma; además siempre se ha enfermado de la gripa.

- Endometriosis: Es tal el malestar durante su período que algunas veces no puede ir a trabajar e incluso tiene que ir al Seguro para que la inyecten. Quiere tener hijos pero existe el temor de no poder tenerlos ya que el doctor le dijo que es muy probable que no se pueda embarazar.

- Alergia: En realidad es una “carraspera (aspereza o irritación en la garganta)”, siente un pelo en la garganta y como que se le empieza a cerrar la garganta, siente ahogarse, no puede pasar saliva ni respirar y se le dificulta hablar.

- Migraña: Igual que la mamá (quien la culpabiliza pues le ha dicho que le empezó desde que estaba embarazada de la paciente).

- Problemas estomacales (gastritis y colitis): Menciona que en realidad su mayor problema de salud es a nivel estomacal, desde muy joven ha padecido de gastritis y colitis.

- Insuficiencia en la Válvula Mitral: Se la detectaron a los 19 años.

- En Febrero de 2009 la operaron del dedo meñique de la mano derecha, tenía “dos bolitas”, fueron benignas.

4.1.3 HISTORIA CLÍNICA RELEVANTE

Juana actualmente tiene 30 años de edad y trabaja en una compañía de seguros, es la segunda de 4 hijos, es soltera, vive con los papás y dos hermanos menores, y profesa la religión de Testigo de Jehová. Con respecto a su familia siempre se ha sentido como un patito feo pues dice que nadie la quiere incluso ha llegado a pensar que es adoptada (y sus hermanos más chicos, cuando la quieren hacer sentir mal, le dicen que es adoptada) créa que tal vez sus papás no querían tener otro hijo pues ellos estuvieron separados poco más

de un año y que cuando volvieron se debió a que su mamá había quedado embarazada de ella.

Hasta hace poco se encargaba prácticamente de todos los gastos de la casa pues su padre es jubilado, además de que desde que empezó a trabajar (a los 17 años) la madre le dijo que tenía que hacerse cargo de los gastos.

Difícilmente aparece la figura del padre en el discurso de la paciente y cuando lo hace es en referencia a la manera en la que la madre lo nulifica. Existe muy poca relación entre ellos. Habla de escrúpulos del padre, él siempre se ha hecho cargo de ir al súper, recuerda que cuando era niña su papá era el que se encargaba de comprarle la ropa; creé que tal vez él quería un niño pues ya tenían una niña esta fantasía se la acrecienta el hecho de que ella se llama igual que el padre (él se llama Juan).

En cuanto a su madre refiere que siempre fué muy estricta en la educación de ella y de su hermana mayor cosa que no ha pasado con los dos más chicos. Agrega que siempre le dice *“eres igual a tu padre”*, eso no le agrada mucho porque sabe que su mamá no es feliz en el matrimonio y que se lleva muy mal con el señor.

Tiene una hermana 11 años mayor. Recibió una educación muy estricta igual que Juana pero ella sí desobedecía, algo que la paciente hasta ahora se está permitiendo hacer. Está casada y tiene una hija de 5 años. En contadas ocasiones ha externado sentimientos de rivalidad hacia ella.

También tiene un hermano que es nueve años menor. Él recibió una educación menos estricta que la de ella y su hermana mayor. Lo describe como egoísta y consentido. Además tiene una hermana de 17 años. Según la paciente es la consentida de su mamá. La describe como una persona muy caprichosa, grosera e irrespetuosa.

Juana lleva 4 años en su actual relación de noviazgo. Ella es 4 años mayor que su novio. Constantemente ha sido víctima de maltrato por parte de él.

En general, Juana establece relaciones de dependencia emocional: con la familia, novio, jefe y amigas. Basta con recordar que solicitó la atención a raíz de que empezó a enfermarse debido a que el novio quiso terminar la relación y es a partir de este suceso que se da cuenta de que ya no quiere depender del novio, de que su salud y su estabilidad emocional dependan de que él esté a su lado aunque admite que al mismo tiempo tiene miedo de perderlo y ponerse mal.

Juana tiene un historial algo extenso en cuanto a enfermedades. Menciona que desde que era niña ha padecido constantemente de problemas de salud incluso en su casa cada vez que se enferma le dicen *“ay Juana, tú y tus enfermedades”*. Cuando empezó su terapia pesaba 39 kilos actualmente pesa 43 aunque prácticamente durante todo su proceso se ha mantenido en 42 kilos; lo más que ha pesado en su vida son 47 kilos y esto sucedió cuando estuvo incapacitada por un accidente, los médicos le han dicho que si llega a pesar 50 kilos estaría dentro de lo esperado para su estatura (mide 1 metro con 59 centímetros) sin embargo el peso ideal para su estatura y edad es de 54 kilo. Comenta que siempre ha sido muy delgada, pequeña y frágil.

Dice que siempre se ha enfermado de gripa y desde niña ha tenido problemas de asma. Tiene una Insuficiencia en la Válvula Mitral, se la detectaron a los 19 años; debido a que se enfermó: se le dificultaba respirar y los doctores no sabían si era bronquitis o neumonía, al practicarle estudios se dieron cuenta de que tenía una insuficiencia congénita en la válvula Mitral; hasta entonces nunca sospecharon que pudiera tener ese problema a pesar de que desde niña no podía correr ni hacer ejercicio porque se cansaba con facilidad debido a esto no entraba a la clase de deportes. También padece de migraña, al igual que la madre.

Sin embargo, comenta que en realidad su mayor problema de salud es a nivel estomacal, desde muy joven padece gastritis, reflujo y colitis. Agrega que siempre ha sido muy quisquillosa para comer que su mamá le dice que por eso está tan delgada pero se justifica diciendo que siempre ha sido muy delgadita y además con su problema de gastritis y colitis pues no puede comer muchas cosas así que tiene que cuidar mucho su alimentación.

Ha tenido además algunos accidentes que la marcaron de manera significativa, en especial uno debido al cual estuvo incapacitada 6 meses. En fin, parece que Juana desde niña ha estado acompañada por el dolor físico.

4.1.4 JUICIO CLÍNICO O IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Con base en el proceso analítico podemos decir que la paciente presenta muchas características de depresión y de ansiedad pero más bien sus características de personalidad corresponden a las de una estructura histérica aunque en algún momento

del proceso, debido a la mención de varias enfermedades padecidas, se pensó podría ser una paciente con trastorno psicossomático.

4.1.5 DESARROLLO DEL ESTUDIO

Para desarrollar el presente estudio optamos por presentarlo a través de tres ideas directrices las cuales consideramos que en su conjunto explican la problemática de nuestra paciente. A continuación procedemos a presentar cada una de ellas.

JUANA, ENTRE PROHIBICIONES Y DESEO

Hasta antes de la aparición de *Estudios sobre la histeria*, en el año de 1895 escrito en colaboración por Freud y Breuer, se entendía algo muy distinto sobre este trastorno. Revisando detenidamente los primeros escritos de Freud podemos descubrir el camino que siguió para poco a poco pasar de la medicina a la psicología y posteriormente hacer sus descubrimientos. Ya desde sus inicios, en *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas* (1893 [1888-93]) Freud trata de hacer la diferenciación entre los trastornos histéricos y los que deben su origen propiamente a un problema a nivel del sistema nervioso. Señala que en la histeria no hay afección orgánica pues afirma “que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella*” (p. 206).

Y advierte: “Intentaré, por último, desarrollar *cómo podría ser* la lesión que es causa de las parálisis histéricas” (p. 207); para finalizar diciendo: “hemos podido formarla siguiendo las enseñanzas de Charcot, que la lesión en las parálisis histéricas no consista en otra cosa que en la inaccesibilidad de la concepción del órgano o de la función para las asociaciones del yo conciente ” (p.210).

También habla de que la histeria desconoce la fisiología del sistema nervioso, esto ya lo había sostenido en *Histeria* (1888) en la época en que escribió este último artículo Freud opinaba, siguiendo las opiniones de Charcot sobre la etiología de la histeria, que la herencia era el factor causal principal de ésta; menciona además el trauma entre los factores secundarios pero se refiere en este momento a traumas corporales y desestima el papel de la esfera sexual (más rotundamente en cuestión anatómica) aunque hace la acotación de que “se debe admitir que unas constelaciones *funcionales* relativas a la vida sexual desempeñan un gran papel en la etiología de la histeria (así como de *todas* las otras neurosis), y ello a causa de la elevada significatividad psíquica de esta función, en particular en el sexo femenino. [...] Los estados provocados por traumas generales graves [...] son concebidos por Charcot como histeria. Estos estados suelen presentar el aspecto más sombrío y grave, van unidos a una depresión y una desazón melancólica, y al menos en una serie de casos muestran combinación de síntomas histéricos con neurasténicos y orgánicos.”(p. 56).

En Juana no es una parálisis motriz como tal sin embargo las prohibiciones que le ha impuesto su madre con respecto a llevar una vida “*como la mayoría de los niños*” nos hace suponer que en realidad nuestra paciente siempre ha estado “paralizada

emocionalmente”. La inmovilidad motriz de Juana se simboliza en la falta de expresión de sus emociones, en la nulidad de todo deseo propio el cual queda supeditado al deseo del Otro.

¿Hasta dónde ahora que empezaba a tener movimientos intrapsíquicos para “liberarse” de esa educación prohibitiva (castrante) le provocó culpa y necesitó de un pretexto para seguir inmóvil?

Freud distinguió tres formas de histeria, sin embargo en “todas se encontraba el mismo núcleo: una experiencia psíquica particular que no había podido tener una abreacción adecuada” (Verhaeghe, 1997, p. 33).

Estas afirmaciones las hizo Freud partiendo “del supuesto de que la histeria se originaba en un trauma infantil. La sustancia de este trauma era una escena de seducción sexual que, en su momento, el niño podía no haber entendido como sexual [...] Se retenía el recuerdo sin comprenderlo, y el efecto traumático sólo aparecía después del inicio de la pubertad, desencadenado por un segundo incidente que recordaba al primero [...] El hecho de que la primera escena hubiera sido olvidada impedía la abreacción adecuada; [...] *las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida*” (íbid, p. 37).

Suponemos que fué tan grande el trauma psíquico del que fué objeto Juana en el momento en que su novio le decía que quería terminar la relación, que su conciencia se escindió a grado tal de que por eso tiene amnesia absoluta de lo que sucedió desde que él

le dió la noticia hasta que ella vuelve en sí estando ya en la banqueta de su casa. Podríamos catalogar este episodio como un estado hipnoide, entendiéndolo a éste como un mecanismo de defensa disociativo no psicótico en el cual se echa mano de la represión pues no se acepta lo que está sucediendo en ese momento; es decir, un estado disociativo más que un quiebre psicótico.

No hay que olvidar que en *Estudios sobre la histeria* (p. 38) Freud menciona que “[...]: <<Base y condición de la histeria es la existencia de estados hipnoides>>. [...] Si tales estados hipnoides existen antes que se contraiga la enfermedad manifiesta, ofrecen el terreno sobre el cual el afecto instalará al recuerdo patógeno junto con los fenómenos somáticos que son su consecuencia.”

Coincidentemente después de este suceso Juana se enferma: deja de comer. ¿Hasta dónde estos estados disociativos son debido a la incapacidad de la sujeto de tramitar toda la angustia que experimenta y ésta pasa directo al cuerpo? un cuerpo que pareciera no quiere vivir si está alejado su objeto amoroso ya que el trauma psíquico original o primordial no se tramitó por vía de abreacción ni por un trabajo asociativo del pensamiento... afectos no tramitados.

¿Podemos catalogar como ataque histérico el que nuestra paciente contenga la respiración cuando sale al patio para que no se le “metan plumas o polvito” del que sueltan los pájaros que están en el patio o como una conducta bizarra? ¿qué estará recordando en realidad? Sulloway (citado por Rodrigué, 1996) señala que trabajar con un paciente histérico es sumergirse en un mundo de conductas increíbles, bizarras, ¿cuál

habrá sido la circunstancia en la que se presentó por vez primera semejante “conducta bizarra”? Tal vez puede ser esto último, aunque este punto lo abordaremos detenidamente cuando hablemos de la identificación histérica.

Esta abreacción la podemos ver no sólo en el plano de lo netamente sexual sino en el contexto más amplio de los impulsos. Juana se enferma constantemente ¿por qué lo hace? Durante el análisis se da cuenta de que se enferma después de que se ha quedado callada ante las sobreexigencias de personas significativas para ella como su madre, jefe y novio ¿es porque no hubo abreacción adecuada de su deseo de contestarles (agredirlos)? ¿es culpa por querer “desobedecer” o es el desplazamiento de la agresión hacia ella? Fenichel (1980) señala que “[...] los síndromes de conversión [...] representan una expresión deformada de exigencias instintivas reprimidas [...] sus síntomas, en lugar de estar constituidos por actos dirigidos hacia el exterior no representan otra cosa que simples inervaciones internas [...]” (p. 250).

André refiere que “el uso corriente y popular del término ‘histérico’ designa además a un sujeto presa de un conflicto manifiesto entre el impulso sexual y la censura, en el desconocimiento de la causalidad subyacente (el conflicto edípico inconsciente)” (2001, p. 89).

En el caso de Juana, diríamos más bien que no sólo es el impulso sexual el que está en conflicto sino todo tipo de pulsión debido a la represión de que ha sido víctima desde niña; pues desde entonces siempre se quedó callada ante las demandas y prohibiciones de

su madre y se quedaba con ganas de jugar como las demás niñas, de corretear, ensuciarse, mojarse bajo la lluvia.

Y de adulta siguió con la misma actitud, se quedaba callada, era incapaz de contrariar a su madre (en realidad, a contrariar a los demás), todo esto fué modificándose poco a poco durante el proceso terapéutico. Incluso llegó a comentar en una sesión *“me he sentido mejor desde la última sesión, cuando lloré, es como si me hubiera quitado un peso de encima. Necesitaba expresar lo mal que me siento en mi relación de noviazgo”*.

Según Freud se le puede reprochar a la educación el que sea la causante de volver a alguien histérico pues “procura el refinamiento de la sensación y la sensibilidad [...]” (2003, p. 59). La madre de Juana trató de cubrir las carencias económicas de la familia enseñándole buenos modales a sus hijos (siguiendo lo que veía en la casa en la cual era sirvienta) para que por lo menos éstos supieran comportarse en sociedad (ironizando un poco diríamos que prácticamente la hizo seguir el *Manual de Carreño* al pié de la letra) y también fué muy estricta con ellos para que obedecieran a pié juntillas los preceptos religiosos.

Nuestra paciente prácticamente toda su vida ha tratado de satisfacer las exigencias de su madre en muy pocas cosas se había atrevido a contrariarla y para hacerlo casi siempre utiliza un pretexto; como por ejemplo cuando dejó de ir a la congregación dijo que no podía faltar al trabajo y que los domingos era el único día que tenía para lavar su ropa y hacerse cargo de los pendientes que surgían en la semana, o cuando empezó a usar pantalón se justificó diciendo que así era más cómodo para ella andar en camiones

además de que “qué tal si volvía a accidentarse y tenía la necesidad de salir o de que la sacaran por la ventana”.

En *Un caso de curación por hipnosis. Con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la <<voluntad contraria>>* (1892-93) empieza a dar un giro más hacia el lado de la psicología pues habla de la existencia de “representaciones a las que se conecta un afecto de expectativa” (p. 155); dichas representaciones pueden ser o del tipo de los designios, que no son otra cosa más que lo que el sujeto desearía hacer en un futuro, o, del tipo de las expectativas, que se refieren a lo que podría acontecerle al sujeto. Dice además que hay dos factores que determinan el efecto de estas representaciones: “en primer lugar, del significado que posea para mí el desenlace, y en segundo lugar, del grado de incertidumbre que aqueje a su expectativa. La incertidumbre subjetiva, la expectativa contraria, es a su vez figurada por una suma de representaciones que definiremos como <<representaciones penosas contrastantes>>” (Íbidem).

En Juana, para el caso del designio, un ejemplo de estas representaciones contrastantes sería cuando ella decía que no podría vivir sola porque no tenía la capacidad económica para mantenerse sin embargo poco a poco empieza a ver la posibilidad de que sí podría, esto sucedió a raíz de que se le cuestionó sobre este asunto diciéndole que parecía contradictorio que dijera eso cuando tenía más de 12 años prácticamente manteniendo ella sola su casa y a 5 personas (incluida ella). Un ejemplo, del otro caso, de la expectativa sería el temor de que si llegara a salirse de su casa su familia la repudiaría el resto de su vida, ya no la querrían, que ya no la considerarían un miembro más de ella y, por lo tanto, quedaría sola.

Freud en *Informe sobre mis estudios en París y Berlín. Realizados con una beca de viaje del Fondo de Jubileo de la Universidad (octubre de 1885 – marzo de 1886)* (1956 [1886]) deja ver más claramente su pasaje de la neurología a la psicología; propiamente a la histeria y el hipnotismo (psicopatología). Y apreciamos cómo progresivamente se van presentando las distintas reflexiones que hace sobre el tema de la histeria, pasajes que van desde que la causa de ésta es un trauma infantil, poniéndola después en la represión primaria y en el complejo de Edipo.

Laplanche es otro de los autores que ha realizado importantes aportaciones a la teoría psicoanalítica, él aboga por poner a “trabajar” a Freud y rescata el término de apuntalamiento el cual dice es un término clave del aparato conceptual freudiano. Al apuntalamiento se le puede definir como apoyo, apoyarse en otra cosa. Dice Laplanche (1970, p. 27) “lo que Freud describe es un fenómeno de apoyo *de la pulsión*, el hecho de que la sexualidad incipiente se apunte en otro proceso a la vez similar y profundamente divergente: La pulsión sexual se apuntala sobre una función no sexual”; la sexualidad infantil se apuntala en una función vital para la vida. Definiendo por pulsión como la representación psíquica de un estímulo somático; es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático.

JUANA: ANTE LA ANGUSTIA DE LA PÉRDIDA... DESEO DE MORIR

Decíamos líneas arriba que el apuntalamiento se puede dar en cuanto a la pulsión sin embargo éste también se puede presentar en cuanto a la relación de objeto, a esto se

le llama elección de objeto por apuntalamiento; aquí el sujeto se apoya sobre el objeto de las pulsiones de autoconservación, ya sea un padre protector o una madre nutricia, para elegir su objeto amoroso.

En *Introducción al narcisismo* (1914), citado por Laplanche en *Vida y muerte en psicoanálisis* (1970) Freud dice que hay dos formas en las que el humano elige sus objetos de amor, podríamos suponer que la forma elegida por Juana es la anaclítica, en la cual “la sexualidad se apoya en el objeto encargado de cumplir las funciones de autoconservación [...], el apuntalamiento se entiende [...] como un apoyo en el *objeto* y, en último término, un *apoyo en la madre* “ (p. 27).

Es gracias a la madre que el niño obtiene sus primeras experiencias de satisfacción, con base a esto, Laplanche opta por nombrar al tipo de elección anaclítica como elección de objeto por *apuntalamiento*. Esto se puede ver claramente en nuestra paciente pues es impresionante la similitud de la dinámica que sigue en los dos tipos de relación, se lo hicimos ver y poco a poco ella va descubriendo el paralelismo que estableció entre ellas: de abandono en que se depositó tanto con su madre como con el novio, y de sumisión; los cuales fueron desapareciendo poco a poco aunque no por completo y se dieron cuenta ellos pues, coincidentemente, tanto la madre como el novio le dijeron que desde que había entrado a terapia ya no se dejaba, que había cambiado.

Pero ¿qué pasa cuando el objeto amoroso pretende irse, separarse del sujeto? En *Matan a un niño*, Leclaire (1975) señala que “basta con que, por alguna causa ocasional, la catectización libidinal de las representaciones concientes por parte de las pulsiones de la

vida se retire o sea precaria para que surja *la angustia* [...], la angustia nos permite hacer la experiencia de ser dominados” (p. 64) por la fuerza de la pulsión de muerte.

Es a través de echar mano de la pulsión de muerte, de su propia muerte, que Juana se encarga ilusoriamente de recuperar el deseo de su novio por ella, de que no la deje; y recuperar de esta forma su vida, ¿cómo lo hace?: al momento de que el novio le informa que quiere terminar la relación, la paciente entra en tal desesperación que primero trata de negar lo que está escuchando y repite una y otra vez que eso no le puede estar pasando, ya que el novio se retira Juana empieza a dejar de comer, al enterarse el novio (por medio de la madre de éste) empieza a llamarle para recordarle que tiene qué comer hasta que poco a poco se restablece la relación, ya no se vuelve a tocar el tema de dar por terminada la relación.

Es la puesta en escena de una especie de manejo histérico, pues tiene como ganancia placer: al dejar de comer y deprimirse, el novio no termina con ella, está pendiente de su salud. Se resiste a su pérdida. Al respecto Perrier (en Nasio, 1984, p.163) menciona “que las histéricas dejan [...] para su cuerpo el cuidado de negociar por ellas una cuestión que son incapaces de asumir”; y uno de los temas que le cuesta más trabajo al ser humano tratar es el referente a las pérdidas pues al fin y al cabo está implícito el tema de la muerte, de la propia muerte.

En este sentido, Caruso dirá en *La separación de los amantes* (1968) “[...] la separación tiene el sabor de la muerte –en vida. [...] (p.12), es una amenaza para la vida,

porque es una catástrofe para el Yo [...].*Por eso, toda separación va acompañada de una angustia de muerte más o menos reprimida*" (p.75).

Angustia que en Juana desapareció pues desde su fantasía ha recuperado a su novio, él la sigue amando... y se aferra a esta fantasía aunque ya reconociendo un poco la posibilidad de que él le haya sido infiel y dándose cuenta de que casi no conviven incluso hablan muy poco por teléfono.

Va haciendo conciente lo inconciente: *"He llegado a pensar que mi novio quiere que sea yo quien termine el noviazgo. Creo que no quiere que me ponga mal si es él quien termina conmigo, por esto de mi problema de la válvula Mitral. Creo que soy yo quien ha forzado que continúe la relación, por el episodio ese, que yo no recuerdo, pero que él dice que me puse mal cuando me dijo que quería terminar conmigo... y después me deprimí y dejé de comer y su mamá se enteró, yo creo que habló con él porque después de la visita de su mamá él empezó a llamarme por teléfono tres veces al día, más o menos a la hora en que acostumbro comer, para preguntarme si ya había comido, esto empezó una semana después de que quiso romper conmigo. Pero no me atrevo, no quiero volver a sufrir"*.

No es la primera vez que Juana padece anorexia, le había sucedido cuando su anterior novio (su primer novio) la dejó, pareciera que en realidad el dejar de comer ha sido una especie de mecanismo del que desde niña ha hecho uso pues dice que siempre ha sido muy mala para comer, muy quisquillosa; niña ávida de amor, que no recibe a pesar de estar enferma, de sufrir (al menos no por parte de la madre).

La anorexia, ¿hasta dónde pudo ser originalmente un desplazamiento de la inanición de afecto amoroso, de cariño, ternura siempre esperado y nunca recibido, especialmente por parte de la madre?; madre que parecía estaba ciega pues era incapaz de ver las necesidades afectivas y hasta físicas de Juana (no hay que olvidar que “no” se percató del problema del corazón que tenía su hija a pesar de que se fatigaba con el menor esfuerzo físico) ¿o era más bien la hija en su totalidad quien no existía para la madre? Juana se quejó de que cuando estuvo incapacitada un mes por un accidente automovilístico que sufrió, su mamá no fué para prodigarle cuidados especiales mucho menos para lavar su ropa; ignoró completamente a la paciente, la nulificó... era como si no existiera, como si Juana no fuera “significativa” para su madre ¿no fué su fallo?

En la histeria de conversión las ideas y los afectos se expresan en el cuerpo, se pueden entender la anorexia y el asco por los alimentos como una negativa a ingerir comida que alimentaba su cuerpo pero no su alma; síntoma que está hablando de una carencia psíquica.

R.B. Carter (citado en André, J. et. Al., 2001) ve la demanda de ayuda y de cuidados que se disimulan detrás de las inventivas de la histeria de las mujeres; ve también con claridad que atraer la atención de todos los que las rodean, del marido al médico pasando por todos los miembros de la familia, corriendo el riesgo de angustiarlos, de irritarlos o de exponerse a su rechazo, es lo que late bajo el comportamiento de las histéricas. Revelan la demanda de amor y de deseo de regresión a modos infantiles de satisfacción de éste.

Fenichel señala que “las enfermedades de la infancia constituyen a menudo episodios muy impresionantes en la evolución de los conflictos instintivos del niño, revistiendo el carácter, a veces, de satisfacciones [...], y más a menudo el carácter de amenazas [...]. Los síntomas de conversión ulteriores, al reproducir los dolores de las enfermedades de la infancia, representan una repetición de los conflictos instintivos creados y movilizados por dichas enfermedades” (1980, p.255).

Una forma de exigir que sean cubiertas las carencias afectivas que está experimentando; primero hacia la madre que nunca le ha dado importancia a la precaria salud (reflejada en falta de energía) de nuestra paciente desde que era niña, y después hacia los novios que le quieren retirar sus afectos (es una pérdida no sólo del carácter tierno de la relación sino del sexual, erótico).

En cuanto a la anorexia ya Freud escribía en el *Manuscrito G* (1950 [1892-99]) refiriéndose a la presencia de ésta en la melancolía que son paralelas y que la neurosis alimentaria es “una melancolía en presencia de una sexualidad no desarrollada [...] Pérdida de apetito: en lo sexual, pérdida de libido” (1950, p. 240). En el caso de Juana: sentir que perdió su objeto amoroso ¿era lo mismo que sentir que no valía la pena vivir? Pérdida del apetito libidinal entendido en una forma más general: pérdida de apetito por la vida. Parece que en Juana hay un entrampamiento entre el apuntalamiento de la pulsión y el de elección de objeto.

Recordemos lo que dice Laplanche (1970, p. 27) “la pulsión sexual se apuntala sobre una función no sexual, vital o [...] sobre una <<función corporal esencial para la

vida>> [...], lo que se describe como apuntalamiento es en su *origen* un *apoyo* de la sexualidad infantil en el instinto, si por instinto se entiende esa <<función corporal esencial para la vida>>; en el caso particular que primero analiza Freud, se trata del hambre y la función de alimentación”, pero señala que el objeto sexual no es el mismo que el objeto de la función e la interpreta la frase de Freud <<encontrar el objeto sexual es [...] reencontrarlo>> de la siguiente manera: “el objeto a reencontrar no es el objeto perdido sino su sustituto por desplazamiento [...] de ahí, evidentemente, la incapacidad de recuperar jamás el objeto, ya que el objeto que se ha perdido *no es el mismo* que se trata de reencontrar” (p. 32).

En *Fragmentos de la correspondencia con Fliess* (1950 [1892-99]) Freud comenta que en la histeria de conversión se presenta el mecanismo de la mudanza de afecto; con respecto, en general, a las neurosis menciona que hay varios puntos en los cuales puede situar las neurosis y uno de éstos es la *degeneración* que “significa la conducta anormal innata de los afectos sexuales, de manera tal que se produce conversión, desplazamiento, mudanza en angustia, en la medida en que los afectos sexuales entran en juego en el transcurso de la vida”(p. 227).

Siguiendo a Caruso (1968), en este caso es de suma relevancia no hacer a un lado la sociedad histórica en que vive la paciente, sus exigencias, prohibiciones y tabúes. Pues creemos que de alguna manera lo que Juana experimentó cuando su novio le dijo que quería terminar su noviazgo fué un sentimiento de angustia no sólo por el hecho de que estaba a punto de perder su objeto amoroso, sino porque además estaba siendo rechazada por la persona a la que había llevado a su casa a presentar como su novio, con

quien se suponía se “debía” casar pues es la amenaza que su madre le había hecho: *“el novio que traigan a presentar a la casa es el novio con el que se van a casar... no van a estar trayendo a uno y a otro”*. Otro conflicto que se le presentó a nuestra paciente en este momento era que *“si no me caso con él entonces ya no me voy a casar, a mi edad ya no podré conseguir a otra persona”*.

Hasta aquí hemos visto cómo en nuestra paciente entran en un juego inconsciente la pulsión de vida y la pulsión de muerte para lograr mantener cerca al ser amado. En el apartado siguiente abordaremos propiamente el papel del complejo de Edipo, en especial el de la identificación, en la puesta de Juana para encontrar un amo.

JUANA: EL DOLOR DE LA HISTERIA ES DOLOR EN LAS RELACIONES

En *El dolor de la histeria* Nasio señala que “para el psicoanálisis, la histeria no es una enfermedad que afecte a un individuo, como se piensa, sino el estado enfermo de una relación humana en la que una persona es, en su fantasma, sometida a otra. La histeria es ante todo el nombre que damos al lazo y a los nudos que el neurótico teje en su relación con otro, sobre la base de sus fantasmas” (2008, p.16).

La base del fantasma de la histeria es la angustia de castración, esta angustia es inconsciente pues está sometida a la represión. El fantasma de castración salva y protege del goce al histérico, pero perturbando su manera de percibir a los seres amados u odiados y sumergiéndolo en un mundo donde la fuerza y la debilidad deciden

exclusivamente sobre el amor y el odio, hundiéndolo en un sufrimiento corporal (síntomas somáticos), sexual (paradoja de la vida sexual) y relacional (deseo de insatisfacción). Por eso las relaciones afectivas del histérico se transforman inevitablemente en relaciones de dominante y dominado. Este fantasma es pues la fuente y el motivo de su sufrimiento.

En sus relaciones el histérico siempre anda buscando un amo al cual demandarle un saber que lo haga sentirse completo, no castrado y que vaya encaminado a descifrar ese misterio de ¿qué es ser mujer? y, en el caso de nuestra paciente, también que le aclare ¿qué es vivir, qué es la sexualidad?

Esto lo podemos ver también en análisis, en donde la histérica llega “solicitando un amo que le ofrezca un saber, su fantasma fundamental aparece escondido.” Así pues, el fantasma histérico aparece como “la respuesta del sujeto ante la manifestación del deseo del Otro” (Cevedio, 2002, p 43). Por un lado Juana espera que yo le diga qué es lo que ella quiere, quién es o cómo quiere ser, y por otro lado, se ofrece como fuente de deseo mío, cree que mi deseo es que ella cambie su forma de vivir; incluso en una sesión habla del temor de que yo me dé cuenta de que ella ya no puede cambiar y entonces yo decida dar por terminado el proceso debido a que perciba su “incapacidad”.

“La histérica se dirige al Otro como forma de obtener un saber que la aproxime a su posición sexual y mantiene, igual que cuando era niña los fantasmas originarios [...], los construye no sólo con sus recuerdos, sino también con cosas oídas o sospechadas de sus progenitores, es decir que en los fantasmas de sus padres encuentra material para los suyos propios y a veces cuesta diferenciarlos” (ibídem, p. 39).

Fantasmas originarios sostenidos o creados por la posibilidad real de que nuestra paciente haya observado el coito entre los padres o al menos escuchado el acto sexual pues la casa es de “chorizo” y no hay puertas en los cuartos además de que el cuarto de la paciente está al lado del de sus padres. En el origen de estos fantasmas también es muy probable que haya una incubación de los fantasmas de la madre en Juana y confusión en esta última sobre la forma de proceder pues el discurso de la madre (del Otro) es su referencia.

En la histeria juega un papel muy importante, como mecanismo de sus síntomas, la identificación ya que “por ese camino los enfermos llegan a expresar en sus síntomas las vivencias de toda una serie de personas, y no sólo las propias” (Freud 1900, p. 167). La identificación histérica expresa el deseo de ocupar el lugar de otra persona.

Esta identificación puede ser parcial, porque sólo se toman prestados rasgos de la persona objeto y hay una introyección del objeto por el yo, que después hace suyo y lo convierte en un rasgo propio.

Identificación que es el resultado de la resolución del conflicto edípico, el cual consiste en una serie de sentimientos y emociones tanto hostiles como amorosos por parte del niño hacia sus padres y al final de éste se sustituye la investidura de objeto por la identificación con alguno de ellos.

Y parece que Juana se identificó con un aspecto de la madre y con otro del padre; se dá cuenta, casi dos años después de iniciado su proceso terapéutico, que su padre también le tiene asco a los animales y dice “*creo que agarré algo de mi padre*”. Se apropia

del asco de su padre hacia los animales como una forma de ser él o tal vez ¿de que él la posea? Identificación con la madre se dá, primero en "su castidad" y después a través de angustia de prostitución pues teme ser promiscua, coqueta como la madre lo fué con otros hombres a pesar de que estaba casada. Creemos que es lo que en realidad sucedió cuando la paciente se entera que sus padres estuvieron separados porque la madre andaba con otros hombres y no una desilusión como tal de la madre.

Con referencia a esto, Alquicira menciona: "el texto de 'Psicología de las masas y análisis del yo', de 1921, es un largo recorrido de la transmisión; aquí la identificación es el mecanismo a través del cual se contagia el síntoma. La identificación, en la primera etapa de la teorización freudiana estaba ligada a los síntomas; más tarde, se constituye en un mecanismo fundante para el aparato psíquico [...] la identificación es la más temprana exteriorización de una ligazón afectiva con otra persona [...] es ambivalente desde el comienzo, es uno de los nexos más complejos, en el caso de la formación neurótica de síntoma" (2006, p. 59).

La identificación puede ser un complejo edípico no resuelto. Juana con su migraña también se está identificando con el dolor de su madre (la cual le ha dicho que desde que estaba embarazada de ella, de la paciente, padece de migraña, antes no) y traduce así una rivalidad culpable, la hostilidad (ocupar su lugar) y el castigo (sufrir como ella). El asco a los animales, lo toma de su padre no sólo porque vivió algunos episodios traumáticos relacionados con animales estando acompañada por él, significa su apego a él (en la identificación histérica, la construcción de la identidad es inseparable del deseo objetal),

pero combatido por autocastigo (estar enferma). Parecerse al objeto amado es aquí una manera de amarle.

Pero también podría ser una forma de castigarlos Freud señala en el *Manuscrito N* que “los impulsos hostiles hacia los padres (deseo de que mueran) son, de igual modo, un elemento integrante de la neurosis. [...] castigarse históricamente, mediante la idea de la retribución, con los mismos estados [de enfermedad] que ellos han tenido” (2003, p. 296).

“La figura del amo-padre seductor [...] es la argumentación del fantasma histérico, pues al ser padre gozador de todas las mujeres, tendría el saber sobre el goce. Por eso lo ama, lo ama tanto que es capaz de identificarse a él y desde allí mostrarle cómo debe ser un amo, porque lo que quiere es un amo, con la condición de que tenga presente todo lo que ella ha hecho para que él pueda estar en ese lugar [...]” (Cevedio, 2002, p. 59).

No sólo Juana se identificó con su padre (con sus manías, su asco a los animales) sino que la madre “la ayuda” a identificarse también a él ya que le dice que es igual su padre y convirtiéndola en proveedora del dinero, asignándole un sitio imposible para ella; Juana no es el esposo de su madre, sitio donde ha sido colocada por su madre ¿o acaso por el padre mismo?

Además Juana se lamenta de que su madre le dice que es igual que su padre; un padre que es insuficiente ya que no es capaz de proveer a la familia de todo lo necesario no sólo en el plano material sino que dá la impresión de que tampoco en lo emocional y no tiene voz ni voto dentro de la dinámica familiar.

Así la madre no hace otra cosa más que aumentar las ideas bisexuales de nuestra paciente las cuales aparecen en el discurso de la paciente cuando dice *“yo creo que al menos mi papá quería un hijo varón, pues ya tenían una mujercita, recuerdo que en la primaria llevaba mochila de niño – tenía dibujos de carritos- aunque mi mamá siempre nos vestía a mi hermana y a mí muy ‘femeninas’, con adornitos en el cabello y con vestido”*.

“La búsqueda de la identidad femenina es un rasgo destacado de la histeria en las mujeres. La exposición de los signos y de los comportamientos de la seducción trata de compensar una inquietud que tiene que ver no sólo con la capacidad de ser deseada y amada, sino más profundamente con una incertidumbre sobre la identidad sexuada (no es raro que una histérica que está siendo analizada descubra esta incertidumbre al emerger fantasmas en los que se ve como hombre, a veces hasta en sus representaciones de modificación corporal)” (André, 2001, p. 76).

“Es así que el fantasma histérico resulta bisexual, por un lado rechaza la sexualidad y por otro se identifica con un padre seductor en un despliegue exagerado de ofrecimiento sexual” (Cevedio, 2002, p. 42). Un padre que habla con ella de intimidades de la pareja; Juana no entiende lo que motivó a su padre a confesarle que estuvieron separados pero de manera especial le cuesta trabajo descubrir la razón que lo orilló a decirle que la mamá estuvo saliendo con otros. *“Y desde esa situación denuncia haber sido víctima de la seducción del Otro que aparece desde el otro. El Otro que la engaña, goza de ella. En su queja manifiesta que los acercamientos sexuales son contra su voluntad. Mentes erotizadas en cuerpos anestesiados”* (ibídem), Juana se queja de haber

caído en la seducción del novio, de acceder a tener relaciones sexuales con él cuando su educación religiosa se lo prohíbe; no se permite aceptar que era también su deseo.

Constantemente se refiere a las relaciones sexuales como algo que no le llama la atención hasta cierto punto como algo que el realizarlo le provoca cierta repugnancia. Abraham (2008) señala que “[...] los sentimientos de repugnancia se originan en la sublimación de los componentes homosexuales” (p. 56) y que “muchas mujeres sufren [...] por el hecho de haber nacido tales. El psicoanálisis muestra además que tienen el deseo reprimido de ser varones” (p. 308). Estos sentimientos son corroborados con que son justamente el rasgo o característica con la que se identifica con el padre.

Dentro de esta repugnancia también se encuentran las conductas bizarras que la paciente tiene, por citar algunas: la conducta de secarse las manos hasta hace aproximadamente 5 años con servilletas de papel y el aguantar la respiración cuando sale al patio porque hay pájaros, para no ahogarse con el plumaje que pueden soltar; justificándolas diciendo que temía ahogarse, sentir el pelo en la garganta, no poder pasar saliva, no poder respirar. Angustia total.

En el caso de la paciente, acaso más que repugnancia ¿no pudo despertar curiosidad e inquietud aunque haya caído en las “garras” de la represión, de la neurosis? Hay que tener presente que en última instancia la sexualidad está implícita de manera especial en la histeria. Dice Abraham “[...] una pasión de coleccionista es frecuentemente un sustituto directo de un deseo sexual; [...] detrás de la elección de los objetos coleccionados se oculta a menudo un delicado simbolismo” (ídid., p. 58).

En este sentido es importante mencionar que Juana cuida celosamente un cojín de gato que su mamá le regaló desde que era muy pequeña y desde entonces tiene un significado muy especial para ella al grado de que ante el desgaste natural de tantos años lo mandó arreglar y lo pone de adorno en su cama, además dice que no puede dormir si no lo tiene a su lado ¿esto podría ser una medida defensiva que evita la sexualidad que no puede manejar?; aunque esto último se modificó al final del análisis ¿esta modificación se debió a que empezó a expresarse como una persona más coqueta, cuidaba de su aspecto?, nos inclinamos a creer que así fué.

La constante e incesante búsqueda de su identidad el histérico la pone en manos del Otro, aquel que creé que tiene el falo. Entonces nuestra paciente se empeña en cubrir las necesidades económicas/materiales de la casa y las exigencias de la madre para ver si así “voltea” a verla, la hace sentir valiosa; la madre es la “elegida” – es el ideal original ante el cual la paciente rinde un sacrificio sin condiciones- pero ésta no lo hace y se siente insatisfecha, nula, no existente. Aquí habría preguntarse si en realidad la paciente desea que sea la madre quien volteé a verla o ¿acaso será el padre?

Busca ser el objeto ideal del Otro (madre): come mucho para engordar y que así no la ofenda diciéndole que está muy flaca; acata las reglas de la casa sin reclamos para ver si de esta manera mamá está contenta con ella; gustar a la mamá aún y usando pantalones... no importa lo que haga, Juana siente que no es digna de ser tomada en cuenta por la madre, de tener un lugar importante y significativo en su vida; esta desilusión la vive no sólo en función de la madre sino también del padre y de toda sus hermanos, en especial los dos más pequeños. Dice: *“creo que no fuí deseada, con esto de*

que mi hermana me lleva 11 años, yo creo que mis papás no querían más hijos”, “a veces creo que soy adoptada... incluso mis hermanos cuando están molestos conmigo me dicen que soy adoptada”, “me siento como el patito feo: nadie lo quería, su mamá no lo quería”.

Entonces busca su identidad a través de sus amigas y crea su ideal de mujer identificándose con ellas en especial con las amigas casadas; para así conocer la respuesta a su pregunta ¿qué tengo que hacer para tener lo que quiero? O ¿acaso no es así y lo que más bien desea es a “los hombres” de sus amigas, y no la aprobación de la madre? La paciente, al no obtener la respuesta, gasta innecesariamente energía y reafirma la insatisfacción de su deseo en lugar de “dar el paso que se debe dar” (como diría Lacan, citado en Dor, 2000), que consiste en aceptar no tener el falo, para buscar los medios para su posesión.

“Para la persona histérica, la sexualidad está ligada al desamor y a la muerte en un fantasma de víctima semi-constante de una violación en la que el agresor no busca sino una satisfacción pulsional inmediata sin consideración hacia los sentimientos de su objeto. [...] La comunicación se mantiene entonces fuera del lenguaje, en la expresividad de los afectos y de los signos corporales, poniendo al otro a prueba en su capacidad para ayudar a un sujeto que, en su oscilación histérico-depresiva” (André, 2001, p. 143).

Se pone siempre como la víctima de los demás, bueno, de los que supone que son poseedores del falo. Habla de compañeras de trabajo que le tiran su comida y ante quienes no reacciona, jefes que la despiden por culpa de estas compañeras, jefes que la explotan y ni qué decir de la familia extendida que ve mal todo lo que tiene qué ver con

ella; madre y hermanos que le exigen cubra todas sus necesidades. Y ante todos estos desprecios, agresiones y sobreexigencias Juana actúa de manera pasiva, accediendo a ellas o permitiendo que se le humille, nunca se defiende a pesar incluso de que la corran del trabajo.

La histérica se la pasa denunciado que “cualquiera puede tener el falo. Desafía al hombre para que demuestre si verdaderamente es su portador” (Cevedio, 2002, p. 68). Juana se queja de que su padre no trabaja, prácticamente le exige que lo haga y que busque la manera de hacerle publicidad a su negocio para que pueda tener clientes y no pase todo el día viendo la televisión; le reclama que ocupe ese lugar de proveedor y satisfactor de las necesidades de la familia.

La histérica trata de hacer al hombre; “por un lado lo sostiene y por otro le marca el camino para poder llegar a serlo, es decir, lo inventa, lo hace a su medida. Así puede persuadirlo de que posee lo que podría completarla y desde allí le demanda un saber sobre ella que le permita seguir desconociendo su deseo” (ídem, p. 79); y construye relaciones en las que se puede percibir cierto grado de masoquismo tanto de un lado como del otro, las sumisiones de Juana ante los que creó superiores a ella, ante su objeto amado son claro ejemplo de esto.

¿Cuántas veces fué víctima de maltrato por parte del novio? Un novio que le prohibía levantar la mirada cuando andaba con él pues no fuera ser que estuviera viendo a otros hombres que elegía a dónde ir y qué comer, al que era se le tenía que dar santo y seña de todo lo que hacía y con quién lo hacía; pero al mismo tiempo ella lo martirizaba

mandándole el mensaje de que sin él no podría vivir y lo obligaba a volver con ella. Ese es el precio que paga por tal de estar acompañada, de tenerlo; es la entrega total por parte de Juana hacia su novio.

Todo con el fin último de encontrar una identidad propia pero a través de otros. Buscándola y para lograrla se pregunta ¿qué es ser mujer?: respuesta que aún no obtiene pues parece que en la fantasía de la paciente su madre en realidad no lo es (al menos no coincide con el ideal de la paciente de lo que es ser mujer ni con lo que ve en su entorno a través de sus amigas, de “las personas normales”: nunca ha hecho las compras, siempre es el padre el que se ocupa de ésta actividad e incluso cuando la paciente era niña el padre era el que se “encargaba” de comprarle los zapatos). Y Juana sigue buscando en uno y en otro lugar la respuesta a esta interrogante..

Esa búsqueda es la que trae a nuestra paciente a nosotros: quiere vivir sin tener que depender de que el novio esté con ella, es decir, sin depender del Otro; aprendiendo a descubrir, reconocer y hacerle caso a sus necesidades y deseos, anteponiéndolos a las necesidades, exigencias y deseos de las personas que son significativas para ella. Ya no quiere tener miedo a dejar de existir si es abandonada.

Entonces se pone en práctica lo que dice Weissberg en *Los caminos del dolor* “[...] lo que duele es la falta del objeto, la carencia de aquel que nos es indispensable para vivir. La percepción de la falta del Otro, de la distancia que se establece es, entonces, necesaria para la construcción del sujeto en cuanto tal” (2006, p. 28).

Y la subjetividad de Juana se está moviendo y ahora es capaz de tener insight. De ser la mujer que llegó demandando saber por qué necesitaba que las personas a las que quiere estén a su lado para poder sentirse mejor, para ser feliz; a través de este proceso terapéutico, se convirtió en una persona que aunque no está segura de que su noviazgo termine en matrimonio sí lo está de ser capaz de realizarse en el plano amoroso si no con su novio actual si con otro, ya no lo ve como su última y única opción.

Un momento de cambio que se presentó en la vida de Juana y que consideramos muy significativo es que aproximadamente 6 meses antes de terminar el proceso, nuestra paciente se cambió de trabajo, volvió al que fue su primer trabajo al cual había renunciado por cuestiones de salud ya que no pudo manejar el estrés (palabras de la paciente) y se enfermó... este regreso lo ha vivido como una prueba y se dió cuenta de que aprendió a delegar trabajo, a aceptar cuando hay algo que no puede hacer, empieza a aceptar la castración; sin embargo, está “protegida” por su jefe, al cual ve como un padre y, en realidad, él ha tomado también ese papel.

Otro momento importante en el proceso fué cuando encontró un paralelismo entre su forma de relacionarse con el novio y la de llevarse con su mamá: de sumisión, de hacer las cosas como ellos dicen.

En general, se dió cuenta de la relación que hay entre el deterioro de su salud con preocupaciones y miedos. Identificó que se enferma después de que ha pasado por una situación de angustia sobretodo debido a exceso de trabajo y a problemas familiares, en especial con la mamá; cuando trata de ponerle límites a los demás y ponerse ella en primer lugar, por encima de todos.

En alguna ocasión mencionó que desde que venía con nosotros se le “olvidaban” las cosas que tenía que hacer; que come aunque una mesa no esté limpia y ya no sólo come lo que el novio quiere, ahora ella dice qué es lo que tiene ganas de comer; ya no le cuenta todo al novio, no le dá detalles de lo que hace. Cuando empezó a negarse a darle más dinero a su mamá dijo *“realmente nunca imaginé que fuera tan fácil decir lo que me molesta”*.

A veces se le dificulta ver los cambios que está experimentando y toma conciencia de ellos cuando la gente a su alrededor se lo menciona. El novio, la mamá, las amigas y el jefe le han dicho que ha cambiado mucho desde que va con la psicóloga; incluso el novio le comentó en alguna ocasión: *“ir con la psicóloga te está avivando”*.

A pesar de que en una de las últimas sesiones dijo: *“ahora me estoy disfrutando”*; consideramos que no se puede esperar un cambio “radical” en la paciente ya que dentro de lo que cabe la tranquiliza sentir que está dentro de ciertos principios morales, a menos que suceda algo que la obligue a tomar una decisión realmente drástica, algo que la haga sentirse “entre la espada y la pared” no se presentará este cambio drástico y radical.

Aún así, parece que ya no depende tanto emocionalmente ni de su actual pareja ni de su familia ni de su terapeuta. Al final de cuentas es una de las cosas que ella buscaba al iniciar el tratamiento y es por esto que consideramos que el proceso ha sido exitoso.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el capítulo anterior pudimos observar sólo algunos de los movimientos que la paciente fué presentando a lo largo de este proceso terapéutico pues es imposible dar cuenta de todos los aspectos trabajados dentro de éste; movimientos que nos ayudan a sustentar que logramos cumplir con los objetivos que nos planteamos al momento de decidirnos a realizar esta investigación.

El presente trabajo nos permitió describir en general cómo se lleva a cabo una intervención clínica en un caso específico de histeria femenina e identificar y comprender el sentido de sus síntomas desde una perspectiva psicoanalítica.

En el apartado de *Juana, entre prohibiciones y deseo* podemos concluir basados en la teoría psicoanalítica que la educación represiva (llena de prohibiciones) recibida por

nuestra paciente propició una falta de expresión de sus emociones y a la vez el deseo de liberarse pero envuelto en sentimientos de culpa es pieza clave para que se presentara la histeria en Juana, así lo vemos desde la clínica.

En el apartado *Juana: ante la angustia de la pérdida...deseo de morir* podemos concluir que al momento de sentir que su existencia está amenazada por el deseo del novio de dejarla es tal la angustia que experimenta nuestra paciente porque creó que ya no podrá cumplir con el dictamen materno de que deberá casarse únicamente con el primer novio que presente en su casa, que se enferma y busca a toda costa mantenerlo a su lado para así sentir no sólo que está completa sino que está cumpliendo con la educación recibida. Además de que siente que es la única manera en que puede existir, *ser alguien*.

Del apartado *Juana: el dolor de la histeria es dolor en las relaciones* podemos concluir que es tal la identificación edípica (histérica) de la paciente que se apropia de algunas características del padre, y teme tanto a la castración que acepta someterse al deseo de las personas significativas para ella con tal de no aceptarla, al menos así lo vemos desde la clínica.

Por otro lado, un punto de polémica en la presentación de este caso clínico podría ser que algunas personas podrían objetar si en realidad es un caso de neurosis histérica y no un trastorno psicossomático. Nos inclinamos por defender nuestra idea de que efectivamente es un caso de histeria.

Pero ¿qué es lo que distingue a la histeria de la psicossomática? Aunque en psicoanálisis no hay un consenso en este sentido, según la mayoría de los autores en la

histeria hay simbolización por parte del sujeto y en la psicopatología no hubo tal simbolización, es decir que la psicosis y la psicopatología son cercanas. Manifestaciones que consideramos sí hacen acto de presencia en nuestra paciente.

Parte de esta confusión creemos tiene su raíz en que, según André (2001) “la sintomatología de la histeria ha evolucionado hacia el lamento depresivo y hacia males psicopatológicos más vagos y menos determinados por fantasmas inconscientes de lo que lo estaba la histeria de conversión” (p. 79).

Siguiendo a Dejours, entendemos como trastorno psicopatológico “las relaciones entre psique y cuerpo que conciernen esencialmente a los efectos patológicos de ciertos acontecimientos psíquicos sobre la salud del cuerpo” (Dejours, 1989). Este autor tiene un planteamiento muy interesante pues sostiene la hipótesis de que un síntoma somático “incluso si está asociado a una lesión orgánica demostrada, legítimamente puede ser objeto de una investigación focalizada sobre el inconsciente” (p. 30).

Es decir, que el dolor (sufrimiento) puede no ser provocado originalmente por una neurosis pero es aprovechado por ésta y es en ese momento en el que se da el anudamiento entre el dolor físico y el psíquico del sujeto.

Incluso Dejour sostiene que hay ciertas somatizaciones (en especial las que se pueden presentar en el curso de la terapia) que “se inscriben en un movimiento de reorganización de mejoría de la evolución mental” (íbidem, p. 19), es decir, hay somatizaciones que ayudan al sujeto a simbolizar su conflictiva intrapsíquica.

Estamos conscientes de que de este caso se pueden desprender más líneas de investigación e incluso podríamos seguir en la polémica de si es un caso de trastorno

psicosomático y no de neurosis histérica pero consideramos que no es la finalidad última del presente trabajo, además de que queda sustentado, en especial en el capítulo IV, que sí es un caso de neurosis histérica.

Sin embargo consideramos importante recalcar que más allá del diagnóstico o de la estructura de personalidad en el que el analista ubique a un paciente, en muchas de las ocasiones el cuerpo va a estar atravesado por la subjetividad del individuo y en otras, la subjetividad estará encarnada por eso es importante darle un lugar al estudio de las afecciones corporales que padece la persona y éste es un campo todavía muy fértil; es esta una de las ventanas que para nosotros dejó abierta este trabajo pues gracias a él nos surgieron preguntas al respecto y generó la necesidad e inquietud de continuar informándonos sobre las diferentes teorizaciones que hay dentro de la psicología somática.

Por último, y para concluir, consideramos que en lo personal este trabajo fue de gran importancia para nosotros no sólo porque el caso es muy completo e interesante sino porque gracias a este ejercicio práctico pudimos apreciar que ya nos resulta más fácil ubicar la teoría psicoanalítica en nuestra clínica y a la inversa, cosa que en un principio se nos dificultaba sobremanera y es la razón por la que nos decidimos estudiar esta maestría. Este avance creemos es muy importante y significativo sobretodo porque es nuestro deseo dedicarnos a la clínica y sentimos que estamos más preparados para desempeñar honrosamente nuestra labor pero obviamente tenemos clara la importancia y necesidad de estar continuamente preparándonos y capacitándonos para enriquecer aún más nuestro quehacer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Aguilar, 2008.
- Alcira, Y. (2003). *El secreto transgeneracional ¿se encarna?*. En C. Fernández (coord.), *El cuerpo y sus afecciones* (p. 55-72). México: Círculo psicoanalítico mexicano.
- André, J., Lanouzière, J. y Richard, F. *Problemáticas de la histeria*. España: Síntesis, 2001.
- Chelger, I. (2003). *En el inicio y en el fin: un sueño*. En A. Berezin (coord.), *Trece variaciones sobre clínica psicoanalítica* (p. 71-91). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Caruso, I. (1968). *La separación de los amantes*. (27ª ed. en español) México: Siglo Veintiuno. 2007.
- Cavedio, L. *La histeria. Entre amores y semblantes*. España: Síntesis, 2002.
- Dejours, Ch. (1989). *Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. Supresión y subversión en psicósomática*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1992.

Dor, J. (1991) *Estructuras Clínicas y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

Fenichel, O. (1980). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández V., F., et. al. (2008). *Metodología de la investigación en ciencias sociales*. México: Grupo Editorial Patria.

Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica Tomo I*. México: Fondo de cultura económica, 2009.

Freud, S. (1893 [1888-93]). *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. Vol. I, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1988). *Histeria*. Vol. I, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1892-93). *Un caso de curación por hipnosis. Con algunas puntualizaciones sobre la génesis de síntomas histéricos por obra de la <<voluntad contraria>>*. Vol. I, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1895). *Estudios sobre la histeria*. Vol. II, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1900). *La interpretación de los sueños (primera parte)*. Vol. IV, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1922-1923). *Dos artículos de enciclopedia: "Psicoanálisis y teoría de la libido"* Vol. XVIII, O. C. Buenos Aires: Amorrortu.1979.

_____ (1950 [1892-99]). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Vol. I, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1956 [1886]). *Informe sobre mis estudios en París y Berlín. Realizados con una beca de viaje del Fondo de Jubileo de la Universidad (octubre de 1885-marzo de 1886)*. Vol. I, O. C. Buenos Aires: Amorrortu, 1998.

_____ (1985). *Cartas a Wilhelm Fliess (1887-1904)*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

Garfield, S. L. (1994). *Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta*. México: Manual Moderno.

Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Ed. Amorrortu. Argentina

Greenson, Ralph R. (2007). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Decimoquinta edición. México: Siglo Veintiuno Editores.

Jones, E. *Vida y obra de Sigmund Freud. Infancia y juventud. El autoanálisis. La interpretación de los sueños. 1856-1900*. Tomo I. Versión castellana del Dr. Mario Carlisky. Buenos Aires: Nova, 1959.

Laplanche, J. (1987). *Nuevos fundamentos para el psicoanálisis. La seducción originaria*. Argentina: Amorrortu, 1989.

_____ (1970). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. 1ª. Edición impresa en México: Paidós, 2008.

Leclair, S. (1975). *Matan a un niño. Ensayo sobre el narcisismo primario y la pulsión de muerte*. Argentina: Amorrortu, 1999.

Pérez-Rincón, H. (comp.) *El teatro de las histéricas. De cómo Charcot descubrió, entre otras cosas, que también había histéricos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.

Rodrigué Emilio (1996). *El siglo del Psicoanálisis*. Argentina: Ed. Sudamericana Buenos Aires.

Saal, Frida (1998). *Palabra de analista*. México: Siglo Veintiuno Editores.

Sampieri H., R. y colaboradores. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Shapiro David (1976). *El estilo histérico*. Editorial Psique.

Verhaeghe, P. (1997). *¿Existe la mujer? De la histérica de Freud a lo femenino de Lacan*. Buenos Aires: Paidós, 1999.

Weissber, K. *Los caminos del dolor*. En Fernández G., C. (coord.). (2006). *El cuerpo y sus afecciones. Reflexiones psicoanalíticas*. Círculo Psicoanalítico Mexicano: México.