



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **LESSLIE SALOMÉ YÉPEZ LÓPEZ** con CC. 171779690-6, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LA REALIDAD PSÍQUICA EN LA ESTRUCTURA DE NEUROSIS HISTÉRICA”**. Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica a partir de los casos: **Anna O, Dora y Elizabeth Von R.**, previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica** en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, septiembre 2016

LESSLIE SALOMÉ YÉPEZ LÓPEZ
CC. 171779690-6

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PSICOLOGÍA CLÍNICA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

LA REALIDAD PSÍQUICA EN LA ESTRUCTURA DE NEUROSIS HISTÉRICA.
ESTUDIO REALIZADO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA A PARTIR DE LOS
CASOS: ANNA O, DORA Y ELIZABETH VON R.

LESSLIE SALOMÉ YÉPEZ LÓPEZ

DIRECTORA: DANIELA SALOMÉ CASTRO FALCONÍ

QUITO, 2016

DEDICATORIA

“Quizá perseveré porque no tenía la opción de principiar otra cosa. Y por fin atiné a reflexionar que uno no tiene el derecho de acobardarse cuando sus expectativas no se cumplen, sino que es preciso revisar estas.” (Freud, 2012/1914, p. 17).

Un trabajo de gran esfuerzo académico, donde el obstáculo más grande fue afrontar y superar miedos personales, solo pudo ser culminado gracias al apoyo, la compañía y la confianza de las personas que me aman. A ellos les dedico mi angustia, mi temor, mi diversión y mi satisfacción de haber realizado y terminado el trabajo final de este periodo de mi vida. Periodo que me trajo mucha curiosidad, conocimiento, empeño y profesionalismo, así como, dificultades que hicieron del camino un andar difícil. Al darme cuenta que mi carrera es mi vocación, reflexioné que abandonar mi sueño no era una opción. Gracias a todos los que con su ejemplo me han enseñado que errar es permitido pero renunciar a tu pasión no.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco con mucho cariño a cada una de las personas que ocuparon su pensar en mí durante este periodo de casi un año, a todos ellos que me dieron su apoyo científico, académico, moral y espiritual, puesto que sin su intervención, no hubiese podido obtener los valiosos resultados finales de mi trabajo.

RESUMEN

Hablar de la realidad psíquica implica abordar todos aquellos contenidos manifiestos y latentes que coexisten en el psiquismo de un sujeto. El concepto de realidad psíquica nace con el psicoanálisis, es Sigmund Freud quien a través de sus investigaciones, toma conciencia y encuentra la necesidad de darle importancia al mundo psíquico de los sujetos, creando así, el concepto de realidad psíquica. A lo largo de su obra, menciona el origen, la necesidad, la importancia y la utilidad de establecer una terapia en base a la indagación y entendimiento de la realidad psíquica en cada sujeto; pues de allí, se genera toda muestra observable de la existencia de un dolor o malestar psíquico (trauma). La histeria, por su lado, al ser una estructura psíquica, parte de las neurosis, encuentra en su mecanismo de defensa, la represión, la forma de generar contenidos psíquicos inconscientes, que al no ponerse en palabras y/o sublimar, crean traumas, que se evidenciarán mediante la conversión, en lo corporal, es decir, con la presencia de síntomas histéricos. Los casos clínicos estudiados de: Anna O, Dora y Elisabeth von R., son categorizados como casos de histeria, donde cada síntoma y cada indagación de los contenidos patógenos alojados en la realidad psíquica permiten reconocer la importancia de trabajar con lo psíquico en las neurosis, ya que, en esta estructura psíquica lo real y la verdad se aloja en su propia realidad psíquica.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
1. LA REALIDAD PSÍQUICA	2
1.1. Definición	2
1.2. Diferenciación entre Realidad Psíquica y Realidad Efectiva	7
1.3. Recorrido Histórico	10
1.4. Conceptos Relacionados	24
2. LA ESTRUCTURA EN LA NEUROSIS HISTÉRICA	27
2.1. Definición	27
2.2. Características	29
2.3. El síntoma	33
2.4. El tratamiento de la neurosis histérica	39
3. LA REALIDAD PSÍQUICA Y LA NEUROSIS HISTÉRICA A PARTIR DE LOS CASOS:	47
3.1. Caso Anna O	47
3.2. Caso Dora	55
3.3. Caso Elisabeth von R	65
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	1

INTRODUCCIÓN

La tarea más inmediata que afrontó el psicoanálisis fue la explicación de la neurosis; tomó como puntos de partida los dos hechos de la resistencia y de la transferencia, y mirando al tercero, el de la amnesia, dio razón de ellos con las teorías de la represión, de las fuerzas sexuales impulsadoras de la neurosis y de lo inconciente. (Freud, 2012/1914, p. 48).

La teoría psicoanalítica abre al mundo una posibilidad de conocimiento sobre la naturaleza de lo psíquico. Gracias a Freud reconocemos características diferentes en cada una de las estructuras psíquicas, entendiendo y configurando nuestras percepciones a partir de una estructura social. El individuo se construye como sujeto, al momento que es introducido a la cultura, por medio de una estructura familiar, es decir, son principalmente papá y mamá (o en su ausencia, sus cuidadores) quienes introducen al sujeto al mundo de lo social. Partiendo de esta premisa entendemos que el sujeto construye su psiquismo a partir de la realidad material, puesto que, es en relación a esta, que percibimos lo que ocurre y logramos entender el mundo factico, partiendo de las experiencias de nuestra historia vital, que nos permite ir construyendo nuestra propia realidad psíquica.

En particular, el estudio de las neurosis histéricas involucra a lo inconsciente, como material censurado y olvidado, a la represión, como mecanismo de defensa, a la conversión, como eje traductor del malestar psíquico en síntomas somáticos, a la fantasía como fuente de creación de una realidad distinta a la realidad material y a lo sexual como fuente originaria de la discordia entre contenidos psíquicos; así la fluctuación de todas estas particularidades dan como resultado sujetos que sufren, cuyo malestar o dolor, se encuentra en el campo de la realidad psíquica y no en lo biológico, fisiológico o anatómico de un cuerpo humano.

El interés por entender la relación, importancia y necesidad de diferenciar que el sujeto está formado en su totalidad por dos pilares (el psíquico y el corporal) me llevó a emprender una investigación que satisfaga mi necesidad, es por esta razón que el situar a la realidad psíquica en la estructura de neurosis histérica, me permitió dar un acercamiento importante hacia la resolución de estas curiosidades. El estudio de tres casos representativos de histeria tratados por Freud: Anna O, Dora y Elizabeth von R., servirán de ilustración para hallar de forma objetiva las evidencias de la existencia de la realidad psíquica, más importante que la realidad material en la cuestión de las neurosis.

1. LA REALIDAD PSÍQUICA

1.1. Definición

Hablar del concepto realidad psíquica implica dar cuenta de lo subjetivo e irrepetible que conforma una psique humana. La interacción entre el material informativo de la cultura y nuestras percepciones dan paso a una forma única de entendimiento de aquella realidad tangible o visible a la simplicidad del momento, esta manera única de cada sujeto de adentrarse a los sucesos de una realidad común es a lo que Freud llama “realidad psíquica”. La realidad psíquica es todo aquel resultado de la conjugación entre lo inconsciente y la conciencia¹, es la consecuencia de la permeabilización entre Ello y Súper Yo, es decir, es el Yo puesto en acción. Este concepto nace de la necesidad inminente de aclarar la diferencia fundamental entre aquello que entiende, piensa y siente un sujeto de otro, estando los dos al mismo tiempo expuestos a un mismo estímulo, es de esta manera que se señala que cada sujeto es dueño de su propia realidad psíquica. Realizando una metáfora interesante se puede establecer una similitud entre la huella digital y la realidad psíquica, ya que, sin importar el código genético, lo parecido de un contexto, de la educación dentro de una familia, del momento de desarrollo o histórico que vivan varios sujetos, ni la huella digital, ni la realidad psíquica se repetirán en dos sujetos.

El correlato entre los productos psíquicos es lo que constituye la realidad psíquica, entendiéndose como productos psíquicos toda aquella representación, pensamiento y producción consciente e inconsciente propios de cada sujeto. Hablar sobre los componentes de la realidad psíquica remite a discutir las características de la consciencia sin dejar de lado toda la influencia que nace desde lo inconsciente, puesto que, lo inconsciente se encuentra como base universal de la vida psíquica, todo lo que aflora en la consciencia se encuentra influenciado por lo inconsciente, Freud explica:

Lo inconsciente es lo psíquico verdaderamente real, nos es tan desconocido en su naturaleza interna como lo real del mundo exterior, y nos es dado por los datos de la consciencia de manera tan incompleta como lo es el mundo exterior por las indicaciones de nuestros órganos sensoriales. (Freud, 2010/1901, p. 600).

Entonces, todos aquellos contenidos del inconsciente que movilizan la información consciente dan paso a la realidad psíquica sobre un hecho determinado, componentes como

¹ En el presente escrito es importante hacer la distinción del uso de las siguientes palabras:
Conciencia (para referirse al estado de vigilia de un sujeto) y
Consciencia (para denominar a las instancias psíquicas Freudianas)

la flexibilidad, permeabilidad, temporalidad, la puesta en juego de la memoria, la fantasía, el deseo permiten entender la formación y el empuje pulsional que fluctúan en la realidad psíquica.

La realidad psíquica en primera instancia no es realidad material, entendiéndose a esta última como aquella realidad común, evidente, real en tiempo y espacio, “es preciso aclarar que la realidad psíquica es una forma particular de existencia que no debe confundirse con la realidad material” (Freud, 2010/1901, p. 607). La realidad psíquica no es solamente consciente, preconsciente o inconsciente, realidad o fantasía, pulsión de vida o pulsión de muerte, Ello, Yo o Súper Yo, represión, inhibición, olvido, recuerdo, lapsus, mentira, verdad, sueño, vigilia, (mecanismos de defensa), etc. La realidad psíquica abarca cada uno de estos conceptos, es el resultado de la interacción de los mismos, es todo aquello que el sujeto produce psíquicamente desde su historia personal, su contexto social, y sus mecanismos de percepción; por lo cual, al igual que los contenidos inconscientes, “el médico y el filósofo sólo se ponen de acuerdo si ambos reconocen que «procesos psíquicos inconscientes» son la expresión adecuada y plenamente justificada de un hecho efectivo»” (Freud, 2010/1901, p. 599), la realidad psíquica al valerse también de ellos, no puede existir sin realidad material o efectiva. Además, la realidad psíquica se evidencia en cada sujeto, independientemente de la estructura psíquica que tenga el mismo, es decir, tanto neuróticos, psicóticos y perversos poseen realidad psíquica, obviamente con sus particularidades que conjugan su estructura de personalidad y de su propia historia de vida.

Por otro lado, Freud señala que al hablar de lo psíquico, no se puede hablar de localidades físicas y estructuras anatómicas, pues sin dejar de lado la importancia obvia del complemento entre el sistema nervioso y lo que llamamos “lo psíquico”, es importante reconocer, que al indagar en los contenidos o productos psíquicos, se está abordando lo dinámico, más no lo visiblemente real. Al referirse a instancias psíquicas (inconsciente, preconsciente y consciente), no se habla de órganos anatómicos que estructuran el cerebro humano, ya que al hablar de una idea, deseo, sueño, o cualquier producto psíquico, no se puede mencionar un lugar o estructura cerebral donde se encontraría plasmado este material. “Representaciones, pensamientos y, en general, productos psíquicos no pueden ser localizados dentro de elementos orgánicos del sistema nervioso, sino, por así decir, *entre ellos*, donde resistencias y facilitaciones constituyen su correlato” (Freud, 2010/1901, p. 599).

Claramente el conocimiento científico contemporáneo indica que ciertas zonas específicas del cerebro humano responden a estímulos perceptuales, se activan frente a pensamientos, denotan mayor actividad en una sección que en otra dependiendo de los contenidos que tramite, sin embargo es imposible conocer a ciencia cierta, en qué espacio de cada una de las estructuras anatómicas cerebrales se está analizando un contenido, es la interacción del funcionamiento fisiológico lo que permite acumular contenido psíquico, que a su vez interviene en la formación de la realidad psíquica de un sujeto; el sistema nervioso, la percepción psíquica y lo psíquico no son equiparables en su especificidad, más son indispensables para hablar de la realidad psíquica. Entonces, la realidad psíquica, tampoco puede ser definida como un lugar anatómico del sistema nervioso humano, pues al analizar este concepto, específicamente se irrumpe en el campo de lo que Lacan llamó lo imaginario, lo simbólico y lo real; es decir, lo psíquico.

Ahora bien, Freud (1901), en su texto sobre “La interpretación de los sueños”, marca nuevamente la importancia de aclarar que al hablar de aparato psíquico no se hace referencia a un aparato anatómico en sí. “Queremos dejar por completo de lado que el aparato anímico de que aquí se trata nos es conocido también como preparado anatómico, y pondremos el mayor cuidado en no caer en la tentación de determinar esa localidad psíquica como si fuera anatómica” (Freud, 2010/1901, p.529). En base a esta premisa, Freud esquematiza un aparato psíquico compuesto por instancias o sistemas a las cuales llamó «sistemas ψ » los cuales tienen dirección, ya que toda actividad psíquica parte de un estímulo que puede ser interno o externo y termina en inervaciones, es decir, el estímulo percibido sigue un recorrido de transmisión de energía al sistema nervioso y al sistema eferente.

Es por esta razón que Freud designa a su construcción de aparato psíquico un extremo sensorial y un extremo motor, donde el extremo sensorial se encarga de la percepción y el extremo motor es el responsable de la motilidad o movimiento específico que realiza la materia viva, sea este un nervio, órgano, aparato o miembro; generado por un estímulo. Claramente se reconoce que los dos extremos, sensorial y motor, no pueden realizar las mismas operaciones; por tal motivo, todo lo percibido no puede ser almacenado por el mismo sistema o extremo; debido a esto, el sistema sensorial se encarga de las percepciones y de mantenerse siempre alerta ante los estímulos para ir adquiriendo nueva información. Es un segundo sistema, el encargado de conservar fielmente las

modificaciones de información proveniente de lo percibido. Entonces dentro del aparato psíquico, los procesos psíquicos transcurren desde la percepción hasta la motilidad, por lo que el aparato psíquico estaría constituido como un aparato de reflejos.

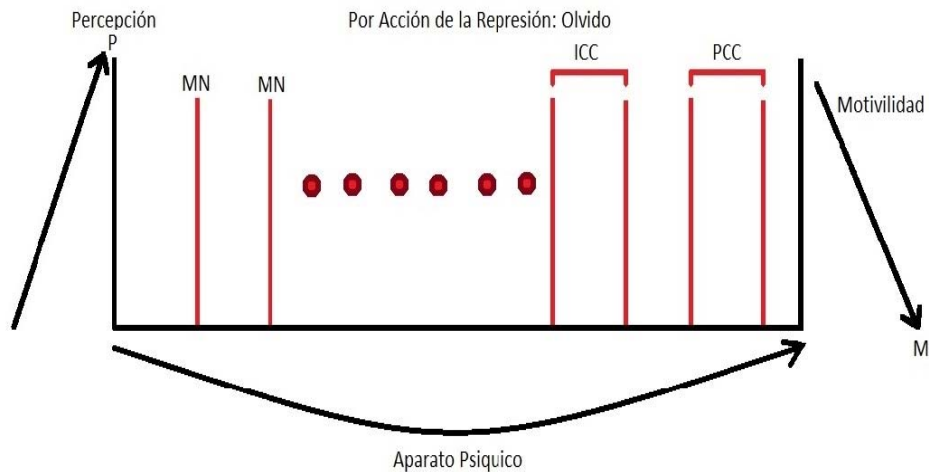
Una vez ingresado un estímulo al aparato psíquico, es decir, una vez que la percepción se ha puesto en juego, se crean huellas dentro de este aparato que perduran y van aportando información a la construcción del psiquismo del sujeto, a estas huellas Freud las denomina «huellas mnémicas», las cuales tienen como función construir la memoria. “De las percepciones que llegan a nosotros; en nuestro aparato psíquico queda una huella que podemos llamar «huella mnémica». Y a la función atinente a esa huella mnémica la llamamos «memoria»” (Freud, 2010/1901, p.531). El aparato psíquico, gracias al sistema de percepciones, va grabando toda la información externa y la fija en huellas mnémicas de forma permanente, es decir en recuerdos, estas huellas mnémicas son tan antiguas en un sujeto como las primeras percepciones que pudo captar del mundo exterior. Ahora, los sistemas mnémicos son el conjunto de huellas mnémicas (material psíquico que se encuentra almacenado en lo más profundo de nuestro aparato psíquico) que se generaron de los contenidos adquiridos desde la primera infancia hasta el periodo de vida que esté transcurriendo el sujeto en su actualidad.

Entonces, Freud (1901), explica que el sistema P (percepciones) proporciona a la consciencia toda la diversidad de las cualidades sensoriales, de todo aquello que pueda ser percibido por medio de nuestros órganos de los sentidos, y por otro lado, todos los contenidos psíquicos olvidados ocuparían su lugar en lo inconsciente, ya que, toda huella mnémica configura un recuerdo que no está presente en nuestra consciencia, pero es parte del material no presente en el psiquismo consciente, es lo olvidado, lo inconsciente. Estas huellas mnémicas pueden hacerse nuevamente conscientes y ser recordadas gracias a las reducciones en la resistencia, sin embargo no tendrán cualidad sensorial, o ésta será mínima, es decir, estos recuerdos de huellas mnémicas tienen carácter psíquico, más no sensorial cuando vuelven al psiquismo como recuerdo.

En la parte final del extremo motor del aparato psíquico Freud ubica el preconscious, que es la instancia donde los procesos psíquicos pueden alcanzar fácilmente la consciencia siempre y cuando se satisfagan ciertas condiciones, como el nivel de atención. El sistema preconscious está estrechamente relacionado con la motilidad

voluntaria, lo que permitiría una reacción motora externa de lo corpóreo frente a ese estímulo proveniente del interior psíquico. Ahora bien, Freud aclara el papel de la censura de la resistencia, tanto en el sueño, como en momentos específicos de la vigilia. La censura cambia sus niveles de retención y resistencia, permitiendo salir determinados contenidos psíquicos al preconscious y así, a la consciencia. Freud explica que durante el sueño la represión disminuye, la censura se debilita y permite pasar las barreras entre inconsciente y preconscious para así dar paso a la formación de los contenidos e imágenes del sueño.

Un estímulo externo de lo fáctico es percibido por el sistema P, a continuación estos contenidos psíquicos son grabados como huellas mnémicas en lo más profundo del aparato psíquico con ayuda de la censura, este material se almacena en lo inconsciente, sin embargo gracias a las fuerzas psíquicas y a la permeabilidad de la censura es posible que ciertos contenidos situados en el inconsciente afloren al preconscious y este sistema a su vez, permita tomar conciencia de aquel contenido, generando en el extremo motor una reacción móvil.



Por otro lado, los contenidos psíquicos, toman un camino de reflujo, es decir, en lugar de dirigirse al extremo motor del aparato se regresan al extremo sensorial, este carácter regrediente juega un papel importante en el estado onírico y en el estado de vigilia, puesto que permite que dentro del aparato psíquico se elaboren representaciones de nuestro material en bruto de las huellas mnémicas, construyendo imágenes mnémicas que

conforman nuestra realidad psíquica. Freud señala que la regresión tiene tres modos de distinción, las cuales son: una regresión tópica, una regresión temporal y una regresión formal. La regresión tópica hace referencia al sistema ψ , es decir al sistema de Icc., Prcc. y Cc., juntamente con el extremo sensorial y motor y todo el contenido de las huellas mnémicas; la regresión temporal se refiere a la retrogresión a formaciones psíquicas más antiguas; y, la regresión formal es cuando los modos de expresión y de figuración primitivos sustituyen a los modos de expresión habituales. Estos tres tipos de regresión son uno mismo en el fondo, ya que coinciden entre sí. “Pues lo más antiguo en el tiempo es a la vez lo primitivo en sentido formal y lo más próximo al extremo perceptivo dentro de la tópica psíquica” (Freud, 2010/1901, p.542).

Finalmente, la realidad psíquica es el conjunto de huellas mnémicas que se percibieron, fijaron en la memoria, crearon un entendimiento y permitieron una elaboración psíquica de un suceso material exterior, pero además es la puesta en juego de la fantasía, que involucra un hecho que no sucedió en la realidad fáctica pero que existe en la verdad del psiquismo de un sujeto, es decir, la realidad psíquica es verdad, exactitud, autenticidad, es la existencia de ese algo, que es de tal forma, para ese sujeto en su singularidad, es lo que importa para el neurótico, ya que ese contenido real o no en lo material propiamente dicho, existe e influye en la realidad mental de cada sujeto. La realidad psíquica agrupa los contenidos que por herencia prehistórica poseemos, las primeras vivencias infantiles, sus recuerdos y traumas fijados, el pasado y presente de cada etapa vivida por ese ser, conjuntamente con todo el bagaje inconsciente, preconsciente y consciente que forman parte de lo psíquico en un sujeto. La realidad psíquica es el contenido psíquico con lo que el terapeuta debe trabajar en la clínica, es el material psíquico importante del analizado, con el que Freud trabajó y le ayudó a explicar todo eso que para otros no poseía explicación, debido a la complejidad de su entendimiento.

1.2. Diferenciación entre Realidad Psíquica y Realidad Efectiva

Al hablar de realidad psíquica y realidad material, es pertinente entender el concepto de realidad en sí. La realidad es todo aquel suceso perceptible por el ser humano, es todo aquello que existe y se puede evidenciar. Bajo esta premisa, realidad es todo cuanto se encuentre en el mundo psíquico y en el mundo material, sin importar las diferencias o similitudes que entre ellos se pueda encontrar.

Freud, a lo largo de su investigación, va trasmutando al término realidad efectiva por realidad fáctica y realidad material, estos tres conceptos se encontrarán alrededor de toda la obra Freudiana para referirse en general a la realidad externa, es decir, estos conceptos son sinónimos. Ahora bien, al hablar de realidad efectiva, se hace referencia a lo materialmente externo, a lo objetivo, a los sucesos de la cotidianidad que se presentan igual para todo aquel sujeto que esté frente a esa determinada eventualidad. Cada uno de los acontecimientos de la realidad material tienen lugar, tiempo, y espacio determinado, forman parte de la historia personal y universal. Es así como la realidad material es poseedora de una localidad y temporalidad específica, parámetros que no encuentran cabida en la realidad psíquica.

Por otra parte, la realidad psíquica, también reconocida como realidad del pensar en los escritos Freudianos, hace referencia a lo psíquicamente real, es decir, existen contenidos, sucesos y pensamientos conscientes e inconscientes, que se construyen y existen como verdad únicamente en la psique de cada sujeto. La realidad psíquica es subjetiva en cada sujeto, puesto que estos contenidos mentales no son iguales en dos personas por más similitudes que se puedan encontrar entre ellas. Finalmente la realidad psíquica tiene dos formas de ser evidenciada; por medio de los síntomas histéricos en las neurosis o a través de la palabra (en las narraciones, comentarios, equívocos, tartamudeos, chistes, etc., que puede expresar un neurótico de lo que en su mente se conserva). “Si los histéricos reconducen sus síntomas a traumas inventados, he ahí precisamente el hecho nuevo, a saber, que ellos fantasean esas escenas, y la realidad psíquica pide ser apreciada junto a la realidad práctica” (Freud, 2012/1914, p.17).

Sin embargo, se debe rescatar que entre la realidad psíquica y la realidad material existe una relación indiscutible; puesto que de todo aquello que se percibe, mediante los órganos de los sentidos, del mundo exterior; se puede obtener un entendimiento y tramitación psíquica distinta (personal), es decir, tanto la realidad histórica, como la realidad material (suceso, objetivo, palpable y observable para todos los sujetos) forman parte o sirven de núcleo para que cada sujeto construya su realidad psíquica sobre aquella vivencia. Como Freud (1914) explica, todo suceso histórico, remontándose a tiempos primitivos, deja en la herencia de predisposiciones psíquicas, un material sucedido en la realidad fáctica, que influirá en las elaboraciones psíquicas de un sujeto. Por tal razón, pese a que la realidad psíquica y la realidad material pueden tener contenidos muy distintos, es

imposible separar una de la otra, puesto que, la realidad psíquica depende del material de la realidad externa para su elaboración, y al mismo tiempo, la base psíquica también permite entender al mundo exterior de una manera única en cada sujeto.

Entonces, la analogía de los primitivos con los neuróticos, se establece de una manera mucho más radical si suponemos que también en los primeros la realidad psíquica, acerca de su configuración no hay duda alguna, coincidió al comienzo con la realidad fáctica: que los primitivos hicieron realmente aquello que según todos los testimonios tenían el propósito de hacer. (Freud, 2011/1914, p.162).

Ahora bien, no se puede hablar de que la realidad material sea más importante que la realidad psíquica o restarle solidez y existencia a esta última por encontrarse en el ámbito de la vida mental, las dos son necesarias y coexisten en la vida de un sujeto. “Sería equivocado restar a esta realidad psíquica todo valor por comparación con la fáctica” (Freud, 2012/1916, p. 298). Así, se hace hincapié en las vivencias infantiles, todos aquellos recuerdos ominosos y traumáticos; conservados a lo largo de los años, cobran igual importancia que cualquier hecho real, fáctico, también guardado en la memoria, ya que a partir de estos recuerdos infantiles se puede encontrar los primeros indicios de la existencia de la realidad psíquica de un sujeto, que sin ser tramitados, generan la neurosis histérica, “ahí lo infantil, que gobierna también la vida anímica de los neuróticos, consiste en otorgar mayor peso a la realidad psíquica por comparación con la material, rasgo este emparentado con la omnipotencia de los pensamientos” (Freud, 2009/1919, p.244). Lo que indica que para encontrar la etiología, entenderla y tramitar una cura, en el mundo de las neurosis; es la realidad psíquica lo que más nos interesa.

La realidad psíquica y la realidad material poseen una relación muy estrecha, necesitan una de la otra en forma complementaria, para formar los contenidos psíquicos de un sujeto, sin embargo, pueden llegar a diferenciarse entre sí, ya que, el material que se construye en la realidad psíquica es propio, único e imposible de repetir en otra psique humana. El psicoanálisis ha demostrado que en el mundo de las neurosis, se desplazan los hechos sucedidos en la realidad fáctica, para darle mayor importancia a lo que se percibe como real, desde la realidad psíquica, puesto que, a partir de esta, es que se generan los malestares de las neurosis histéricas; el núcleo de toda alteración patológica psíquica, proviene de los contenidos de la realidad psíquica.

Extraje de mi experiencia las conclusiones correctas, a saber, que los síntomas neuróticos no se anudaban de manera directa a vivencias efectivamente reales, sino

a fantasías de deseo, y que para la neurosis valía más la realidad psíquica que la material. (Freud, 2006/1925, p. 33).

1.3. Recorrido Histórico

Es preciso mencionar que el concepto de realidad psíquica no transmuta alrededor de toda la obra de Freud, es decir, el concepto como tal se mantiene y no cambia de nombre o significado durante el análisis que realiza el autor en el transcurso de sus investigaciones y escritos. Este concepto es retomado en varios ensayos y temáticas expuestas por Freud, lo que permite dar cuenta de la importancia de hablar de realidad psíquica en todo cuanto hace referencia a lo psíquico en un sujeto. Así mismo no se puede hablar del concepto realidad psíquica en otro autor anterior a Freud, ya que el aparato psíquico concebido como nos señala Freud nace con la teoría psicoanalítica, es decir, no existen autores anteriores a Freud que puedan dar información sobre este concepto tal y como se lo describe a partir de los conocimientos y aportes del psicoanálisis.

La idea de realidad psíquica nace de tomar en cuenta que existe algo más que la conciencia dentro de los contenidos psíquicos, el reconocimiento de los sueños fue uno de los primeros indicios que permitieron a los filósofos reconocer que fuera del estado de vigilia o conciencia existen procesos que involucran una tramitación de índole psíquico interior y que lo que al principio se llamaba alma, se diferenciaba de lo que se entendía como conciencia. Freud, 1900, menciona a autores como Du Prel (1885) y Maudsley (1868), quienes señalan una clara diferencia entre los contenidos psíquicos de los cuales somos conscientes en vigilia, de aquellos contenidos psíquicos que se manifiestan mediante el sueño, en ausencia de vigilia. Freud, al establecer el funcionamiento de un aparato psíquico compuesto de consciente, preconsciente e inconsciente, dio paso a la comprensión y utilización del concepto realidad psíquica. Sin embargo es con el abandono de la teoría de la seducción y el papel patógeno de los traumas infantiles reales, que Freud utiliza con fuerza el concepto de realidad psíquica, para dar cuenta de que el sujeto posee una realidad diferente a la materialmente real, y que es esta realidad a nivel psíquico lo que conflictúa al neurótico, por lo cual es importante el estudio de esos contenidos particulares que conforman la realidad psíquica de cada sujeto.

Freud, (1914) en su texto sobre: “El retorno del totemismo en la infancia”, realiza un señalamiento histórico/cronológico de los posibles orígenes de la formación de la cultura y la vida del ser humano en sociedad. Analiza la exogamia, donde explica, según

varias hipótesis, el nacimiento de las leyes primordiales, que se establecieron desde los inicios de la vida humana en grupo y que rigen, normando la sociedad actual; la prohibición de dar muerte al sustituto paterno (tótem) y la renuncia a las mujeres que quedaron liberadas después de la muerte de ese padre poderoso. Este texto permite reconocer el núcleo originario de la realidad psíquica, que es tan antigua, como el primer grupo de humanos que existieron y vivieron de manera organizada.

Remontándose a tiempos primitivos, donde el totemismo fue la base religiosa y de organización social originaria de nuestras civilizaciones actuales, es posible entender el contenido de lo psíquico de un sujeto. La adoración única a un dios o tótem, el amor y respeto profundo al padre o representante de la ley, y a la vez las necesidades sexuales, de independencia y poder, desarrollaron en los otros (hijos) un sentimiento ambivalente, de amor y odio hacia ese ser supremo, que condujo al deseo infinito de suplantarlo. Con la muerte y desaparición del dios, tanto mujeres como demás “pertenencias” podrían ser gobernadas por estos otros, creando en ellos a su vez el arrepentimiento. Traduciendo el contexto histórico al contexto psicoanalítico, es el complejo de Edipo lo que se pone en juego aquí, el deseo de poseer a la madre, el sentirse en desventaja en comparación con el padre, y a su vez el amor y la fuente de identificación que éste representa, hace que el niño experimente sentimientos ambivalentes de hostilidad y amor hacia su padre, que es quien le quita el amor absoluto de la madre. Es entonces, donde la conciencia de culpa, (que nace del arrepentimiento por tener sentimientos ambivalentes, la idea de dar muerte al dios/padre y poseer a las mujeres/madre), provoca la instauración de las dos leyes primordiales que rigen toda civilización: la ley de la prohibición del incesto y la ley que prohíbe el asesinato.

Revocaron su hazaña declarando no permitida la muerte del sustituto paterno, el tótem, y renunciaron a sus frutos denegándose las mujeres liberadas. Así, desde la conciencia de culpa del hijo varón, ellos crearon los dos tabúes fundamentales del totemismo, que por eso mismo necesariamente coincidieron con los dos deseos reprimidos del complejo de Edipo. Quien los contraviniera se hacía culpable de los únicos dos crímenes en los que toma cartas la sociedad primitiva. (Freud, 2011/1914, p .145).

De esta originaria relación con el padre primordial nace la religión, la eticidad y la sociedad, de este modo hemos concebido los primeros conceptos de moralidad y las restricciones éticas que hasta en la actualidad nos gobiernan. Todo este contenido psíquico de prohibiciones, leyes y derechos, que más allá de ser parte de lo material, tienen una

forma más trascendente de ser transmitidos, están formando a la realidad psíquica, ya que esta, al valerse de la memoria, puede contener todo este material condicionante para el establecimiento de lo social, puesto que, lo que ocurre en un momento determinado en lo material, y más aun, lo que sucede en la fantasía, solo puede perdurar en lo psíquico. “Y el enlace causal, que abarca desde los inicios hasta el presente, no sufriría menoscabo alguno, pues la realidad psíquica habría poseído sustantividad bastante para ser la portadora de todas esas consecuencias” (Freud, 2011/1914, p. 161).

Gracias a los estudios psicoanalíticos se confirma que los procesos psíquicos se continúan de generación en generación, es decir, conceptos morales y éticos se han ido transmitiendo a lo largo de los siglos; es de esta manera como en la actualidad rigen las dos leyes primordiales sobre toda cultura y pueblo sin importar espacios físicos, ya que si cada sujeto debería por sí solo crear nuevos conceptos sobre la vida, fuera imposible el desarrollo y avance individual y social. Freud (1914), llamaba “herencia de predisposiciones psíquicas” (p.159) a los estados psíquicos que eran transmitidos entre las generaciones a través del tiempo, en otras palabras, Freud nos habla de una continuidad de la psique de masas, entre los pueblos.

Entonces, el origen de la realidad psíquica se encuentra en la conciencia de culpa experimentada por los individuos primitivos, la cual fue transmitida por la herencia de predisposiciones psíquicas hasta las civilizaciones actuales, es decir que, la realidad psíquica aunque es individual y única en cada sujeto, tiene su origen en un psiquismo de masas, es decir, que hay un bagaje de acontecimientos reales en lo material y en lo fantástico que son vividos de forma grupal. Gracias a los sentimientos comunes de arrepentimiento que sintió todo un pueblo, se constituyó y transmitió de generación en generación, toda esa información o material que determinó, normas, leyes, derechos y castigos. Así, en la actualidad los llamados neuróticos van limitando sus deseos y generando formas de expresión de los mismos, que usualmente son sostenidos por la realidad psíquica, puesto que la realidad fáctica queda corta frente a las fantasías de los deseos neuróticos. “En la base de la conciencia de culpa de los neuróticos no hay más que realidades objetivas psíquicas, no fácticas. La neurosis se caracteriza por el hecho de situar la realidad psíquica más alto que la fáctica...” (Freud, 2011/1914, p.160). Es por esto que, dentro del psiquismo humano, se evidencian realidades propias y diferentes frente a un mismo hecho real, que sin embargo, tiene sus características y límites comunes; lo que

permite ser empático y convivir en comunidad con el otro; dándole mayor importancia a lo interior y particular de ese sujeto enfrentado a una misma realidad material que el otro.

El psicoanálisis nos ha enseñado, en efecto, que cada hombre posee en su actividad mental inconsciente un aparato que le permite interpretar las reacciones de los otros hombres, vale decir, enderezar las desfiguraciones que el otro ha emprendido en la extensión de sus mociones de sentimiento. (Freud, 2011/1914, p.160).

Cuando Freud habló de los sentimientos ambivalentes hacia el padre, del origen de las dos leyes fundamentales, la prohibición del incesto y de la prohibición del asesinato, el mandato del sacrificio, (que hace referencia a la matanza de animales o humanos, para glorificar, pedir perdón y lograr una mayor conectividad y cercanía con el ser supremo), y todo lo que se desarrolla a partir de los orígenes de las normas éticas, de la moral, de los parámetros sociales y de la religión, también señaló que hay una diferenciación amplia entre todos estos actos sucedidos en la realidad material, y aquello que se percibió psíquicamente de ellos, es decir que todo esto no lleva un carácter máximo de realidad tangible. Freud da el espacio correspondiente a lo psíquicamente real, que no es exclusivamente igual a lo físicamente real, pues muchas veces, el neurótico entiende, fantasea e imagina situaciones que jamás se evidencian en lo real tal y como en el producto psíquico se manifestó.

...todo cuanto deriva de la relación ambivalente con el padre, el tabú, y el precepto del sacrificio, lleva en sí el carácter de la máxima seriedad y de la realidad más plena. También el ceremonial y las inhibiciones de los neuróticos obsesivos muestran ese carácter y sin embargo se reconducen sólo a una realidad psíquica, a un designio y no a ejecuciones. (Freud, 2011/1914, p. 161).

Sin embargo, es claro que en un inicio, los primitivos estuvieron gobernados por el acto, es decir, que en épocas totémicas, todo cuanto a dar muerte al ser supremo, practicar la matanza de animales como ritual de sacrificio y la posesión de las mujeres prohibidas, sucedió en la realidad material e histórica, lo cual se transmitió y perpetuó gracias a la herencia de contenidos psíquicos. Toda aquella información forma parte de la realidad del sujeto neurótico en cuanto a contenidos psíquicos inconscientes, que hoy se evidencia en el entendimiento y cumplimiento de las prohibiciones primordiales. “El neurótico está sobre todo inhibido al actuar, el pensamiento es para él el sustituto pleno de la acción. El primitivo no está inhibido, el pensamiento se transpone sin más en acción” (Freud, 2011/1914, p.162).

En la actualidad, el neurótico, que en su realidad psíquica carga con todos los contenidos de una historia pasada que originó normas y límites, desea aquella libertad que existió en un inicio, y al verse imposibilitado por las reglas sociales, desarrolla formas de expresar los deseos reprimidos, los cuales son evidenciados en un sin número de actos fallidos como el olvido, lapsus, tartamudeos, equívocos, etc. y particularmente en los neuróticos histéricos, en síntomas o en los neuróticos obsesivos, en la compulsión. Es así, como en la realidad psíquica de un sujeto en particular interactúan contenidos psíquicos percibidos de la realidad tangible, los contenidos de una historia primordial que es común para todos, y las diferentes percepciones externas, tramitadas psíquicamente de forma única y original.

No es correcto que los neuróticos obsesivos que hoy se encuentran bajo la presión de una hipermoral se protejan sólo de la realidad psíquica de unas tentaciones y se castiguen por unos impulsos meramente *sentidos*. Hay en ello también un fragmento de realidad *histórica*;... (Freud, 2011/1914, p.1961-1962).

Freud (1916) en su cuarta conferencia, sobre “Los actos fallidos”, indica la relación de las operaciones fallidas y el concepto de realidad psíquica. Expone que el desliz en el habla, el desliz en la lectura, el desliz de la escritura, el desliz auditivo, el olvido de nombres propios, de designios, palabras extranjeras, de impresiones y lugares, junto con, el trastocar las cosas, extraviarlas o perderlas y los errores son operaciones fallidas, las cuales son actos psíquicos. Estos procesos psíquicos poseen sentido, “el fenómeno posee un sentido. Por «sentido» entendemos significado, propósito, tendencia y ubicación dentro de una serie de nexos psíquicos” (Freud, 2009/1916, p. 54). Es la represión lo que se pone en juego y opera, generando los actos fallidos, los cuales son provocados por dos intenciones diversas que chocan entre sí, y una de las dos es cubierta, dejando salir a la otra, que obviamente es menos amenazante para el yo, por lo cual, el contenido psíquico verdadero que generó el choque de intenciones, se mantiene oculto, o viceversa, se manifiesta sin que se tenga la plena intención consciente de que suceda, pero logran salir a la luz. “En los ejemplos por ustedes conocidos que dan la impresión de contracciones o abreviaciones, se trata de rectificaciones, añadidos o continuaciones con las que una segunda tendencia se hace valer junto a la primera” (Freud, 2009/1916, p. 55). Es gracias al análisis de estos actos fallidos, que Freud ve evidenciado en actos, la existencia de procesos psíquicos elaborados, que están sujetos a formas únicas de entendimiento y propósito en cada individuo, es decir, una de las formas más simples, por la cuales la realidad psíquica es evidenciada en el campo de la realidad material es los

actos fallidos, que dan cuenta de procesos psíquicos particulares, de contenido histórico y único en cada sujeto.

Ahora estamos autorizados a aseverar que hemos hecho procesos de comprensión de las operaciones fallidas. No solo sabemos que son actos anímicos en los que puede reconocerse un sentido y un propósito; no sólo que surgen por la interferencia entre dos diversas intenciones, sino que, además, la ejecución de una de estas intenciones tiene que haber sufrido cierto refrenamiento para que pueda exteriorizarse mediante la perturbación de la otra”. (Freud, 2009/1916, p. 58).

El olvido, como caso particular dentro de las operaciones fallidas, tiene distinguida importancia para las neurosis, ya que el contenido psíquico olvidado tiene como propósito el salvaguardar la integridad del yo, al no provocar angustia en el sujeto y mantenerlo excluido de hacerle frente a un acto del pasado que pudo provocar mucho dolor, es por esta razón que el olvido a más de ser un acto fallido, es un mecanismo de defensa generador de síntomas neuróticos.

En este propósito de evitar el displacer que provocarían el recuerdo u otros actos psíquicos, en esta huida psíquica frente al displacer, podemos reconocer el motivo último que opera no sólo en el olvido de nombres, sino en muchas otras operaciones fallidas... (Freud, 2009/1916, p. 66).

Por otra parte, Freud en su conferencia número veinte y tres sobre: “Los caminos de la formación del síntoma”, menciona la importancia de la realidad psíquica en el neurótico, explicando cómo un ser humano desde su concepción va estructurando estos contenidos psíquicos que son parte de su propia realidad. Con el nacimiento de un individuo, al igual que la carga de un código genético, se presenta en su ser un código psíquico, es decir, ese nuevo ser humano tiene una carga genética psíquica que ya viene determinada por la historia y realidades materiales y psíquicas de sus padres, que ellos a su vez la adquirieron de sus antepasados. Ahora bien, Freud (1917) comenta que gracias a los análisis realizados a sus pacientes, él logra concluir que es en las vivencias infantiles que narran sus pacientes, donde se encuentran los primeros rastros de la exigencia de una realidad psíquica, pues la realidad material no es lo suficientemente buena, tranquilizante y completa como para dar satisfacción al individuo.

Gracias al estudio de los síntomas, Freud toma conocimiento de las vivencias infantiles, donde reconoce que la fijación de la libido en un suceso o vivencia infantil, es lo que provocará un síntoma futuro, si esta fijación de la libido no pudo ser tramitada por otro proceso como la sublimación. Continuando con el análisis de estos nuevos conocimientos,

Freud llega a una certeza sobre las escenas infantiles, estas no tienen contenidos totalmente verdaderos, que la mayoría de estos son falsos y que la fantasía se puso en juego en la elaboración de contenidos diferentes a la realidad material “lo sorprendente reside en que estas escenas infantiles no siempre son verdaderas. Más aún: en la mayoría de los casos no lo son, y en algunos están en oposición directa a la verdad histórica” (Freud, 2009/1917, p. 334). Sin embargo, al hablar de realidad psíquica no se habla solamente de que un suceso es falso o verdadero, puesto que, se hace referencia a un hecho que para el psiquismo del sujeto tiene contenidos reales, así estos sean diferentes a la realidad efectiva, en la mayoría de casos, se encontró que el contenido psíquico que se tenía sobre un hecho, era el resultado de la mezcla entre realidades materiales y percepciones psíquicas propias y únicas de un sujeto. “Las vivencias infantiles construidas en el análisis, o recordadas, son unas veces irrefutablemente falsas, otras veces son con certeza verdaderas, y en la mayoría de los casos, una mezcla de verdad y falsedad” (Freud, 2009/1917, p.335). Freud también es cuidadoso en explicar que como terapeutas es preciso que se trabaje con esos contenidos que el paciente trae en sesión, sin embargo, es importante manejar esa información de la manera que mejor le convenga al individuo, pues para éste, reconocer entre realidad o falsedad, o equiparar la fantasía con la realidad material, le puede ser perjudicial, ya que la realidad psíquica es lo que importa dentro de su configuración mental.

...es evidentemente la única actitud correcta frente a estas producciones del alma. También ellas poseen una suerte de realidad: queda en pie el hecho de que el enfermo se ha ocupado de esas fantasías, y difícilmente ese hecho tenga menor importancia para su neurosis que si hubiera vivenciado en la realidad el contenido de sus fantasías. Ellas poseen realidad *psíquica*, por oposición a una realidad *material*, y poco a poco aprendemos a comprender que *en el mundo de las neurosis la realidad psíquica es la decisiva*. (Freud, 2009/1917, p.336).

Según Freud, la realidad psíquica se evidencia fundamentalmente en tres tipos de acontecimientos, los cuales son narrados por los pacientes durante su análisis, obviamente son claras las particularidades de los sucesos relatados en cada caso, sin embargo, se repiten constantemente y se destacan por su importancia en la realidad psíquica de los neuróticos, estas narraciones se basan en: la observación del comercio sexual entre los padres, la seducción por una persona adulta y la amenaza de castración; y sin importar que tan realmente material fue el acto, es importante tomarlo en cuenta y trabajarlo con mayor énfasis, ya que tales sucesos, reales o no en lo material, pero totalmente reales en el psiquismo, crean malestar en los neuróticos y desarrollan síntomas que necesitan ser entendidos para trabajarlos; y así aliviar al neurótico de contenidos psíquicos que le

angustian. En la primera infancia aparecen estos sucesos en la realidad material, los cuales son percibidos por el infante y completados o traducidos con ayuda de la fantasía, generando contenidos psíquicos que estructuran una realidad psíquica que permite a un sujeto adulto percibir desde sus primeras concepciones de lo real, los sucesos que lo estimulan en su cotidianidad, y que de algún modo reactivan sensaciones y malestares vividos desde la infancia.

No se tiene otra impresión sino que tales hechos de la infancia son de alguna manera necesarios, pertenecen al patrimonio indispensable de la neurosis. Si están contenidos en la realidad, muy bien, si ella no los ha concedido, se los establece a partir de indicios y se los completa mediante la fantasía. (Freud, 2009/1917, p. 337-338).

Ahora bien, nuevamente nace la interrogante de que si la realidad psíquica es única en cada sujeto, ¿cuál es la razón que entre los neuróticos se mantengan contenidos de igual temática?, la explicación consiste en que las pulsiones, junto con la fantasía y el material con que se constituyen éstas, son la fuente principal para generar una realidad psíquica. Son las fantasías primordiales, al igual que los contenidos psíquicos históricos heredados los que provocan que exista similitud entre los contenidos psíquicos de la mayoría de los neuróticos, puesto que es el patrimonio filogenético lo que se pone en juego en el momento de ir construyendo los componentes que conforman una determinada realidad. Estas fantasías primordiales tienen su origen en hechos sucedidos en la realidad material en tiempos originarios de la formación de la familia humana, es decir que, la seducción infantil, la excitación sexual producida por la observación del coito entre los padres y la amenaza o cumplimiento de castración, estuvieron contenidos en la realidad fáctica originaria, lo que provoca que el niño complemente los contenidos reales de sus vivencias presentes con fantasías que surgen de contenidos psíquicos más antiguos, heredados de generación en generación; de esta manera se logra completar una verdad individual con la verdad prehistórica. Freud explica este particular retomando sus escritos sobre Tótem y Tabú (Freud, 1914), donde comenta con exactitud cómo la influencia prehistórica forma parte de los contenidos psíquicos de sujetos actuales.

Un término interesante, también relacionado al concepto de la realidad psíquica es lo ominoso, este término es entendido como lo siniestro, lo poco familiar, lo no íntimo y poseedor de un origen muy antiguo, por lo cual, genera angustia y malestar en el sujeto. “... lo ominoso es aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de

antiguo...” (Freud, 2009/1919, p.220). Este término hace referencia a esos primeros recuerdos infantiles de un sujeto, donde sus primeros deliriums infantiles se van formando a partir de las fantasías que vive sobre el parricidio, la escena primaria, etc. Las percepciones primordiales percibidas por el niño, su carga pulsional, junto con la fantasía puesta en juego y la carga psíquica filogenética, son componentes que construyen la realidad psíquica de un sujeto. Por lo que, lo ominoso es parte de la realidad psíquica, se evidencia en actos como los presentimientos, las visiones, en pensar en algo o alguien y que se aparezcan o se comuniquen, es decir, todo aquello que estaba determinado a permanecer oculto, sale a la luz, mediante estos medios.

En lo ominoso que proviene de complejos infantiles no entra en cuenta el problema de la realidad material, reemplazada aquí por la realidad psíquica. Se trata de una efectiva represión {desalojo} de un contenido y del retorno de lo reprimido, no de la cancelación de la creencia en la realidad de ese contenido. (Freud, 2009/1919, p. 248).

Freud (1921) en su texto “Psicología de las masas y análisis del yo”, analiza la vida en grupo (masa) conformada por los seres humanos, y llega a la conclusión de que la realidad material se acorta, frente a la realidad psíquica cuando se habla de la vida grupal, es decir, se habla de una realidad social. El individuo por sí solo no existe, nace dentro de una familia, es parte del mundo de los otros, sus padres o cuidadores introducen al sujeto a una masa de personas que comparten, además de la realidad material, una realidad que como pueblo los distingue de otros humanos de diferente medio, y este sujeto a su vez tiene como único mecanismo de supervivencia y aprendizaje, depender e imitar al otro. “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo la psicología individual es simultáneamente psicología social...” (Freud, 2010/1921, p.67). Lo que anteriormente se mencionó no se contradice con la afirmación que explica que la realidad psíquica es única e irrepetible en cada sujeto, ya que, al igual que la metáfora de la huella digital utilizada al inicio de este capítulo, aunque la huella es única para cada individuo, todo ser humano en condiciones normales, posee huellas digitales, de la misma manera, la realidad psíquica es individual, pero guarda ciertos rasgos y características comunes entre sociedades, y retomando lo que Freud menciona en Tótem y Tabú, en el momento más originario de la humanidad, ciertos sucesos históricos se globalizaron, formando un contenido psíquico base para todo sujeto que conforma un grupo, y que hasta ahora son parte de nuestro psiquismo inconsciente. “La psicología de las masas trata del

individuo como miembro de un linaje, de un pueblo, de una casta, de un estamento, de una institución, o como integrante de una multitud organizada en forma de masa durante cierto lapso o determinado fin” (Freud, 2010/1901, p. 68).

En el segundo acápite del mismo texto, Freud menciona que el grupo donde se desarrolle un sujeto determinará su pensamiento, su forma de sentir, de expresarse, sus conductas, hábitos, etc., explica que aflora el inconsciente racial en estos sujetos que son parte de un grupo, el sujeto de forma individual deja de existir para convertirse en un miembro de la masa y tanto consciente e inconsciente se ven sujetos a un funcionamiento determinado por el grupo, por lo cual, cada uno de los sujetos del grupo por sí solos, serían distintos a lo que grupalmente conforman. “Nuestros actos conscientes derivan de un sustrato inconsciente creado en lo fundamental por influencias hereditarias. Este sustrato incluye las innumerables huellas ancestrales que constituyen el alma de la raza” (Freud, 2010/1901, p. 70).

Esto se debe a tres factores que nacen en un sujeto al sentirse parte de la masa, el sentimiento de poder invencible, el contagio y la sugestionabilidad. El sentimiento de poder invencible nace de la idea de cantidad, es decir al vivir con los otros, conformando grandes números de personas es más fácil protegerse de cualquier infortunio que estando solo, “abriga un sentimiento de omnipotencia; el concepto de lo imposible desaparece para el individuo inmerso en la masa” (Freud, 2010/1901, p. 74), además, el vivir en comunidad limita las mociones pulsionales inconscientes y crea el sentimiento de responsabilidad, coartando así la maldad natural del alma humana e instaurando una conciencia moral, siendo de esta manera la vida en grupo, la sociedad, la que va normando al sujeto. Al hablar del contagio se hace referencia a la exteriorización y orientación de rasgos especiales en las masas, el contagio es un fenómeno de repetición de un sentimiento o acto entre las personas del mismo grupo. La sugestionabilidad es el influir en el otro para que este obedezca realizar algo, que aisladamente no realizaría, y el contagio es solo un efecto de la sugestión. Así, los sujetos que son parte de una masa son capaces de desinhibir en conjunto sus pulsiones y exteriorizar los instintos más crueles y destructivos, como también ser capaces de mostrar los más elevados niveles de abnegación o consagración, todo esto bajo ideales, pensamientos y realidades que tiene un origen en la realidad material y muchas de las veces, se fundan con mayor fuerza en las fantasías grupales.

Partiendo de que el sujeto es un ser social, que corresponde a una vida dentro de un grupo o masa, se reconoce que los tres causales mencionados: la omnipotencia, el contagio y la sugestión, son constituyentes importantes para la construcción del psiquismo humano. Es desde la vida en sociedad (grupo) que se genera en el sujeto contenidos reales y también fantasmáticos en su psique. El grupo ejerce en el individuo tal influencia en su conformación psíquica, que también está entrelazado por material psíquico que viene del lado de la fantasía, pues el grupo busca en determinado momento dar respuesta a sus interrogantes, y se sostiene de creencias que no son reales en el mundo fáctico, pero que tiene mayor peso en la búsqueda por dar solución al entendimiento de fenómenos inexplicables. El sujeto en su particularidad es parte de un todo, de un grupo que determinará sus contenidos psíquicos, en otras palabras, la realidad psíquica de un sujeto nace y se fundamenta de la fantasía y la realidad de su sociedad, es decir, de la masa.

Las masas nunca conocieron la sed de la verdad. Piden ilusiones, a las que no pueden renunciar. Lo irreal siempre prevalece sobre lo real, lo irreal las influye casi con la misma fuerza que lo real. Su visible tendencia es no hacer distinción alguna entre ambos. (Freud, 2010/1901, p. 76).

Para el año 1922, Freud, en su texto sobre “Sueño y telepatía” señala que los fenómenos llamados ocultos, es decir la telepatía, son producto de la realidad psíquica del sujeto. Freud indica que todos los indicios, predicciones y premoniciones no son reales en cuanto a la realidad fáctica, es decir, no se han cumplido, por lo cual se las concibe como expectativas puramente subjetivas, propias de cada individuo. Este texto hace referencia al sueño y su relación con la telepatía, aquí Freud indica que el sueño es la expresión de contenidos inconscientes, que ayudados por un deseo reprimido, transporta los pensamientos que se encuentran en el preconscious (restos diurnos), al contenido manifiesto del sueño (imágenes y sucesos soñados), que se forma dentro del estado del dormir; y por otro lado señala que el hecho telepático es una operación propia del inconsciente, que a su vez nada tiene que ver con la esencia del sueño, pero que se favorece del estado del dormir, por tal razón, tanto sueño como telepatía dan cuenta de trabajo psíquico, y de expresión de sucesos reprimidos por la consciencia que solo pueden ser exteriorizados gracias a una permeabilización de la censura, cuyo fin es el cumplimiento del deseo.

Todos aquellos sucesos telepáticos como sueños premonitorios, o percepciones fallidas (escuchar o sentir sensaciones que no suceden en la realidad material) tiene su

origen en el inconsciente, puesto que, frente a realidades adversas el psiquismo humano tiende a disfrazar ciertos contenidos y a expresarlos de maneras distintas, alejadas de sus contenidos verdaderos, para así permitir el funcionamiento psíquico, y alejar los contenidos amenazantes del mismo. Es la realidad psíquica que se traspone a la realidad material lo que se evidencia en esta clase de sucesos. “La fuerza y la inatacabilidad de un delirio cualquiera se deben, en efecto, a que descienden de una realidad psíquica inconsciente” (Freud, 2010/1922, p. 209). Entonces, la telepatía y sus sucesos anexos tienen origen en la realidad psíquica del sujeto.

Tres años más tarde, en 1925, Freud al acercarse a sus siete décadas, sintió la necesidad de resumir y defender todos sus hallazgos y trabajo de forma más directa y clara. Así, publica su texto “Presentación autobiográfica”, donde retoma los temas más importantes de su teorización organizada cronológicamente y con ciertas aclaraciones o revelaciones que anteriormente no quedaron esclarecidas en su totalidad. Al realizar este resumen de sus investigaciones y logros teóricos y clínicos, nuevamente recalca la importancia de la realidad psíquica para todo neurótico. “Los síntomas neuróticos no se anudaban de manera directa a vivencias efectivamente reales, sino a fantasías de deseo, y que para la neurosis valía más la realidad psíquica que la material” (Freud, 2006/ 1925, p. 33).

Finalmente, con respecto al tema de la realidad psíquica, Freud (1939) en su texto “Moisés y la religión monoteísta” en el acápite tres, retoma el tema de las neurosis, señalando dos propiedades importantes: los efectos del trauma y que los fenómenos como el síntoma, las limitaciones del yo y las alteraciones del carácter son de naturaleza compulsiva y que tienen su fundamento en la realidad psíquica. Indica que el trauma puede ser positivo y negativo; cuando es positivo se busca devolver al trauma su vigencia, es decir, recordar la vivencia o hacerla real, por ejemplo, al tratarse de un vínculo afectivo que se fijó en la temprana edad, se debe revivir el hecho dentro de un vínculo análogo con otra persona en el tiempo presente, esto es llamado fijación al trauma y compulsión de repetición, por lo cual, una mujer que en su temprana edad fue violentada, buscará inconscientemente una pareja que la violente ya en su adultez. Las reacciones negativas del trauma, por su lado buscan que no se recuerden o revivencien los hechos, persiguen una meta contraria a la del recuerdo y a la de la repetición, es decir, se pone en juego las

reacciones de defensa, que buscan evitar el malestar y se pueden acrecentar dando como resultado inhibiciones y fobias.

Por otro lado, cuando se habla de síntoma, se hace referencia a una gran intensidad psíquica que va más allá del pensar y reaccionar lógico frente a un acto sucedido en la realidad fáctica. El síntoma es el resultado de la tramitación de contenidos psíquicos inconscientes que solo pueden expresarse por este medio, cuyos contenidos psíquicos inconscientes forman parte de la realidad psíquica del sujeto, independientemente de que las fijaciones existentes en el psiquismo se hayan extraído de lo material propiamente dicho. Información que es nuevamente esclarecida en este texto, y retomada de ensayos anteriores.

Guy Le Gaufey, psicoanalista contemporáneo, en su artículo “¿La realidad psíquica?” ¡Gschnas! (2010), realizó un análisis histórico sobre el concepto de realidad psíquica. El autor reconoce la necesidad de Freud de transmitir a sus seguidores el conocimiento de la existencia e importancia de la realidad psíquica, ya que al verse obligado a abandonar la teoría de la seducción, necesitó darle al psiquismo del sujeto una marca de sucesos reales, es decir, era necesario que se acepte y que se evidencie la presencia de una realidad humana no material.

Pero nunca se trató para Freud de contentarse con datos psíquicos y con aislarlos para constituir su ciencia: quiere a toda costa que el psiquismo lleve la huella de acontecimientos reales, independientemente de las distorsiones de que haya que tomar nota a su respecto. (Le Gaufey, 2010, p. 145).

Igualmente, Le Gaufey, recoge particularidades sobre la realidad psíquica que ya han sido mencionadas anteriormente; lo entendido en Tótem y Tabú con respecto al real acontecimiento de un suceso fáctico, que fue transferido de generación en generación por la herencia de predisposiciones psíquicas; es la base material que conectada a los contenidos psíquicos, da paso a formaciones subjetivas en el psiquismo de cada sujeto. Es decir, realidad material y realidad psíquica tienen una relación recíproca de intercambio de información.

Ahora bien, la autora retoma el texto “Proyecto de psicología” de Freud publicado en 1895, para explicar la intervención del Yo en todo lo relacionado a la percepción y representación de un suceso fáctico; comenta que, las neuronas de percepción cumplen su función al percibir el estímulo externo y transportarlo al mecanismo psíquico, sin embargo,

la percepción es el proceso inicial. Posterior a esto, hace falta la producción de un signo, para lo cual, el psiquismo debe haber decidido qué clase de información sensitiva tramitar, y producir una evacuación de una parte de este material. Esta información de evacuación, produce el signo de realidad, este a su vez, generará un accionar motor que permitirá dar cuenta de la tramitación psíquica de ese estímulo exterior, realizado por el aparato psíquico de un sujeto. El núcleo de este signo de realidad, favorece el entendimiento de las fantasías como contenidos reales, se logra concebir los fantasmas como contenidos excluidos de la realidad factual, reconociendo que la ganancia del placer es lo que gobierna y moviliza a la realidad psíquica, así se asegura su existencia real, independientemente de que esta existencia real, se pueda comprobar en la realidad material.

La realidad psíquica toma consistencia desde ese nuevo acordonamiento en el que, así como el sueño no se reduce a los sueños diurnos, las fantasías no se reducen ya a la realidad factual, pero no por ello constituyen menos que el sueño una actividad psíquica que posee su propio grado de efectividad, y por lo tanto de “realidad”. (Le Gaufey, 2010, p. 147).

Al continuar con el recorrido histórico realizado por Le Gaufey (2010), se retoma el texto de “La interpretación de los sueños”, donde se hace una relación de la histeria con la realidad psíquica, señalando la estrecha interacción que manifiestan entre ellas, ya que Freud había observado que los histéricos frente a lo que realmente les sucede en la realidad fáctica, crean inconscientemente unas fantasías de sucesos crueles o corrompidos de los actos materiales más simples o banales. Y son de estas fantasías que se desarrollan los síntomas, no de los recuerdos de hechos reales que podían ser inocentes o funestos. Así, se da la tergiversación de los contenidos vividos en la realidad fáctica en los fabricados por la realidad psíquica. Estos análisis permiten que la autora indique que la realidad psíquica es:

Realidad suplementaria a la que se habría visto obligado (Freud) a acordarle un lugar, no como suspendida de la realidad común, real, efectiva, sino en esa constante mezcla en que los elementos de esta realidad común resultan tergiversados y de esta manera integrados a construcciones que finalizan en un sentido...(Le Gaufey, 2010, p. 149).

Finalmente, los sucesos de las fantasías creadas por las histéricas, tienen fundamento en su realidad cotidiana, debido a la tergiversación que sufren estos contenidos percibidos del mundo exterior, la enferma fábrica desde su realidad psíquica los síntomas que se evidencian en el cuerpo. Así, toda la combinación y reorganización de contenidos psíquicos obtenidos de la realidad material, van construyendo nuevas formaciones que

poseen absoluta significación, y por lo tanto sentido e importancia exclusiva para el neurótico.

1.4. Conceptos Relacionados

1.4.1. Fantasía:

El concepto que mayor relación tiene con la realidad psíquica es la Fantasía. Freud (1917) en su conferencia 23, “Los caminos de la formación del síntoma”, explica claramente el papel que juega la fantasía en el psiquismo del sujeto. La fantasía tiene capacidad creadora, ya que, es una representación deformada de los estímulos externos, por lo cual, al igual que la realidad psíquica, no es realidad material pero si se alimenta de esta, para adquirir y formar sus contenidos, siendo así, es realidad en cuanto existe, formándose de los mismos componentes externos e internos que conforman a la realidad psíquica. “...pues el reino de la fantasía tiene por premisa de validez que su contenido se sustraiga del examen de realidad” (Freud, 2009/1919, p. 248).

La fantasía, según Freud, se puede presentar en diferentes modalidades, existen las fantasías conscientes, las fantasías inconscientes y las fantasías originarias. Las fantasías conscientes son aquellas relacionadas al concepto de sueños diurnos, es decir, son escenas, eventos o ficciones que un sujeto crea y se narra a sí mismo, manteniéndose en estado de vigilia; las fantasías inconscientes se entienden como contenidos profundos que disfrazan un contenido manifiesto; y finalmente, las fantasías originarias, son aquellas fantasías encontradas repetidas veces en los relatos de las históricas, por lo cual se llegó al discernimiento de que existen esquemas inconscientes que se transmiten hereditariamente y trascienden de generación en generación “Opino que estas fantasías primordiales – así las llamaría, junto a algunas otras – son un patrimonio filogenético. En ellas, el individuo rebasa su vivenciar propio hacia el vivenciar de la prehistoria...” (Freud, 2009/1917, p. 338). Por lo cual, todas estas fantasías entrelazadas con otros componentes psíquicos como la represión, deseos inconscientes, mecanismos de defensa, etc, son parte de la realidad psíquica.

Las fantasías juegan un rol importante en la etiología de las neurosis, ya que al referirnos nuevamente a la realidad de las escenas infantiles traumáticas, se encontró mediante el análisis, que estas no tenían cabida en la realidad material, es decir, que esos sucesos tan reales en el psiquismo del paciente, no eran realmente manifestados en la realidad objetiva. De esta manera, se confirmó para la teoría psicoanalítica, que el sujeto

investido por la información del mundo exterior, forma su propia realidad psíquica, gracias a la actividad fantaseadora, la cual cobra mayor importancia para los fines curativos en los pacientes histéricos.

Por nuestra parte, hemos demostrado que este predominio de la vida de la fantasía y de la ilusión sustentada por el deseo incumplido comanda la psicología de las neurosis. Hallamos que para los neuróticos no vale la realidad objetiva, corriente, sino la realidad psíquica. Un síntoma histérico se funda en una fantasía, y no en la repetición de un vivenciar real... (Freud, 2010/1921, p. 76).

Por otro lado, se debe mencionar que la fantasía está estrechamente relacionada al deseo, el deseo es el motor pulsional que lleva a fantasear a un sujeto, con eso que en la realidad material no tiene o no ha sucedido, es decir, el fantasear es la puesta en escena del deseo; puesto que, resulta difícil para el sujeto la renuncia al placer. Por lo cual, lo no cumplido en la realidad material se abre paso en la realidad psíquica por medio del fantaseo. "...como cualquier otro insatisfecho, se extraña de la realidad y transfiere todo su interés, también su líbido, a las formaciones de deseo de su vida fantaseada, desde las cuales se abre un camino que puede llevar a la neurosis" (Freud, 2009/1917, p. 342-343). En conclusión, la fantasía es el acto de imaginar, que se puede presentar de forma consciente e inconsciente. Modifica aquellos contenidos de la realidad material para crear eventos satisfactorios para el psiquismo del sujeto, valiéndose de todos los recursos psíquicos disponibles. De esta manera la fantasía se relaciona y es parte de la realidad psíquica.

1.4.2. Mito:

Tanto el mito como la realidad psíquica tienen un nexo muy importante. Claramente al hablar de mito y de realidad psíquica se hace referencia a varias semejanzas como: las dos tienen un origen, parten de y se ven influenciadas por un psiquismo de masas, es decir, estos dos términos están relacionados con la vida en sociedad. Otra semejanza es que el contenido psíquico original que abarca tanto mito como realidad psíquica nace de tiempos prehistóricos, muy antiguos y que se transfirieron de generación en generación, tanto por herencia histórica como por herencia psíquica.

Una particularidad importante, compartida entre estos dos conceptos es que el tema de la temporalidad, tanto para el mito como para la realidad psíquica, ésta no es cronológica, es decir, no responden a tiempo y espacio determinados como pasa en la realidad material. La siguiente característica compartida es el contingente de verdad fuertemente establecido para la realidad psíquica y para el mito, ya que, tanto para un

individuo, como para un pueblo, el material informativo que conforma cada uno, es totalmente real, independientemente de que esa información sea parte o no de la realidad fáctica. Así mismo, el tema del lenguaje y del habla son recursos constructores del mito y de la realidad psíquica, ya que ninguno de estos conceptos puede desarrollarse, existir y expresarse sin ayuda del lenguaje, que es el medio fundamental por el cual se pueden exteriorizar y transmitir.

Entre la realidad psíquica y el mito, existe la similitud de que su origen surge de una construcción, el mito es una creación social que nace con la intención de dar explicación a los fenómenos no entendidos con la ayuda de la lógica científica; la realidad psíquica, igualmente es el resultado de una elaboración social, que crea contenidos explicativos de sucesos que son entendidos de forma única y particular por un sujeto. Otra particularidad en común que se encuentra entre estos dos conceptos, es que están estrechamente relacionados a la realidad material, aunque cada uno se diferencia de ella, por los contenidos mágicos que complementan tanto a la realidad psíquica como al mito indistintamente. La última similitud encontrada hace referencia a que, el mito es un elemento organizador de la personalidad, y en su complementariedad, la realidad psíquica ya es el producto de esta organización. Sin embargo, el mito es la historia sagrada de un pueblo, simplemente es, existe y es verdad conjunta para un determinado pueblo, al contrario de la realidad psíquica que aunque es verdad, los cambios y particularidades que se encuentra en cada psiquismo y que no se repiten en otro, le quita la característica de totalidad, que es propia del mito.

En conclusión, tanto mito como realidad psíquica comparten características específicas que las relacionan de manera íntima. El mito ayuda a ampliar y reconocer con mayor claridad las características encontradas en la realidad psíquica, permitiendo tener un mejor sustento y afianzamiento de este concepto. El mundo psíquico, al igual que el mundo mitológico existe en cuanto a estructura y construcción del psiquismo humano (<http://www.tuanalista.com/Diccionario-Psicoanalisis/6226/Mito-familiar.htm>).

2. LA ESTRUCTURA EN LA NEUROSIS HISTÉRICA

2.1. Definición

La Histeria es una clasificación de neurosis estudiada y diferenciada plenamente por Freud en compañía de Breuer y partiendo de los estudios de Charcot. El recorrido que Freud realiza alrededor de toda su obra con respecto a las neurosis permite reconocer con claridad las particularidades de una neurosis histérica. Una primera definición de histeria expuesta por Freud, recoge características fisiológicas en el campo de la medicina que en aquellos tiempos iniciales de la investigación de esta patología eran las luces más certeras sobre el conocimiento de la misma.

La histeria es una anomalía del sistema nervioso que descansa en una diversa distribución de las excitaciones, probablemente con formación de un excedente de estímulo dentro del órgano anímico. Su sintomatología muestra que este excedente de estímulo es distribuido por representaciones concientes o inconcientes. Todo cuanto varíe la distribución de las excitaciones dentro del sistema nervioso es capaz de curar perturbaciones histéricas; tales intervenciones son en parte de naturaleza física, en parte directamente psíquicas. (Freud, 2006/1888, p.62-63).

En el año 1914 Freud realiza una clasificación de las neurosis, diferenciando las neurosis narcisistas, de las neurosis de transferencia, donde se explica que en las neurosis narcisistas la libido inviste al yo y no es movilizable por la cura, actualmente este tipo de neurosis se entiende como psicosis. Por otro lado, al hablar de las neurosis de transferencia se entiende que la libido inviste a objetos externos, fantasmáticos, y es fácilmente transferible sobre el analista. Dentro de este tipo de neurosis se encuentran: la histeria, la neurosis obsesiva y la histeria de angustia o fóbica, cada una de estas neurosis se diferencian por sus mecanismos de defensa y sus determinadas formas de acción. Esta división de las neurosis se conservará un buen tiempo y se reconocerá sus particularidades para mantenerlas diferenciadas entre ellas, sin embargo, con el paso del tiempo y las nuevas especificaciones encontradas sobre estas anomalías, las interdivisiones dentro de las neurosis quedan desplazadas, el concepto de neurosis de transferencia pierde su peso y se da paso a la clasificación global de las estructuras psíquicas, que finalmente estableció Freud. Actualmente la categorización de las estructuras psíquicas que configuran el psiquismo en un sujeto son: la neurosis, la psicosis y la perversión.

La palabra histeria nace del griego *Hysteria*, cuyo significado es matriz o útero, lo cual generó que se relacione a este tipo de afecciones estrictamente al género femenino, causando que todos los estudios e investigaciones sobre esta anomalía se realicen

principalmente con pacientes mujeres, sin embargo se logra deslindar esta apreciación de la histeria cuando se encuentran casos muy marcados de histeria en el género masculino, así se abrió otro campo de investigación que caracterizaría apropiadamente a la histeria en mujeres y hombres.

La histeria en los hombres se presenta como una enfermedad grave; los síntomas que producen son, por lo común, tenaces, y la enfermedad adquiere mayor importancia práctica por la significación que tiene en el caso del hombre una perturbación en su trabajo profesional. (Freud, 2006/1888, p. 57).

La histeria es una afección propia de las neurosis, “la histeria es una neurosis en el sentido más estricto del término; vale decir que no se han hallado para esta enfermedad alteraciones {anatómicas} perceptibles del sistema nervioso...” (Freud, 2006/1888, p. 45), que se caracteriza por presentar diversos cuadros clínicos, originados por conflictos psíquicos inconscientes, los cuales generan síntomas corporales que están sujetos a simbolizaciones y que no tienen ninguna razón física anatómica para sustentar su procedencia. En las neurosis se encuentra como mecanismo de defensa la represión, siendo así en la histeria, el eje central que genera la sintomatología observada en este tipo de neurosis. Además, se reconoce que la histeria al ser una neurosis por naturaleza, encuentra una ganancia en la presencia de sus síntomas, es decir, el sujeto histérico toma ventaja de su enfermedad (la enfermedad pasa a ser un arma o escudo para enfrentar conflictos), esto es a lo que Freud llamó la ganancia secundaria de la enfermedad.

En el texto “Estudios sobre la histeria” (1893-1895), Breuer y Freud señalan que dentro de la histeria existen varias diferenciaciones, les atribuye nombres diferentes de acuerdo a sus particularidades en cuanto a origen, mecanismo de defensa y forma de expresión. Así encontramos: la histeria de conversión, la histeria de defensa, la histeria de retención, histeria traumática, la histeria hipnoide, y la histeria de angustia o fóbica, ya antes mencionada. La histeria de defensa hace referencia a aquella que ejerce acción contra los afectos displacenteros. La histeria de retención es aquella que aparece cuando los afectos no llegan a expresarse mediante abreacción. La histeria traumática se desarrolla consecutivamente a un trauma físico, generalmente sexual, “en el caso de la histeria «traumática» es evidente que fue el accidente el que provocó el síndrome” (Freud, 2013/1893, p.29). La histeria hipnoide se genera al inducir al paciente en estado hipnótico. La histeria de angustia o fóbica nace frente a un objeto o situación específica que causa excesiva angustia al sujeto. Y finalmente en la histeria de conversión se encuentra la

íntima relación con el cuerpo del sujeto, es decir, la tramitación de un trauma psíquico se da a través del cuerpo, y se evidencia mediante síntomas. Posteriormente en los años 1893/1895 Freud hizo referencia a las neurosis mixtas, puesto que al analizar a los enfermos se encontraba características en la etiología y en la forma de manifestación mezcladas que eran propias de las diferentes clases de neurosis estudiadas hasta entonces y ya antes mencionadas. Empero, al pasar el tiempo, las observaciones e investigaciones realizadas por Freud fueron delimitando y unificando términos para obtener una idea más completa de la neurosis histérica y las subdivisiones encontradas en la neurosis en general. Así la neurosis histérica de conversión (tema de este trabajo) reuniría la histeria traumática, la histeria de predisposición y la histeria adquirida, relacionadas al concepto de la herencia familiar, abandonando así, la idea la existencia de las neurosis mixtas. “La histeria es siempre la misma, sólo que es despertada por diferentes causas ocasionales” (Freud, 2006/1888, p.57).

Entonces, se puede definir a la neurosis histérica como aquella neurosis donde la transferencia juega un papel importante, cuyo mecanismo de defensa es la represión. Se evidencia mediante los síntomas que presenta el sujeto, originados de eventos traumáticos que en la mayoría de las veces, según lo observado por Freud, nacen de vivencias sexuales infantiles. Es decir, la manera en que se perciben las vivencias, por distintas que sean estas, pueden o no generar traumas, que a su vez desarrollarán síntomas que se evidencian en el cuerpo del sujeto, organizando una estructura histérica. Por este motivo, es preciso reconocer que es la realidad psíquica del individuo lo que importa, independientemente de la realidad material en donde se desenvuelva.

2.2. Características

En los inicios de las investigaciones sobre esta temática, Breuer y Freud, influenciados por los estudios hechos por Charcot, realizan análisis más profundos sobre la histeria, su interés aborda con mayor cuidado el origen, formación, tramitación, y solución de los fenómenos que se presentaron y se evidenciaron en el desarrollo de la histeria. La ejemplificación mediante casos clínicos permite a estos autores encontrar parámetros que se repiten entre los mismos, lo cual facilita la delimitación del fenómeno. Promoviendo así, el reconocimiento de las características propias de la neurosis histérica, que serán expuestas a continuación. Cabe mencionar que en los años iniciales del estudio e investigación de la histeria, esta anomalía era considerada una patología (enfermedad del

sistema psíquico), por lo cual, en la trayectoria de sus explicaciones se considera enfermos a los sujetos que desarrollan una histeria, y a esta misma como una enfermedad; sin embargo, hoy la histeria es reconocida como una estructura psíquica, es decir, como una neurosis (condición común del psiquismo de todo sujeto sano).²

La característica inicial que se debe mencionar sobre la histeria es que es una alteración que se construye a partir de asociaciones, puesto que no es originada por estímulos o hechos separados sin relación alguna. Al contrario toda la acumulación de circunstancias vividas por un sujeto desde sus etapas más tempranas, serán determinantes para el posible desarrollo de una histeria. “La histeria es más una anomalía constitucional que una afección deslindada. Es probable que sus primeros indicios aparezcan las más de las veces en la niñez temprana” (Freud, 2006/1888, p. 57). La intencionalidad de los términos *anomalía constitucional* que Freud utiliza, es entendida en la actualidad como la existencia de una estructura de fondo, puesto que, lo constitucional hace referencia a la estructura base (neurosis) desde la cual se ubica a la histeria. Son las vivencias infantiles las que van estructurando al sujeto y a su vez generando las predisposiciones necesarias para la constitución de una estructura psíquica en especial, en este caso la neurosis. Por lo cual, Freud reconoció ya en la infancia la presencia de afecciones histéricas que perturbaban a niños, se percató que la histeria en adultos tenía estrecha relación con los estallidos histéricos que se presentaban en la infancia de aquel sujeto, es decir, los síntomas presentes en el niño volvían a aparecer en el adulto pero de una manera más controlada o mediada por la aparición de espasmos, contracturas y alteraciones psíquicas. Es así como la histeria está presente desde los primeros años de vida, y acompaña al sujeto hasta sus edades más avanzadas, si no se ha realizado un trabajo de tramitación de esas afecciones.

La neurosis histérica en los años y contexto donde fue estudiada inicialmente, se presentó de forma predominante en el sexo femenino, los casos de neurosis histérica examinados, analizados y explicados en totalidad por Freud, se limitan principalmente al sexo femenino, ya que los casos que él observó en hombres no son tomados en cuenta para análisis profundos. Sin embargo, en el transcurso de los estudios posteriores sobre el tema, se entiende que la neurosis histérica está relacionada a la posición femenina, es decir, sin importar el sexo anatómico masculino o femenino, se puede presentar en aquel sujeto que a

² Es así como a continuación se encontrará los términos de enfermo/a y enfermedad para referirse a los caracteres encontrados en la histeria.

partir de su construcción psíquica esté posicionado desde lo femenino. Además, la preocupación por lo sexual es otra de las características principales que se evidencia en la estructura de neurosis histérica, preguntas como: ¿soy hombre o mujer?, ¿qué es ser mujer? ¿cuáles son los roles, gustos, actividades, etc. de uno y otro género?. Estas interrogantes y confusiones son las problemáticas principales que conflictúan al histérico, se originan de la angustia presente en ellos y es de donde nace y de lo que se tratan los síntomas.

Al hablar de la sintomatología, se introduce otra característica esencial, ya que, en la neurosis histérica se transparenta el mundo psíquico, a través de lo somático, es decir, todo material psíquico patógeno es evidenciado por medio del cuerpo, la enfermedad se convierte en el componente visible, que muestra que algo de esa estructura psíquica no se encuentra funcionando eficazmente, estos síntomas están estrechamente relacionados a una parte del cuerpo del sujeto enlazado al trauma que generó la enfermedad. Los mecanismos psíquicos de defensa en la neurosis histérica son la represión y la conversión, que están íntimamente sujetos a la formación del síntoma. Otra característica relacionada a la antes mencionadas, hace referencia a la aparición del síntoma, existen casos en los que el síntoma puede perdurar por años sin ceder, cambiar o trasmudar, es decir se mantiene igual durante largos periodos de tiempo. Por otro lado, existe casos en donde la sintomatología desaparece fácilmente, transmudándolos en síntomas más leves o efímeros, así mismo, después de su desaparición prolongada puede volver a aparecer el síntoma sin necesidad de un suceso en particular, esto sucede por la atemporalidad que caracteriza al inconsciente. Toda perturbación histérica necesita un periodo de incubación o de tramitación psíquica para que posteriormente se pueda evidenciar mediante la presencia de síntomas histéricos, “el desarrollo de perturbaciones histéricas a menudo requiere, sin embargo, una especie de periodo de incubación o, mejor, de latencia, durante el cual la ocasión sigue produciendo efectos en lo inconsciente” (Freud, 2006/1888, p. 58). Es decir, que para que aparezca una anomalía (síntoma histérico), existió previamente un tiempo de tramitación de contenidos psíquicos.

Además, los contenidos psíquicos que generan la histeria, no se encuentran en la consciencia del sujeto, estos contenidos escapan de los recuerdos disponibles del histérico, es decir, todas estas experiencias vividas se encuentran en el inconsciente, “estas vivencias están completamente ausentes de la memoria de los enfermos en su estado psíquico habitual” (Freud, 2013/1893, p.35). Es decir, el origen de la histeria está relacionada a los

contenidos inconscientes, al darse esta particularidad se encuentra que en la histeria existe una predisposición a la disociación temporaria de los contenidos de la conciencia; la atemporalidad también juega un papel importante en el apareamiento de los síntomas, puesto que, al guardarse contenidos traumatizantes en el inconsciente, una vivencia angustiante puede ser olvidada por muchos años, y de manera inconsciente ser el motivo de estallidos histéricos.

Por otro lado, el sujeto que se encuentra gobernado por la neurosis histérica no pierde su claridad mental, ni ninguna de sus capacidades cognitivas, ni corporales, por tal razón, no se ven impedidos para desenvolverse competitivamente en su medio. Los enfermos de histeria sobrellevan sus síntomas, sin dejar que estos los postren o imposibiliten por completo, a tal punto de no poder realizar sus actividades cotidianas, “Corresponde apuntar que en ningún caso, ni siquiera en sus más temibles manifestaciones, la histeria conlleva un serio riesgo de muerte. Aun en las más prolongada histeria se conlleva la plena claridad mental y la aptitud para los más extraordinarios logros” (Freud, 2006/1888, p. 58). Según, Freud (1893) se encuentra entre los sujetos histéricos a los seres humanos de más claro intelecto, de mayor carácter, voluntad más vigorosa y de gran espíritu crítico. Además, es importante recalcar que la histeria puede combinarse con muchas otras afecciones relacionadas con otras neurosis o con razones orgánicas, lo cual dificulta el tratamiento, e impide al médico ser certero con su diagnóstico.

Otra característica se encuentra en la trayectoria típica de una histeria, primero debe existir un contenido de representaciones, es decir, material psíquico angustiante que genere la formación de un trauma, luego este contenido se va aumentando y complementando gracias a otras vivencias, cuando ha tomado suficiente incremento de contenidos y se ha mantenido un tiempo prudente de incubación, este material psíquico necesita exteriorizarse, apoderándose de la inervación corporal y de la vida del sujeto enfermo, dando así, paso a la creación de los diferentes síntomas y ataques, que pueden ser permanentes, esporádicos y espontáneos, según sea el caso. Finalmente si el sujeto realizó un trabajo psíquico, estos síntomas sanan parcialmente, dejando siempre algunos restos, que pueden hacer volver a recaer en la histeria al sujeto. Una nueva estimulación de una zona histerógena o una vivencia nueva similar a la que provocó inicialmente la patología, pueden volver a desatar una ataque histérico.

Siguiendo con la caracterización de la histeria, los contenidos psíquicos relacionados a la sexualidad, adquiridos de las experiencias sexuales del sujeto, originan el desarrollo de la histeria, esta es otra de las características más reconocidas para la aparición de esta patología, es decir, la histeria nace de traumas psíquicos que se entrelazan a contenidos sexuales, lo sexual y la histeria van de la mano. La característica fundamental de la neurosis histérica es que el sujeto tiende a fantasear constantemente, el mundo de la fantasía es un pilar importante del cual nacen los contenidos psíquicos que estructuran el código que genera la neurosis histérica, “el histérico padece por la mayor parte de reminiscencias” (Freud, 2013/1893, p. 33). En la neurosis histérica se manifiestan contenidos psíquicos particulares de cada sujeto, es decir, la subjetividad propiamente dicha es lo que se demuestra. Es así como la realidad psíquica del histérico es lo que interesa y lo que fundamenta la aparición del síntoma.

2.3. El síntoma

El síntoma en su forma más simple se puede definir como la exteriorización de angustia de un sujeto, que imposibilitado de expresarla mediante el habla o la sublimación, utiliza su cuerpo como medio de desfogue, es decir como vehículo para hacer reconocer que existen contenidos psíquicos patógenos en el psiquismo del sujeto. La génesis del síntoma se encuentra en el material psíquico generado por los traumas, es de aquí de donde se desarrolla la histeria “vale universalmente para todos los fenómenos histéricos, o al menos, para la mayoría de ellos; dondequiera, se trata del efecto de unos traumas psíquicos que comandan de manera unívoca la naturaleza de los síntomas así generados” (Freud, 2010/1899, p. 33). Los síntomas son generados por residuos de material psíquico patógeno que no pudo ser completamente abreaccionado, por tal razón los contenidos restantes se fueron acumulando y fijando en el psiquismo, lo cual luego de un tiempo, se expresa por la vía corporal. Los síntomas poseen un sentido, que está estrechamente vinculado con el vivenciar del sujeto y permiten diagnosticar la enfermedad, sin embargo, la razón más importante del apareamiento de un síntoma es comunicarle al propio sujeto que existe en su psiquismo un sufrimiento o contenido psíquico patógeno que debe tramitarse para evitar la enfermedad. Los síntomas que se presentan en la Histeria poseen determinadas características generales. Los síntomas histéricos son particularmente muy intensos, de excesivo dolor “Un dolor histérico es descrito por el enfermo como doloroso en grado máximo” (Freud, 2006/1888, p.52). Otra característica es que los síntomas histéricos

pueden presentarse aisladamente, es decir, pueden existir diferentes regiones del cuerpo que estén afectadas o adoloridas y que en base a razones orgánicas no se encuentre ninguna relación para que estas partes se encuentren conjuntamente involucradas. “Es particularmente característica de la histeria la conjunción entre un desarrollo máximo de la perturbación y su más talante deslinde” (Freud, 2006/1888, p.53). Los síntomas histéricos también son móviles y esta movilidad se da de manera espontánea. Al hablar de la movilidad de los síntomas se hace referencia a los mecanismos curativos que se utilizaban para remover estos dolores y malestares. En esos tiempos el influjo de la excitación por medio de electricidad, aplicación de metales, etc., y la sugestión hipnótica relacionada a la solución de la histeria, eran los mecanismos que utilizaba el médico para quitar los síntomas.

Además, en los síntomas histéricos se presenta la característica del desplazamiento, mediante determinadas intervenciones es posible transferir un malestar situado en un lado específico del cuerpo al otro lado, así se señala la simetría que organiza al cuerpo por estructuras y sistemas.

Mediante intervenciones «astesiógenas» es posible transferir {übertragen} una anestesia, parálisis, contractura, temblor, etc., sobre el lugar simétrico de la otra mitad del cuerpo..., en la histeria se comprueba la relación simétrica que, por otra parte, también desempeña un papel somero en el estado fisiológico...” (Freud, 2006/1888, p.53).

Otra característica importante es que las afecciones histéricas no tienen relación alguna con lo anatómico, ni con un reflejo del sistema nervioso, es decir, no existe una alteración biológica, anatómica o fisiológica en el sistema nervioso que provoque los síntomas histéricos, “se debe rechazar la idea de que habría en la base de la histeria una posible perturbación orgánica, y tampoco es lícito invocar como causa de perturbaciones histéricas unos influjos vasomotores” (Freud, 2006/1888, p.54). El verdadero sentido de la aparición de los síntomas histéricos sería entonces una serie de perturbaciones psíquicas que estarían relacionadas a alteraciones en la sucesión y asociación de representaciones, de sofocaciones de sentimientos y de inhibiciones.

Los síntomas psíquicos tienen su significatividad para el cuadro total de la histeria, pero no son más constantes que los síntomas físicos tomados por separado, los estigmas. En cambio, las alteraciones psíquicas, que es preciso postular como base del status histérico, se despliegan por entero en el ámbito de la actividad encefálica inconciente, automática (Freud, 2006/1888, p.54).

Por otra parte, dentro de las características se encuentran los factores que promueven el desarrollo de la predisposición histérica, entre los cuales se puede mencionar: la educación inclinada a la feminización, la hipermaduración cognitiva en los niños, excitaciones violentas y frecuentes, junto con la predisposición hereditaria, apreciación que años más tarde se abandonaría. Además, se debe considerar las causas por las cuales se produce un estallido de ataque histérico: los traumas, diferentes emociones, preocupaciones, enfermedades agotadoras, intoxicaciones. Es decir todo aquello que produzca un efecto nocivo en el psiquismo del sujeto, son causales para que se presente un ataque histérico. Finalmente, la característica más importante de los síntomas histéricos es que tiene su etiología en el componente sexual “se debe admitir que unas constelaciones funcionales relativas a la vida sexual desempeñan un gran papel en la etiología de la histeria” (Freud, 2006/1888, p.56).

Ahora bien, los síntomas que se presentan en la histeria son: los ataques convulsivos, las perturbaciones de la sensibilidad, las perturbaciones de la actividad sensorial, parálisis, y contracturas, todas ellas relacionadas a las zonas histerógenas. Las zonas histerógenas son aquellos lugares hipersensibles del cuerpo humano que al ser estimuladas pueden desencadenar un ataque histérico, estos lugares pueden encontrarse desde en la piel como en partes más profundas, por ejemplo: mucosas, huesos, músculos, nervios, órganos de los sentidos, etc. Los ataques compulsivos consisten en: presión en el epigastrio, zumbido en los oídos, martilleo en las sienes, opresión en la garganta, vómitos; estas sensaciones se presentan autónomamente y por si solas son consideradas un ataque histérico. El ataque histérico está compuesto por tres fases, la primera fase se denomina epileptoide, su nombre se obtiene del parecido que se encuentra con un ataque epiléptico común; la segunda fase está compuesta por movimientos de gran amplitud como las contorsiones; y la tercera fase se denomina alucinatoria, durante esta fase el enfermo puede presentar posturas y gestos correspondientes a escenas apasionadas, acompañadas de verbalizaciones correspondientes, durante las cuales el enfermo puede mantener la conciencia o perderla, siendo la pérdida de la conciencia lo más frecuente.

Una característica principal que se encuentra en la histeria con relación a los síntomas, es que los síntomas encontrados en la histeria nunca se presentan de forma aislada, es decir, no se presenta un solo síntoma que dé cuenta de la presencia de una patología, no existe un síntoma singular originado de un trauma particular, al contrario,

son varios los síntomas que entrelazados entre sí, van señalando que el sujeto se encuentra gobernado por la enfermedad. Tampoco es un solo trauma el que genera los síntomas, es el conjunto de traumas parciales los que forman el conjunto de síntomas diferentes, que vistos en un solo cuadro clínico, muestran la presencia de alteraciones histéricas.

Las más de las veces no se tiene un síntoma histérico único, sino un conjunto de ellos en parte independientes entre sí, en parte enlazados. No se debe esperar un único recuerdo traumático y, como su núcleo, una única representación patógena, sino que es preciso estar preparado para encontrarse con series de traumas parciales y encadenamientos de ilaciones patógenas de pensamiento. (Freud, 2013/1895, p.293).

Dentro del tema del ataque histérico, Freud menciona cinco particularidades que se pueden evidenciar en el mismo. El primer lugar, es parte esencial y constante que en el ataque histérico exista el retorno de contenidos psíquicos que el sujeto ya ha vivido anteriormente, es decir, que debe existir el retorno de un recuerdo para que se de paso al ataque histérico. En segundo lugar, no existe arbitrariedad en el recuerdo que forma parte del contenido que provoca el ataque histérico, puesto que, es el retorno del recuerdo de la vivencia, es decir, el trauma psíquico, es lo que causa el estallido histérico. En tercer lugar, “el recuerdo que forma el contenido del ataque histérico es un recuerdo inconciente” (Freud, 2006/1892, p.189). Todos estos recuerdos de los que se habla escapan de la consciencia, puesto que el enfermo no tiene conocimiento consciente de estos contenidos psíquicos olvidados. En el tratamiento se trae estos contenidos a la conciencia, se los recuerda, y de esta manera el paciente toma pleno conocimiento del trauma, generando así, que cesen los ataques. En cuarto lugar, existen dos razones por las cuales estos recuerdos han sido olvidados de la conciencia y han ocupado un espacio en el inconsciente del sujeto, la primera razón es que el enfermo histérico quiere a propósito olvidar aquella vivencia que generó en él malestar, por lo que el recuerdo forma parte del inconsciente, promoviendo así que estos recuerdos se exterioricen en forma de ataques histéricos. La segunda razón es que los contenidos psíquicos fueron olvidados debido a que aquellas impresiones fueron recibidas durante un estado psíquico inhabitual, como extasiado, movido por algún afecto o en autohipnosis.

El histérico quiere olvidar adrede una vivencia, rechaza de sí, inhibe y sofoca violentamente un designio o una representación, por ello mismo estos ataques psíquicos caen dentro del estado de la conciencia segunda, exteriorizan desde entonces sus efectos permanentes, y el recuerdo de ellos retorna como ataque histérico” (Freud, 2006/1892, p.189-190).

Finalmente, en quinto lugar, el sistema nervioso se encarga de mantener los estímulos y excitaciones en forma constante mediante la tramitación psíquica de las mismas. En el caso de que no se haya podido dar la tramitación correspondiente, se desarrollan excedentes de excitación que si no son tramitadas por vías asociativas, se fijan y forman el trauma, que a su vez generará el estallido histérico. Este excedente de contenido psíquico excitatorio, no se tramitó debido a que el sujeto no pudo realizar esta tarea, sea por miedo a penosas luchas intelectuales, sea por prohibición social o porque el psiquismo estaba incapacitado para tramitar aquel contenido. Los traumas psíquicos son “toda vivencia que suscite los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico; y desde luego, de la sensibilidad de la persona afectada” (Freud, 2013/1893, p.31). Es decir, el trauma se crea a partir de una experiencia que provoque algún malestar psíquico en la persona, malestar que no se pudo tramitar y quedó fijado en el inconsciente. Además, no toda vivencia que genere estos malestares será considerada como trauma, ya que, dependerá de la susceptibilidad e historia de vida de cada sujeto, para que una vivencia sea considerada particularmente un trauma. Es por esta razón que Freud habla de varios traumas parciales que al unirse forma una exteriorización de efecto traumático. El acumulamiento de experiencias de contenido psíquico angustiante pueden ir desarrollando traumas pequeños, que al unirse o asociarse, forman un solo contenido que provoca el estallido histérico.

Continuando con los síntomas histéricos encontramos las perturbaciones de la sensibilidad que consisten en una anestesia o hiperestesia presente en las zonas histerógenas, son los signos más representativos de las neurosis, perduran en periodos de intervalo entre los ataques histéricos y se revisten de significado, es decir la zona donde se produce el malestar está ligada de alguna manera con el contenido psíquico central del origen de la histeria. Estas anomalías pueden ser de gran intensidad y extensión, sin embargo, los pacientes muchas veces no se percatan de su existencia o no le ponen atención, ya que, no impide el funcionamiento normal de sus actividades motrices, por tal razón la intervención del médico es oportuna y necesaria. “Las perturbaciones de la sensibilidad son aquellos síntomas sobre los cuales se puede fundamentar el diagnóstico de histeria aun en las formas más rudimentarias” (Freud, 2006/1888, p.49). Las perturbaciones de la actividad sensorial se manifiestan exclusivamente en las alteraciones de los órganos de los sentidos, por ejemplo alteraciones de la visión (estrechamiento del

campo visual), gusto, olfato y la sordera histérica, estas manifestaciones están relacionadas a las perturbaciones de la sensibilidad y pueden presentarse simultánea o aisladamente.

Por otro lado, las parálisis histéricas se diferencian de las parálisis orgánicas por el componente realmente alterado de una condición anatómica - fisiológica que las provoque. “Las parálisis histéricas no toman para nada en consideración el edificio anatómico del sistema nervioso, que, como es sabido, se traduce de la manera más nítida en la distribución de las parálisis orgánicas” (Freud, 2006/1888, p.50). Otra diferencia entre estas dos clases de parálisis es que al tratarse de una parálisis orgánica el sujeto pierde toda sensibilidad de la parte del cuerpo afectada, en contra posición, en la parálisis histérica se logra mantener la sensibilidad, aunque no el movimiento de esta parte del cuerpo. Así, la hemiplejía histérica (parálisis lateral de un miembro), la afasia histérica (trastorno del lenguaje caracterizado por la incapacidad de comunicarse mediante el habla, la escritura o la mímica), son los principales síntomas reconocibles de la neurosis histérica. Por último, las contracturas son estados de contracción sostenida de un músculo o región del cuerpo determinado. Se presenta en formas más graves de histeria, a diferencia de las contracturas orgánicas, estas son de gran intensidad y no cesan fácilmente ante la temperatura, la excitación o el estado del dormir.

Todos estos síntomas mencionados se pueden presentar conjuntamente o de forma independiente, en el mismo momento o en periodos de tiempo aislados. Igualmente los síntomas se van formando a partir de un conjunto de traumas parcializados que se entrelazan entre sí, para ir construyendo los contenidos psíquicos patógenos que desarrollarán la histeria. Freud señala que durante el tratamiento, estos síntomas llegan a empeorarse, agudizarse y muchas veces el paciente cree que no existe un efecto positivo de cura, ya que el tratamiento no sirve. Sin embargo, gracias a las observaciones de los casos clínicos se encuentra que es precisamente en los momentos de mayor intensidad y aparición constante de síntomas, que se van desanudando los contenidos psíquicos patógenos y se reelaboran otros contenidos psíquicos con diferentes significaciones que van desencadenando el conflicto psíquico que forma los síntomas.

La intensidad del síntoma (una inclinación al vómito, digamos) se incrementa cuando más hondo se entre en uno de los recuerdos patógenos pertinentes, alcanza la altura máxima poco antes de que estos últimos sean declarados, y desciende de repente tras una declaración completa, o aun desaparece por entero durante un tiempo (Freud, 2013/1895, p.301).

Los síntomas histéricos vienen a reemplazar la capacidad del sujeto de apalabrar sus contenidos psíquicos, es decir, los síntomas sustituyen la acción psíquica por la manifestación del malestar en el cuerpo, de esta manera se evidencia la conversión que caracteriza a la histeria. Por tal razón, cuando el paciente ha llegado a un momento álgido en terapia, donde el terapeuta ha logrado hacer consciente el material psíquico patógeno, que ayudará a resolver los síntomas, estos se agudizan dando la pauta de que el camino por donde se ha conducido el proceso de la terapia ha sido el correcto. Luego de que se ha logrado trabajar con cada uno de los contenidos patógenos (huellas mnémicas, pensamientos, recuerdos, etc.), darles una relectura y reconfigurarlos, sin dejar de lado ninguno o menospreciarlo; no se observará más, un empeoramiento en el estado del paciente.

2.4. El tratamiento de la neurosis histérica

Al hablar de tratamiento dentro de la neurosis histérica, se hace referencia a los recursos clínicos y métodos utilizados para promover una cura o alivio de los síntomas que se presenten en cada sujeto histérico. A medida que Freud va obteniendo mayor información sobre la histeria de los casos clínicos que somete a observación y estudio, descubre que en la histeria existe un falso no saber, puesto que, el paciente al querer evitar el malestar que le provocan todas las representaciones generadoras de dolor psíquico, reproche o vergüenza; olvida, reprime, y censura todas estas representaciones, cuyo fin es defender su aparato psíquico de contenidos angustiantes. Es así como el sujeto en una primera instancia, de manera poco conciente, posee el conocimiento del material patógeno que le provocó la histeria; es aquí donde la invención de un terapeuta más el trabajo de análisis cobra sentido, y genera cura en el enfermo, "... el no saber de los histérico era en verdad un... no querer saber, más o menos conciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar esa resistencia de asociación mediante un trabajo psíquico" (Freud, 2013/1895, p.276). Para 1888, Freud, en su texto "Histeria" menciona tres tipos de tareas a realizar dentro de una terapia de curación de la histeria, la primera tarea es realizar un tratamiento de la predisposición histérica, el segundo es efectuar un tratamiento de los estallidos histéricos y la tercera es cumplir un tratamiento con los síntomas histéricos.³

Según Breuer (1983-1985), es la acumulación de excitación y su acrecentamiento lo que genera perturbaciones en el estado anímico del sujeto. Todo sentimiento como: la

³ Explicación de las tareas, anexo 1

alegría, odio, venganza, tristeza, etc, tiene su lado psíquico y su lado corporal; partiendo de esta afirmación; el gritar, brincar, romper y lanzar cosas, la tensión muscular, el llanto, entre otros, son actos de desfogue de excitación reprimida frente a un evento específico, de esta manera se apacigua la emoción, liberando al sujeto de esa acumulación de energía; es decir, es posible que la excitación perturbadora sea drenada mediante actos de movimiento, puesto que, se observa la nivelación de este aumento de excitación anormal, por medio de la descarga motriz. Es así que el cuerpo interviene en las formas más básicas de exteriorización de emociones, mediante el movimiento, sin embargo, cuando toda forma de expresión se ve denegada u obstaculizada por completo, la excitación psíquica asciende con violencia y no es liberada mediante una actividad asociativa, ni motriz, se desarrolla reacciones anómalas, es decir, síntomas histéricos. “Es la excitación que no puede drenarse por las vías motrices y que ahora, inhibiendo cualquier otra actividad, se difunde por el encéfalo” (Breuer, 2013/1895, p. 218). Esta es la razón por la cual desahogarse por medio de la palabra y del cuerpo en un momento oportuno, facilitaría la ausencia o no desarrollo de la histeria. La descarga motriz a la par con el lenguaje son mecanismos que dan salida a los contenidos que preocupan y limitan al sujeto. Entonces, dentro del tratamiento, interviene tanto el cuerpo como posibilitador de movimiento que desfogue la energía reprimida y el lenguaje como liberador de los contenidos psíquicos perturbadores. Todas estas formas de exteriorización de contenidos psíquicos tienen como objetivo el establecimiento de equilibrio psíquico. Sin embargo el sujeto que posee mecanismos psíquicos suficientes para enfrentar los traumas, siempre encontrará otras vías para exteriorizar su malestar. “El mecanismo psíquico sano tiene por cierto otros medios para tramitar el afecto de un trauma psíquico, por más que le sean denegadas la reacción motriz y la reacción mediante palabras: el procesamiento asociativo, la tramitación por medio de representaciones contrastantes” (Freud, 2013/1893, p. 38).

Posteriormente, Freud influenciado por Breuer, empezó a utilizar el “método catártico” como técnica terapéutica para dar cura a la histeria “consiste en reconducir al enfermo, hipnotizado, a la prehistoria psíquica del padecer, constreñirlo a confesar {bekennen} la ocasión psíquica a raíz de la cual se generó la perturbación correspondiente” (Freud, 2006/1888, p.62). El método catártico se fundamenta en la abreacción, que es el proceso por el cual se descarga tensión emocional que se produjo por una represión, esta liberación puede ir asociada a un recuerdo desagradable alojado como conflicto en el

inconsciente, la abreacción se produce al revivir la experiencia emocional traumática que produjo la represión en el inconsciente y al poder verbalizar ese conflicto.

Los síntomas histéricos singulares desaparecían enseguida y sin retornar cuando se conseguía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso ocasionador, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, y cuando luego el enfermo describía ese proceso de la manera más detallada posible y expresaba en palabras el afecto (Freud, 2013/1893, p.32).

Los contenidos psíquicos que fueron apresados por la represión y a su vez olvidados, formando así parte del inconsciente; al ser verbalizados permiten dar solución a los síntomas histéricos, puesto que, el traer a la conciencia aquellos recuerdos, permite que el sujeto re signifique aquellos sucesos traumáticos, los despoje de afectos y los entienda desde nuevas perspectivas “el ser humano encuentra en el lenguaje un sustituto de la acción; con su auxilio el afecto puede ser «abreaccionado»...” (Freud, 2013/1893, p.34). El desahogarse tiene un efecto curativo en el sujeto histérico, pues de esta manera deja de investir de afectos al recuerdo que le causaba malestar. El quitarle el contenido afectivo a un recuerdo traumatizante, permite darle solución a los malestares, caso contrario, el contenido angustiante se fija y genera la histeria. “Cuando no se produce esa reacción de obra, de palabra, o mediante el llanto en los casos más leves, el recuerdo del hecho conserva en principio su tinte afectivo” (Freud, 2013/1893, p.34). Ahora bien, la forma en que el método catártico cumple su función de cura es mediante la cancelación de la acción de la represión sobre el contenido psíquico generador del síntoma, es decir, gracias a este método se liberan, se recuerda y se concientiza en el sujeto, el suceso fáctico del cual nació el contenido perturbador, dándole así una significación diferente y menos angustiante, lo que permite al histérico despojarse de sus malestares, devolviendo y aumentando en el sujeto su capacidad de resistencia.

Ahora se entiende el modo en que produce efectos curativos el método de psicoterapia por nosotros expuesto. Cancela la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, porque permite a su afecto estrangulado el curso a través del decir, y la lleva hasta su rectificación asociativa al introducirla en la conciencia normal... (Freud, 2013/1893, p.42).

En el capítulo cuatro, “Sobre la psicoterapia de la histeria” Freud (1895) realiza un recorrido del uso del método catártico, donde resalta las dificultades, los alcances, y la técnica, con las que se encuentra este método ya en la clínica. Una de las primeras dificultades encontradas por Freud fue que no todos los sujetos histéricos eran posibles de hipnotizar, cuya razón se encontraba en los distintos funcionamientos de los aparatos

psíquicos de cada sujeto, o simplemente esto se debía a que Freud no era particularmente bueno para ejercer el efecto hipnótico en sus pacientes. Claramente en esos tiempos, se necesitaba de la hipnosis para que el método catártico pudiera cumplir su función, finalmente se dejó de lado a la hipnosis, y se utilizó el método catártico por sí solo. Otra de las dificultades fue ver la necesidad de distinguir con mayor especificidad entre los síntomas característicos de la histeria y los signos que presentaban otros tipos de afecciones, ya que en ese momento, el método catártico estaba proyectándose al uso exclusivo de la histeria, debido a que, no se evidenciaba ningún efecto curativo en las otras clases de neurosis.

Continuando con las barreras encontradas en el método catártico, hallamos que este método no produce efectos directos en el núcleo de la formación de la histeria, es decir, este método actúa en el momento que el sujeto se permite re significar contenidos psíquicos pasados (traumas), más no modifica el recuerdo mismo del trauma, por tal razón, no impide que los síntomas antiguos transmuden y aparezcan nuevos síntomas “la eficacia del método catártico: no influye sobre las condiciones causales de la histeria, y por tanto no puede impedir que en lugar de los síntomas eliminados se generen otros nuevos” (Freud, 2013/1895, p.269). Sin embargo, esta dificultad encontrada en el uso del método catártico no hace que pierda valor, puesto que al encargarse estrictamente del síntoma y no de la causa del mismo, tanto paciente como médico logran evidenciar cambios en el síntoma y mejoras para el sujeto; por tal razón “el método catártico es de una idoneidad insuperable” (Freud, 2013/1895, p.269). Además, otro obstáculo particularmente importante y definitivo en el funcionamiento de este método es que pierde su eficacia frente a problemáticas vividas dentro de una estructura psicótica o perversa. De cualquier manera, Freud reconoce que el método catártico puede verse invalidado por otras razones aisladas que gobiernan particularmente al sujeto o que se encuentran en su medio exterior como: la presencia de enfermedades causadas por agentes externos, la falta de compromiso y paciencia por parte del paciente y sus familiares al no ver resultados rápidos frente al uso del método catártico, entre otros. Pese a todo lo anteriormente señalado, Freud insiste que al utilizar el método catártico siempre se generará un cambio, por más leve e imperceptible que sea este, en los síntomas que gobiernan al paciente.

Cuando se trata de histerias de trayectoria crónica, con una producción moderada pero incesante de síntomas histéricos, ahí es cuando uno aprende a lamentar más la

falta de una terapia de eficacia causal, pero también a estimar mejor el valor del procedimiento catártico como terapia sintomática (Freud, 2013/1895, p.271).

Otras dificultades que se encuentra en el método catártico son expuestas a continuación: este procedimiento terapéutico es muy trabajado y conlleva un tiempo prolongado, promoviendo que entre paciente y terapeuta nazca una simpatía necesaria para promover la cura. El método catártico es absolutamente inaplicable en casos de debilitamiento, retraso o dificultad mental, es decir, se necesita un sujeto con un nivel de inteligencia y funcionamiento de sus capacidades cognitivas básicas óptimas; además de su plena confianza y atención, para que el método tenga eficacia. En los años iniciales donde se empezó a utilizar este método, la hipnosis era el componente más necesario para ampliar la memoria y hacer que el método catártico se ponga en juego, sin embargo, la dificultad en el proceso hipnótico representa un obstáculo para llevar a cabo el método catártico (imposibilidad que desaparecerá con el tiempo, ya que posteriormente no se necesitará de la hipnosis).

Por otra parte, al hablar de los alcances del método catártico, se reconoce que sirve plenamente para diagnosticar el síndrome que presente el paciente, puesto que, permite conocer la historia vital del sujeto, encontrar los episodios de vida que pudieron generar el trauma y este a su vez los síntomas histéricos. Este método se establece en un primer momento como la forma de obtener datos que llevados a análisis pueden ser las razones etiológicas de las patologías que presente el sujeto.

Debo destacar una ganancia más debida al empleo de este procedimiento. No sé entender mejor un caso difícil de neurosis complicada, con mayor o menor contaminación histérica, que someténdolo a un análisis con el método de Breuer. De este modo se remueve todo cuanto muestre un mecanismo histérico; y entretanto, a raíz de este análisis, he aprendido a interpretar el resto de los fenómenos y a reconducirlo a su etiología, obteniendo así los puntos de apoyo para saber qué arma, entre la panoplia de la teoría de la neurosis, es la indicada en el respectivo caso (Freud, 2013/1895, p.273).

Al hablar de la técnica del método catártico encontramos que Freud utilizó para la cura de la histeria, la “técnica de asociación libre del pensamiento”, este procedimiento consistía en permitir al paciente que genere por sí solo asociaciones respecto a los síntomas que padecía, gracias a estas asociaciones verbales, era posible llegar al núcleo de información psíquica que generó el trauma y promovió el ataque histérico, para luego re significarlo y generar la cura. Freud indica que en los comienzos de la práctica de utilización de este mecanismo, presionaba la frente o cabeza de los pacientes, pidiéndoles

que se concentren en las imágenes mentales que les provocaba esta presión y que sin ninguna resistencia se sientan libres de apalabrar aquellas ideas e imágenes que se proyectaban en su pensamiento, sin importar si estos contenidos tenían orden o sentido. De esta manera la sugestión se facilitaba y el sujeto de manera libre y espontánea iba diciendo palabras en voz alta, cuyo contenido se asociaba con el material psíquico originario de los síntomas histéricos. Este proceso permitía mover las resistencias presentes en el psiquismo del sujeto, e ir creando enlaces entre los contenidos conscientes e inconscientes, generando así un mayor ensanchamiento de la consciencia, provocando la resolución de los malestares histéricos “La representación patógena supuestamente olvidada está aprontada siempre «en las cercanías», se la puede alcanzar mediante unas asociaciones de fácil tránsito; sólo se trata de remover algún obstáculo” (Freud, 2013/1895, p.278).

No es común que el material psíquico patógeno olvidado, cuyo contenido es el origen del evento traumatizante generador de los síntomas histéricos, se encuentre en la superficie del preconscious, no es un recuerdo fácil de traer a la conciencia; es gracias a la técnica de asociación libre que se va generando una cadena de contenidos mentales que están asociados al recuerdo original, esta cadena asociativa es el punto de partida que permite descubrir los contenidos más íntimos o abrir nuevas cadenas de pensamientos y recuerdos que se van hilando entre ellas, cada uno de estos recuerdos y pensamientos se presentan con el fin de significar algún contenido relacionado a la enfermedad, lo cual contribuye al tratamiento y consecuentemente a la cura. Sin embargo, es importante mencionar que no es precisamente la presión sobre la frente del paciente lo que facilita la cura, es la asociación propia, es decir, el hilar de pensamientos y recuerdos lo que permite encontrar los contenidos originales que dieron paso a síntomas histéricos, por lo que, posteriormente Freud abandonará el acto de presionar la frente y solo mantendrá la técnica de la asociación libre.

Freud, (1895) a medida que narra y ejemplifica, con los casos clínicos, la teoría explicada, va señalando que este método de tratamiento es un proceso que necesita de tiempo y paciencia para su funcionalidad. Dentro de la terapia, se tropieza con novedades que le dificultan obtener resultados rápidos y reconocibles para el paciente y para el terapeuta; encuentra así, que la resistencia juega un papel primordial en las dificultades del desarrollo de la terapia. Por tal razón, Freud comenta que veía imprescindible insistir constantemente a sus pacientes, para que ellos se esforzaran por exteriorizar los contenidos

mentales que ocupaban su pensamiento, sin que los escondan, guarden o cambien por temor o vergüenza, ya que sin la verdad de los contenidos psíquicos, el trabajo de análisis no cumplía con el efecto de cura. Era importante que el trabajo terapéutico se lleve a cabo con los contenidos psíquicos más espontáneos, poco meditados y más libres, es decir, estos contenidos son útiles cuando no se han visto atrapados por la represión y las resistencias. Es así donde el papel del terapeuta cobra mayor importancia y se nota su habilidad, puesto que sin la guía del mismo, no existiría trabajo terapéutico alguno.

Puesto que el enfermo sólo se libera del síntoma histérico reproduciendo las impresiones patológicas causadoras y declarándolas bajo una exteriorización de afecto, la tarea terapéutica consiste sólo en moverlo a ello y una vez solucionada esa tarea no le resta al médico nada más para corregir o cancelar. Todo cuanto le hace falta en materia de contrasugestiones ya se utilizó durante la lucha contra la resistencia. (Freud, 2013/1895, p.289).

El terapeuta, al utilizar el método catártico, es el encargado de promover que el paciente vaya recordando, hilando recuerdos e ideas y haciendo asociaciones, generando así que los contenidos dolorosos provocados por los traumas vividos, estén presentes en la conciencia, así podrá ir conduciendo y reconduciendo todo el material psíquico exteriorizado a través de las palabras. El sujeto enfermo debe ir reelaborando esta información, permitiéndose desbloquear todo aquel contenido reprimido que provocaba los malestares histéricos. “La terapia no consiste entonces en extirpar algo – hoy la psicoterapia es incapaz de tal cosa-, sino en disolver la resistencia y así facilitar a la circulación el camino por un ámbito antes bloqueado” (Freud, 2013/1895, p.271).

Por último, es necesario reconocer que el método catártico puede y se enfrenta con dificultades que pueden deberse a tres razones, la primera está relacionada a la equivocación del lugar donde se quiere recoger la información sobre los contenidos patógenos, ya que, es posible que el terapeuta esté realizando su investigación donde verdaderamente no existe ningún contenido asociado al trauma. La segunda dificultad se encuentra en la existencia de una resistencia tan fuerte por parte del paciente que no permita encontrar aquellos contenidos. Y la tercera hace referencia a la relación establecida entre enfermo y terapeuta, relación atrofiada que no favorece el trabajo terapéutico. Esta relación terapéutica se puede ver afectada por tres razones: que la paciente se sienta relegada o menospreciada por el terapeuta, por miedo de la paciente a crear una seria dependencia a la persona del médico, al punto de perder su autonomía, y por vergüenza de comunicar las representaciones penosas que la invisten en el momento de la terapia.

En conclusión, el tratamiento de las neurosis histéricas nació de la necesidad de sanar a las enfermas con histeria, los médicos interesados en estas alteraciones se vieron necesitados de un método específico que disolviera todos los síntomas presentes en sus pacientes. Freud inició utilizando los métodos comunes que se conocía en aquellos momentos, iniciando con tres tareas: realizar un tratamiento de la predisposición histérica, un tratamiento de los estallidos histéricos y un tratamiento con los síntomas histéricos. Posteriormente, Breuer trabaja con sus pacientes histéricas, con un nuevo método que llamó el “método catártico”, basado en la abreacción, proceso por el cual se descarga tensión emocional producida por una represión. Finalmente, Freud también utilizó este método sistematizándolo y reconociendo sus dificultades, avances y técnica, la cual consistía en la asociación libre. El objetivo principal de la terapia de la neurosis histérica es liberar al sujeto histérico de sus síntomas, malestares y dolores, realizando un trabajo intelectual de asociación de los contenidos psíquicos patológicos, permitiéndole al enfermo hacer conciencia de las reminiscencias, recuerdos y pensamientos que generaron el trauma, para desde ese conocimiento, resignificar, reelaborar y crear nuevos contenidos psíquicos que desanuden el conflicto creador de la histeria.

3. LA REALIDAD PSÍQUICA Y LA NEUROSIS HISTÉRICA A PARTIR DE LOS CASOS:

3.1. Caso Anna O

El caso que se analizará a continuación, fue estudiado por Joseph Breuer. Se trata de la Señorita Anna O cuyo nombre verdadero es Bertha Pappenheim. En 1883, Breuer le hizo partícipe a Freud en el caso, lo cual, permite entender la presencia de los síntomas y otorgar el diagnóstico de histeria, a las patologías presentadas en la paciente.

3.1.1. Datos de historia vital de la paciente

La señorita Anna O, tiene veinte y un años de edad al momento que llega a la terapia. Sus padres son sanos pero muestran nerviosismo frente a determinadas situaciones, la paciente también había mantenido una buena salud, sin mostrar nerviosismo en su niñez y adolescencia. El historial hace referencia a un hermano menor, sin embargo no se posee más datos sobre los integrantes que conformaban la familia de la paciente. Anna conservaba una inteligencia sobresaliente evidenciada en una intuición penetrante, sólida espiritualidad, dotes poéticas y manejo de la fantasía muy agudizadas y controladas por un entendimiento crítico y tajante, era difícil de sugestionar sin argumentos creíbles, de voluntad energética y persistente, mostraba bondad compasiva hacia pobres y enfermos, expresaba intensidad en la demostración de su estado de ánimo, y finalmente, lo sexual se evidencia no desarrollado.

Como predisposiciones psíquicas para que en Anna se organizara su psiquismo desde la estructura histérica se encuentra su excedente de movilidad y de energía psíquica que se desperdiciaba en la monótona vida familiar que vivía; además de, su soñar despierto habitual al que ella llamaba “teatro privado”, con lo cual se daba rienda suelta a las disociaciones que posteriormente se evidenciarán en el desarrollo de la enfermedad.

Desde aquella primera autohipnosis alucinatoria se acumularon las ausencias con amnesia total y fenómenos histéricos concomitantes, se multiplicaron las oportunidades para que se formaran nuevos síntomas de esta índole y para que los ya formados se afianzaran en una repetición frecuente. (Freud, 1895/2013, p.66).

3.1.2. Antecedentes de los síntomas

Los antecedentes que se evidencian en Anna previo al desarrollo y empeoramiento de su histeria son: perder la ilación de lo que estaba diciendo, necesitando repetir las últimas palabras pronunciadas, para poder volver a retomar la conversación. En otra

ocasión se le hizo presente una alteración en su vista, impedida de ver el color marrón real de su vestido, ella veía que aquel vestido era azul, sabiendo con plena consciencia que sus ojos le mentían. Al indagar en este síntoma y lograr que Anna hable sobre esto, Breuer encontró el antecedente de que ella había hecho una camisa de dormir para su padre enfermo con la misma tela de su vestido, pero de color azul, esta era la razón por la cual durante su enfermedad y específicamente en este suceso, veía a su vestido azul, cuando en realidad era marrón, estos dos episodios forman parte de un proceso de incubación psíquica que posteriormente desataría los síntomas.

Otro suceso, donde se puede evidenciar qué contenidos psíquicos (recuerdos) de sucesos del pasado se hacen presentes en las manifestaciones de los síntomas, fue cuando Anna se vio impedida de tomar agua, aunque tenía mucha sed, le era imposible tomar agua, acercándose a una hidrofobia. Al analizar el síntoma, Breuer logró que Anna recordara que sintió mucho asco una vez que vio a un perro beber agua de un vaso, este recuerdo se había enlazado con la hidrofobia recién manifestada, una vez traído ese recuerdo a la consciencia, se soluciona el malestar, y la paciente pudo volver a tomar agua sin problema. Otras ocasiones muy repetitivas, estaban relacionadas a las veces en que los síntomas se evidenciaban en la sordera de Anna. No oía entrar a las personas, no comprendía cuando hablaban varias personas a la vez, no oía cuando se dirigían exclusivamente a ella, se ponía sorda por sacudimiento, terror a un ruido y por mucho escuchar y espiar. Cada uno de estos síntomas estaban encadenados a sucesos de la realidad material que sirvieron de antecedente para la formación de los mismos, por ejemplo: el no escuchar que alguien entra se remontaba a una ocasión que no oyó entrar a su padre, el no entender cuando hablaban varias personas, no escuchar cuando le hablaban y temer ruidos extraños, también estaban relacionadas a ocasiones donde igualmente el padre intervenía, y la sordera por sacudimiento se anudaba a una vez que su hermano menor la había sacudido, antecedentes que influenciaron en los posteriores síntomas presentados en la paciente.

Otro antecedente importante en cuanto al lenguaje recae en el siguiente hecho, una noche mientras cuidaba al padre, entre sueños alucinó con unas serpientes que venían a atacarlo. Una vez superada la angustia por esta alucinación Anna quiso ponerse a rezar, pero le fue denegada toda posibilidad de habla, es decir, no le fue posible expresar oralmente sus rezos, hasta que pudo apalabrar una oración infantil en el idioma inglés, lo que le permitió seguir pensando y rezando en este idioma. Esto explica el por qué en cierto

periodo de la terapia, la paciente solo podía comunicarse en este idioma y olvidando por completo su lengua materna (el alemán). De igual manera el mutismo, la mezcla de idiomas, adormecimiento del brazo, y su posterior contractura, se enlazan a esta misma noche; eran los sentimientos de angustia, de dolor, ira y resentimiento por ser reprendida injustamente, y el no poderlos tramitar de una sana manera, que le llevaron a reprimirlos, generando todos los síntomas que se presentaron a-posteriori. La tos que también le molestaba, sobrevino del sentimiento de culpa que sintió al desear estar en una casa vecina donde escuchaba músicaailable y no junto al lecho de su padre enfermo, esta culpa despertó tantos autoreproches en ella que presentaba tos frente a cualquier ruido de música que lograba oír.

3.1.3. Descripción de síntomas

La enfermedad que se hizo presente en Anna O tuvo cuatro fases muy bien distinguidas, la primera fase fue la incubación latente, desde mediados de 1880, la cual reúne todos los sucesos vividos de la realidad material previamente a la aparición de los síntomas más agudos de la enfermedad, cada síntoma y alucinación se remontaban de alguna manera, a periodos donde Ana parecía estar sana, todos estos hechos fueron guardándose en su inconsciente para aflorar en determinados momentos, a través de síntomas o alucinaciones específicos.

La segunda fase consistió en la contracción manifiesta de la enfermedad: tos intensa, necesidad de reposo, seguida de un estado de adormecimiento y quietud, perturbaciones del área auditiva, perturbaciones en la visión como: diplopía (doble visión) con constantes dolores en la parte posterior izquierda de la cabeza, y ver inclinarse las paredes; parafasia, que es un trastorno del lenguaje que fue evolucionando constantemente a medida que se desarrollaba la enfermedad: cambiaba unas palabras por otras, faltaban pronunciar palabras al comunicarse, posteriormente perdió toda gramática, sintaxis y conjugación de verbos, mezclaba varias lenguas; y al intentar escribir se presentaban los mismos trastornos, hasta que las parálisis le impidieron hacerlo y finalmente adquirió un mutismo durante unas dos semanas. Posterior a esto, Anna tras poner en palabras ciertos malestares psíquicos, fue liberándose de estos síntomas, lo que provocó que pudiera comunicarse, pero exclusivamente en el idioma inglés aunque pudiera entender el alemán y el italiano, este suceso se acompañaba de una amnesia total, es decir, no recordaba nada de todo cuanto ella comunicaba en inglés. Además, la presencia de las parálisis por

contractura y graves alteraciones psíquicas (dos estados de conciencia separados, uno común y otro alucinatorio) también eran parte de los síntomas. En el estado de conciencia común, Anna se mostraba tranquila, amable, obediente, algunas veces estaba triste o angustiada (sensaciones que no superaban la normalidad); por otro lado, al estar en estado de conciencia patológico, Anna alucinaba, insultaba, arrojaba las almohadas, arrancaba los botones de cubrecamas y de la ropa. Todos estos sucesos no podían ser reconocidos por la paciente en estado de conciencia normal, ella presentaba unas lagunas dentro de su memoria que borraban todos aquellos recuerdos, es decir se ausentaba de su conciencia cuando entraba a su estado de inconsciencia alucinatoria; característica propia de la enfermedad histérica ya que Freud en 1893, ya había señalado con gran énfasis que para los enfermos histéricos no existía conciencia de sus actos, todo este material se encontraba en lo inconsciente.

La tercera fase fue un período de sonambulismo en diciembre del 1881. Y finalmente la cuarta fase consistió en la progresiva regresión a estos fenómenos. Los síntomas descritos, se presentaron de forma leve y fueron progresando paulatinamente desde que el padre cayó enfermo. Breuer empieza el proceso terapéutico, logrando una mejoría en los síntomas, sin embargo, a partir de la muerte del padre en 1882, se da un retroceso en todo el proceso terapéutico, provocando que síntomas como: un profundo estupor, estado alterado, contracturas en extremidades superiores e inferiores, estrechamiento en el campo visual (no reconocimiento de personas), ensimismamiento, enajenación, el hablar solo en inglés, aunque pudiera entender el francés e italiano, la somnolencia y el dejar de comer se presentaran nuevamente en Anna.

Otra recaída se manifestó cuando Breuer tuvo que hacer un viaje y suspender el tratamiento, a su regreso encontró que cada vez empeoraba más al punto de tener intensos impulsos suicidas, “Se había abstenido totalmente de comer durante ese tiempo, sentimientos de angustia la anegaban, en sus ausencias alucinatorias proliferaban figuras terroríficas, calaveras, esqueletos” (Freud, 1895/2013, p.52). Igualmente, durante un periodo de tratamiento posterior, se notó desmejoras y retrocesos por una nueva ausencia de Breuer, ya que, Anna se reusaba profundamente a contar sus historias a otra persona, tenía gran apego a su terapeuta y en su ausencia se dejaba morir. Otro ejemplo de esta dependencia es cuando a partir de una mudanza de domicilio, Anna pide a su terapeuta que cada noche le cierre sus ojos bajo hipnosis y sea el mismo cada mañana quien se los habrá,

para así evitar los terrores nocturnos que asechaban su psique cada noche por encontrarse en un lugar desconocido y nuevo para ella, (todos estos temores estaban relacionados psíquicamente con el padre). Posteriormente Freud explicaría esta característica, como un amor de transferencia, es decir, una dependencia y/o enamoramiento exagerado hacia el terapeuta. Es por esta razón que nuevamente ante este periodo largo de ausencia de Breuer (por vacaciones), Anna nuevamente mostró un deterioro representativo, lo que obligó a Breuer a intensificar las horas de narración de sus historias fantaseadas. Seguido a esto, la paciente comienza a revivenciar todas las experiencias vividas un año atrás, manifestando así nuevamente todos los síntomas que la aquejaban antes de la muerte del padre y después de esta, lo que hacía que sus ausencias y alucinaciones se remontaran específicamente a lo que vivió en la realidad material de aquellos tiempos.

Esos dos estados, decía, ya no difirieron meramente como antes, a saber, que en uno (el primero) ella era normal y en el segundo alienada, sino que en el primero vivía como los demás en el invierno de 1881-82, mientras que en el segundo vivía en el invierno de 1800-81 y había olvidado por completo todo lo sucedido después. Sólo la conciencia de que el padre había muerto parecía quedarle... (Freud, 1895/2013, p. 57).

3.1.4. Etiología de los síntomas

La etiología de la patología manifestada en Anna, recae en la repentina enfermedad (absceso subpleural) del padre, que es la razón principal, que desata los síntomas de Anna, “desentrañar los síntomas equivale a comprender la enfermedad” (Freud, 1917/2009, p.326)”. Con la muerte de su amado padre, todos aquellos síntomas resueltos se fortificaron y empeoraron, mostrando así una recaída profunda de todos estos malestares. “El 5 de abril murió su padre, endiosado por ella, y a quien en el curso de su propia enfermedad sólo había visto por breve tiempo y raras veces. Era el más grave trauma psíquico que pudiera afectarla” (Freud, 1895/2013, p.51). De igual manera, con respecto a la somnolencia que empezaba con la siesta y se extendía hasta el anochecer, se puede encontrar su etiología en el cuidado del padre enfermo, ya que Anna durante varios meses antes de que se evidencie su enfermedad, pasaba periódicamente junto al lecho de su padre, cuidándole angustiosamente sin dormir durante las noches, lo que posteriormente se trasladó como síntoma de su propia enfermedad. Según Freud (1914), es el padre quien mediante su intervención en el proceso de la castración, organiza estructural y psíquicamente al sujeto, lo que se puede evidenciar claramente en este caso, puesto que, es la relación con el padre amado y cercano a quien ella tiene muy idealizado lo que genera

todos los síntomas de la paciente, y la sumerge en una aguda histeria. “La angustia de castración desempeña un papel extraordinariamente grande en la perturbación del vínculo con el padre en el caso de nuestros neuróticos jóvenes” (Freud, 1914/2011, p.154).

3.1.5. Tratamiento

El hecho básico de que los síntomas de los histéricos dependen de escenas impresionantes, pero olvidadas, de su vida (traumas); la terapia, fundada en él, que consiste en hacer recordar y reproducir esas vivencias en la hipnosis (catarsis); y el poquito de teoría que de ahí se sigue, a saber, que estos síntomas corresponden a una aplicación anormal de magnitudes de excitación no finiquitadas (conversión). (Freud, 1914/2012, p.8).

Con todos los síntomas anteriormente nombrados, Breuer comienza el proceso terapéutico con Anna, basándose en el entendimiento de que algo mortificador causaba en su paciente tan variados signos patológicos. Breuer empieza su tratamiento haciendo que su paciente ponga en palabras todo aquello que le causaba malestar y dolor, encontrándose en el camino con muchas resistencias en la paciente, sin embargo, una vez resuelto esto, la paciente comenzó a apalabrar sus contenidos psíquicos, y cedían paulatinamente sus síntomas, aminoraban sus dolores e iba adquiriendo movilidad, al punto que, podía abandonar su cama, y reincorporarse poco a poco a sus actividades. Después de un tiempo practicado este método, desarrolló una técnica que le servía para progresar en el tratamiento. Cada mañana la visitaba y la hipnotizaba, para recoger anotaciones de palabras claves, de los difusos recuerdos de las alucinaciones que ella podía manifestar, relacionados a sus síntomas; y por las noches, la inducía nuevamente a hipnosis, lo cual facilitaba la narración completa y ordenada de cada historia alucinada y/o recordada, cuyo contenido tenía constante relación con la enfermedad y muerte del padre. Se notaba claramente que después de cada intervención terapéutica, Anna manifestaba alegría, tranquilidad, claridad de pensamiento, podía trabajar, dibujar y escribir con pleno uso de la razón.

Muchas veces Anna acumulaba historias para contar a su terapeuta, sin embargo se le dificultaba poner en palabras estos contenidos, es allí donde la intervención de Breuer adquiría mayor uso, puesto que él debía valerse de varios artificios para promover que la paciente pueda hablar. Era en definitiva la “limpieza de chimenea”, como Anna llamaba humorísticamente a la cura por conversación, lo que realmente provocaba gran alivio, tranquilidad, y cura de síntomas. Fue gracias al tratamiento, cuya técnica era: bajo estado

hipnótico hacer narrar las historias alucinadas con anterioridad, lo que permitía una mejora en líneas generales, sin embargo la intervención de un médico amigo, el doctor B y la presencia de un perro que estaba involucrado en las terapias, fueron de gran ayuda para la evolución y disolución de los síntomas.

Por otro lado, se notaba claramente que durante el tratamiento terapéutico, en periodos que Breuer debía ausentarse, Anna desmejoraba notoriamente, lo que llevaba al terapeuta a trabajar dedicando mayor tiempo y esfuerzo a la terapia, se valía de artificios, debía decir él las palabras exactas con las que siempre Anna comenzaba sus narraciones, para que ella pueda apalabrar sus historias y de esta manera igualar todo el cúmulo de material psíquico no expresado mediante palabras, generando así nuevamente tranquilidad y estabilidad en Anna. Finalmente, luego de cada una de estas recaídas, por la muerte del padre y por cada una de las ausencias de Breuer durante el tratamiento; se hizo presente este periodo en el que ella vivía constantemente entre las vivencias actuales, y sus recuerdos alucinatorios de las vivencias del año anterior. Este periodo fue la antesala para que se abriera paso al periodo de sanación definitivo, la enfermedad cesó para junio de 1882. Entonces, Breuer por medio de la hipnosis, la narración de los contenidos psíquicos, y la concientización de los sucesos generadores del trauma, logró liberar a Anna de su enfermedad; se reconoce que el camino de la cura no es un camino que fluye fácilmente, al contrario se encuentra con un sinnúmero de obstáculos y retrocesos que angustian y desmotivan tanto a la paciente como al terapeuta, esta desmotivación lleva muchas veces al abandono de la terapia y por consecuencia al empeoramiento del enfermo.

Los fenómenos histéricos se disipaban en esta enferma tan pronto como en la hipnosis reproducía el suceso que había ocasionado el síntoma -, a partir de allí, pues, se desarrolló un procedimiento técnico-terapéutico que no dejaba nada que desear en materia de consecuencia lógica y de realización sistemática. Cada síntoma de este enredado cuadro clínico fue abordado por sí; el conjunto de las ocasiones a raíz de las cuales había emergido fueron relatadas en secuencia inversa, comenzando desde el día anterior a aquel en que la paciente cayó en cama y yendo hacia atrás hasta el ocasionamiento de su primera emergencia; hecho esto, el síntoma quedaba eliminado para siempre. (Freud, 1895/2013, p.59).

3.1.6. Realidad Psíquica

La subjetividad de pensamientos y la capacidad agudizada de fantasear se evidencian constantemente en Anna O, ella manifiesta tener facilidad para entrar en sueños diurnos, sin perder la conciencia de la realidad exterior que la rodea, de esta manera se evidencia que la realidad psíquica coexiste con la realidad material, en la cotidianidad de la

existencia de la paciente. “Cultivaba sistemáticamente el soñar diurno, al que llamaba su «teatro privado». Mientras todos la creían presente, revivía en su espíritu unos cuentos: si la llamaban estaba siempre alerta, de suerte que nadie sospechaba aquello” (Freud, 1895/2013, p. 47-48). Los contenidos alucinatorios presentes en los momentos más álgidos de la enfermedad de Anna, están relacionados a momentos ocurridos en el campo de lo real material. En este caso es fácilmente reconocible la estrecha relación y fluctuación que existe entre la realidad material y la realidad psíquica, puesto que, lo psíquico depende de lo material para su elaboración y a la vez desde el campo mental se entiende lo sucedido en el exterior. Aquí se encuentra una ejemplificación clara de lo antes mencionado: Anna, una de las noches que velaba a su padre enfermo al pie de la cama, entró en una ensoñación leve que le llevó a alucinar con finas serpientes negras que atacaban a su padre, ésta vivencia alucinada, tenía su fundamento en la visualización de estas serpientes en un sector cerca de su casa, es decir, la alucinación tenía una base en la realidad material para su desarrollo. Desde allí, durante el transcurso de su enfermedad se repetían alucinaciones relacionadas a este hecho, por ejemplo, al ver su cabello, dedos o cintas, de modo automático las relacionaba con estas mismas serpientes. Tras esto ella misma entendía lo absurdo de sus pensamientos y en sus momentos de claridad mental se quejaba de las oscuras atrocidades que ahogaban su cabeza. Todos estos contenidos psíquicos eran propios de la realidad psíquica, mas no de la realidad material, ya que, en lo cotidiano, externo, no se encontraban materializados todos estos contenidos encontrados en las alucinaciones, y es mediante los síntomas de sordera, falta de visión, problemas en el habla que se evidencia un malestar psíquico.

En momentos de claridad total, se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoes, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo, etc. (Freud, 1895/2013, p. 50).

Por otro lado, Breuer señala que durante los últimos meses de terapia, Anna creaba constantemente nuevas historias para contárselas a él cada atardecer que se establecía el momento terapéutico, estas historias de origen alucinatorio, devenían de la realidad material, pues al caer el padre enfermo, ella se autoproclama como la responsable del cuidado del enfermo y todas estas historias inventadas psíquicamente estaban relacionadas a mujeres jóvenes, angustiadas y entregadas fielmente al cuidado de su enfermo. Breuer observaba que cada narración poseía un talante poético, sin embargo, ante la muerte del padre, estas historias se volvieron más trágicas y angustiantes, perdiendo su carácter de

creación poética. Aun así, se evidenciaba que el narrar estas historias ajenas a la realidad material, tranquilizaba, armonizaba y aliviaba en gran medida a la paciente. “Pero ya he descrito cuán completa era la liberación de su psique después que, sobrecogida de angustia y horror, había reproducido y declarado todas esas imágenes terroríficas” (Freud, 1895/2013, p. 54). En algunas situaciones debía contar dos y tres historias que acumulaba, para que de esta manera se logre el efecto terapéutico esperado.

Con respecto a todos los síntomas es necesario aclarar que para Breuer todos los acontecimientos narrados, traídos a la consciencia mediante hipnosis, eran reales a nivel material, es decir, él estaba completamente seguro que cada uno de los antecedentes que influenciaron en la creación de los síntomas, sucedieron en la realidad fáctica, convencimiento que proviene de la exactitud y minuciosidad con la que Anna narraba tales recuerdos. “Yo hallé a la enferma siempre enteramente veraz y confiable; las cosas relatadas se entramaban de la manera más íntima con lo que era más sagrado para ella; se corroboró por completo todo cuanto admitía el control de otras personas” (Freud, 1895/2013, p.66). Aún así, reales o no estos sucesos en la realidad material, eran totalmente reales en la realidad psíquica, y más aún, el desanudamiento de estos sucesos, realizado gracias a la narración de los mismos, era lo que promovía la cura.

3.2. Caso Dora

El caso que se analizará a continuación, fue estudiado por Sigmund Freud. Se trata de la Señorita Dora cuyo nombre verdadero es Ida Bauer. En 1900, Freud conoce a la paciente e inicia el tratamiento, y en 1905 se publica la redacción de este caso clínico, siendo en Abril de 1902 la última vez que Dora acude a la terapia con Freud.

3.2.1. Datos de historia vital la de paciente

En el año 1882 nace Dora, a los dieciséis años conoce a Freud por primera vez y a los dieciocho años de edad comienza su terapia psicoanalítica que duraría tres meses. Era una jovencita inteligente, dominante, con la rebeldía propia de su edad. Tenía desde muy pequeña gran apego a su padre, manteniendo una relación muy estrecha de ternura hacia él y la familia paterna (dos tíos). Su familia nuclear estaba conformada por su padre, su madre y un hermano, un año y medio mayor a ella. El padre, un hombre dominante, inteligente, de carácter fuerte, vivaz y con dotes para la industria, presentó algunas enfermedades importantes como: tuberculosis, desprendimiento de la retina y un ataque de

confusión con parálisis y ligeras perturbaciones psíquicas, por esta última enfermedad, el padre es atendido por Freud.

Por otro lado la madre de Dora es descrita como una mujer poco inteligente, que limitó sus objetivos de vida a los quehaceres del hogar, llegando a una obsesión obstinada por la limpieza del hogar, “concentró todos sus intereses en la economía doméstica, y así ofrecía el cuadro de lo que puede llamarse la «psicosis del ama de casa»” (Freud, 1905/2011, p. 54). Es pertinente comentar que la madre ignora su enfermedad, lo que provoca que mantenga una relación conflictiva o inamistosa con su única hija; por su parte Dora critica duramente a su madre. Esta señora siempre está distante de su esposo, no lo cuida ni ayuda durante el desarrollo de sus enfermedades. El único hermano mayor de Dora, había sido un modelo a seguir para ella, sin embargo, en los últimos años se habían distanciado por riñas familiares, ya que, este hermano siempre estaba a favor de la madre, y por su lado, Dora siempre estaba de acuerdo con su padre. Es así como Dora, al mantener relaciones muy estrechas con la familia paterna, al evidenciar todas las patologías encontradas en el padre, además de la mala relación con su madre y hermano, provocaron que inconscientemente, sea influenciada por estos sucesos de la realidad material.

Otros datos importantes con respecto a los antecedentes de la historia de Dora es la estrecha relación que tenía su familia con la familia K que estaba formada por el padre, la madre y sus dos hijos pequeños, quienes eran cuidados por Dora. El padre de Dora mantenía una relación íntima (extramatrimonial) con la señora K y por su lado, el señor K mostraba gran empatía y atención hacia Dora, estas relaciones confusas y mal vistas, generarían las afecciones histéricas que padecería Dora. Finalmente, una última persona su Gobernanta entra a ocupar un importante rol dentro del historial clínico de Dora, esta señora era muy leída y liberal, ella es la fuente de la cual Dora adquiere todos sus conocimientos acerca del coito, las relaciones sexuales y todas sus particularidades. Cuidaba a Dora solo con el fin de estar cerca del padre de la misma, ya que estaba enamorada de él.

3.2.2. Antecedentes de los síntomas

Los antecedentes encontrados en el caso de Dora están relacionados a las constantes enfermedades del padre y los acontecimientos que experimenta en el ámbito sexual. El padre de Dora contrae sífilis antes del matrimonio, Dora al enterarse de esto genera

síntomas que se relacionarán a este saber. Cuando Dora cumple seis años de edad el padre enferma de tuberculosis, lo que provocó que la familia se mudara a una pequeña ciudad llamada “B”, donde el clima favoreció para que el padre tenga una rápida recuperación, por esta razón, B se volvió su lugar de residencia permanente de la familia durante diez años. A la edad de siete años Dora presenta enuresis y a los ocho años le aqueja una disnea aguda. Cuando la niña cumplió alrededor de diez años el padre enferma nuevamente, esta vez un desprendimiento de retina imposibilita al padre causándole una disminución de la visión permanente. Dos años después, cuando Dora tenía doce años de edad, el padre padece de una afección más grave, un ataque de confusión, acompañado de manifestaciones de parálisis y perturbaciones psíquicas. Gracias a esta última enfermedad, el padre conoce a Freud, quien lo atiende como paciente, esto abrirá las puertas para que posteriormente Dora sea tratada por Freud.

Posteriormente, a los catorce años de edad, Dora experimentaría la escena del beso, que sucede gracias a que el señor K, invita mediante engaños a Dora a presenciar un desfile religioso, en esta oportunidad el señor K había organizado todo para tener un momento a solas con Dora y así sorprenderla con un beso. A los dieciséis años, Dora acude por primera vez al consultorio de Freud, pero no se realiza un análisis. En ese mismo año ocurre la escena del lago, este suceso hace referencia a un día que Dora y el señor K salieron a caminar por las cercanías de un lago, donde Dora y su familia estaban vacacionando gracias a la invitación de los K, en esta ocasión el señor K le hizo una propuesta amorosa a Dora. Esto hace que Dora le pidiera a su padre que se alejaran de esa familia. A los diecisiete años Dora y su familia abandonan B y se trasladan a la ciudad donde el padre tenía su fábrica. Finalmente, Dora cumple dieciocho años y ella junto a su familia se trasladan a Viena. Cierta día los padres de Dora encuentran una carta donde se despedía de ellos para suicidarse, los padres comunicaron esto a Freud, que ya estaba realizando el proceso de análisis con Dora. El tratamiento dura tres meses, tiempo suficiente en el cual se logra desanudar la etiología de sus malestares, el análisis se ve interrumpido por decisión propia de Dora.

3.2.3. Descripción de síntomas

El historial clínico de Dora enumera varias enfermedades que se evidenciaron en ella desde muy pequeña. Freud indica que la mayoría de patologías que se encontraron en su infancia estaban relacionadas a enfermedades leves propias en el desarrollo de los niños,

sin embargo, puntualiza que existía la particularidad de que Dora enfermara siempre después de que su hermano enfermaba, pero que en Dora estas enfermedades infantiles se agudizaban. A partir de esto, se encuentran enfermedades que se anudan directamente a eventos que generaron cierto trauma en su psiquismo. Así, a los siete años presenta enuresis, a los ocho años a partir de una visita a una montaña se le presenta una disnea aguda. A los doce años sufre de migrañas, a los dieciséis por medio de un catarro común desarrolla ataques de tussis nerviosa, a los diecisiete tras la muerte de la tía, se le presentan unos fuertes cuadros febriles y dolores abdominales relacionados al ciclo menstrual, que al agudizarse, en ese momento fueron diagnosticados como una apendicitis, a los dieciocho presentaba tos y afonía (que se compensaba con una escritura fluida). Dentro de los síntomas histéricos, además de todos los anteriormente mencionados, están una pérdida de conocimiento acompañada de amnesia, desazón, presión en el tórax, ascos, alucinaciones olfatorias, horror a los hombres que se veían tiernos acompañados por su pareja, entre otros pequeños malestares.

3.2.4. Etiología de los síntomas

Dora presenta una variedad de síntomas histéricos desde su infancia. En el trabajo terapéutico que Dora realiza con Freud, se descubre cómo cada uno de esos síntomas están relacionados a más de una causa o conflicto que sostuvieron el síntoma. Además, Freud sostiene que intervienen factores constitucionales y circunstanciales en las formaciones de síntomas. Cronológicamente, se sabe que en su temprana infancia Dora tenía enuresis, mojaba la cama hasta alrededor de los 8 años. Freud interpreta este síntoma como debido a una primera represión que hizo su efecto sobre la masturbación infantil de Dora, posteriormente este síntoma cesa, apareciendo otro en su lugar. La disnea (ataques de sensación de falta de aire) es un síntoma que la acompañará por largo tiempo. Luego, alrededor de sus doce años, a la disnea se une una tos nerviosa persistente y migrañas, desapareciendo estas últimas alrededor de sus dieciséis años.

Pasado cierto tiempo, cuando estaba ya establecida la relación de Dora con el señor K y su familia, Dora presentaba frecuentemente crisis de tos nerviosa junto con afonía. Freud interpreta estos síntomas como un mensaje reprimido de Dora, puesto que, al estar enamorada del señor K, enfermaba cuando éste viajaba y sanaba cuando regresaba. Así, Dora representaba que no era necesario hablar en ausencia del señor K (afonía),

desarrollando una buena habilidad para la escritura, lo que le servía para comunicarse por correspondencia con el señor K. Además, se dieron otras interpretaciones a la tos como: la identificación de Dora con su padre enfermo y como analogía de los sonidos emitidos por la pareja durante el coito. De este último factor, Freud dice que Dora seguramente espió con los oídos a sus padres en esta situación y de ahí que haya remplazado la enuresis con un síntoma respiratorio en su infancia. Asimismo, esto corroboraba su teoría de que los síntomas eran un sustituto de la satisfacción sexual normal. Así, la tos y algunos espasmos abdominales durante su niñez eran también sustitutos de la masturbación infantil reprimida, entre otras cosas. Otro síntoma de Dora, analizado por Freud era algo que llamaban *fluor* y que se refiere a una secreción vaginal constante. En análisis se interpreta que este síntoma también se enlaza con la masturbación infantil, como señal de su quehacer y de su represión. Además se enlazaba con una identificación de Dora con sus padres, ya que se había enterado que su padre sufría de una enfermedad venérea que contagió a su madre, quien manifestaba el mismo síntoma.

A sus catorce años de edad, Dora presentó otros síntomas. En ocasiones tenía alucinaciones olfativas de humo, sentía presión en el tórax y reaccionaba con asco a lo que debiera responder con excitación sexual. Estos síntomas fueron explicados en análisis por un suceso en el que el señor K besó a Dora. El olor a humo se explica porque el señor K era fumador y la presión en el pecho, juntamente con el asco eran las secuelas de la reacción de Dora ante ese beso. Reprimiendo lo sexual y su atracción por el señor K, en lugar de sentir placer al ser abrazada por un hombre sexualmente excitado (pene erecto), ella reacciona con asco y reprime lo sexual de esta escena. Es así como la sensación de presión en el tórax, estaba destinada a reemplazar lo que probablemente sintió: la erección del señor K al abrazarla. De igual manera, otro síntoma ligado con este acontecimiento es que Dora evitaba pasar cerca de hombres en la calle, en especial si estaban siendo tiernos con una pareja. El síntoma del asco estaba sostenido también por el hecho de que su padre tenía una enfermedad venérea, Dora se había hecho la idea de que todos los hombres tenían enfermedades “asquerosas” de las que debía cuidarse. Pero, el contenido de todo esto reprimido con más fuerza era su propia atracción y enamoramiento hacia el señor K.

Años más tarde y nueve meses después del incidente del lago con el señor K (en el que Dora dio una cachetada a éste después de una propuesta amorosa hecha por él), Dora

presenta otro síntoma histérico. Se aqueja de un dolor abdominal y fiebre, cuyo diagnóstico inicial fue apendicitis, luego este dolor se mezcló con el del útero porque iba a tener su período. Estos síntomas fueron cesando pero dejaron una secuela por cierto tiempo, Dora arrastraba su pierna derecha, no podía caminar bien con ella, lo cual cedió con el tiempo. En análisis se logra interpretar todo este conjunto de síntomas como una “enmienda” que Dora quiere hacer inconscientemente a esa vivencia en el lago con el señor K. Su cuerpo interpreta lo que inconscientemente hubiera deseado que pase: ella, enamorada, cede ante la propuesta amorosa del señor K., de lo que incluso podría resultar un embarazo cuyo parto Dora escenifica con su síntoma.

Dora, a los dieciocho años, fue llevada por su padre a terapia con Freud, en ese momentos los síntomas que la aquejaban eran: los ataques de tos y afonía, el constante ánimo decaído e irritable, tedio y poca sociabilidad, una carta de despedida que encontraron los padres en la que parecía entreverse intenciones suicidas de Dora, y un desmayo con pérdida de conocimiento en una ocasión en la que Dora estaba hablando con su padre. Luego se descubre que muchos síntomas de Dora se sostenían por ciertos propósitos, es decir cada síntoma tenía un sentido y un fin. Con su enfermedad quería convencer al padre de que corte su relación con la señora. K., Dora se vengaba del padre con su enfermedad por no hacer lo que ella le pedía. Además, su petición estaba relacionada a toda la historia con los señores K. Dora quería vengarse también de ellos, por haberla puesto en ridículo al decir que la escena del lago era invento de ella. El deseo reprimido y por tanto no apalabrado de Dora era que el señor K la cortejara seriamente, que quisiera divorciarse de su esposa y casarse con ella. Freud menciona que justamente en la histeria, la enferma no puede formular su demanda de amor, y en lugar de ello presenta síntomas. “un síntoma tiene más de un significado y sirve para figuración de varias ilaciones inconcientes de pensamiento” (Freud, 2011/1905, p. 42).

Asimismo, respecto a la tos con afonía que se presentaba y ausentaba en Dora, Freud la relaciona con la ausencia y presencia del amado (señor K) quien ejercía gran influencia. La duración media de estos síntomas eran de tres semanas, lo que duraba la ausencia del señor K, por lo tanto con sus enfermedades demostraba su amor por K. “Cuando el amado estaba lejos, ella renunciaba a hablar; el hacerlo había perdido valor, pues no podía hablar con él. En cambio, la escritura cobraba importancia como el único

medio por el cual podía tratar con el ausente”. Significaba todo lo contrario de la conducta de la señora K. “Si yo fuera su mujer, lo amaría de manera totalmente diversa; enfermaría (de nostalgia) cuando él partiera de viaje, y sanaría (de contento= cuando regresara a casa)”.

Otra manifestación relacionada con esto es los celos que Dora tenía hacia su padre, hacia el señor K, hacia otras personas e incluso hacia Freud en transferencia. Estas manifestaciones estaban ligadas con la demanda de amor no formulada en la histeria de Dora. Otra particularidad encontrada en Dora eran sus pensamientos persistentes e hipervalentes sobre la relación de su padre con la señora K. Durante algún tiempo, Dora decía que no podía pensar en otra cosa. En análisis se nota como este síntoma encubría un pensamiento inconsciente que era lo que en realidad aquejaba a Dora más profundamente: su enamoramiento con el señor K. Para defenderse de esto y reprimirlo, actuaba como si estuviera enamorada de su padre. Finalmente, el análisis se vio interrumpido ya que por transferencia Dora abandonó la cura. Así, en transferencia, se vengaba de Freud como de los otros hombres de su vida que la habían decepcionado de alguna manera. Sin embargo, quince meses después, Dora busca a Freud para que la cure de un nuevo síntoma: neuralgia facial. Esto fue interpretado como un autocastigo que Dora se impuso por haberse vengado de Freud al abandonar la cura y por haber dado una bofetada al señor K en el lago en lugar de corresponderle el amor. Parecería ser que luego de esta nueva intervención Dora sanó.

3.2.5. Tratamiento

El tratamiento establecido para la resolución de los síntomas en Dora, fue exclusivamente el análisis, es decir, el poner en palabras los malestares, abreaccionar contenidos psíquicos, hacer catarsis y extender la consciencia, fueron los objetivos base de este proceso terapéutico. La paciente tenía un considerable componente patológico heredado por parte principalmente paterna, e igualmente materna, esto es muy importante durante el tratamiento. Freud respecto a la escena donde el señor K le roba un beso cuando tenía 14 años, resalta que al ser esta una situación que en una muchacha virgen de 14 años provocaría una nítida sensación de excitación sexual, Dora sintió un violento asco, y guardó en secreto esto hasta su confesión durante la cura. Freud menciona que en esta escena, la conducta de la niña de catorce años es ya totalmente histérica, como toda persona que sea o no capaz de producir síntomas somáticos, ya que una ocasión de excitación sexual provoca exclusivamente sentimientos de displacer. También menciona

que una serie de reproches dirigidos a otras personas hacen sospechar la existencia de una serie de autorreproches de idéntico contenido: Dora dirigía a su padre reproches que estaban enfundados o envueltos con un autorreproche, tenía razón en que su padre no quería aclarar la conducta del señor K. hacia su hija para no ser molestado en su relación con la señora K, pero ella había hecho exactamente lo mismo se había vuelto cómplice de esa relación. Freud llama la atención de la paciente haciéndole caer en cuenta de que su actual enfermedad respondía a motivos que se relacionaban al deseo de que el padre se alejase de la señora K, como no lo lograba mediante ruegos y argumentos, se presentaban las escenas de los desmayos y si nada de esto servía al menos se vengaría de él. Si el padre le hubiera declarado que sacrificaba su relación con la señora K. en bien de su salud, habría sanado enseguida. Ya que no era así, para Dora el enfermarse ahorra ante todo, una operación psíquica, era la solución económicamente más cómoda en caso de conflicto psíquico: “refugio en la enfermedad”.

Cuando Freud le pregunta a Dora, si consideraba que existe el uso de otros órganos que los genitales para el comercio sexual, dijo que sí, pensando justamente en aquellas partes del cuerpo que en ella se encontraban irritadas (garganta, cavidad bucal). Con su tos, respondía al estímulo de un cosquilleo en la garganta que en ella representaba una situación de satisfacción sexual. Lo que indica que un síntoma corresponde a varios significados simultáneamente. Además se nota la presencia de un pensamiento “hiperintenso”, sentía con toda seguridad que lo que pensaba acerca del papá reclamaba una apreciación particular, ya que, constantemente decía “no puedo pensar en otra cosa”, se quejaba muchas veces de que intentaba pensar como su hermano, quien le decía que los hijos no tienen el derecho a criticar estos actos del papá. Para Dora la raíz de su preocupación compulsiva por la relación extramatrimonial del padre, le era desconocida, su conducta rebasaba la esfera de una hija y obraba como una mujer celosa. Evidentemente ocupaba el lugar de la madre, al ser esta una esposa insuficiente.

Por otro lado el tema de la transferencia juega un papel importante en el transcurso de este análisis, Freud explica que las transferencias:

Son reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías, que a medida que el análisis avanza no pueden menos que despertarse y hacerse conscientes; pero lo característico de todo el género es la sustitución de la persona anterior por la persona del médico”. (Freud, 2011/1905, p. 101).

Para Freud, la transferencia sucede cuando en el transcurso de la cura psicoanalítica, la neoformación del síntoma se suspende, pero la neurosis no se elimina en absoluto, sino que hay la creación de un tipo particular de formaciones de pensamientos inconscientes. La transferencia es necesaria y no se puede evitar, por lo que, la cura psicoanalítica no crea la transferencia sino que la revela, como a tantas otras cosas que están ocultas en lo psíquico. Freud habló de transferencia porque fue lo que le permitió esclarecer las particularidades del análisis de Dora. Desde el comienzo Freud menciona que él fue en la fantasía de Dora el sustituto del padre o que veía en él algo que le recordó al señor K. Por lo que Freud piensa que probablemente, Dora hizo una transferencia sobre él, ya que, él también fumaba; incluso, algún día a Dora se le ocurrió que ella quería ser besada por Freud, esta fantasía podría haber sido la razón por la cual Dora habría querido abandonar el análisis. Dora empezó diciendo en la tercera sesión que esa sería la última vez que asiste y esa decisión la había tomado hace 14 días. Esto fue debido a experiencias vividas que estaban en relación con situaciones que hayan tenido que ver con el número 14. En cuanto a los síntomas, “no desaparecen mientras dura el trabajo, pero sí un tiempo después, cuando se han disuelto los vínculos con el médico. La dilación de la cura o de la mejoría sólo es causada, en realidad, por la persona del médico” (Freud, 2006/1905, p. 101).

3.2.6. Realidad Psíquica

En el caso Dora la realidad psíquica está evidenciada claramente en los sueños y sus interpretaciones, Freud luego de haber demostrado en su texto: “La interpretación de los sueños” (1900) que los sueños son interpretables, menciona que el sueño constituye uno de los caminos por los cuales el psicoanálisis puede llegar al material psíquico que en algún momento fue bloqueado de la conciencia, fue reprimido y se pudo volver patógeno. El contenido manifiesto y el contenido latente del sueño, son parte de la realidad psíquica de Dora, al ser interpretados sus dos sueños, se puede conocer el real sentido de ese material onírico y de la misma manera la realidad psíquica de Dora se expone.

Primer sueño⁴: En un momento del análisis Dora mencionó que una de las noches pasadas había vuelto a tener un sueño que ya se estaba repitiendo por varias ocasiones. En este el sueño hay que considerar dos momentos. Por un lado, el sueño está conectado con una situación actual esencial, y por el otro lado, con un episodio relevante de la infancia. El

⁴ Anexo 2

deseo que crea el sueño proviene siempre de la infancia, quiere transformarlo en realidad, y corregir en el presente los contenidos formados en la infancia. De tal manera, que en el sueño convocó al amor infantil por el padre como protección contra la tentación actual. El fuego- quemar se presenta como opuesto de agua-mojadura. La palabra mojadura desentraña un sinnúmero de significados que viene a resolver el contenido latente de este sueño, este concepto hace referencia a: mojar la cama en el sentido de hacerlo debido a pensamientos de tentación sexual, es decir, mojarse a raíz del comercio sexual, que en el coito el hombre regala a la mujer líquido, en forma de gotas. Mojado también tiene el mismo significado de ensuciado, los genitales deben mantenerse limpios pero habían sido ensuciados por el catarro, esto se relaciona a la manía de la limpieza de la mamá, con respecto a querer ver los genitales limpios. Por otro lado el Padre sustituye al señor K y la madre a la señora K; entonces en contenido escondido del sueño es la reacción que experimentó Dora frente a una vivencia fresca de efecto excitador, que despierta el recuerdo de la única vivencia análoga que ella tuvo años atrás.

En el segundo sueño,⁵ Freud señala que se puede obtener una profunda visión de la etiología de otro de sus síntomas. La interpretación de este sueño permite descubrir la relación de los sucesos de la realidad fáctica vivida por Dora, que influyeron para la formación del sueño, que tenía un contenido latente, inconsciente, que originó el síntoma. Para navidad le habían enviado un álbum con postales de una ciudad de Alemania, un día antes del análisis del sueño, lo había buscado para enseñársela a parientes. Este álbum estaba en una cajita de postales que no aparecía, por lo que Dora le preguntó insistentemente a su mamá donde está la cajita. En el álbum se encontró una imagen que mostraba una plaza con un monumento. Asimismo, un primo quiso acompañar a Dora a ver unas imágenes en la galería y ella lo rechazó y fue sola. Además, se interpreta que Dora sustituye cajita por estación ferroviaria, la misma que estaba desaparecida. Otro evento consiste en la ocasión en que Dora preguntó a la madre cien veces dónde está la llave del bar para darle el coñac al papá. Ahora bien, el contenido de la carta se presentaba como representación de que Dora quería que el padre renuncie a la señora K. o bien, vengarse de él y el bosque representa a la orilla del lago. Sin duda, todas estas vivencias ocurridas en la realidad material intervinieron en la formación del sueño. Finalmente, todos los contenidos reprimidos, pensamientos, asociaciones y síntomas, son evidencias de la

⁵ Anexo 2

realidad psíquica de Dora. Este historial clínico permite ir más lejos, gracias a la interpretación de los sueños, se logra reconocer más claramente la existencia de una realidad propia en cada sujeto que difiere de la realidad fáctica común para todos. La verdad sobre la ocurrencia de los hechos en la realidad material, pierde importancia, cuando para una histérica un hecho sucedió y es real en su realidad psíquica.

3.3. Caso Elisabeth von R

El siguiente caso que se analiza, fue estudiado por Sigmund Freud, en el año de 1892, uno de sus colegas le remitió el caso, solicitándole que examinara a la señorita Elisabeth von R. ya que él consideraba el caso como una histeria, este es el primer análisis completo de una histeria que estudió y trató Freud. El nombre verdadero de la señorita Elisabeth von R fue, Ilona Weiss.

3.3.1. Datos de historia vital de la paciente

Elisabeth von R era una joven de 24 años de edad, quien en los últimos años había sufrido muchas desdichas, “Primero había muerto el padre de la paciente; luego su madre debió someterse a una seria operación de los ojos, y poco después una hermana casada sucumbió, tras un parto, a una vieja dolencia cardíaca” (Freud, 1895/2013, p. 151). Era inteligente, aparentemente de estado psíquico normal y se notaba que sobrellevaba con espíritu alegre su padecer. Era la menor de tres hijas mujeres, la predilecta de su padre, había pasado su juventud con cierto apego a sus padres en una finca en Hungría. Estaba descontenta con su condición de mujer y solía pensar que le resultaría difícil encontrar marido, ya que, tenía muchos planes, quería estudiar y le causaba indignación la idea de tener que sacrificar sus inclinaciones y su libertad de juicio por contraer matrimonio. Características en la personalidad de Elisabeth muy marcadas se evidenciaban en:

Talento, ambición, fineza moral, necesidad hipertrófica de amor, que al comienzo halla su satisfacción dentro de la familia; la independencia de su naturaleza, que rebasaba en mucho al ideal femenino y que se exteriorizaba en una buena porción de terquedad, espíritu combativo y reserva. (Freud, 1895/2013, p. 175).

El padre, un hombre alegre y sabio, solía decir que Elisabeth era la hija que le sustituía a un hijo varón o a un amigo con quien podría intercambiar ideas, tenía una relación estrecha. Había ocultado una afección cardíaca crónica o él mismo no la había advertido y tiene un ataque que lo llevaría a la muerte. Elisabeth, por su parte, siguió muy

de cerca el cuidado del enfermo durante un año y medio. En los últimos seis meses de ese cuidado, ella experimentó ciertos dolores en la pierna derecha, lo cual le llevó a guardar cama por un día y medio. La salud de la madre, mientras tanto, también se quebrantó muchas veces, tuvo inclusive que someterse a una seria operación debido a su dolencia ocular, continua y persistente. Transcurridos dos años después de la muerte de su padre, Elisabeth se sintió enferma nuevamente, volvieron los dolores en las piernas y no pudo volver a caminar normalmente.

Quedándose cuatro mujeres solas en la casa después de la muerte del padre, la hermana mayor de Elisabeth contrae matrimonio y se aleja de la casa, puesto que, el marido busca conseguir un mejor empleo mudándose con su familia a una lejana ciudad de Austria. Esta situación, genera en Elisabeth un agudo repudio contra su primer cuñado, ya que para ella, era él quien debía brindar la compañía y el apoyo que perdieron cuando el padre murió. A raíz de esto, la madre se siente aún más sola, lo que hace sentir a Elisabeth mucho más impotente por no poder ofrecer a la madre un “sustituto” cuidador del hogar, rol que ocupaba el padre antes de morir. Su segunda hermana se casa y junto a su marido, permanecen cerca de la madre, tienen un hijo, quien es cuidado y amado de manera especial por Elisabeth; en el mismo año que el niño nace existe otro suceso, la dolencia ocular de la madre empeora y requiere una operación. Luego de la operación de la madre, por un momento Elisabeth ya agotada por las preocupaciones de los últimos meses, se toma un descanso. En este periodo de descanso, una mañana sale a caminar junto a su cuñado, y de regreso se le presentan unos dolores agudos en las piernas que la dejan temporalmente imposibilitada para caminar. Estos malestares son relacionados al paseo prolongado de esa caminata de media jornada, y se da el diagnóstico de que Elisabeth había sufrido un exceso de fatiga. En todas esas penas y todo ese cuidar de enfermos, ella era la que había tenido la mayor participación, pero a partir de aquí Elisabeth se convierte en la enferma de la familia.

La segunda hermana, quien estaba embarazada de su segundo bebé, sufre un quebrantamiento de su salud y cae postrada en cama para luego, repentinamente, morir a causa de una vieja dolencia cardíaca. Elisabeth y su madre, quienes por una penosa coincidencia se encontraban distantes del lugar donde se encontraba la hermana, emprendieron el viaje de regreso, pero a su llegada se encontraron con la novedad de que

fue demasiado tarde para despedirla viva. A raíz de todo esto, Elisabeth ve como se hace pedazos todo cuanto había anhelado para su madre, y se encuentra a sí misma amargada por el fracaso de restaurar el brillo de su hogar. Empieza a realizar un trabajo analítico con Freud, para luego de un tiempo de terapia sentirse mejor. El camino de cada familia continuó su rumbo y finalmente Elisabeth por decisión propia contrajo matrimonio con un extraño.

3.3.2. Antecedentes de los síntomas

Los antecedentes encontrados en el caso de Elisabeth von R previo al desarrollo y empeoramiento de su histeria son: la enfermedad inesperada del padre, que hizo que ella lo cuidara con gran esmero y dedicación, alejándose de todo cuidado y preocupación por satisfacer sus necesidades y deseos propios. Los síntomas de Elisabeth comenzaron a desarrollarse desde que su padre enfermó, estos síntomas surgieron dos años después del fallecimiento de su padre, en un descanso veraniego familiar. Además del dolor en sus piernas, se quejaba también de un martirizador frío, que luego sería relacionada con su vivencia repetida de salir de su cama y pisar el suelo frío al ir a atender a su padre enfermo en las noches. El cuidado de los enfermos es una particularidad encontrada comúnmente en casos de histeria, es tal la entrega hacia el enfermo, que quienes los cuidan (las histéricas) desarrollaban síntomas histéricos como medio de expresión de todo el contenido psíquico preocupante al que estaban expuestas, al sentirse impotentes frente a la posible pérdida de un ser amado.

A ellos siguió el cuidado del enfermo durante un año y medio, en el cual Elisabeth se aseguró el primer lugar junto al lecho. Dormía en la habitación de su padre, se despertaba de noche a su llamado, lo asistía durante el día y se forzaba a parecer alegre, en tanto que él soportaba con amable resignación su irremediable estado. Sin duda, el comienzo de su afección se entró con este período de cuidado del enfermo... (Freud, 1895/2013, p. 156).

A raíz de la muerte del padre, la familia, ahora compuesta por cuatro mujeres, queda totalmente aislada del ámbito social, así mismo la salud de la madre se va quebrantando cada vez más, por lo que, todo esto empeoró el talante de la paciente, pero al mismo tiempo movió en ella un deseo de que su familia encontrara un sustituto de dicha pérdida. El vacío que dejó la ausencia del padre en la paciente, causó gran impacto en ella, que sintió la obligación de mantener unida la familia y buscarle un sustituto al padre para que su familia no quedase tan indefensa. Es así como en el año de 1890, los padecimientos de Elisabeth comenzaron con unos dolores intensos en las piernas, por lo cual caminaba mal, los diagnósticos médicos señalaban que la fuerza motriz de las piernas no era escasa,

ya que los reflejos eran de mediana intensidad y faltaba cualquier otro síntoma para considerarla una afección orgánica más seria. Estos dolores tuvieron su origen aparente en una larga caminata matutina que la fatigó y la desmejoró completamente.

Otros antecedentes de los síntomas de Elisabeth corresponden a las relaciones que ella establece con sus cuñados. Al casarse su hermana mayor, Elisabeth se desilusiona al ver que a su primer cuñado, un hombre brillante y trabajador, no le interesaba mantener cercanía con ellas, y frustradamente vive la separación que para su madre y para ella misma, significó ese matrimonio. Por otro lado, la segunda hermana contrae matrimonio con un muchacho muy afín a la forma de ser de Elisabeth; en terapia se recuerda algunos hechos relacionados a esta afinidad: la vez en que su segunda hermana conocería al novio, Elisabeth y este muchacho se conocieron primero, el muchacho pensó que Elisabeth sería la muchacha con la que debía casarse; en otra ocasión los dos entablaron una conversación muy amena, la cual cautivó especialmente a Elisabeth pues concordaba con la forma de pensar de este muchacho; igualmente en otra circunstancia la propia hermana de Elisabeth hizo referencia a que ella y su prometido “harían buena pareja”. Todos estos antecedentes, hechos de la realidad material, hicieron que Elisabeth inconscientemente se sintiera atraída y enamorada de su cuñado, pero tan grande era su consciencia moral que toda esta pulsión fue reprimida, haciendo que a través de su cuerpo se exprese toda esta frustración. Finalmente la muerte de la segunda hermana es otro suceso traumático que genera recaídas y la reaparición de síntomas “Elisabeth no sufrió solo por la pérdida de esta hermana, a quien había amado tiernamente, sino casi en igual grado por los pensamientos que esa muerte incitó y las alteraciones que trajo consigo” (Freud, 1895/2013, p. 158), pensamientos que posteriormente se revelarían en terapia, cuyo contenido se relacionaba a la idea de Elisabeth en sustituir el puesto que ocupaba su hermana muerta con su cuñado.

3.3.3. Descripción de síntomas

La señorita Elisabeth von R padecía algunos síntomas que se detallarán a continuación. Desde hacía más de dos años padecía de dolores en las piernas, por lo que, caminaba mal, con la parte superior del cuerpo inclinada hacia adelante, pero sin usar un apoyo. Freud menciona que esta forma de andar no correspondía a las maneras usuales de caminar de los enfermos con alguna patología dolorosa en las piernas. La joven se quejaba de grandes dolores al caminar y de una fatiga que le sobrevenía muy rápido al hacerlo y al

estar de pie. Los dolores parecían aminorarse en ciertas posturas, pero no cesaban. A pesar de sus dolencias físicas y de muchos sucesos penosos que le sucedieron en la vida, presentaba un talante alegre, que Freud lo relaciona con la “belle indifférence” de los histéricos.

Según Freud (1895), los dolores en las piernas se trataban de una suerte de “fatiga dolorosa” y “enfriamiento”, puesto que, el dolor era de naturaleza imprecisa en ambas piernas. Sin embargo, dicho dolor se focalizaba especialmente en la cara anterior del muslo derecho. El dolor en ambas piernas se encontraba con precisión en la piel y la musculatura, lo que hacía que estas áreas sean fundamentalmente sensibles a la presión y al pellizco. A estos malestares Freud les dio el diagnóstico de hiperalgesia, junto con, astasia-abasia (dificultad o incapacidad neurológica para mantenerse en pie o caminar). Sucedió un fenómeno interesante descrito por Freud, cuando se pellizcaba u oprimía la piel y la musculatura de las piernas de Elisabeth, su rostro cobraba una expresión peculiar que parecía más de placer que de dolor, chillaba de forma semejante a como se reaccionaría ante unas cosquillas insoportables, su rostro enrojecía, cerraba los ojos y se arqueaba hacia atrás. Esto es, para Freud, evidencia de que se trataba de una histeria y de que se topaban zonas histerógenas, dice que la expresión seguramente concordaba más con los pensamientos que ella tenía reprimidos que con el real dolor orgánico.

A pesar de lo anterior, cabe destacar que la joven presentaba ciertos signos corporales (tendones duros) que coincidían con una afección orgánica real relacionada a una infiltración reumática, “es posible, y aún verosímil, que en ese tiempo se tratara de dolores reumáticos musculares, comunes” (Freud, 1895/2013, p. 181). Sin embargo, la intensidad de sus síntomas y manifestaciones no quedaba justificada con esta explicación. Se trataba de una histeria, una neurosis que se sirvió de lo orgánico para apuntalarse, exagerando su valor. Freud llama a esto una “enfermedad mixta”, y en su trabajo da ejemplos de otros casos que muestran lo intrincado que está el cuerpo orgánico con el psiquismo y cómo son mutuamente determinantes. Además del malestar que Elisabeth expresaba por el dolor en sus piernas, se quejaba también de una martirizadora sensación de frío.

3.3.4. Etiología de los síntomas

La etiología de los síntomas presentes en la histeria de Elisabeth están relacionados principalmente a dos fuentes: la primera corresponde al cuidado de su padre enfermo, que choca con su pulsión erótica, la cual ella reprime para dedicarse fielmente al cuidado de su padre amado. La segunda fuente recae en el enamoramiento de Elisabeth hacia su segundo cuñado, lo cual, era moralmente condenado por ella misma y su familia, este contenido psíquico era inconsciente y se traducían en los síntomas que la paciente presentaba.

Freud explica en su descripción del caso, que la atención de la señorita Von R. no estaba centrada en sus dolores, sino en los pensamientos y sensaciones ocultos detrás de éstos, por lo cual se entiende al síntoma como un sustituto de los contenidos psíquicos que no pudieron exteriorizarse de cualquier otro modo. Por esta razón, se suponía que la paciente había asociado sus dolencias anímicas con las corporales, y por ende “su vida mnémica empleaba la sensación corporal como símbolo de la anímica” (Freud, 1895/2013, p. 159). Con el transcurso del análisis la paciente menciona la historia de su primer amor, de la cual se pudo extraer la primera sustitución del síntoma. Al haberse apartado del lecho de su padre para encontrarse con aquel joven, se crea un sentimiento de culpa cuando regresa a casa y encuentra al enfermo en peores condiciones. Freud, (1895), señala que este conflicto psíquico desemboca en una represión de la representación erótica, de la cual se desprende el afecto asociado para reanimar un dolor corporal ya presente; este mecanismo es denominado por Freud como: conversión con el fin de la defensa. Esta conversión se trata de la sofocación u olvido de un afecto demasiado penoso para el Yo, que genera una contraposición entre las representaciones psíquicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se logra el olvido sino una represión, lo que genera una reacción patológica, como es en este caso, la histeria, en la cual se traspone a lo corporal la suma de la excitación (el afecto) para volver débil aquella representación inconciliable. Este mismo mecanismo es utilizado al convertir el amor por su cuñado en dolores corporales.

Igualmente, la etiología de los síntomas recae en el recuerdo de algunos sucesos que provocaron el estallido de los dolores. No existe evidencia clara en la narración de este caso, de recuerdos encubridores de la infancia de Elisabeth von R. que den cuenta de una fijación de contenidos psíquicos. Sin embargo, en el texto se ejemplifican recuerdos como los siguientes, que dan cuenta de ciertos rasgos de regresiones que provocaron los síntomas posteriores. Elisabeth recuerda que cuando era pequeña, tenía una relación muy estrecha

con el padre; este solía decir que ella era el hijo hombre que no tuvo, lo cual se puede interpretar como la razón por la cual Elisabeth presentaba dificultades para relacionarse con el sexo opuesto y encontrar pareja. Otros recuerdos, relacionados con las primeras interacciones entre ella y su cuñado (la vez que se conocieron, sus conversaciones, etc.) permitieron interpretar o entender porqué se provocó que inconscientemente Elisabeth se enamorara del marido de su hermana, sintiera reproches por eso y finalmente se evidenciara en sus síntomas histéricos.

Ahora bien, en la histeria donde existe una representación de contenido sexual inconciliable con el Yo, participa el mecanismo de la represión, dando lugar a la formación del síntoma histérico. Otros sucesos que hacen referencia a la etiología de los síntomas y los más importantes para el análisis de la histeria recaen en el campo de lo sexual. Una primera manifestación que se relaciona con lo sexual se encuentra cuando la enfermedad del padre se presenta al mismo tiempo que el ansiar erótico de Elisabeth, por lo cual, la paciente prefirió cuidar al padre y reprimir las representaciones eróticas de su conciencia, trasmudando la magnitud de sus contenidos psíquicos a síntomas reflejados en los dolores somáticos. Por otro lado, Elisabeth estaba enamorada de su cuñado de manera inconsciente, pero considerando que ese hombre ocupaba el lugar de esposo de su hermana, no podía manifestar sus afectos hacia él. Entonces, el mecanismo de defensa que el Yo utilizó, fue la represión de esos afectos.

Entonces, un segundo momento se da cuando al morir la segunda hermana, Elisabeth piensa: “Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa” (Freud, 1895/2013, p. 171). Elisabeth encontró características en su cuñado que le llevaron a sentir simpatía y afecto por él, sin embargo era tal su consciencia moral, que su psiquismo (su Yo) prefirió defenderla del conocimiento de este sentimiento y evitarle el conflicto psíquico que representaría ser consciente de lo que sucedía, reprimiendo todo saber al respecto. Elisabeth utiliza la defensa frente a este sentimiento, desarrollando síntomas histéricos, es decir, se dio una conversión de lo psíquico a lo corporal, “había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales” (Freud, 1895/2013, p. 171). Asimismo, otros hechos de la historia vital de Elisabeth pudieron ser contenidos de la represión y como resultado de la misma, se dio la formación de los síntomas histéricos mencionados anteriormente. Así encontramos como ejemplo, cuando Elisabeth recordó que cuando ella

cuidaba al padre, utilizaba su muslo derecho para apoyar la pierna del padre y vendársela, esta era la razón por la cual los dolores nacían fuertemente desde esa localidad de sus extremidades.

3.3.5. Tratamiento

Freud, al recibir el caso por recomendación de un colega, empieza reconociendo que los síntomas de la paciente debían entenderse como una enfermedad mixta, por tal razón, inicialmente se recomendó mantener una terapia mediante masajes y faradización (descargas eléctricas. Posteriormente Freud retoma el tratamiento psíquico que su colega había empezado. Esta terapia psíquica se dividió en tres periodos y se utilizaron algunos métodos. Cabe mencionar que la paciente no era susceptible de hipnosis, por lo que, Freud abandonó este método. Así inicio el tratamiento catártico interrogándose: “¿Es para la enferma consabido el origen y la ocasión {Anlass} de su parecer?” (Freud, 1895/2013, p. 154).

Las formas que se propone para indagar o profundizar las razones de los síntomas presentes en la paciente es la remoción del material patógeno estrato por estrato. Freud (1985), en su búsqueda por la técnica apropiada, luego de encontrarse en un intento fracasado de poner a la “enferma” en hipnosis profunda, se propone el acto de hacer presión sobre la cabeza de Elisabeth, para después plantear la pregunta directa, de la “impresión psíquica” a la cual se “anudó” el origen de los dolores en sus piernas. A partir de esto, Freud se propone reanimar el recuerdo del primer dolor de las piernas, y hacer que Elisabeth ponga en palabras todas estas imágenes, recuerdos, etc., que ocupaban su mente en este momento; ese recuerdo apalabrado del suceso donde por primera vez sintió los dolores le sirven al terapeuta como punto de referencia para continuar con el interrogatorio y buscar mediante la confesión, que los dolores sean removidos. Sin embargo, Freud al ejercer presión en la frente de Elisabeth, muchas veces se encontró con que ella aseveraba que no se le ocurría nada, entonces Freud repetía la acción sin obtener ningún material con el cual trabajar. Por lo que, en el curso del trabajo, se descubrió otro significado a la acción de no recordar, se entendió que, la paciente mostraba cierta resistencia al análisis y al intento de establecer asociación entre los contenidos conscientes e inconscientes. Así cuando la asociación se presentaba daba como resultado un dolor psíquico manifestado en lo corporal. Es mediante esta técnica que se encuentra la relación entre sus dolores y las afecciones psíquicas.

En el contexto del análisis, muchas veces los dolores en las piernas surgían y aumentaban cuando Elisabeth recordaba algo relevante y solían cesar cuando terminaba de comunicar el contenido asociado. Freud utilizó esto como señal para reconocer que Elisabeth le ocultaba algún pensamiento u ocurrencia; también constató que ciertos recuerdos despertaban dolores directamente en la pierna derecha (relacionados a la enfermedad y muerte del padre, y a un pretendiente) y otros recuerdos más tardíos en la pierna izquierda (muerte de la hermana y su relación con los cuñados). Freud (1895), señala que los dolores al estar de pie, al caminar, al estar sentada y al yacer fueron relacionados en análisis con momentos de su vida relevantes para su condición, en los que se encontraba en dichas posturas o acciones, es así como Freud logra encontrar en la asociación un método de cura, donde el asociar actos con sentimientos y síntomas, llevaba a la resolución de los mismos. Por otro lado, Freud habla de un mecanismo que se presenta en este caso: la simbolización. Cuando Elisabeth hablaba de su vida familiar, hacía referencia a un sentimiento de desvalimiento acompañado de una sensación de “no avanzar un paso”. Esto se puede relacionar claramente con la abasia que la aquejaba, la cual parecía ser una expresión simbólica de sus pensamientos dolorosos. Sin embargo, Freud recalca que la abasia no había sido producida por el mecanismo de simbolización, sino que ésta preexistía y había encontrado un refuerzo en el síntoma.

Así, el primer periodo del tratamiento se basó en relatos de recuerdos sobre el periodo de cuidado al padre, y la paciente aseguraba no sentir ninguna mejoría. Así mismo, en el segundo periodo, que inicia después del descubrimiento del motivo de sus dolores (relacionado al cuidado del padre), se encuentran mayores reminiscencias asociadas y se da paso al periodo de abreacción que logró movilizar los contenidos inconscientes, en este periodo la paciente mejoró notablemente. El tercer periodo, en el que aún se presentaban dolores en la paciente, dio paso al descubrimiento del verdadero sentido de sus síntomas, era el enamoramiento por el cuñado y su necesidad de sentirse protegida y respaldada por un esposo, lo que hacía que Elisabeth siguiera presentando los síntomas histéricos, “ahora se apoderaba de ella un sentimiento de su debilidad como mujer, una añoranza de amor en la que, según sus propias palabras, la solidez de su ser empezaba a derretirse” (Freud, 1895/2013, p. 169). Con este esclarecimiento, Elisabeth quedó mortificada pero se habían liberado contenidos importantes que permitieron dar un cierre a la terapia.

3.3.6. Realidad Psíquica

Partiendo de que la realidad psíquica de un sujeto aborda todos los contenidos conscientes e inconscientes que se pueden encontrar en su psiquismo, se da cuenta que la realidad psíquica en el caso de Elisabeth von R. se refleja en los momentos que ella, mediante recuerdos y reminiscencias, va creando asociaciones que le permiten entender sus síntomas. Cada uno de los hechos de su historia vital, sucedidos en la realidad material, contribuyeron para que la señorita Von R, vaya construyendo el contenido psíquico subjetivo, que serviría como base para el desarrollo de los síntomas histéricos. Es así como la realidad psíquica en este caso se va evidenciando en la interacción entre recuerdos, asociaciones, liberación de censuras, y construcciones de contenidos psíquicos nuevos. Por ejemplo, se encuentra la conexión entre los dolores musculares en las piernas y las experiencias psíquicas de la paciente. Las escenas conectadas con impresiones dolorosas al estar de pie, andar o yacer estaban relacionados con las enfermedades, muerte o separación de sus seres queridos. Por lo cual se entiende que la astasia-abasia era un síntoma que sustituía aquellos “dolores psíquicos” que había vivenciado. “Los síntomas de la histeria (dejando de lado los estigmas) derivan su determinismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica” (Freud, 1896/2010, p. 192-193).

La necesidad inconsciente y paralizadora de que su familia se mantenga unida, de que sus cuñados sustituyan la falta del padre, y el evitar que la madre sufra por todas las circunstancias que vivían, son componentes del psiquismo de la paciente que crearon salidas somáticas (por medio del cuerpo) de expresión de estos conflictos, y dolores psíquicos, expresándose mediante los síntomas histéricos. Por otro lado, era todo el material psíquico consciente, pero no apalabrado que Elisabeth guardaba, lo que también generaba la aparición de esos malestares; por ejemplo: el disgusto que le causó que su primer cuñado se fuera de la casa con su familia, abandonándolas, generó en ella dolores en su pierna izquierda, así mismo, tras la muerte de su hermana, Elisabeth se siente culpable por los pensamientos que surgen en su mente (ocupar el puesto de su hermana, como esposa de su cuñado), igualmente esto le deja aún más incapacitada por los dolores. Estos contenidos de la realidad psíquica de la paciente hacen que ella al no poderlos comunicar, sea su cuerpo quien ponga en evidencia todas estas particularidades.

Igualmente este caso indica la inseparable relación que existe entre la realidad material y la realidad psíquica. Freud comenta que cada uno de los malestares de Elisabeth se entrelazaban a sucesos factibles de la realidad material que la realidad psíquica traducía, para manifestarse en el cuerpo de la paciente, por medio de estallidos de los síntomas histéricos; por ejemplo, el recuerdo de su padre enfermo que nace de escuchar que un conocido padecía una enfermedad parecida, o la presencia de su sobrino que le recordaba a su hermana muerta, hacían que ella sufra recaídas, “por lo que respecta a las oscilaciones espontáneas: en verdad no se producía ninguna que no hubiera sido provocada asociativamente por un suceso del día” (Freud, 1895/2013, p. 164).

Asimismo, el hecho de que ella recordara que su padre la consideraba el hijo varón que no tuvo, hizo que la realidad psíquica de Elisabeth se configurara bajo la idea de que no necesitaba de un hombre y una vida de matrimonio convencional para ser feliz, esta idea muy bien plantada en su psiquismo, provocó un choque con su pulsión erótica, que se presenta posteriormente. De la misma manera, el sentimiento inconsciente de enamoramiento y apego de Elisabeth hacia su cuñado, es un contenido de la realidad psíquica que se formó a partir de tres circunstancias: sus pulsiones eróticas, ser testigo de la relación amorosa entre su cuñado y hermana, y la necesidad de un sustituto que ocupe el rol de cuidar a la familia. Todos estos recuerdos, y contenidos psíquicos fluctúan en la realidad psíquica de la paciente, y al no poder reconocerlos, y peor aún narrarlos, se desarrollan los síntomas como medio de exteriorización de estos contenidos psíquicos patógenos. Freud (1895), explica que al divorciarse los grupos psíquicos, es decir al contraponerse fuerzas pulsionales, se generan los dolores corporales, ya que, el Yo al valerse del mecanismo de defensa de la represión, evita que la paciente se enfrente a contenidos psíquicos demasiado impactantes, impidiendo que se logre una tramitación de los mismos.

En conclusión, en este caso se puede evidenciar claramente la relación que existe entre los contenidos de la realidad material, los contenidos de la realidad psíquica, y su expresión en el cuerpo, signo propio de la histeria. Todas las ideas, pensamientos, reminiscencias y fantasías de Elisabeth convergen para expresarse mediante la aparición de síntomas. Es la naturaleza moral (consciencia estructurante del psiquismo humano) de la paciente lo que censura toda forma sana de expresión de estos contenidos psíquicos, generando así, la conversión de los mismos, en manifestaciones corporales.

Según la concepción que parece convenir a la teoría de la histeria como conversión, cabría exponer el proceso del siguiente modo: ella reprimió {desalojó} la representación erótica de su conciencia y trasmudó su magnitud de afecto a una sensación de dolor somático. (Freud, 1895/2013, p. 178).

3.4. Consideraciones finales

Es importante hablar sobre las particularidades encontradas en los tres casos. Tanto en Anna, Dora y Elisabeth se encuentra las siguientes características: una íntima y cariñosa relación con el padre, (quien enferma, lo cual influye en la formación de la estructura psíquica histérica), la presencia del síntoma (como manifestación del trauma psíquico) y el componente sexual (eje principal para el desarrollo de las manifestaciones histéricas). Para el psicoanálisis, la relación con los padres es el núcleo de las vivencias de la realidad material que determinarán la formación de su estructura psíquica, lo cual nos remite al complejo de Edipo, “en el complejo de Edipo se conjugan los comienzos de religión, eticidad, sociedad y arte, y ello en plena armonía con la comparación del psicoanálisis de que este complejo constituye el núcleo de todas las neurosis...” (Freud, 1914/2011, p. 158). Para Freud, las neurosis tienen como núcleo el punto concreto de la relación con el padre, es él como símbolo de quien puede castrar, quien ejerce un rol importante en la configuración del psiquismo humano. Es así como podemos entender que cada una de las relaciones que las pacientes Anna, Dora y Elisabeth, establecieron con sus padres, fueron una de las razones para el desarrollo de su histeria y la manifestación de sus síntomas.

Es necesario reconocer que la realidad psíquica es formada a partir de representaciones, no importa la persona (su cuerpo anatómico, lo material) quien ejerza el rol configurador y castrante, ya que, para la realidad psíquica importa el significado que un sujeto implique para sí. Entonces, el amor al padre en el ámbito sexual, el sentimiento ambivalente de amor y odio a la madre por ser su primera fuente de amor, y al mismo tiempo, por haberla hecho incompleta (castrada) y ser su rival en la lucha por la obtención del amor del padre, son las fuentes que intervienen en el complejo de Edipo de las mujeres, “Con estas alusiones a la ternura por el padre, a los contactos genitales con él, y a los deseos de muerte hacia la madre, queda trazado el esbozo del complejo de Edipo femenino” (Freud, 1921/2010, p.206). Estas particularidades hacen que estos sentimientos ambivalentes conflictúen al psiquismo de la histérica, fijando episodios de la realidad material como traumas en la realidad psíquica, provocando de esta manera la configuración de una estructura psíquica neurótica, y todas las manifestaciones que esto conlleva.

CONCLUSIONES:

1. La realidad psíquica es un concepto que nace de las investigaciones que realizó Freud. Es él quien, al abandonar la teoría de la seducción, necesita darle paso y credibilidad a los contenidos que cada sujeto crea en su psiquismo a partir de una realidad factible común, por tal razón, es un concepto que abarca todo cuanto se puede encontrar en el funcionamiento de una psique. Igualmente ha mantenido su significado y abordaje, es decir, el concepto no ha trasmudado o cambiado en el transcurso de la historia. Por otro lado, el origen de la realidad psíquica se encuentra en el origen del sujeto, es decir, desde que un individuo es sujetado a la palabra y al mundo social, se estructura su psiquismo y se forma su realidad psíquica, por tal razón, la realidad psíquica posee una “herencia de predisposiciones psíquicas”, es decir, está formada por un complemento hereditario que se transmitió de generación en generación desde el origen mismo de los pueblos primitivos.
2. La realidad psíquica es única e irreplicable entre los sujetos, es como la huella digital, sin importar el estar frente al mismo estímulo externo o el parecido entre dos personas, los contenidos psíquicos de un sujeto nunca serán iguales a los de otro. Es así, que existe una íntima e indudable relación entre la realidad psíquica y la realidad material. La realidad psíquica toma los acontecimientos de la realidad objetiva para formar sus propios contenidos, y desde la realidad psíquica el sujeto entiende e interactúa con la realidad fáctica. Entonces, la realidad psíquica es lo que verdaderamente importa en el estudio de la neurosis, los contenidos psíquicos que conforman la misma, son lo que existe para el sujeto, es lo que le interesa; y el terapeuta debe establecer su trabajo terapéutico basándose exclusivamente en los contenidos propios de la realidad psíquica del paciente.
3. La histeria es una estructura psíquica que forma parte de las neurosis, es una alteración del mundo psíquico que gracias al mecanismo de la represión, debe buscar un desfogue de los contenidos patógenos, es allí donde lo conversivo se presenta y se traduce todos los dolores de lo psíquico a lo corporal. Entonces, la realidad psíquica se evidencia de forma distinta en cada caso analizado. En el primer caso, la Señorita Anna O, a través de su aguda capacidad para adentrarse al

mundo de la ensoñación y la alucinación, demuestra como la fantasía juega un rol importante en la realidad psíquica de esta histérica. En el segundo caso, con la Señorita Elisabeth von R. se logra visualizar la influencia de sus contenidos psíquicos en la expresión de sus contenidos psíquicos patógenos mediante su cuerpo; es la represión, lo conversivo y la interacción entre los hechos de la realidad material y los elementos de la realidad psíquica lo que se puede encontrar claramente en este caso. Finalmente, en el tercer caso, con Dora se ubica a la realidad psíquica, en la interpretación de los sueños e igualmente en lo conversivo, encontrando que el ámbito de lo sexual, influye en la construcción del psiquismo humano, y configura la estructura histérica. Gracias a los tres casos se puede ir observando como la realidad psíquica se transparenta en cada una de las formas expresadas en los sujeto, es decir, la realidad psíquica al ser única en el sujeto, también se evidencia bajo la determinación de su psique.

RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que este trabajo sirva como base para futuras investigaciones prácticas, donde los casos a estudiar sean actuales, y permitan reconocer la realidad psíquica en sujetos histéricos, en tiempo, lugar, y realidad contextualizadas a nuestro medio.
2. Este trabajo se realizó limitando su investigación a las fuentes iniciales, por lo que se recomienda tomar en cuenta, autores contemporáneos que favorezcan la ampliación del tema propuesto para esta disertación.
3. La realidad psíquica es una particularidad que se encuentra en todo ser humano, por lo cual, es de gran interés, analizar la misma temática tomando en cuenta las otras estructuras psíquicas. Por lo tanto, se recomienda abordar este concepto, relacionándolo a la psicosis y/o a la perversión.

BIBLIOGRAFÍA:

- Breuer, J., & Freud, S. (2013 [1895]). Estudios sobre la histeria: Historiales clínicos. *Obras completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Breuer, J., & Freud, S. (2013 [1895]). Estudios sobre la histeria: Parte teórica. *Obras completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Breuer, J., & Freud, S. (2013 [1895]). Estudios sobre la histeria: Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. *Obras completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Breuer, J., & Freud, S. (2013 [1895]). Estudios sobre la histeria: Sobre la psicoterapia de la histeria. *Obras completas* (Vol. II). Buenos Aires: Amorrortu.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2004). Diccionario del psicoanálisis. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1888]). Histeria. En S. Freud, *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1909]). Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. *Obras completas* (Vol. IX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1909]). La novela familiar de los neuróticos. *Obras completas* (Vol. IX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1925]). Presentación autobiográfica. *Obras completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1926]). Inhibición, síntoma y angustia. *Obras completas* (Vol. XX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2006 [1941]). Bosquejos de la <<Comunicación preliminar>> de 1893. *Obras completas* (Vol. I). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2007). Moisés, su pueblo y la religión monoteísta. *Obras Completas* (Vol. XXIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2009 [1916]). 4ª conferencia. Los actos fallidos. *Obras completas* (Vol. XV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2009 [1917]). 17ª conferencia: El sentido de los síntomas. *Obras completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (2009 [1917]). 23ª conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. *Obras completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2009 [1917]). 24ª conferencia. El estado neurótico común. *Obras completas* (Vol. XVI). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2009 [1919]). Lo ominoso. *Obras completas* (Vol. XVII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1893]). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. *Obras completas* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1896]). La etiología de la histeria. *Obras completas* (Vol. III). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1901]). La interpretación de los sueños: Lo inconsciente y la consciencia. La realidad. *Obras completas* (Vol. V). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1901]). La interpretación de los sueños: La regresión. *Obras completas* (Vol. V). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1921]). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2010 [1922]). Sueño y telepatía. *Obras completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2011 [1905]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. *Obras completas* (Vol. VII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2011 [1914]). Tóem y tabú: El reorno del totemismo en la infancia. *Obras completas* (Vol. XIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012 [1914]). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2012 [1914]). Nuestra actitud hacia la muerte. *Obras completas* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J., & Pontalis, B. (1974). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor, S.A.
- Le Gaufey, G. (2010). ¿La realidad psíquica? ¡Gschnas! *Desde el Jardín de Freud*, 143-154.
- Mannoni, O. (1987). Freud. El descubrimiento del inconsciente. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión .

ANEXOS

Anexo 1: Tareas iniciales del tratamiento para las neurosis histéricas

Sobre la primera tarea, intervenir en la predisposición histérica, se debe seguir un tratamiento basado en adoptar medidas profilácticas, es decir, se debe evitar que el hacer ejercicios y el cuidado de la salud en general, se descuiden a causa de un síntoma histérico, además, se debe realizar un trabajo intelectual que permita reducir la significatividad de aquellos síntomas histéricos leves que se evidencien en el sujeto. Por otro lado, en cuanto a la segunda tarea que implica realizar un tratamiento directamente con los estallidos histéricos o en las histerias agudas, Freud sugiere, aislar al sujeto enfermo de su medio habitual, alejándolo del círculo en donde se generó el estallido. Gracias a este método de aislamiento, se facilita que el médico tenga total vigilancia y observación de su paciente, promoviendo un tratamiento metódico y controlado. El aislar al enfermo de su medio familiar, permite bloquear todo estímulo proveniente de la familia que promueve el desarrollo de un estallido, facilitando de esta manera un cambio en el paciente. Otro método para tratar los estallidos histéricos es la llamada “cura de reposo” establecida por Weir Mitchell, la cual consiste en someter al enfermo en aislamiento, junto con, reposo absoluto, donde es necesario implementar masajes y el uso de electricidad para estimular sus miembros mientras el sujeto se encuentra en total reposo, este tratamiento acompañado de una correcta nutrición, permite la cura.

Bajo la impresión de las percepciones diversas que el paciente tiene en el sanatorio, de la cordial y optimista confianza del médico, quien pronto le transferirá su convicción de que la neurosis no es peligrosa y curará rápido, así como manteniendo al enfermo alejado de todas las excitaciones del ánimo que contribuyen al estallido de la histeria, y aplicándole toda clase de medios terapéuticos vigorizantes (masajes, faradización general, hidroterapia), se asistirá a la disipación de las más graves histerias agudas, que habían producido un desarreglo total, físico y moral, del enfermo. En pocos meses, ellas dejarán sitio a la salud (Freud, 2006/1888, p.60).

En relación al tratamiento de los síntomas histéricos, es preciso recalcar que los síntomas histéricos son movibles, transmutan, es decir, al tratar un síntoma específico, este cambia su forma original de presentarse y se ve sustituido por otro síntoma diferente al inicial, pero que posee su mismo origen psíquico. Es por esta razón que tanto médico como enfermo llegan a fatigarse del tratamiento y a estancar el proceso de cura. Empero, Freud,

encuentra dos formas de curación para los síntomas histéricos, uno indirecto y otro directo. La curación indirecta se trata de curar al cuerpo propiamente dicho cada vez que exista la aparición de un síntoma, con medicina tradicional.

El proceso de curación directa consiste en eliminar la fuente de irritación psíquica que produce el síntoma, ya que, las causas de la histeria están relacionadas al representar inconsciente. Es así como la hipnosis es utilizada como método más antiguo para la curación de la histeria, puesto que gracias a este método, se ponía en juego la sugestión, la posibilidad de revivir una experiencia, y la abreacción; lo que permitía generar procesos curativos de histeria. “Se comprende que nuestra terapia consista en cancelar los efectos de las representaciones no abreaccionadas haciendo que dentro del sonambulismo se reviva, abreaccione y corrija el trauma, o trayéndolo a la conciencia normal dentro de una hipnosis más ligera” (Freud, 2006/1892 ojo año, p. 186). Todos estos tratamientos fueron utilizados por Freud y otros médicos interesados, en el momento inicial del estudio e investigación de la histeria. Posteriormente, Freud, realizará más estudios, observaciones e investigaciones que le permitieron desarrollar otros recursos más certeros para el tratamiento de la histeria.

Anexo 2: Sueños de Dora

Sueño 1: *En una casa hay un incendio – contó Dora-; mi padre está frente a mi cama y me despierta. Me visto con rapidez. Mamá pretende todavía salvar su alhajero, pero papá dice: «No quiero que yo y mis dos hijos nos quememos a causa de tu alhajero». Descendemos de prisa por las escaleras, y una vez abajo me despierto. (Freud, 2011/1905, p. 57).*

Sueño 2: *Contó Dora: Ando paseando por una ciudad a la que no conozco, veo calles y plazas que me son extrañas. Después llego a una casa donde yo vivo, voy a mi habitación y hallo una carta de mi mamá tirada ahí. Escribe que, puesto que yo me he ido de casa sin conocimiento de los padres, ella no quiso escribirme que papá ha enfermado. «Ahora ha muerto, y si tú quieres, puedes venir». Entonces me encamino hacia la estación ferroviaria [Bahnhof] y pregunto unas cien veces: «¿Dónde está la estación?». Todas las veces recibo esta respuesta: «Cinco minutos». Veo después frente a mí un bosque denso; penetro en él, y ahí pregunto a un hombre a quien encuentro. Me dice: «Todavía dos horas y media». Me pide que lo deje acompañarme. Lo rechazo, y marchó sola. Veo frente a mí la estación y no puedo alcanzarla. Ahí me sobreviene el sentimiento de angustia usual cuando uno en el sueño no puede seguir adelante. Después yo estoy en casa; entretanto tengo que haber viajado, pero no sé nada de eso... Me llego a la portería y pregunto al portero por*

nuestra vivienda. La muchacha de servicio me abre y responde: «la mamá y los otros ya están en el cementerio [Friedhof]». (Freud, 2011/1905, p. 57).