

Psicoanálisis y Psicopatología

✓ El saber psicopatológico y la clínica psiquiátrica

¿Qué es la Psicopatología?. Diferencias conceptuales entre Psicopatología, Psicopatología clínica, saber psicopatológico. El saber psicopatológico y la clínica psicoanalítica. Los aportes de la psiquiatría clínica en la construcción del saber psicopatológico freudiano.

¿Qué es la Psicopatología? (Psic. Estela Rosig)

Desde el punto de vista teórico, Psicopatología es un saber que existe a partir del entrecruzamiento de 3 prácticas discursivas: la Psiquiatría, la Psicopatología (clínica y general) y el psicoanálisis.

La construcción de este concepto se realizará a partir de un análisis histórico, ya que se van condensando a lo largo del tiempo las contribuciones de diferentes autores.

Momentos Históricos Importantes

Segunda mitad del Siglo XVIII

Las contribuciones de **Pinel** tienen un carácter fundante. Su aporte es el Método Clínico, que abre la exploración del campo de la “locura” y ordena los fenómenos que lo constituyen.

En esta época, el médico no interviene y el ideal que se busca es la descripción total de la enfermedad, elaborada a partir de la presentación frecuente de los fenómenos.

De este modo, Pinel inaugura el saber Positivo de la psiquiatría, la cual se une a la Psiquiatría Clínica articulándose en un método para explorar, describir y clasificar los fenómenos de la locura.

Primera Mitad del Siglo XIX

La organización de la clínica en el campo de la medicina aporta las bases necesarias para el método anatómico clínico. De este modo, el método clínico se une a un nuevo ideal de la Psiquiatría: la causa de las enfermedades mentales está en el cuerpo (lesión anatómico patológica).

Además en esta época, **Bayle** establece una relación importante entre: lo **Sincrónico** (lo descripto y clasificado de las enfermedades) con lo **Diacrónico** (la secuencia temporal de las enfermedades). A partir de este momento, el método clínico tendrá 3 tiempos lógicos: descripción, clasificación y pronóstico.

Segunda Mitad del Siglo XIX

Acá la Psiquiatría constituía una rama de la **Neurología**. Los ideales de las ciencias naturales y de la medicina se articulan con un tercer ideal: alguna vez la psiquiatría se incluiría en la neurología.

La psiquiatría se ocupaba de las perturbaciones más complejas del SNC, pero tenía dificultades para establecer los fundamentos anatómo-patológicos. Como consecuencia del tercer ideal se articula Psiquiatría y Neurología.

La tradición de los herederos de Pinel junto con las conceptualizaciones psicológicas en neurología ayudan a sostener el ideal de la causa orgánica.

Primera Década del Siglo XX

En este momento se produce un movimiento de la Psiquiatría Clínica hacia un enfoque Psicopatológico. Se trata de una **Psicopatología Clínica** que se interesa por la personalidad, el carácter y sus relaciones con la mente enferma. Se analiza el estado mental del enfermo, la génesis, el origen, los mecanismos psicológicos de las psicosis, se formulan hipótesis teniendo en cuenta el método clínico.

Para la Psicopatología Clínica la medicina contribuye con los descubrimientos de la fisiología, y la psicología aporta una teoría de la personalidad. Con todos estos aportes, la patología mental es concebida como la desorganización de la estructura interna de la personalidad.

Se establecen dos grandes categorías con el fin de clasificar las enfermedades mentales según su grado de perturbación (Neurosis, Psicosis, etc.).

1913: Contribución de la corriente Fenomenológica (Karl Jaspers)

K. Jaspers propone el desarrollo de una **Psicopatología General** como ciencia que estudia el estado de conciencia de lo psíquico anormal, enfermo.

Para esto, es necesario separar las **Relaciones Comprensibles** de las **Relaciones Causales**.

Las Relaciones Comprensibles incluyen a la **Fenomenología**, que analiza la **vivencia particular de los enfermos tal y como se presenta a su conciencia; y a la Comprensión Genética**, que capta intuitivamente el engendramiento de los hechos psíquicos.

Por su parte, las Relaciones Causales se usan cuando las relaciones de comprensión chocan y los hechos psíquicos se vuelven incomprensibles.

La explicación causal utiliza mecanismos extra-concientes que en última instancia tienen una significación orgánica.

Las contribuciones de Jaspers fundan una Psicopatología General como una disciplina teórica que estudia cómo y por qué se producen las enfermedades mentales. Esta concepción se opone totalmente a la Psiquiatría, que es una ciencia práctica (rama de la medicina) centrada en el arte de curar.

La Psicopatología es objetiva la pretender dominar los conceptos y reglas generales caracterizando al común de los hombres con una actitud fenomenológica; mientras que la psiquiatría es subjetiva, trata con un hombre en particular, entran en juego la intuición y las experiencias propias.

Con todo esto, se puede definir a la Psicopatología como: “ el conjunto ordenado de conocimientos relativos a las anormalidades de la vida mental en todos sus aspectos, inclusive en sus causas y consecuencias, así como los métodos empleados con el correspondiente propósito... su fin último no es el cuidado del individuo enfermo, sino el conocimiento de su experiencia y su conducta como hechos susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales.” (Vidal-Alarcón)

Fines del Siglo XIX y Principios del S. XX (Freud)

S. Freud con sus aportes instala en el campo de la locura una dialéctica entre **Observable Clínico y Elaboración Teórica**. Esta dialéctica produce una ruptura con el saber positivista de la clínica psiquiátrica

✓ **Primeras contribuciones de Sigmund Freud: Periodo 1888 – 1898**

El modelo de la teoría traumática: el síntoma como defensa y respuesta a lo intolerable para el yo. La teoría del trauma y su relación con las escenas sexuales. La compulsión histérica, el primer concepto de represión. El primer modelo de funcionamiento del aparato psíquico y su articulación con el concepto de fantasía.

La N.O.: creación freudiana. Las modalidades de la defensa en la confusión alucinatoria y en la “paranoia crónica”.

**El Mecanismo Psíquico de los Fenómenos Históricos
(Comunicación Preeliminar, 1893)**

En este texto Freud estudia el mecanismo de los síntomas y del ataque histérico por medio de la Hipnosis.

I: Importancia de los Sucesos Traumáticos

Se demostró que en la histeria, los factores accidentales tienen una gran importancia. Un reflejo de esto es la llamada Histeria Traumática, en la que es el accidente lo que provoca los síntomas. El histérico en cada uno de sus ataques no hace más que revivir, mediante la alucinación, el acontecimiento traumático.

Frecuentemente, la causa de los acontecimientos patológicos se remontan a la infancia del sujeto, y en muchos casos, la conexión entre el fenómeno patológico y su causa es evidente, pero en otros procesos esta ligazón no es tan sencilla ya que entre ambos (fenómeno y causa) sólo existe una relación simbólica análoga al sueño.

Sin embargo, la conexión de la situación traumática con el fenómeno histérico no consiste en que el trauma actúe como agente provocador del síntoma, mas bien es el recuerdo de dicho trauma el que tiene eficacia.

De acuerdo con esto, se deduce que el proceso causal actúa de alguna forma luego de un tiempo y no indirectamente (por mediación de una cadena de elementos causales), sino inmediatamente como causa inicial. Así, el histérico padece de Reminiscencias.

¿Pero por que el recuerdo de dicha situación produce displacer y no el suceso mismo?

Mediante la hipnosis se descubre que los síntomas histéricos desaparecían rápidamente cuando se conseguía despertar con claridad el recuerdo provocador junto con el afecto concomitante, y describía el paciente dicha situación con todos los detalles posibles, verbalizando el afecto. Así se demuestra que el recuerdo desprovisto de afecto carece de eficacia.

II: Ligazón del Afecto con el Recuerdo

En un comienzo parece extraño que el recuerdo de sucesos tan pretéritos conserve el afecto, lo que normalmente pasa es que la intensidad de la situación se desgasta con el paso del tiempo.

Lo que ocurre es que la pérdida o debilitación del afecto de un recuerdo depende de varios factores, y sobre todo de que el sujeto reaccione enérgicamente al suceso estimulador, es decir, de que se descargue el afecto. Cuando se produce esta descarga, ya sea por medio de actos, palabras o llanto, el afecto disminuye en gran parte; en

cambio, si se reprime la reacción el afecto queda ligado al recuerdo de la vivencia traumática.

Sin embargo, la descarga por reacción no es la única forma para anular los afectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra, aunque no halla sido descargado por reacción, en el gran complejo de la asociación, yuxtaponiéndose con otros sucesos quizás opuestos y siendo reemplazado por otras representaciones.

Con estas observaciones se advierte que los enfermos no disponen de estos recuerdos como otros en su vida; por el contrario, tales sucesos faltan totalmente en la memoria de los sujetos, o sólo aparecen en ella de un modo muy sumario. A través de la Hipnosis se puede hacer surgir estos recuerdos con toda la vitalidad de sucesos recientes.

Condiciones en la que no existe reacción al trauma

- a. El contenido mismo del trauma excluía la reacción: las circunstancias sociales lo imposibilitaba, el enfermo reprimía el pensamiento conciente en su intento por olvidarlo, etc.
- b. Los sucesos aparecieron en estados psíquicos anormales (ensueño) o bien en situaciones de sobresaltos.

Estas condiciones pueden darse simultáneamente, y es común a estas condiciones que los traumas que no son descargados por reacción tampoco puedan mitigarse por elaboración asociativa.

En la primera condición el enfermo con el fin de olvidar los sucesos, los excluye a éstos de la asociación; mientras que en el segundo caso, la elaboración asociativa fracasa porque entre el estado anormal de la conciencia y el estado patológico en el que surgieron tales representaciones no existe una conexión asociativa (disociación de la Cc.)

III: Disociación de la Cc.

En la histeria, la existencia de estados hipnoides (estado anormales de la Cc.) es básica. Tales estado coinciden entre sí (y con la hipnosis) en el hecho de que las representaciones que en ellos brotan son muy intensas pero se encuentran excluidas del comercio asociativo con el restante contenido de la conciencia. Pero estos estado pueden asociarse entre sí, y sus representaciones pueden alcanzar grados elevados de organización psíquica.

Con todo esto, Freud establece que la disociación de la Cc., y con ella la aparición de estados hipnoides constituyen la característica fundamental de este tipo de patología.

Los estado anormales de la Cc. Pueden existir antes de la manifestación de la enfermedad, acontecimiento que corresponde a la predisposición a la histeria; pero también como hemos visto, un hecho traumático o una dolorosa represión pueden producir en el hombre no predispuesto una disociación de la Cc. Éste último sería el mecanismo de la histeria adquirida.

IV: Ataque Histéricos

Charcot describe los ataques histéricos completos (“gran ataque”) diferenciando 4 fases:

- a- Fase Epileptoide
- b- Fase de los grandes movimientos
- c- Fase alucinatoria o de las actitudes pasionales
- d- Fase del delirio final

La mayoría de los ataques histéricos se presenta con la ausencia de una de estas fases, su aparición aislada o su mayor o menor duración.

En los casos en que la tercera fase (alucinatoria) es muy intensa, ésta entraña la reproducción alucinatoria de un recuerdo traumático que produce la histeria, o bien el ataque hace retornar aquellos sucesos nimios que por coincidir con el suceso traumático quedaron elevados a la categoría de traumas.

Hallamos también algunos casos que sólo consisten en fenómenos motores. En estos casos, se entraña el recuerdo del trauma que en otras ocasiones se hacía visible en la fase alucinatoria.

Los sucesos que se despiertan en los ataques histéricos corresponden también a las orígenes de los síntomas histéricos. Se trata por lo tanto de traumas psíquicos que han eludido la anulación mediante la descarga de reacción o la labor intelectual asociativa.

Así, la diferencia entre síntoma y ataque histérico radica en el mecanismo de formación.

V: Hipnosis

Este método anula la eficacia de la representación no descargada por reacción en un principio, dando salida por medio de la expresión verbal, al afecto concomitante que había quedado estancado, y llevándola a la corrección asociativa por medio de su atracción a la conciencia normal.

No se cura la histeria totalmente, pero cuando (pasado este estado) sólo quedan algunos restos del mismo, como síntomas permanentes y ataques histéricos, logramos suprimirlos con frecuencia para siempre.

Las Neuropsicosis de Defensa (1894)

En este artículo Freud trata 3 temas importantes:

- 1- explica los síntomas de las fobias y las representaciones obsesivas.
- 2- en función de lo anterior, introduce una modificación a la teoría de la histeria, al encontrar semejanzas con aquellas patologías.
- 3- relaciona las fobias y representaciones obsesivas con las psicosis alucinatorias crónicas.

Finalmente, plantea su hipótesis económica de la investidura, utilizada como supuesto en los tres propósitos anteriores.

Mediante la defensa el sujeto produce efectos que le sirven para derivar un plus de excitación, de origen sexual, que rompe la homeostasis del aparato.

I: Modificación de la teoría de la Neurosis Histórica

Los síntomas histéricos pueden fundamentarse en la existencia de una escisión de la conciencia con formación de grupos psíquicos separados (mas tarde se refiere a los diferentes sistemas), pero no todos están de acuerdo en cuanto al origen de esa escisión y su papel en la neurosis histérica.

Janet dice que es un rasgo primario, una debilidad innata, lo que es una explicación insostenible. Para **Breuer** en cambio, es una condición secundaria, adquirida, que se constituye a partir de un estado hipnoide, en el cual aflorarían representaciones que no están asociadas con los restantes contenidos de la conciencia.

En la **histeria de defensa**, la escisión de la conciencia es la consecuencia de un acto voluntario del enfermo. Esto no significa que el paciente se proponga disociar su conciencia, la intención es otra y como no se logra se produce la disociación (más tarde Freud hablará de un acto inconsciente).

En las Histerias de Defensa, los paciente gozan de salud hasta que se les presenta una representación tan penosa que no puede conciliarla con las otras, por lo que deciden olvidarla, no pensar en ella.

Este olvido sin embargo no se logra, dando lugar a los síntomas de una histeria, una representación obsesiva o una psicosis alucinatoria (según la predisposición de cada persona). Como consecuencia, el yo trata de convertir la representación penosa en débil arrancándole el afecto a ella adherido, con lo que deja de plantear exigencias al trabajo asociativo. Pero ese afecto desprendido debe canalizarse hacia otro lado.

A partir de aquí se separan los caminos de la histeria, las fobias y representaciones obsesivas: en la histeria el afecto se traspone a lo corporal por lo que debe designársela como **histeria de conversión**. La conversión puede ser total o parcial, y el órgano afectado ha de tener alguna relación simbólica con la situación penosa original.

Por su parte, la representación reprimida no queda sepultada, y formará el núcleo de un segundo grupo psíquico (Inc.).

Al sobrevenir una situación actual similar al trauma original, la representación debilitada se vuelve a recargar imponiendo por un momento un nuevo enlace asociativo entre ambos grupos psíquicos separados, hasta que la conversión vuelva a separar el afecto. Con esto queda claro que el mecanismo de defensa de la Histeria no es la represión, sino la conversión.

En suma, lo característico de la histeria no es la escisión de la conciencia sino la capacidad para la conversión que tienen estos pacientes.

II: Teoría de las Representaciones Obsesivas y las Fobias

La teoría de las representaciones obsesivas y las fobias puede resumirse en los siguientes términos: si una persona predispuesta a la neurosis no tiene capacidad de conversión, el afecto lo derivará hacia otras representaciones (falso enlace) no inconciliables o inofensivas (relacionadas de alguna manera con la intolerable), que se convertirán en representaciones obsesivas.

Tales procesos ocurren sin conciencia, y la experiencia penosa original tiene siempre un contenido sexual.

La representación sexual penosa y la representación obsesiva pueden aparecer sucesivamente, pero también simultáneamente. En este último caso hablamos de una defensa permanente frente a representaciones sexuales que siempre vuelven, o sea, no es un trabajo defensivo acabado.

La ventaja que obtiene el yo defendiéndose mediante el camino de la transposición de afecto de una representación a otra es menor que la que ofrece la conversión histérica. Esto es así porque en el primer caso el afecto displacentero persiste (en el ámbito psíquico), aunque desplazado.

III: Mecanismo de las Psicosis Alucinatorias Crónicas

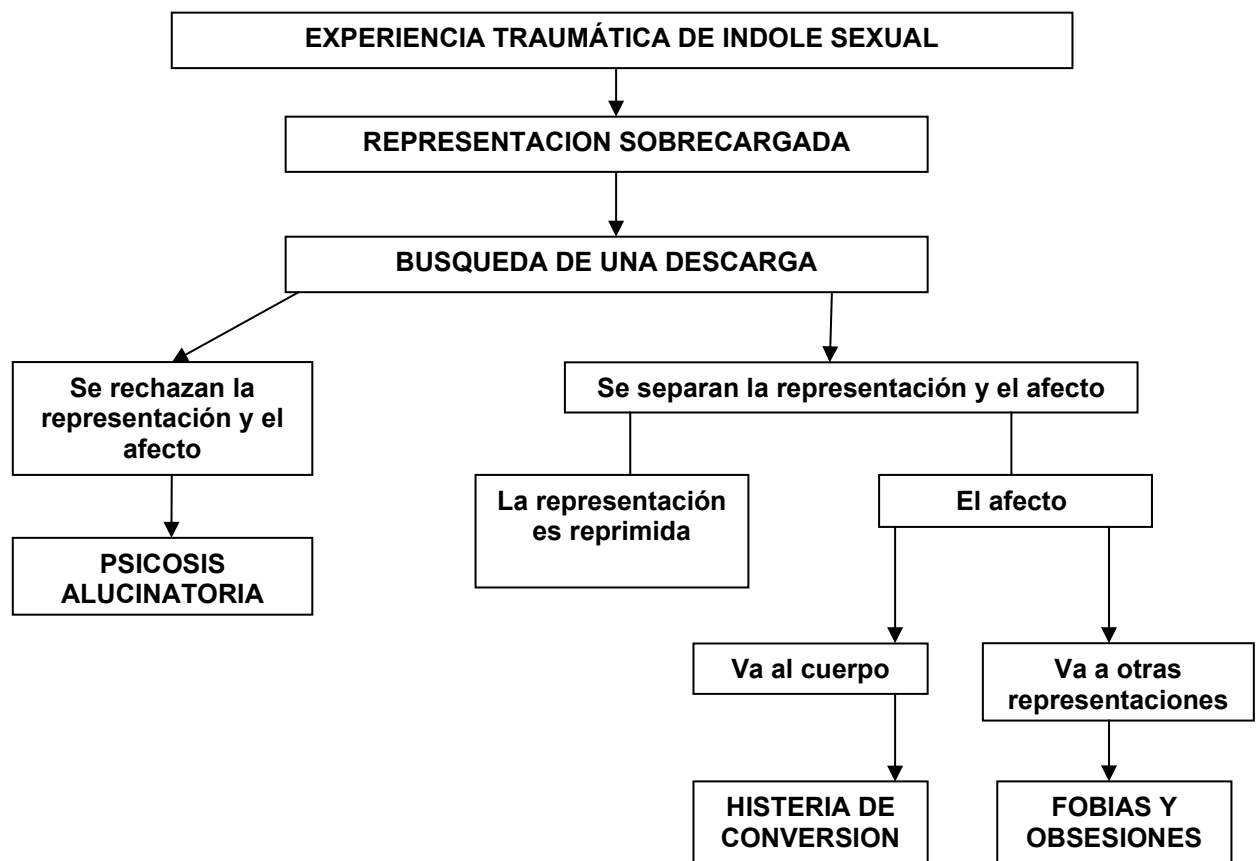
En los casos anteriormente vistos, la defensa era separar el afecto de la representación inconciliable, pero la representación así debilitada y aislada, permanecía aún dentro del campo de la conciencia. En la psicosis indicada la defensa es más 'exitosa': el yo

rechaza la representación penosa junto con su afecto y se comporta como si nunca hubiesen comparecido.

Un ejemplo: una joven desea a un hombre que frecuenta su casa y cree, equivocadamente, que éste le corresponde. Primero se defiende histéricamente, creyendo que en algún momento le pedirá su mano, y se siente enferma. Pero la conversión es incompleta y vuelven sus deseos. El día esperado -una fiesta- ella no se ve correspondida, y luego empieza a tener una confusión alucinatoria: cree realmente que él está allí y la está rondando como antes del desengaño. El contenido de esta psicosis consiste en realzar aquella representación que estuvo amenazada, y así está convencida alucinatoriamente que él está junto a ella. El yo se refugió en la psicosis para defenderse de la representación penosa del desinterés de él. El yo se arranca dicha representación junto con su afecto, pero ella se entrama con un fragmento de la realidad objetiva, con lo que repudia a esta también.

Freud enuncia por último una hipótesis: en las funciones psíquicas hay un monto de afecto, una suma de excitación que es cuantitativa, que puede aumentar, disminuir, desplazarse y descargarse, difundiéndose por las huellas mnémicas de las representaciones como un fluido eléctrico por la superficie de los cuerpos. (esto se explica mejor en la carta 52).

*Mecanismos De Las Neuropsicosis De Defensa
(Distintas modalidades defensivas generan distintos síntomas)*



Proyecto de una Psicología para Neurólogos. Parte II: Psicopatología (1895)

En este texto Freud investiga la estructuración y el funcionamiento del psiquismo, así como también el mecanismo psíquico y la estructura de los síntomas histéricos.

1. Compulsión Histérica

En los casos de histeria existe una compulsión ejercida por *Ideas Hiperintensas* (representaciones). Estas ideas tienen consecuencias que, por un lado no pueden ser suprimidos, y por otro no pueden ser comprendidos (inervaciones motrices, desencadenamiento de afectos, etc.), sin embargo, el individuo se da cuenta de la situación extraña en la que se encuentra.

Las ideas hiperintensas histéricas son representaciones que no producirían ningún efecto en otras personas y cuya importancia no comprendemos, nos parecen absurdas, usurpadoras y ridículas. Por consiguiente, la compulsión histérica es: 1) incomprensible, 2) refractaria a toda elaboración intelectual, 3) incongruente en su estructura.

El análisis ha demostrado que la compulsión histérica se resuelve en cuanto es explicada. Además, llegamos a conocer el proceso por el cual tales ideas se tornan incongruentes o absurdas.

A es una idea hiperintensa que irrumpe frecuentemente en la conciencia, y que cada vez que lo hace provoca sufrimiento (ej.: hace llorar al sujeto). El sujeto no sabe por qué *A* lo hace llorar, considera que es una idea absurda, pero a la vez no puede evitar el sufrimiento.

Después del análisis se descubre que existe una idea *B* que con toda razón es motivo de llanto y por el mismo motivo se repite seguido. El efecto de *B* no es absurdo, le resulta comprensible al sujeto y puede ser combatido por él.

B tiene una relación particular con *A*, ya que hubo una vivencia que consiste en *A* + *B*. *A* era una evento insignificante, mientras que *B* era perfectamente capaz de causar dicho efecto permanente.

En la reproducción de tal suceso en el recuerdo *A* ocupa el lugar de *B*, se ha convertido en un sustituto, en un símbolo de *B*, y de ahí surge la incoherencia. *A* es acompañada de consecuencias que no le pertenecen.

El **símbolo histérico** se diferencia del símbolo normal porque en el primer caso el sujeto no se da cuenta de que el sufrimiento se debe a la asociación *A-B*, y la idea *B* no interviene en su vida psíquica. *A* es compulsiva y *B* está reprimida.

A cada compulsión le corresponde una represión y a cada irrupción excesiva le sigue una amnesia correspondiente.

El proceso patológico es un proceso de **desplazamiento** (proc. 1º) en donde algo se le ha agregado a la idea *A* que se le ha sustraído a la idea *B*. Esto no es otra cosa que la intensidad, el montante afectivo.

2. Génesis de la Compulsión Histérica

En este punto Freud se pregunta en que condiciones se produce la represión, y cual es la fuerza impulsora que interviene.

En diferentes análisis se descubre que la represión afecta a todas aquellas ideas que producen displacer en el yo, y que dichas ideas son de índole sexual. De este modo, *B* es una imagen mnemónica que no está olvidada, y así puede hacerse conciente. Pero si *B* es un complejo de catexias, de energías que producen displacer, se eleva una resistencia muy intensa que es difícil de eliminar.

Con todo esto, la represión histérica al igual que la compulsión, tienen como fuerza impulsora un proceso que es la Defensa.

3. La Defensa Patológica

En la defensa normal, al igual que en la histérica, el yo intenta evitar una idea intolerable, displacentera dirigiendo el pensamiento hacia otras ideas. Sin embargo, nunca logramos olvidarla ya que existen diferentes percepciones que nos la recuerdan constantemente. Ni en la histeria ni en la defensa normal se puede evitar dicha reactivación.

La única diferencia entre la defensa normal y la patológica es que en ésta última lo que se hace conciente es la idea **B** en lugar de **A**.

4. Protón Pseudos Histérica

Dice Freud que la compulsión histérica proviene de una forma de desplazamiento de energía que es un proceso primario. La fuerza que mueve este proceso es una defensa del yo, que rebasa lo normal.

Pone entonces el ejemplo de **Emma**, quien no puede ir sola a una tienda (síntoma). Emma fundamenta esta actitud en un recuerdo de los doce años (poco después del inicio de la pubertad). Había ido a una tienda a comprar algo, vio a los dos empleados reírse entre ellos y salió corriendo, presa de terror. Piensa que se reían de sus vestidos y que uno de los empleados le había gustado sexualmente.

Freud encuentra esta explicación incomprensible. Surge un segundo recuerdo: a los ocho años había ido dos veces a la tienda de un pastelero y éste le pellizcó los genitales a través del vestido. El pastelero tenía una risa sarcástica. Emma se reprocha haber ido por segunda vez, como si de ese modo hubiera querido provocar el atentado.

Freud sostiene que al vincular una escena con la otra se explica mejor el síntoma. La conexión asociativa entre una y otra escena se hace por los vestidos y la risa (risa de los empleados y del pastelero). Una escena evoca a la otra, pero entretanto ella se ha hecho púber.

El recuerdo de la primera escena despierta un desprendimiento sexual que se traspone en angustia. Es como si en la sensación corporal actual se “comprendiera” la escena anterior, surgiendo la angustia como defensa del yo. Muestra luego Freud una cadena asociativa en la que algunas representaciones, las más inocentes como en este caso vestidos llegan a la conciencia y otras, las mas angustiantes como el atentado del pastelero quedan inconscientes.

En este ejemplo se puede observar que se reprime un recuerdo que sólo posteriormente llega a convertirse en un trauma, y esto ocurre por el retardo de la pubertad.

5. Condiciones Determinantes de la P.Ps.H.

En la vida psíquica no es común que un recuerdo despierte un afecto que no lo acompañó cuando era una vivencia. Sin embargo, esto es lo habitual en el caso de las ideas sexuales, y todo se debe al retardo de la pubertad. Esto significa que toda persona lleva consigo rastros mnémicos que sólo se entienden con el despertar sexual.

Lo perturbador de un trauma sexual es el desencadenamiento afectivo. Los histéricos son personas que fueron excitados prematuramente, la mayoría de las veces por un adulto perverso.

6. Perturbación del Pensamiento por el Afecto

La perturbación del pensamiento normal depende de dos condiciones: 1) de que el desencadenamiento sexual arranque de un recuerdo en lugar de una vivencia, 2) de que dicho desencadenamiento ocurra prematuramente.

El montante de afecto inhibe el curso del pensamiento normal de diferentes maneras. Pueden olvidarse vías del pensamiento que de otro modo se habrían tomado en cuenta; o pueden adoptarse vías que habrían sido evitadas.

De esto se desprenden varias consecuencias: 1) en el desencadenamiento afectivo se intensifica la propia idea desencadenante, 2) la función principal del yo catectizado es evitar nuevos procesos afectivos y reducir las viejas facilitaciones afectivas.

Mediante el mecanismo de la **Atención**, el yo procura no permitir ningún desencadenamiento de afecto. Cuando una catexia desencadenante de displacer escapa a la atención, el yo ya no puede contrarrestarla. Esto es lo que ocurre en la P. Ps. H., la atención está dirigida a las percepciones desencadenantes del displacer. Aquí en realidad no se trata de una percepción, sino de una huella mnémica, que es la que inesperadamente desencadena el displacer. Recordemos que el displacer está provocado por un recuerdo (posibilitado por el retraso de la pubertad) que es el que tiene efectos traumáticos. Se reprime el recuerdo sólo posteriormente cuando llega a convertirse en trauma.

Sin embargo, si un trauma ocurre por primera vez cuando ya existe un yo se produce un desencadenamiento de displacer, pero simultáneamente actúa el yo creando catexias colaterales (defensa). Si mas tarde se repite la catectización de la huella mnémica también se repite el displacer con la diferencias de que ya existen las defensas yoicas, y por lo tanto el segundo desencadenamiento de displacer es de menor intensidad, la cual disminuye con cada repetición.

Lo esencial de todo esto es que tras el primer desencadenamiento de displacer no falte la inhibición por parte del yo.

Carta 52 (1896)

En esta carta dirigida a Fliess se esboza la primera tópica del funcionamiento del aparato psíquico, donde Freud establece una analogía entre la memoria de los enfermos (psiquismo) y el lenguaje.

El psiquismo está estructurado en una serie de estratificaciones, donde cada estrato es un sistema de signos organizados según ciertas reglas. La energía se desplaza de un estrato a otro produciendo retranscripciones. Pero para que se produzcan tales retranscripciones es necesario que se reprima el modo de funcionamiento del estrato inferior para mantener la homeostasis del aparato.

Los signos que no son retranscritos mantienen el modo de funcionamiento característicos del sistema al que pertenecen. En consecuencia la defensa es el resultado de una retranscripción fallida y el fenómeno psicopatológico se manifiesta en el lenguaje del sistema inferior.

Con todo esto podemos observar que la memoria no se encuentra en una versión única, sino que se halla transcrita en 3 clases distinta de signos. El modelo es el siguiente:

Características y Reglas de Cada Estrato

Percepción (Pcpc): corresponde a las impresiones provenientes desde el exterior, las que se vinculan con la Cc., pero en sí mismas no dejan huellas.

No retienen nada de lo que sucede, no hay memoria.

Signo Perceptivo (S-Pcpc): es el primer registro o transcripción de las percepciones. Es totalmente incapaz de llegar a hacerse conciente.

La excitación que ingresa desde el sist. Pcpc se inscribe en el psiquismo en una triada:

- excitación (montante energético)
- particularidades del objeto (imagen)
- zona corporal que permite la descarga

Estos signos están estructurados de acuerdo con las asociaciones por simultaneidad (ley característica). Esta ley corresponde al primer momento del trauma.

Estado de excitaciones psicosomáticas. El deseo del otro provoca una excitación y aparece una particularidad del objeto y una zona corporal que permite la descarga. Así, la excitación sexual se fija a una zona y a un significante.

Signo Inconsciente (S-Is): es el segundo registro. Acá los signos se fijan mediante relaciones causales, lo que significa que se activa un signo y para ser retranscripto en el segundo sistema debe establecerse una relación causal con el sistema anterior. La eficacia traumática sólo es posible si se produce la retranscripción en el segundo sistema (recuerdo de concepto, representaciones-cosa).

Desde acá el acceso a la conciencia es imposible, a menos que sean traducidos a representaciones-palabras.

Las leyes del sistema Inc son: condensación, desplazamiento, atemporalidad, no rige el principio de contradicción (proc. Primario)

Sistema Preconsciente (S-Psc): Es el tercer tipo de registro.

Acá, las representaciones están ligadas a palabras, a imágenes verbales. Esto posibilita su aparición en la Cc. Las transcripciones se realizan a través de puentes verbales que el yo va estableciendo. Esto no es otra cosa que hacer conciente lo inconsciente.

Este sistema es la sede del yo.

Sistema de la Cc: Se produce el registro de las sensaciones placer-displacer. Los signos no dejan huella, y Cc. y memoria se excluyen mutuamente. (lo q esta en la Cc no esta en el recuerdo, es actual)

Las sucesivas transcripciones representan la obra psíquica de sucesivas épocas de la vida. En cada límite de 2 de estas épocas, el material psíquico debe someterse a una traducción.

Freud contribuye las particularidades de las psiconeurosis a la falta de traducción de ciertos materiales. Así, si estamos en el signo Inc, lo que no fue traducido se comporta con las leyes del signo perceptivo (ley de simultaneidad), y si estamos en el sistema preconsciente, lo que no fue traducido se comporta con las leyes del sistema Inc.

Cabe observar que hay algo que nunca va a poder llegar a la conciencia, nunca se va a traducir a palabras, se trata del Ombligo del Sueño, el nudo hasta donde llegan los análisis.

Por eso en el esquema hay una “X” caída en el S-Inc.

La falta de traducción es lo que comúnmente conocemos como **represión**, que siempre surge para evitar el displacer que provocaría la traducción. La represión es lo que permite al hombre vivir y al psiquismo mantener la homeostasis (estructurarse). Esta represión patológica se produce cuando el suceso es de índole sexual y ocurre en una fase anterior. Sin embargo, existe una defensa normal contra el displacer que actúa dentro de cada fase psíquica y entre transcripciones.

Lo Sexual se Comporta como Actual

Si un suceso cuando es evocado vuelve a producir displacer entonces no podrá ser inhibido. El recuerdo se comporta como actual, tiene la carga afectiva que acompañaba a la primera vivencia. Esto sólo ocurre cuando se trata de sucesos de índole sexual porque las magnitudes de excitación que éstos liberan aumentan con el despertar sexual. Pero, no todas las experiencias sexuales producen displacer, la mayoría provoca placer. Cuando el placer es incapaz de ser inhibido o reprimido, cuando una vivencia sexual es recordada en una fase distinta, y si al mismo tiempo hay un desprendimiento de placer se trata de una **Compulsión**. El placer que no puede reprimirse se convierte en tensión sexual.

Consecuencias del modelo de la Carta 52

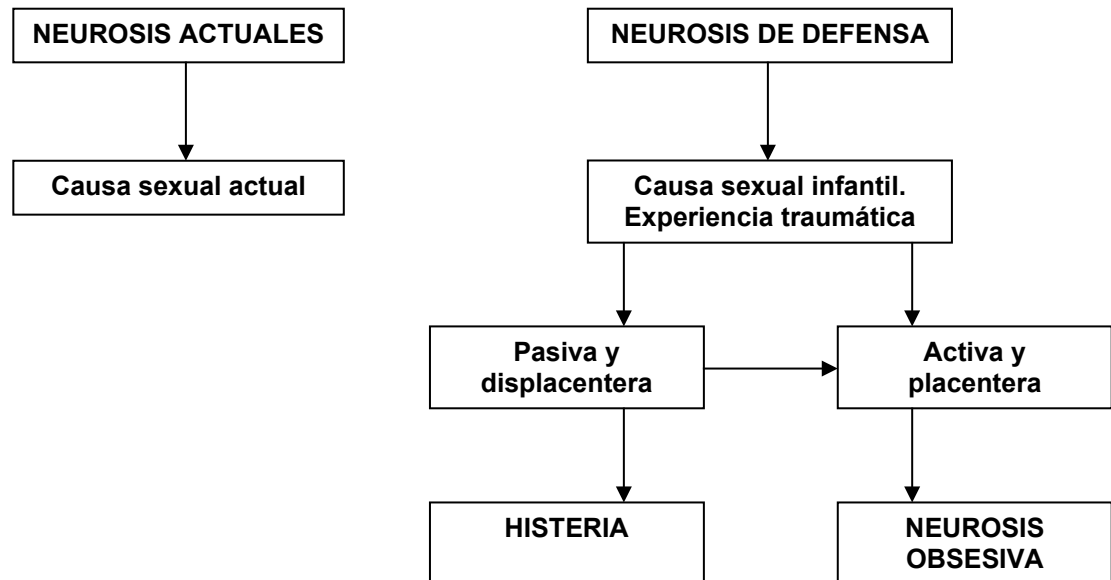
1. En todas las escenas de seducción fantasmáticas se encuentra como centro al padre.
2. En toda fantasía a nivel inconsciente, el padre desea o ama a la paciente histérica
3. Lo verdaderamente traumático es el deseo del otro. Todo síntoma neurótico va a ser desencadenado por la percepción de tal deseo.
4. Toda neurosis es una defensa a una falla del padre.

Nuevas Observaciones sobre las Neuropsicosis de Defensa (1896)

En este artículo Freud propone:

1. una experiencia traumática sexual, infantil y pasiva como etiología específica de la histeria
2. que la naturaleza de la neurosis obsesiva reside en que las representaciones obsesivas son siempre reproches mudados, que retornan de la represión y están referidos a una “acción” sexual de la infancia realizada con placer
3. una comparación de la paranoia con la neurosis obsesiva a partir del análisis del mecanismo de la primera con un caso ilustrativo.

Antes de continuar es necesario aclarar la clasificación de las enfermedades mentales que Freud construye hasta este momento teniendo en cuenta la etiología:



Diferencia entre *neuropsicosis* y *neurosis actuales o simples*.

La neurastenia y la neurosis de angustia (ambas neurosis actuales) son consecuencia inmediata del influjo sexual, mientras que las neurosis de defensa (histeria, representaciones obsesivas) son consecuencias mediatas del influjo sexual ocurrido antes de la pubertad, o sea consecuencias de las huellas mnémicas del trauma. Las causas actuales de las neurosis actuales pueden reactivar estas huellas y suscitar una neurosis de defensa, y al revés, los traumas infantiles establecen el fundamento para la neurastenia que aparecerá luego. Una neurosis actual puede seguir manteniéndose por el continuado recuerdo de traumas infantiles.

A. La Etiología "Específica" De La Histeria

Continuando la idea planteada en 1894 (Neuropsicosis de Defensa) la causalidad psíquica se presenta en términos económicos. De este modo, el **Trauma** se define como un estímulo muy intenso ante el cual el sujeto no puede responder normalmente, provocando la sofocación del afecto concomitante.

Anteriormente se mencionó que las situaciones causales de la histeria eran de índole sexual. Aquí agregaremos que tales traumas, para que produzcan efectivamente una histeria deben reunir dos condiciones: 1) deben haber acontecido en la niñez temprana, y 2) su contenido debe consistir en una efectiva irritación de los genitales (similares al coito), sufrida en forma pasiva donde hay una imposibilidad para responder.

Ambos factores constituyen la etiología específica de la histeria, que se resume en la expresión "*pasividad sexual en periodos presexuales*", (antes de la pubertad). Debe tenerse presente que no son las vivencias mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo su reanimación como recuerdo, después que el individuo maduró sexualmente.

Entonces, encontramos que el trauma se produce en 2 tiempos lógicos:

1º Tiempo: Es la escena traumática infantil, donde hay un estímulo muy intenso vivido en forma pasiva, lo que significa que no hay una reacción por parte del sujeto y el afecto queda sofocado. Se trata de una escena de seducción por parte de algún adulto. A partir de este acto, se inscribe una huella mnémica en el psiquismo que prepara para el segundo tiempo del trauma (predisposición a la histeria).

2º Tiempo: Corresponde al recuerdo del trauma, el cual despierta la huella mnémica de la infancia ejerciendo efectos patógenos. Esto es así porque el recuerdo trae consigo el afecto correspondiente.

Según la indagación clínica, la edad en que la experiencia es nociva, es decir, en que pueda generar una represión, oscila entre el año y medio y los ocho o diez años. Los pacientes no tienen recuerdo conciente de ellas, las que sólo se descubren a partir de los síntomas.

Este trauma temprano por sí solo no es patógeno, y la histeria se desencadena porque el recuerdo de la experiencia penosa fue reprimido por reactivar la huella mnémica del trauma infantil. Freud sugiere que la vivencia infantil es recordada más intensamente en su reactualización, debido al incremento de reacción del aparato sexual puberal.

B. Naturaleza y Mecanismo de la Neurosis Obsesiva

En la neurosis obsesiva encontramos también una experiencia infantil sexual traumática, sólo que no es pasiva sino activa (placentera). Sin embargo, existe en estos casos un trasfondo de síntomas histéricos, ya que una sexualidad activa prematura fue el resultado de una experiencia pasiva (displacentera) previa de seducción.

La naturaleza de la neurosis obsesiva puede expresarse brevemente así: las representaciones obsesivas son siempre **reproches mudados**, que retornan de la represión y están referidos a una acción sexual de la infancia realizada con placer.

Cuando hablamos de “reproches mudados” nos referimos a que están desfigurados. Tal deformación se produce a través de un **falso enlace** facilitado por un mecanismo de **desplazamiento** del afecto desde la representación angustiante hacia otra representación nimia e insignificante.

Estos reproches mudados también pueden entenderse como el **retorno de lo reprimido**. La represión falla y lo reprimido retorna en forma intrascendente para tener acceso a la conciencia creando representaciones obsesivas.

En las neurosis obsesivas, los tiempos del trauma son diferentes a los de la histeria. El primer momento está constituido por la escena vivida en forma activa, con placer; mientras que el segundo momento es vivido con displacer. Ante este displacer el yo se defiende separando el afecto del contenido angustiante. El montante afectivo no queda suelto, sino que inviste otra representación banal.

Trayectoria Típica de la Neurosis Obsesiva

Puede describirse a través de 4 períodos:

Periodo 1: “Inmoralidad Infantil”

Se experimentan vivencias de seducción sexual (placenteras) que mas tarde serán reprimidas. Aparecen acciones de agresión sexual contra el otro sexo, que luego surgirán como reproche. En la mas temprana infancia se darían las experiencias pasivas

Periodo 2: Maduración Sexual

Se produce la inscripción en el aparato psíquico del Superyo, y como consecuencia el recuerdo de la acción sexual placentera se anuda a un reproche por haberla realizado, (se vuelve displacentera).

El nexa del reproche con la vivencia inicial pasiva permite reprimir ese reproche substituyéndolo con síntomas defensivos primarios.

Periodo 3: Síntomas Defensivos Primarios o Salud Aparente

Se instalan síntomas defensivos primarios (escrúpulos, vergüenza, autodesconfianza, orden, etc) que en realidad son una defensa lograda ya que no hay displacer en el yo. Si esta defensa fracasa aparecen las representaciones obsesivas.

Periodo 4: Representaciones Obsesivas o Enfermedad Manifiesta

Hay un retorno de los recuerdos reprimidos, o sea, fracasa la defensa. Los recuerdos reanimados y los reproches formados devienen a la conciencia disfrazados como representación y afecto obsesivos substituyendo el recuerdo patógeno, y constituyendo así formaciones de compromiso patológicas entre las representaciones reprimidas y las represoras.

Formas de Neurosis Obsesivas***Forma Típica***

Lo que emerge a la conciencia solamente el contenido mnémico de la acción-reproche. Pero existe un doble desfiguramiento: primero porque algo actual reemplaza el pasado, y segundo porque lo sexual se expresa por un análogo no sexual, siendo ambas modificaciones producidas por el yo. Las representaciones obsesivas derivan genéticamente de representaciones traumáticas originales que, como medida defensiva, son disfrazadas.

El contenido de tales representaciones ahora disfrazadas atrae toda la atención del sujeto, sintiendo éste como un vago displacer en lugar del reproche.

Formas Atípicas

En este caso emergen a la Cc. la acción motivo de reproche, pero también el afecto correspondiente. El afecto de reproche ya no es un vago displacer, y queda transformado, como medida defensiva, en otro afecto displacentero como por ejemplo en:

- vergüenza (de que otro se entere)
- angustia hipocondríaca (por las consecuencias corporales de la acción cometida)
- angustia social (por la pena que impondría la sociedad)
- angustia religiosa, en delirio de ser notado (miedo a denunciar a otros la acción)
- angustia de tentación (desconfianza en la propia resistencia moral), etc.

También hay un retorno de lo reprimido por fracaso de la defensa primaria. Entonces el yo crea además de éstos síntomas otros que son medidas preventivas (defensa secundaria).

Actos Obsesivos

Las representaciones obsesivas y los afectos obsesivos antes indicados eran, medidas protectoras del yo, síntomas de compromiso contra el retorno de lo reprimido. Si estos síntomas consiguen efectivamente volver a reprimir lo que retornó, la compulsión se transfiere ahora sobre esos mismos síntomas: el yo comienza a defenderse de ellos mediante defensas secundarias llamadas **acciones obsesivas**, que resultan ser así síntomas de defensa secundaria que surgen a partir del fracaso de la defensa primaria.

Las defensas secundarias pueden establecerse contra las representaciones obsesivas y contra los afectos obsesivos.

En el primer caso se pueden combatir mediante contenidos contrarios (lo sexual se transforma en un cavilar sobre cosas abstractas y suprasensibles), o mediante intentos por controlar la idea obsesiva con un trabajo lógico (compulsión a pensar y examinar, manía de la duda), etc.

Contra los afectos obsesivos se toman por ejemplo medidas expiatorias (rituales fastidiosos), preventivas (fobias, supersticiones, meticulosidad, acrecentamiento del síntoma primario del escrúpulo moral), miedo a traicionarse, aturdimiento, etc.

3. Análisis De Un Caso De Paranoia Crónica

La paranoia es también una psicosis de defensa, pues proviene de la represión de recuerdos penosos y sus síntomas están determinados por el contenido reprimido. Freud se pregunta si en la paranoia hay o no un camino diferente al de la histeria o al de las representaciones obsesivas. Para ello analiza el siguiente caso.

La señora P tiene 32 años, casada, y con un hijo pequeño. A los seis meses de nacido su hijo se volvió huraña y desconfiada, quejándose que los demás la trataban mal, y que intentaban mortificarla. No sabe a qué se debe su estado, y más tarde se queja de ser observada, por ejemplo cuando se desvestía, con lo cual lo hacía bajo las sábanas. Rehuía todo trato hasta que fue internada. Los síntomas se intensificaron y aparecieron nuevos: cada vez que estaba en compañía de una mujer tenía pensamientos y alucinaciones de desnudeces femeninas, regazos con vello y órganos masculinos. Veía a la mujer desnuda como si fuese ella misma. Aparecieron voces que la fastidiaban con amenazas, reproches y referencias a su persona, inexplicables para ella, cuando estaba en compañía de una mujer o cuando caminaba por la calle, con lo que empezó a encerrarse y a tomar asco a la comida.

La investigación de este caso exige indagar en su etiología y en el mecanismo de las alucinaciones. Respecto de la etiología Freud comprobó que era similar a las otras neurosis de defensa: en su origen había representaciones que habían sido reprimidas.

El análisis de las alucinaciones mostraron que estas no eran otra cosa que fragmentos tomados de las vivencias infantiles reprimidas, síntomas del retorno de lo reprimido. En el caso de esta mujer, hacían alusión a diversas experiencias que habían culminado en un comercio sexual con su hermano, siendo niña. Las voces que escuchaba la señora P eran del tipo "Ahí va la señora P", etc., y provenían de la represión de pensamientos relacionados en última instancia con reproches vinculados a una vivencia análoga al trauma infantil. Las alucinaciones auditivas eran entonces un retorno de lo reprimido.

Comparación Entre La Paranoia y La Neurosis Obsesiva

En ambos casos la represión es el núcleo del mecanismo psíquico, y es una vivencia sexual infantil.

Los síntomas que brotan de la defensa primaria son similares: en la **paranoia** aparece la desconfianza, la persecución de los demás y otras ideas delirantes, y en la **neurosis obsesiva** el reproche inicial ha sido reprimido y suplantado por el síntoma defensivo primario de la desconfianza de sí mismo.

En la paranoia el reproche es reprimido mediante la **proyección**, puesto que aparece desconfianza hacia otros (no hacia sí mismo), con lo cual se le quita reconocimiento al reproche.

En ambos casos, los síntomas del retorno de lo reprimido aparecen disfrazados por el compromiso necesario para ingresar en la conciencia.

El retorno como imágenes visuales se acerca más a la **histeria**, pero mientras en ésta no hay una desfiguración, en la paranoia sí la hay, como sucede en la neurosis obsesiva (por ejemplo aparece el regazo de una mujer adulta en vez del de una niña).

Algo aparece en la paranoia, por último, que no está en la neurosis obsesiva: los reproches reprimidos retornan como pensamiento en voz alta, forzados estos a una doble desfiguración: sustitución de unos pensamientos por otros asociados e imprecisos, y referencia a vivencias recientes, análogas a las antiguas.

Los síntomas de la defensa secundaria no se hallan presentes como tales en la paranoia: contra los síntomas del retorno de lo reprimido, o sea contra las ideas delirantes, no se hace valer defensa alguna. Lo que ocurre en este caso es un trabajo del yo para aceptarlas tal cual son, exentas de contradicción, para lo cual debe adecuarse a ellas. Este delirio de interpretación, equivalente de la defensa secundaria en la neurosis obsesiva, desemboca en la paranoia en una alteración del yo.

A Propósito de un Caso de Neurosis Obsesiva. “El Hombre de las Ratas” (1909)

Punto E: Algunas Ideas Obsesivas y su Traducción

Las representaciones obsesivas aparecen inmotivadas o bien sin sentido, y para aclararlas debemos hacer una traducción de ellas. Esto se consigue relacionándolas con el vivenciar del paciente, o sea explorando cuándo emergió por vez primera dicha Idea Obsesiva, y bajo qué circunstancias externas suele repetirse. Accedemos así a su significado, su génesis y su origen pulsional. Todo esto puede ejemplificarse con el caso del Hombre de las Ratas.

Paul es un joven de formación universitaria que asiste al consultorio de Freud. Este sujeto, presentaba una N.O. de gran duración, con dañinas consecuencias, por lo que el tratamiento abarca mas o menos un año.

Síntomas

1. Padece representaciones obsesivas que están presentes desde su infancia. El contenido principal de éstas es un gran temor de que algo malo le suceda a 2 perdonas queridas: El padre y su amada.

Por Ej.: ante el deseo de ver a mujeres desnudas, surge el temor a nivel Prec-Cc de que lean sus pensamientos. Esto es en realidad, a nivel Inc, miedo a que su padre muera .

2. **Impulso Suicida:** Consistente en la idea de cortarse el cuello con una navaja. El nexa de esta idea con el vivenciar del paciente fue este: la idea le vino cuando su amada no estaba pues debía cuidar a la abuela. Por tanto, la abuela le impedía ver a la amada, y le vinieron ganas de matarla. Frente a este impulso muy censurable pensó entonces matarse él mismo por semejantes pensamientos, utilizando aquí una defensa contra el impulso reprochable: la **Inversión**, pues la acción de matar se volvía contra él, como un castigo por tales pensamientos.
3. **Obsesión de Adelgazar:** Debía adelgazar porque estaba muy gordo, con lo cual no comía y hacía ejercicios. Tal idea le vino cuando ve a la mujer que él apetecía en compañía de un primo de nombre Richard. Como en el caso del impulso suicida, vemos también aquí un impulso destructivo hacia el primo, del cual se defendía imponiéndose el autocastigo de adelgazar
4. **Compulsión Protectora:** Incluye diferentes acciones obsesivas, como ponerle la capa a su amada para que no le pase nada y quitar una piedra para que al carruaje que llevaba a la mujer no le pasara nada. Frente a esto último, se vio obligado a volver a poner la piedra en su lugar, por juzgar su anterior acción de ridícula.
Todos estos productos dependen de un episodio en relación con su amada, era una reacción frente a una moción hostil hacia ésta. Asimismo, sacar y poner la piedra expresan también esta fuerte ambivalencia hacia la amada: cuidarla (amor) y destruirla (odio).
5. **Compulsión de Contar:** Contaba hasta 40 o 50 entre rayo y trueno. Ésta es una defensa contra temores que significaban peligro de muerte.
6. **Compulsión de Comprender:** La compulsión de comprender surge ante un mal entendido con la amada, por lo que derivaba de querer entender ciertas actitudes de ella hacia él. Paul desplazó este deseo a otras personas.

Tales acciones obsesivas en dos tiempos, donde el primero es cancelado por el segundo, es típico de la neurosis obsesiva, y expresan el amor y el odio, dos mociones de intensidad casi igual (a diferencia de la histeria, donde se mata dos pájaros de un tiro incluyendo ambos opuestos en una sola figuración). El paciente no ve la relación entre ellas y las justifica mediante una Racionalización. Sin embargo, su verdadero significado se encuentra siempre en la antítesis amor-odio.

En la neurosis obsesiva, se satisface a ambos elementos mediante estas acciones en 2 tiempos.

Todo acto obsesivo entraña una idea o representación obsesiva, pero si pueden existir ideas obsesivas desprovistas de una acción.

Manuscrito H (1895): Paranoia

En este artículo Freud plantea que si las ideas obsesivas pueden ser reducidas a trastornos afectivos y su fuerza atribuida a un conflicto, entonces idéntica concepción ha de ser aplicable también a las ideas delirantes, por lo que éstas serán asimismo consecuencias de trastornos afectivos que deben su fuerza a un proceso psicológico.

La paranoia crónica, en su forma clásica, es ciertamente un modo patológico de defensa, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no aguanta, pero se supone que existe en la persona cierta predisposición particular (una experiencia traumática).

A través del análisis de un caso, Freud explica en qué consiste el mecanismo defensivo de la paranoia. Para entender dicho mecanismo, es necesario hacer una breve reseña del caso clínico.

Una solterona de unos treinta años vive junto con su hermano y una hermana. Para ganar algo de dinero, alquilan una pieza a un hombre conocido, un tanto misterioso, muy hábil e inteligente, que vive con ellos a lo largo de un año, convirtiéndose en un amigo.

Sin embargo, la menor de las hermanas cuenta a la mayor cierta ocasión en la cual el huésped quiso atentar contra ella. Mientras arreglaba su habitación, él se encontraba todavía en cama y le pidió que se acercara. Al hacerlo ella inocentemente él le puso el pene en la mano.

Este episodio no tuvo consecuencia alguna y el extraño partió al poco tiempo. En el curso de los próximos años la hermana que sufrió esta experiencia cayó enferma, comenzando a sentirse mal y desarrollándose finalmente un inconfundible delirio de observación y de persecución, con el siguiente contenido: las vecinas la compadecen como una solterona que sigue esperando a aquel hombre; le hacen insinuaciones de esta especie; continuamente le dicen toda clase de cosas sobre el hombre, y así sucesivamente.

La hermana mayor ha notado con asombro que la paciente niega la escena de la seducción cada vez que se alude a ésta en una conversación.

Explicación Clínica

Freud descubre que la paciente reprime la situación descrita, muy probablemente por la angustia que le ocasiona su recuerdo. Por consiguiente, lo que evitaba era el autorreproche de ser “una mala mujer”; pero el mismo reproche era el que ahora llegaba a sus oídos desde afuera en forma de delirio. Así, el contenido objetivo quedaba inalterado, cambiando sólo la localización. El reproche interno se convirtió en reproche externo, de tal modo la gente decía lo que de otro modo ella se habría dicho a sí misma y el reproche quedaba apartado del yo.

Esto significa que el propósito de la paranoia consiste en rechazar una idea intolerable para el yo mediante la **proyección** de su contenido al mundo exterior.

Ante este descubrimiento, surgen 2 cuestiones a resolver:

1. ¿Cómo se logra tal proyección?

En realidad, el mecanismo de proyección es muy común en la vida diaria. Cada vez que ocurre una modificación interna, podemos optar por atribuirla a una causa interna o a una externa. Si algo nos impide elegir el proceso endógeno, recurriremos naturalmente al de afuera. Por otro lado, estamos acostumbrados a que nuestros estados

internos queden expuestos a los demás (por la expresión de las emociones), lo que explica además de la proyección normal el delirio de observación de que padecemos todos (normal).

La proyección normal se convierte en patológica cuando no hay conciencia de lo que se está proyectando. En la paranoia sucede esto último, que no es otra cosa que la trasposición de un aspecto que el sujeto reprocha o no quiere reconocer de si mismo (Inc.), hacia otras personas.

2. ¿Se aplica lo observado en este caso a todos los casos de Paranoia?

Ante esta cuestión, Freud contesta afirmativamente. Observa que en diferentes casos (alcohólicos, paranoicos querellantes, etc.) la idea delirante es sostenida con la misma energía con que otra idea, intolerablemente penosa, es rechazada fuera del yo.

Comparación de las Diferentes Formas de Defensa

1. Histeria: La idea intolerable no es admitida a la asociación con el yo. Su contenido se mantiene en estado de segregación, ausente de la conciencia, mientras que su afecto es desplazado, por conversión hacia el cuerpo

2. Idea obsesiva: Tampoco aquí la idea intolerable es admitida a la asociación con el yo. El afecto se conserva; pero el contenido es sustituido por otro banal e insignificante.

3. Confusión alucinatoria: La totalidad de la idea intolerable (afecto + contenido) es excluida del yo, lo que sólo es posible al precio de un desprendimiento parcial del mundo exterior. El sujeto recurre a las alucinaciones porque éstas son gratas al yo y prestan apoyo a la defensa.

4. Paranoia: En oposición directa al caso anterior, el contenido tanto como el afecto de la idea intolerable se conservan, pero son proyectados al mundo exterior. Las alucinaciones, que ocurren en algunas formas, son hostiles al yo pero apoyan la defensa.

En las **psicosis histéricas**, por el contrario, son precisamente las ideas rechazadas las que adquieren predominio. Las alucinaciones son hostiles al yo. La idea delirante es lo contrario de la idea rechazada (por ejemplo, en la megalomanía).

La paranoia y la confusión alucinatoria son las dos psicosis de “terquedad” o desafío. Las «autorreferencias» de la paranoia son análogas a las alucinaciones de la confusión, que pretenden imponer precisamente lo opuesto del hecho rechazado. Así, la autorreferencia siempre trata de demostrar que la proyección es correcta.

	Afecto	Contenido ideacional	Alucinaciones	Resultado
Histeria	resuelto por conversión	falta en la conciencia		Defensa inestable con beneficio satisfactorio
Ideas obsesivas	Conservado +	falta en la conciencia, sustitución		Defensa permanente sin beneficio
Confusión alucinatoria	falta	falta	favorables al yo, y a la defensa	Defensa permanente, excelente beneficio
Paranoia	conservado +	conservado + proyec. fuera	hostiles al yo, favorables a la defensa	Defensa permanente sin beneficio
Psicosis histérica	dominan la conciencia		hostiles al yo y a la defensa	Defensa fracasada

EL CONCEPTO DE FANTASÍA

Según el Diccionario de Psicoanálisis de **Laplanche y Pontalis**, se define a la Fantasía como un *“Guión imaginario en el que se halla presente el sujeto y que representa, en forma más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y, en último término, de un deseo Inconsciente”*.

Las fantasías no son formaciones del Inconsciente como lo son los sueños, síntomas, lapsus, etc. Esto es así en tanto no se constituyen a partir del mecanismo de la represión, lo que se observa claramente, ya que en la fantasía no hay sustracción de cargas ni nada que se censura. En la fantasía soy libre.

Freud designa a las fantasías como construcciones imaginarias que realiza el sujeto movido por un deseo. Entonces, en las fantasías hay imágenes (representaciones mentales) que aparece en función de un deseo. Pero este deseo no es el deseo inconsciente, que nunca se cumple y actúa como motor.

La relación de la fantasía con el deseo lo atestigua el término **Wunsch-phantasie** (fantasía de deseo). Para Freud la fantasía tiene su origen y su modelo en la primera vivencia de satisfacción, en donde el primer desear parece haber sido una catexia alucinatoria del recuerdo de la satisfacción. (El bebé fantasea con el pecho materno).

El Wunsch, que tiene un propósito consciente que se cumple y va cambiando, aparece articulado al Deseo Inconsciente.

Para Laplanche y Pontalis, la relación entre fantasía y deseo es mas compleja:

1.º se trata de guiones, aunque se enuncien en una sola frase, de escenas organizadas, susceptibles de ser dramatizadas en forma casi siempre visual.

2.º el sujeto está siempre presente en tales escenas; incluso en la «escena originaria», de la que puede parecer excluido, figura de hecho, no sólo como observador, sino como participante que viene, por ejemplo, a perturbar el coito de los padres.

3.º lo representado no es un objeto al cual tiende el sujeto, sino una secuencia de la que forma parte el propio sujeto y en la cual son posibles las permutaciones de papeles y de atribución.

4.º en la medida en que el deseo se articula así en la fantasía, ésta es también asiento de operaciones defensivas; da lugar a los procesos de defensa más primitivos, como la vuelta hacia su propia persona, la transformación en lo contrario, la negación, la proyección.

5.º tales defensas, a su vez, se hallan indisolublemente ligadas a la función primaria de la fantasía, la escenificación del deseo, escenificación en la que lo prohibido se encuentra siempre presente en la posición misma del deseo.

Las fantasías surgen siempre a partir una **Privación**, lo que significa que las pulsiones sexuales deben buscar caminos alternativos para satisfacerse. En la fantasía hay una descarga, una satisfacción sustitutiva de la pulsión que es equivalente a la masturbación. En la fantasía no se juega ninguno de los 4 destinos de la pulsión: sublimación, transformación en lo contrario, vuelta sobre sí y represión.

MANUSCRITO L (MAYO, 1897)

En este documento Freud escribe sobre la importancia de las fantasías en la Arquitectura de la Histeria.

Al parecer, el objetivo del análisis consiste en llegar a las escenas primarias (traumáticas), lo que en algunos casos se consigue directamente, pero en otros sólo a través de largos rodeos por las fantasías.

Las fantasías son, **antepórticos psíquicos** creados para bloquear el acceso a esos recuerdos primitivos; y al mismo tiempo, sirven a la tendencia de sublimar los recuerdos (quitarles carga sexual).

Con esto queda claro que la **función de las fantasías es la Defensa**. La fantasía defiende evitando que el montante energético quede ligado a una representación traumática, de este modo esta al servicio del olvido. Además provoca, al estilo del sueño, una descarga (sublimación) que preserva al aparato de la muerte psíquica.

La fantasía es un híbrido (mezcla) en donde hay elementos inconscientes que nunca se hacen conciente, esto es el Fantasma Fundamental, el Representante-Representativo de la pulsión.

La construcción de fantasías es un proceso que demuestra ser muy semejante a la construcción de los sueños, sólo que la forma de presentación no está dominada por la regresión, sino por la progresión. (el polo motor no esta cerrado).

Las fantasías están edificadas con cosas oídas y son precursora de los síntomas histéricos. Éstos aparecen vía fantasía, y no dependen de los recuerdos sino de las fantasías formadas sobre la base de ellos.

Las fantasías son a las cosas oídas como los sueños a las cosas vistas, pues en el sueño nada se oye, sino que sólo se ve.

MANUSCRITO M (MAYO, 1897)

Freud sigue sosteniendo en esta nota que en la arquitectura de la histeria algunas de las escenas son directamente accesibles, pero otras sólo lo son a través de fantasías superpuestas.

A esto agrega la idea de que las escenas están ordenadas de acuerdo con el creciente grado de resistencia; es decir: las que han sido ligeramente reprimidas en un principio sólo aparecen incompletamente, debido a su asociación con las que se hallan más profundamente reprimidas.

La vía seguida por la labor analítica avanza en una serie de espirales; primero, descende hasta las escenas o a su vecindad; luego, arranca del punto alcanzado y descende una vuelta más, y así sucesivamente. Entonces, con respecto a los síntomas, nuestra labor consiste en una serie de elaboraciones parciales que avanzan a niveles más y más profundos.

En cuanto a las fantasías, sigue sosteniendo que se originan por la combinación inconsciente de lo vivenciado con lo oído, siguiendo determinadas tendencias. Estas tendencias persiguen el propósito de tornar inaccesible el recuerdo del cual han surgido o podrían surgir síntomas.

La formación de fantasías tiene lugar por un proceso de fusión y distorsión. El primer tipo de deformación consiste, efectivamente, en la falsificación de la memoria por un proceso de fragmentación, con total abandono de las relaciones cronológicas. Uno de los fragmentos de una escena visual se une entonces con un fragmento de una escena auditiva para formar la fantasía, mientras que el fragmento sobrante entra en otra combinación. Con ello una conexión original ha quedado irremediablemente perdida. La formación de tales fantasías (en períodos de excitación) hace cesar los síntomas mnemónicos, pero en su lugar aparecen ahora ficciones inconscientes que no están sometidas a la defensa. Si la intensidad de tal fantasía aumenta a un punto que le permite irrumpir a la conciencia, será víctima de la represión y surgirá un síntoma producido por la retrogresión desde la fantasía hacia los recuerdos que la constituyen.

Además, se establece una diferencia entre las fantasías de la histeria y la paranoia. En esta última las fantasías son sistemáticas y todas armonizan entre sí; en la histeria son independientes las unas de las otras y hasta contradictorias, o sea, que están aisladas entre sí. Esto y el descuido de la característica del tiempo son, las distinciones esenciales entre la actividad del preconscious y la del inconsciente.

Fantasía y Realidad

La comprensión de la fantasía, tal cual lo plantea Freud, suponen la renuncia a la **noción vulgar** de este término, en el cual se define la fantasía como una **producción ilusoria** que se opone a la percepción correcta de la realidad.

Para Freud no hay realidad que no esté atravesada por la fantasía. Dicho de otro modo: no hay realidad objetiva; siempre es subjetiva (fantasmática) ya que el neurótico percibe la realidad tratando de tamizar el trauma.

Freud descubrió la importancia de las fantasías en la etiología de las neurosis. Desde un principio, admitió la realidad de las escenas infantiles patógenas, pero con el tiempo se da cuenta de que la realidad aparentemente material de estas escenas no era más que realidad psíquica, y así abandona definitivamente esta primera idea. (“Mis histéricas me han engañado...”)

La **Realidad Psíquica** es una expresión utilizada por Freud para designar una forma de existencia del sujeto, distinta de la realidad material, en tanto dominada por el reino del fantasma y el deseo. Históricamente, la noción surgió del abandono por Sigmund Freud de la teoría de la seducción y de la elaboración de una concepción del aparato psíquico basada en la primacía del inconsciente. (Roudinesco-Plon)

Así, la fantasía es la expresión verbal del síntoma, de modo que en toda fantasía encontramos elementos Prec. anclados a elementos Inc. La fantasía es la figurabilidad del deseo inc.

La vía para descifrar el síntoma es la fantasía, de tal manera, las asociaciones del paciente son fantasías; una expresión de su realidad psíquica, que aunque no sea la realidad objetiva, es lo determinante.

ARTICULACIÓN TRAUMA-FANTASÍA-PULSIÓN (LIC. M. EUGENIA GUTIÉRREZ)

La noción de **TRAUMA** tiene que ver con la necesidad de indagar sobre la etiología de las afecciones psíquicas.

Freud, luego de estudiar varios casos de neuropsicosis, atribuye al trauma 2 tiempos. De hecho, el trauma se hace eficaz en el segundo momento cuando, con efecto retroactivo, emerge el recuerdo en relación con la vivencia traumática. Es mas intenso el efecto displacentero que produce el recuerdo que el que pudo haber correspondido a esa experiencia inicial.

Dicho de otro modo, no son las vivencias sexuales mismas las que poseen efecto traumático, sino sólo su reanimación como recuerdo después de que el sujeto ha ingresado en la madurez sexual.

En un primer momento, Freud explica esta cuestión de las vivencias sexuales infantiles traumáticas a través de la *teoría de la seducción por un adulto*. Una parte de esta teoría se sigue manteniendo: la sexualidad, que siempre implica la relación con otro; y el carácter traumático de las primeras vivencias.

El segundo movimiento que hace Freud es pasar de las experiencias traumáticas a las **FANTASÍAS**. Esto implica abandonar la idea de que se trataba de sucesos realmente ocurridos, postulando que la eficacia de los acontecimientos externos proviene de las fantasías que se activan ante esos relatos, y el flujo de excitación pulsional que desencadenan. Así, se podría tratar de cualquier experiencia modulada por la fantasías del sujeto.

El momento de encuentro con el deseo del otro es un momento mítico, que en cada sujeto estará modulado por las vicisitudes de su historia. De aquí la noción de **Fantasia Originaria o Primordial**.

Según **Laplanche y Pontalis**, éstas son estructuras fantaseadas típicas (vida Intrauterina, escena originaria, castración, seducción) que el psicoanálisis reconoce como organizadoras de la vida de fantasía, cualesquiera que sean las experiencias personales de los individuos.

Según Freud, la universalidad de estas fantasías se explica por el hecho de que constituirían un patrimonio transmitido filogenéticamente. Esto es así en tanto la inscripción de estas fantasías corresponde a la represión primaria; entonces, lo que fue realidad en las épocas primitivas, se transformaría en realidad psíquica.

Los temas de las fantasías Originarias se relacionan con los orígenes. En la escena originaria se representa el origen del sujeto; en la fantasía de seducción, el surgimiento de la sexualidad; y en la fantasía de castración, el origen de las diferencias de los sexos.

Estas fantasías intentan un reordenamiento simbólico de las contradicciones que se presentan en lo real. En efecto, las Fantasías Originarias surgen en la época del encuentro entre el mundo exterior y la deflexión de la pulsión sexual y el instinto de autoconservación, origen de la psiquis del bebé humano. (Recordar 1º exp. de satisfacción)

La necesidad de crear tales fantasías, así como el material con que se las construye proviene de las **PULSIONES**.

En “*Pulsiones y Destinos de Pulsión*” (1915), Freud define a la Pulsión como el representante psíquico de los estímulos internos procedentes del cuerpo, y también como una medida del trabajo impuesto a lo anímico a consecuencia de su conexión con lo somático. Pulsión es entonces un concepto límite entre lo somático y lo anímico.

Presenta cuatro factores o características:

- Perentoriedad (empuje)
- Fin (descarga, satisfacción)
- Objeto (contingente)
- Fuente (zona erógena)

Con la introducción de este concepto, el trauma es pensado como un efecto desbastador sobre el aparato psíquico, debido a la energía pulsional sin ligar.

Las fantasías ayudan a defender el aparato, en tanto están acompañadas de una descarga de la pulsión sexual (soldadura).

Además, los síntomas están soldados a una pulsión (sexual). Hay una satisfacción sustitutiva de una pulsión parcial. (similar a la masturbación)

Sintetizando: Las fantasías, como antepórticos de los recuerdos traumáticos impiden el acceso a esos sucesos, y además proporcionan una satisfacción sustitutiva de la pulsión para mantener la homeostasis del aparato.

CONFERENCIA 17: EL SENTIDO DE LOS SÍNTOMAS (1916-1918)

Sigmund Freud muestra porqué la teoría psicoanalítica afirma que los síntomas obsesivos, en contraposición a la psiquiatría clásica, tienen un sentido que es preciso encontrar a través de su interpretación.

Los síntomas neuróticos poseen (como los actos fallidos y los sueños) un sentido propio y una íntima relación con la vida de las personas en las que surgen. Para demostrar esto, cita 2 ejemplos: uno de una señora de 30 años y otro de una joven que presenta un interesante ceremonial para acostarse. Analicemos el segundo caso.

Se trata de una bella muchacha 19 años, hija única y muy inteligente. Pasaremos directamente a describir su ceremonial. Puede decirse que todo sujeto normal precisa para conciliar el sueño del cumplimiento de determinadas condiciones. Pero todos estos requisitos son racionales y comprensibles; y además pueden modificarse. En cambio, el ceremonial patológico carece de flexibilidad y trae consigo requisitos que ninguna razón justifica.

Nuestra enferma explica sus actos argumentando que para dormir bien tiene necesidad de un silencio absoluto y se ve obligada, por tanto, a limitar todo lo que pudiera producir un ruido. Con este fin, toma todas las noches, antes de acostarse, las siguientes precauciones:

- detiene el **reloj** de pared que hay en el cuarto y hace transportar a otra habitación distante todos los demás relojes, sin exceptuar siquiera uno pequeño de pulsera, metido dentro de su estuche, aunque sabe que la necesidad de proteger su descanso no justifica estas medidas

- en segundo lugar, reúne sobre su escritorio todos los **floreros y jarrones**, de manera que ninguno de ellos pueda caer y romperse durante la noche. Sin embargo, se da cuenta de que el temor de que los floreros y jarrones caigan espontáneamente al suelo, produciendo ruido, es totalmente imposible.
- exige, entre otras cosas, que la **puerta** que separa su alcoba de la de sus padres quede entreabierta, y para obtener este resultado la inmoviliza con ayuda de diversos objetos; lo que en vez de evitar posibles ruidos es susceptible de producirlos.
- La **almohada** larga no debe tocar la cabecera de la cama y el pequeño **almohadón** superior ha de quedar dispuesto en rombo sobre dicha almohada, reclinando luego la enferma su cabeza en este almohadón y precisamente en el sentido del diámetro longitudinal del rombo.
- Por último, ha de sacudir el **edredón**, de manera que todo su contenido vaya a acumularse en su parte inferior, pero inmediatamente deshace su labor, igualándolo de nuevo.

La enferma teme siempre haber realizado inadecuadamente este ceremonial, de modo que revisa y repite cada uno de los actos. Así resulta que tales manejos duran una o dos horas

Interpretación De los Síntomas

Nuestra enferma comenzó por comprender que el **reloj** de pared es un símbolo genital femenino, asume este papel a causa de la periódica seguridad de su funcionamiento.

Lo que nuestra enferma temía sobre todo era ser perturbada en su sueño por el tictac de la maquinaria, ruido que puede ser considerado como una representación simbólica de los latidos del clítoris en los momentos de excitación sexual. En efecto: nuestra enferma había sido despertada repetidas veces por esta penosa sensación y el temor a la misma, o sea a la erección del clítoris, era lo que la obligaba a alejar de su alcoba todos los relojes en marcha.

Los **floreros y los jarrones** son, como todos los recipientes, símbolos femeninos. Así, pues, la precaución de colocarlos durante la noche en un sitio desde el que no pudiesen caer y romperse no se hallaba desprovista de sentido. A esta parte del ceremonial de nuestra enferma asociaba la misma un recuerdo y varias ideas. Siendo aún niña, iba un día con un vaso en la mano y cayó al suelo, hiriéndose en un dedo con un cristal y sangrando abundantemente. Más tarde, al llegar a la pubertad, tuvo conocimiento de los hechos referentes a las relaciones sexuales, y quedó obsesionada por el temor angustioso de no sangrar en la noche de bodas, circunstancia que haría dudar a su marido de su virginidad. Sus precauciones contra la rotura de los floreros y jarrones de su alcoba constituyen una especie de reacción contra todo el complejo relacionado con la virginidad y la hemorragia consecutiva al primer contacto sexual, reacción de protesta que se dirige tanto contra el temor de sangrar como contra el opuesto de no sangrar.

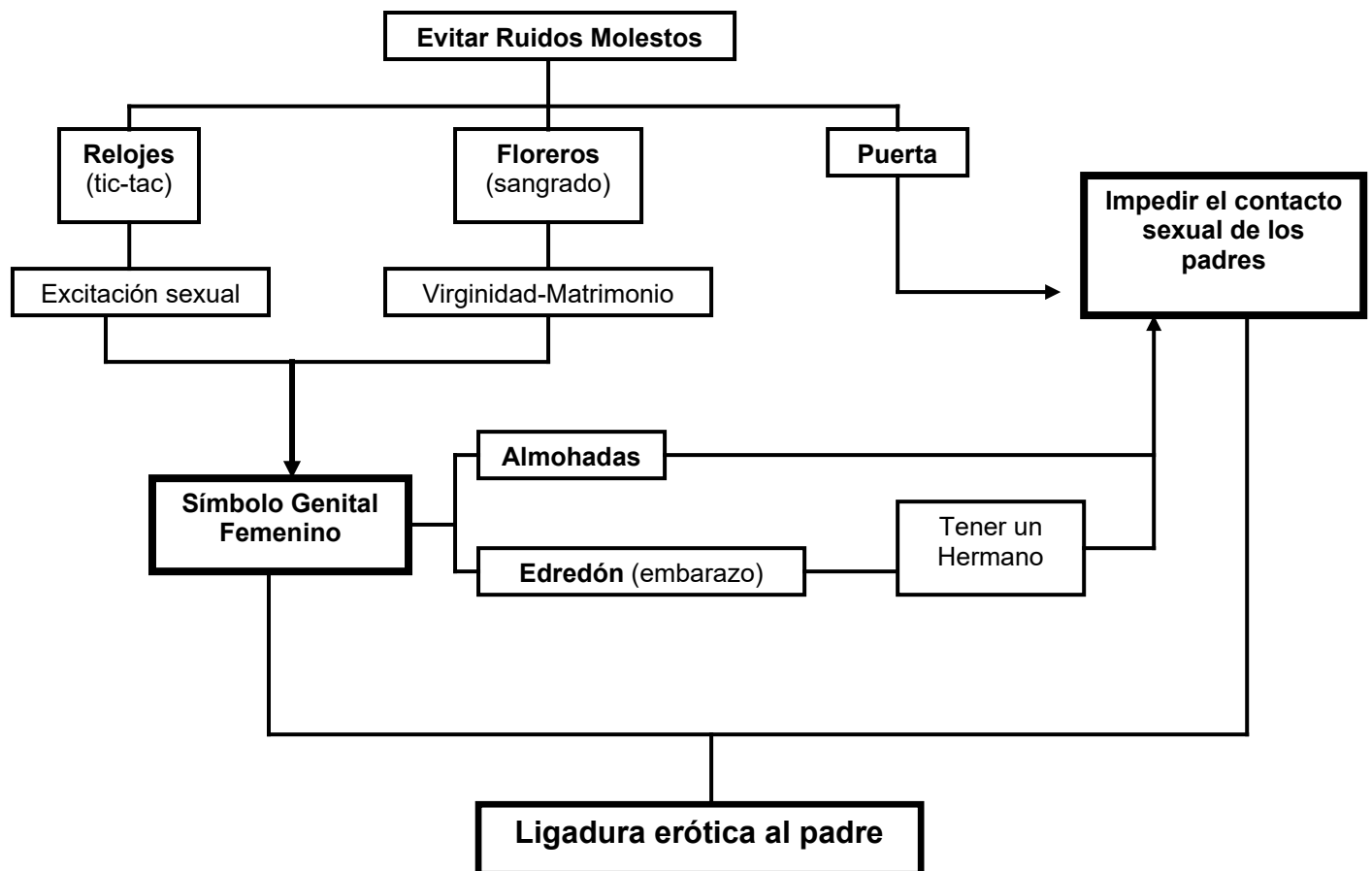
La paciente adivinó el sentido central de su ceremonial un día en que tuvo la súbita comprensión del motivo por el que no quería que la **almohada** tocara la cabecera del lecho. «La almohada- decía -es siempre mujer, y la pared vertical del lecho es hombre.» Quería, pues, y por una especie de acto mágico impedir a sus padres todo contacto sexual. Con esta misma intención dejaba la **puerta** que separaba su alcoba de la de sus padres abierta durante la noche; así se proporcionaba un medio de espiar a sus padres.

Por otro lado, si la almohada grande (símbolo femenino) representaba a su madre, el pequeño almohadón de encima tenía que representar a ella.

La paciente cayó en seguida en que el rombo es la elemental forma geométrica con la que se suele representar en los gráficos callejeros el genital femenino abierto. Así, pues, se adjudicaba ella el papel masculino, reemplazando con su cabeza el miembro viril.

El acto de **sacudir el edredón**, que es también un símbolo femenino, hasta que, reuniéndose todas sus plumas en su parte inferior formase una especie de bolsa, posee también un sentido: el de embarazar a la mujer. Pero nuestra paciente no dejaba de disparar en el acto este simbólico embarazo, pues había vivido durante muchos años con el temor de que le naciese un hermano que hubiese dado al traste con su privilegiada posición de hija única.

Lo que Freud intenta demostrar claramente con este ejemplo es el hecho de que en estos ceremoniales se concretan, no una sola y única fantasía, sino varias, muy distintas, aunque convergentes en un punto dado.



CONFERENCIA 18: FIJACIÓN AL TRAUMA. LO INCONSCIENTE (1916-7)

Freud comienza esta conferencia analizando ciertas conclusiones de los 2 casos expuestos en la conferencia anterior.

La primera conclusión afirma que las dos pacientes parecen estar fijadas a un determinado fragmento de su pasado, siéndoles imposibles desligarse de él, y descuidando su presente y su futuro.

Según **Laplanche y Pontalis**, la **Fijación** hace que la libido se una fuertemente a personas o a imágenes, reproduzca un determinado modo de satisfacción, permanezca organizada según la estructura característica de una de sus fases evolutivas. La fijación puede ser manifiesta y actual o constituir una virtualidad prevalente que abre al sujeto el camino hacia una regresión.

El análisis de varios casos similares realizado por Freud, demuestra que los enfermos han retrocedido, con sus síntomas y las consecuencias que de ellos derivan, a un período de su vida pretérita, eligiendo casi siempre la primera infancia.

Estos casos presentan una analogía con las **Neurosis Traumáticas**, ya que en estas últimas encontramos una fijación a un suceso accidental vivido por el paciente que se constituye como base de la enfermedad. Puede decirse que el sujeto no ha pasado el momento del trauma, y lo sigue considerando como presente. En este sentido, se define al **trauma** (de acuerdo con la teoría económica) para designar aquellos sucesos que aportan a la vida psíquica un enorme incremento de energía y hacen imposible la asimilación o supresión de la misma por medios normales, provocando de este modo duraderas perturbaciones en la utilización de dicha energía.

En base a esta definición, podemos considerar al **síntoma** como un camino alternativo, patológico, por medio del cual el sujeto puede descargar parte de esa energía.

A partir de todo esto, Freud considera también como traumáticos los sucesos a los que han quedado fijados las dos pacientes de la lección 17. Así, equipara la etiología de la neurosis a una enfermedad traumática, explicando su patogénesis por la incapacidad del paciente para reaccionar normalmente a un suceso psíquico que tiene mucha carga afectiva. No obstante, luego se da cuenta de que el caso de la muchacha del ritual de las almohadas no se ajusta a un suceso traumático, ya que la ligazón erótica al padre es bastante común. Esto lo lleva a abandonar lo expuesto anteriormente.

Seguidamente Freud aclara con respecto a la fijación: toda neurosis implica una fijación, pero no toda fijación involucra si o si una neurosis. De este modo, la fijación no es un proceso patológico en sí. Como ejemplo de esto cita al estado de tristeza, en donde hay una fijación afectiva al pasado pero no una neurosis. Por el contrario, hay neurosis que pueden considerarse como una forma patológica de la tristeza.

La segunda conclusión analizada tiene que ver con el “sentido” del síntoma. Freud descubre que en los rituales, las dos mujeres realizaban acciones obsesivas ignorando que éstas estaban referidas a un suceso de su vida, y por lo tanto también desconocían el propósito de dichos actos. El motivo de esto es que tales actos, al igual que las representaciones, eran el producto de procesos psíquicos inconscientes. Así, los síntomas se forman como la sustitución de algo que no ha conseguido manifestarse al exterior. Existe una especie de transacción: algo de lo inconsciente se manifiesta, sólo que lo hace disfrazado.

El sentido de los síntomas es inconsciente, pero entre esa inconsciencia y la aparición o persistencia de los mismos existe una relación de exclusión recíproca. De esto se deduce que cuando los procesos inconscientes se hacen conscientes, el síntoma desaparece.

Teniendo en cuenta todo esto, Freud propone como **cura** transformar en consciente lo inconsciente patógeno. Mas precisamente, lo que se debe intentar es que el conocimiento del sentido del síntoma produzca una transformación interna en el enfermo; lo que sólo puede llegar a conseguirse mediante una labor psíquica continuada y orientada hacia un fin determinado. No obstante, ésta no es una tarea tan, ya que existen diferentes resistencias en el proceso de la cura que hacen obstáculo y dificultan dicha transformación.

La fórmula de “hacer conciente lo inconsciente” puede reemplazarse por otra: suprimir todas las **amnesias** del sujeto, llenar sus lagunas mentales. Las amnesias de los neurótico se encuentra íntimamente relacionada con la formación de los síntomas.

De acuerdo con los casos de la lección 17, en ninguno de ellos se trata de una amnesia propiamente dicha, de una pérdida de recuerdos, pero si existe la ruptura de una conexión que debería traer consigo la reproducción del suceso que precipitó el síntoma, o sea; éste debería reaparecer en la memoria.

También los sucesos mas recientes de la vida del enfermo pueden ser olvidados, y especialmente aquellos que han favorecido a la iniciación de la enfermedad; o bien ocurre que desaparecen de esos recuerdos importantes detalles, o son sustituidos por falsos recuerdos, por **Fantasías**.

CONFERENCIA 22: ALGUNAS PERSPECTIVAS SOBRE EL DESARROLLO Y LA REGRESIÓN. ETIOLOGÍA (1916-7)

En esta **Conferencia** Freud expone una versión de las series complementarias donde individualiza tres factores etiológicos principales para las neurosis:

- a) la **privación** como factor de orden general
- b) la **fijación de la libido**, que marca la orientación de la enfermedad
- c) la **tendencia al conflicto**, derivada del desarrollo del yo, que ha rechazado los sentimientos libidinosos.

Ahora veremos mas detalladamente cada uno de estos 3 factores.

Privación

Una de las condiciones esenciales para que haya neurosis es que debe haber privación, es decir, se debe ver negada la posibilidad de satisfacer la libido. Los síntomas son un sustituto de esa satisfacción denegada.

Sin embargo, en otras personas puede haber privación y no neurosis. La privación en sí misma no es patógena: hay muchos modos de compensarla, como por ejemplo a través de la sublimación.

Para que exista neurosis se debe sumar a este factor accidental externo un factor predisponente interno: la Fijación.

Fijación de la Libido

La libido pasa por un largo desarrollo, en el curso del cual pueden ocurrir ciertos acontecimientos que ayudaran a esclarecer la estructuración de las neurosis. Estos acontecimientos son la Fijación y la Regresión.

La **Fijación** se produce cuando algunos elementos que forman parte de la tendencia sexual (tendencias parciales) permanecen estancados en fases evolutivas anteriores, mientras que otros elementos han alcanzado el fin propuesto. Dicho de otro modo, la Fijación es el **estancamiento** de una tendencia parcial en una temprana fase del desarrollo.

Por su parte, la **Regresión** es el proceso por el cual aquellos elementos que no han experimentado fijación alguna, emprenden una marcha retrógrada volviendo a fases anteriores. Esto sucede cuando la citada tendencia que ha llegado a un avanzado estadio de desarrollo tropieza con graves obstáculos exteriores que hacen que no pueda obtener la satisfacción que constituye su fin.

La Fijación de la libido está en íntima conexión con este proceso de la Regresión, ya que cuanto mas fuerte haya sido la fijación, las tendencias parciales estarán mas dispuestas a evitar los obstáculos externos y retroceder hasta los elementos fijados. Hay una menor resistencia a vencer las dificultades externas.

Es en las Neurosis de Transferencia (Neurosis Obsesiva + Histeria) donde aparecen procesos regresivos como los descriptos.

En la Histeria, hay aquí una regresión a los primeros objetos incestuosos, pero no una regresión a una organización sexual anterior, porque la supremacía genital ha sido conseguida, aunque esto sólo sea válido para el inconsciente. Freud menciona a la represión como el mecanismo principal de la histeria.

En la N.O. la regresión implica el retorno a una organización sexual anterior: la fase sádico-anal, y el impulso amoroso aparece en forma sádica: "quisiera matarte" significa "quisiera gozarte". Pero en la neurosis obsesiva hay también una regresión a los objetos incestuosos, con lo que los impulsos amorosos recaerán sobre las personas más próximas y amadas.

La represión juega aquí también un importantísimo papel, ya que la regresión por sí sola, sin estar acompañada de represión, no produciría neurosis sino una perversión.

Las diferentes neurosis pueden ordenarse, etiológicamente, en una serie donde ambos factores (constitución sexual e influencias exteriores, o si se quiere, fijación y privación), están representados de tal forma que cuando uno de ellos crece, el otro disminuye.

Así, en un extremo ideal de la serie está la neurosis producida exclusivamente por fijación, no habiendo el sujeto sufrido privación alguna. En el otro extremo ideal no hay fijación pero sí una privación masiva. Las neurosis se instalan en los grados intermedios de esta serie, donde en unos casos tendrá más peso el factor interno (fijación) y en otros el externo (privación). Esta serie así formada es llamada por Freud Serie de Complementos.

Tendencia al Conflicto

Freud menciona como tercer factor etiológico el **Conflicto Patógeno**.

Toda persona enfrenta conflictos psíquicos donde se oponen deseos. El conflicto es provocado por la privación que obliga a la libido a buscar otros objetos y caminos. De este modo, el **Síntoma** es la nueva satisfacción sustitutiva que la privación hizo necesaria.

Para que una privación exterior se haga patógena es preciso que se añada a ella una privación interior. El conflicto patógeno surge cuando a las *tendencias libidinosas o sexuales* se oponen otras *tendencias no sexuales o tendencias del yo*.

Pero pese a las diferencias, las tendencias del yo no se desarrollan en forma totalmente independiente de la sexualidad: el yo reacciona contra su sexualidad pero también se adapta a la organización sexual en sus diferentes etapas del desarrollo. Hay entonces una cierta concordancia entre las fases de desarrollo del yo y de la libido, pudiendo nacer un conflicto patógeno de la perturbación de dicha concordancia.

CONFERENCIA 23: LOS CAMINOS DE LA FORMACIÓN DE SÍNTOMA (1916-7)

Acá Freud postula que el **Síntoma Neurótico** es una solución transaccional entre dos fuerzas opuestas: la libido que busca satisfacción, y la fuerza que se opone a dicha satisfacción. Frente a esta situación, la libido buscará una satisfacción sustitutiva y hace una regresión a organizaciones anteriores y a objetos abandonados en el curso del desarrollo, regresión atraída por las correspondientes fijaciones. Sin embargo, el yo no acepta esas regresiones, y la libido, al no encontrar una salida conforme al principio del placer, buscará una salida sustitutiva, tornándose independiente del control yoico.

Retornará a fijaciones reprimidas pero en forma deformada por mecanismos de condensación y desplazamiento, con lo cual el síntoma resulta ser un producto deformado de una realización de deseos inconscientes de la infancia. Por medio de este rodeo puede la libido obtener satisfacción en el síntoma, aunque en forma en extremo limitada y apenas reconocible.

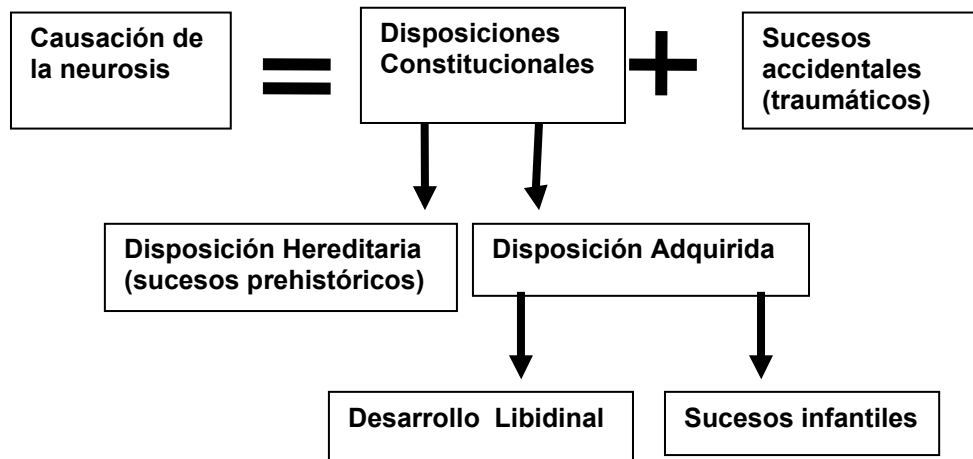
Freud establece una comparación del proceso de formación de síntomas con las perversiones y con los sueños.

En las *perversiones* el yo acepta las regresiones y la libido encuentra satisfacción en organizaciones sexuales anteriores, mientras que se relaciona con los *sueños* en tanto se forman por mecanismos análogos.

La Libido, en su marcha regresiva retorna a los sucesos de la sexualidad infantil: a las tendencias parciales abandonadas y a los primitivos objetos infantiles. Esta primera infancia tiene una doble importancia:

- a) durante ella el niño tiene ocasión de expresar sus **Disposiciones Innatas o Hereditarias**, que son los efectos lejanos de sucesos vividos por nuestros antepasados
- b) durante ella el niño recibe la influencia de acontecimientos actuales, externos, accidentales y susceptibles de motivar fijaciones de la libido: es la llamada **Disposición Adquirida**.

Ambos factores, disposición constitucional (sucesos prehistóricos) y disposición adquirida (sucesos infantiles), Freud los reúne bajo el nombre de factores constitucionales.



Disposición Hereditaria

Lo que el sujeto hereda por parte de su familia es el peso de determinados significantes privilegiados en la historia que le antecede. Esa transmisión se da en tanto el paciente escucha un relato que lo identifica (Id. 1º). De este modo, el sujeto queda fijado a ciertos significantes que le marcan un destino.

Disposición Adquirida

A su vez está compuesto por:

1. **Desarrollo Libidinal:** Se refiere a modos de satisfacción de la libido en determinadas zonas erógenas. Cada una de estas zonas se puede convertir en puntos de fijación de la libido en la medida en que el sujeto encontró mucha satisfacción o poca. Esto significa que la libido puede fijarse en un **Modo de Satisfacción** (oral, anal, período de latencia, etc.).

La idea de Freud es que a través del Sa la libido regresa modos de satisfacción anteriores.

2. **Experiencias Infantiles:** La libido de los neuróticos se encuentra enlazada a los sucesos de su vida sexual infantil. Las experiencias infantiles tienen una gran importancia, sobre todo porque en el relato de los neuróticos encontramos recuerdos infantiles que tienen un valor traumático. Esos recuerdos muchas veces no corresponden a sucesos reales, sino fantaseados de la vida infantil.

Sin embargo, al analista no le importa demasiado saber si esos recuerdos son reales o no, ya que lo decisivo es la **Realidad Psíquica**.

Sucesos Accidentales de la vida Adulta

El psicoanálisis no desconoce el factor **Azar** en la formación del Sa. Si bien éste por sí mismo no tiene efectos patógenos, ayuda a la producción del Sa. De este modo, eventos circunstanciales de la vida adulta del sujeto puede actuar como factor desencadenante de toda una serie de causas que se encadenan originando el Sa neurótico.

Bibliografía Consultada

Cosentino, J. C. (1993). Construcción de los conceptos freudianos. Capítulos 13 y 14. Buenos Aires: Ediciones Manantial

Freud, S.: Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Histeria (1888). Volumen I
- Análisis comparativo entre las parálisis orgánicas e histéricas (1892). Volumen III
- Neuropsicosis de defensa (1894). Volumen III
- Proyecto de una psicología para neurólogos (1895). Parte II: Psicopatología. Volumen I
- Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896). Volumen III
- Los orígenes del psicoanálisis (1951): Carta 52 (6/12/96), Manuscritos L y M (mayo de 1897), Carta 69 (setiembre de 1897). Volumen I
- Estudios sobre la histeria (1893 – 11895): Casos Clínicos, Katherina. Volumen II.
- Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1916/17): Conferencia XVI “Psiquiatría y Psicoanálisis”. Volumen XV.
- Generalidades sobre el ataque histérico (1908). Volumen IX
- Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad (1908). Volumen IX
- Actos obsesivos y práctica religiosa (1907). Volumen IX
- La novela familiar del neurótico (1908). Volumen IX
- Puntualizaciones sobre un caso de paranoia (demencia paranoide) autobiográficamente descripta (1911). Volumen XII. Apartado III: El mecanismo paranoico
- Introducción al narcisismo (1914). Volumen XIV
- La represión (1915). Volumen XIV
- Lo Inconsciente (1915). Apartado: Tópica y dinámica de la represión. Volumen XIV
- La adición metapsicológica a la teoría de los sueños (1916). Volumen XIV
- Conferencias de Introducción al Psicoanálisis (1916), Conferencias XVII, XVIII, XXII y XXIII. Volumen XVI.
- La organización genital infantil (1923). Volumen XIX
- Algunas consecuencias psíquicas de las diferencias anatómicas de los sexos. (1927). Volumen XIX.
- El sepultamiento del complejo de edipo. (1924). Volumen XIX.
- Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis (1933). Conferencia XXXIII: *La feminidad*
- La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis. (1924). Volumen XIX.
- Neurosis y Psicosis (1924). Volumen XIX
- Fetichismo (1927). Volumen XXI
- Inhibición, síntoma y angustia (1925) Capítulos 2, 4, 5 y 9. Volumen XX
- Psicología de las masas y análisis del yo (1920) Capítulos 7, 11, y 12. Volumen XVIII
- El yo y el ello (1923). Capítulos 2 y 3
- *El sueño del Salmón ahumado*, en Interpretación de los sueños.. (1900). Volumen IV.
- Fragmentos del análisis de un caso de histeria (caso Dora) (1905). Volumen VII.
- A propósito de un caso de neurosis obsesiva (caso Hombre de las Ratas) (1910). Volumen X
- Puntualizaciones sobre un caso de paranoia (demencia paranoide) autobiográficamente descripta (1911). Volumen XII.

Galende, E. (2001). Las nuevas problemáticas clínicas en la subjetividad de la época. En *Cultura y Padecimiento. Desafíos a la práctica clínica*. San Miguel de Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, U. N. T.

Gutiérrez, M. E. (1999). Apuntes de Psicopatología: *Trauma, fantasía y pulsión*. Publicación de la Cátedra "Psicopatología II". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Lacan, J. (1983). Seminario 3 *Las psicosis*. Capítulos 3, 4, 10, 14, 23. Barcelona: Paidós.

Lávaque, M. F. (1999). Las psicosis en Freud y Lacan. En *Apuntes de Psicopatología*. Publicación de la Cátedra "Psicopatología II". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Lázzaro, M. S. La cuestión del padre en el hombre de las ratas, en *Revista Psicos - logos* N° 2, Escuela Superior de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Rosig, E. I. (1999).

Apuntes de Psicopatología: *¿Qué es la Psicopatología?*. Publicación de la Cátedra "Psicopatología II". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Apuntes de Psicopatología. Publicación de la Cátedra "Psicopatología II". Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Tucumán.

Presencia - ausencia (y sus consecuencias clínicas) de la Ley.

Neurosis y psicosis: sus diferencias estructurales.

Rosig, E. I. L. I. F. de Galindo, M. F. Lávaque y otros (2001). Cuerpo y sufrimiento. En *Cultura y Padecimiento. Desafíos a la práctica clínica*. San Miguel de Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, U. N. T.

Schreber, P. (1978). Memorias de un neurópata. Capítulos IV, V, XIII y XV. Buenos Aires; Ediciones Petrel.