

LA VIDA COTIDIANA AL DIVÁN

LOS SÍNTOMAS

VIGENCIA DEL PSICOANÁLISIS SIGMUND FREUD

Si bien se pueden describir diferentes etapas en la historia de la Clínica, podemos decir que desde Hipócrates hasta comienzos de este siglo con el psicoanálisis la Clínica ha privilegiado la observación (preferentemente visual) sobre cualquier tipo de sistematización.

La mirada que observa se guarda de intervenir, es muda y sin gesto, lo que busca no es lo invisible sino lo inmediatamente visible. Se trata aquí de apartar los obstáculos que suscitan a la razón las teorías, y a los sentidos, la imaginación.

En la clínica la pureza de la mirada está vinculada a un cierto silencio que permite escuchar. Todo se juega entre estos dos dichos:

TODA TEORÍA CALLA O SE DESVANECE AL LLEGAR AL LECHO DEL ENFERMO y HAY QUE SABER ESPERAR EN EL SILENCIO DE LA IMAGINACIÓN Y EN LA CALMA DEL ESPÍRITU ANTES DE FORMAR UN JUICIO.

En anteriores números de esta publicación habíamos dicho que los instrumentos de lectura que habían de ser tenidos en cuenta para leer estos textos Conceptos epistemológicos.

Con la tesis propuesta desde La Interpretación de los Sueños, “el sueño tiene sentido”, así con el síntoma nos muestra así como habíamos de aceptar la tesis propuesta, Lectura científica y Escritura Base Material de las Ciencias, donde se produce el Concepto y por tanto el campo. Formaciones del Inconsciente, fenómenos psíquicos, como los sueños, los lapsus, los olvidos, recuerdos, errores y el chiste; y sus diferencias con lo cómico y el humor. En este número vamos a dar una semblanza sobre otras formaciones del inconsciente, como son los síntomas.

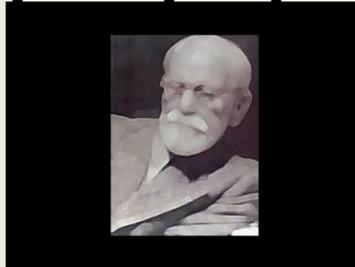
Si el sueño, tiene “sentido” con la interpretación psicoanalítica, así de claro nos va a mostrar con algunos y diversos ejemplos, como ha hecho con lo transitado anteriormente, el modo y forma, de producción del síntoma sus diferencias y singularidades, así como su posible transformación.



AUDIO PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA

El síntoma posee un motivo, un sentido y un propósito

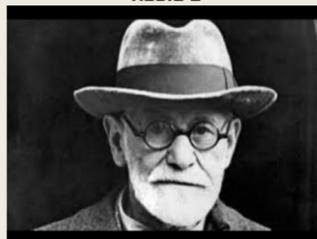
Los síntomas neuróticos tienen entonces su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexos con la vida de las personas que los padecen.



AUDIO 1



AUDIO 2



AUDIO 3

EN ESTE NÚMERO:

- El síntoma posee un motivo, un sentido y un propósito
- **El sentido de los síntomas**
- **PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA**
- Las Neurosis y Las Psicosis,

PARA EL PSICOANÁLISIS EL SÍNTOMA NO ES NI BUENO NI MALO, ES UN GRITO QUE SE TIENE QUE TRANSFORMAR EN PALABRA

CON OTRAS PALABRAS, ESTA SEÑORA HA DESARROLLADO UNA IDEA DELIRANTE PORQUE ESTABA PREDISPUESA A CAUSA DE UNA TRASMISIÓN HEREDITARIA. ES POR CIERTO ALGO, PERO, ¿ES TODO LO QUE QUEREMOS SABER? ¿TODO LO QUE HA COOPERADO EN LA CAUSACIÓN DE ESTE CASO PATOLÓGICO? ¿TENDREMOS QUE CONTENTARNOS CON SUPONER QUE ES INDIFFERENTE, ARBITRARIO O INEXPLICABLE QUE SE HAYA DESARROLLADO UN DELIRIO DE CELOS EN VEZ DE CUALQUIER OTRO DELIRIO? ¿Y ES LÍCITO QUE ENTENDAMOS TAMBIÉN EN SENTIDO NEGATIVO EL ASERTO QUE PROCLAMA EL PREDOMINIO DE LA INFLUENCIA HEREDITARIA, A SABER, QUE SON INDIFFERENTES LAS VIVENCIAS QUE SOBREVINIERON A ESTA ALMA PUES ESTABA CONDENADA A PRODUCIR ALGUNA VEZ UN DELIRIO? QUERRÁN USTEDES SABER POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA CIENTÍFICA NO QUIERE DARNOS MÁS REFERENCIAS. PERO YO LES RESPONDO: ¡MALDITO SEA QUIEN DÉ MÁS DE LO QUE TIENE! DIGAMOS QUE EL PSIQUIATRA, JUSTAMENTE, NO CONOCE NINGÚN CAMINO QUE LO HAGA AVANZAR MÁS EN EL ESCLARECIMIENTO DE UN CASO DE ESTA ÍNDOLE. TIENE QUE CONFORMARSE CON EL DIAGNÓSTICO Y UNA PROGNOSIS DEL DESARROLLO ULTERIOR, PROGNOSIS INSEGURA POR RICA QUE SEA SU EXPERIENCIA.



AUDIO CASO: DELIRIO DE CELOS

Idea-Diseño-Realización: Pilar Iglesias Nicolás
 Dirección: Calle 20 de Junio (Barrio Belgrano) Bariloche (Río Negro)
 Teléfono + 5492944348827
 Correo: psicoanalista.piglesias@gmail.com
 BLOG: <https://interesdelpsicoanalisis.blogspot.com/2018/07/psicopatologia-de-la-vida-cotidiana.html>
 Correo: pilariglesiaspsicoanalista@outlook.com
 CUIL/CUIT: 27-95284649-9
 Para recibir por correo: archivo pdf: Psicoanalista.piglesias@gmail.com

LO REPRIMIDO PRIMORDIAL ES UN SIGNIFICANTE Y AQUELLO QUE SE CONSTITUYE COMO SÍNTOMA ES UN ANDAMIAJE SIGNIFICANTE. LO REPRIMIDO Y EL SÍNTOMA SON EN ESO HOMOGÉNEOS, COMO UN EDIFICIO, QUE SE ERIGE SUCESIVAMENTE, PERO QUE, NO OBSTANTE, SE INSCRIBE DE MANERA SINCRÓNICA.

EN EL ANÁLISIS DE UNA PEQUEÑA ACCIÓN SINTOMÁTICA QUE FREUD EXPONE, DE AQUELLOS PACIENTES QUE NO CERRABAN LA PUERTA AL ENTRAR EN LA CONSULTA, AÑADE: "USTEDES NO ENCUENTRAN NADA QUE NO LES SEA YA FAMILIAR: LA ASEVERACIÓN DE QUE NO ES CONTINGENTE, SINO QUE POSEE UN MOTIVO, UN SENTIDO Y UN PROPÓSITO; QUE PERTENECE A UNA TRABAZÓN ANÍMICA PESQUISABLE Y QUE, EN CALIDAD DE PEQUEÑO INDICIO, ANOTICIA DE UN PROCESO ANÍMICO MÁS IMPORTANTE.

PERO, SOBRE TODO, QUE LA CONCIENCIA DE QUIEN LA CONSUMA IGNORA EL PROCESO CUYA MARCA ES LA ACCIÓN MISMA: NINGUNO DE LOS PACIENTES QUE HAN DEJADO ABIERTAS AMBAS PUERTAS ADMITIRÍAN QUE MEDIANTE ESA OMISIÓN QUISIERON TESTIMONIARME SU MENOSPRECIO. MUCHOS, PROBABLEMENTE, RECORDARÍAN HABER TENIDO UN CONATO DE DESENGAÑO AL INGRESAR EN LA SALA DE ESPERA DESIERTA; PERO EL NEXO ENTRE ESTA IMPRESIÓN Y LA ACCIÓN SINTOMÁTICA SUBSIGUIENTE HA PERMANECIDO CON SEGURIDAD DESCONOCIDO PARA SU CONCIENCIA.



EL SENTIDO DE LOS SÍNTOMAS



Emilio González Martínez (psicoanalista España)

El síntoma es la objeción de conciencia formulada al deseo. Hablar de una clínica del síntoma es hablar de una clínica del **superyo**, un superyo que al imponer el mandato del goce, se opone a la ley del deseo. De otra manera, diremos que el deseo es un límite al goce que el **superyo** impone como mandato.

El deseo fóbico se especifica como un deseo prevenido en relación al deseo insatisfecho de la histeria y al deseo imposible de la neurosis obsesiva.

El niño, en el recorrido de su constitución sexual y antes de la represión del Complejo de Edipo, dedica parte de su actividad al servicio de sus intereses sexuales: comienza a investigar de donde vienen los niños y utilizando datos que a su observación se ofrecen, adivina de las circunstancias reales más de lo que los adultos (por su amnesia infantil) sospechan. Generalmente lo que despierta su interés investigador es la amenaza material de la aparición de un nuevo niño, en el que en principio no ve más que un competidor.

El niño bajo la influencia de las pulsiones que en él dominan, llega a formular numerosas teorías sexuales infantiles, tales como las de que ambos sexos poseen iguales genitales masculinos y que los niños se conciben comiendo y son paridos por el recto y que las relaciones sexuales son un acto de carácter hostil, una especie de sojuzgamiento violento.

Además hay lagunas insalvables en sus conocimientos pues ignoran la existencia del aparato genital femenino (vagina) y la existencia del coito, lo cual lleva al infantil investigador a abandonar su investigación, considerándola inútil. Esto no evita que éstas, consideradas por los adultos como pueriles teorías sexuales, presenten una gran importancia como determinante para la formación del carácter del niño y como determinante del contenido de la neurosis que pueda adquirir posteriormente. Estos pasos son inevitables para el niño y si la neurosis es una pregunta, podemos decir que los síntomas son los elementos vivientes de esa pregunta articulada. Estas cuestiones no se resuelven con cursos de Educación Sexual pues se trata de responder a las preguntas que el niño llegue a plantearse, no tratándose de informarle más (letra muerta para el inconsciente), pero tampoco menos (como si sus preguntas no tuvieran importancia).

Hablamos de la importancia de las teorías sexuales infantiles en el desarrollo libidinal del niño, en tanto actividad de búsqueda concerniente a la realidad sexual que envuelve toda la actividad del sujeto y dirige los afectos o las afecciones del sujeto según líneas de imágenes matrices, quiere decir que todo el recorrido de la investigación y sus obstáculos configuran los caminos y tropiezos del desarrollo intelectual e imaginativo del sujeto en los años posteriores.

(Continúa próximo número)

Dice Freud en el texto PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA

Quizás ustedes, por referencia a nuestros coloquios anteriores, quieran saber el modo en que la psiquiatría contemporánea trata los problemas de la neurosis obsesiva. Ahora bien, es un pobre capítulo. La psiquiatría da nombres a las diversas obsesiones, y fuera de eso no dice otra cosa.

En cambio, insiste en que los portadores de tales síntomas son «degenerados». Esto es poco satisfactorio, en verdad un juicio de valor, una condena en vez de una explicación. Tal vez deberíamos admitir que personas con esa clase de anormalidad presentarán todas las extravagancias posibles.

Y, en efecto, creemos que las personas que desarrollan tales síntomas tienen que ser de una condición natural diferente que la de los demás hombres. Pero nos gustaría preguntar: ¿Acaso son más «degenerados» que otros neuróticos, por ejemplo, los histéricos o los que han contraído psicosis?

La caracterización, evidentemente, es de nuevo demasiado general. Y aun cabe poner en duda su justificación misma cuando uno se entera de que tales síntomas se presentan también en hombres descollantes, de una capacidad de rendimiento particularmente elevada y significativa para la comunidad.

Es cierto: gracias a su propia discreción y a la mendacidad de sus biógrafos, solemos saber muy poco de la intimidad de los grandes hombres que elevamos a la condición de paradigmas nuestros. Pero ocurre también que alguno, como Emile Zola, sea un fanático de la verdad, y entonces nos enteramos por él de los extravagantes hábitos obsesivos que padeció a lo largo de su vida.*

El psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: esta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella, su constitución a partir de los tejidos y de las células.

Es inconcebible una contradicción entre estas dos modalidades de estudio, una de las cuales continúa a la otra.

La psiquiatría ha creado el expediente de hablar de *degeneres supérieurs*. Muy bien; pero por el psicoanálisis hemos hecho la experiencia de que es posible eliminar duraderamente estos extraños síntomas obsesivos, lo mismo que otras enfermedades y lo mismo que en el caso de otros hombres no degenerados. Yo lo he conseguido en repetidas oportunidades. ®

Quiero comunicarles sólo dos ejemplos de análisis de un síntoma obsesivo: uno de observación antigua, para el cual no encuentro mejor sustituto, y uno que obtuve recientemente. Me circunscribo a un número tan escaso porque en una comunicación de esta índole es preciso extenderse mucho, entrar en todos los detalles.

PRIMER CASO

Esto podría parecer arbitrario, pero no se dirá que hemos estudiado el simbolismo onírico sin provecho. En el sueño, de igual modo, hartas veces es vista una mesa que, empero, ha de interpretarse como cama. Mesa y cama, juntas, significan matrimonio,* y entonces fácilmente una hace las veces de la otra.

La prueba de que la acción obsesiva es rica en sentido ya estaría aportada; parece ser una figuración, una repetición de aquella significativa escena. Pero nada nos obliga a detenernos en esta apariencia; si indagamos más a fondo la relación entre ambas, con probabilidad obtendremos ilustración sobre algo que va más allá, sobre el propósito de la acción obsesiva. El núcleo de esta es, evidentemente, el llamado a la mucama, a quien le pone la mancha ante los ojos, por oposición a lo que dijo su marido ese día: «Es como para que uno tenga que avergonzarse frente a la mucama». El —cuyo papel ella actúa— no se avergüenza entonces frente a la mucama; la mancha, consiguientemente, está en el lugar justo. Vemos, pues, que la mujer no se limitó a repetir la escena, sino que la prosiguió, y al hacerlo la corrigió, la rectificó. Pero así corrigió también lo otro, lo que aquella noche fue tan penoso e hizo necesario recurrir al expediente de la tinta roja: la impotencia. La acción obsesiva dice entonces: «No, eso no es cierto, él no tuvo de qué avergonzarse frente a la mucama, no era impotente»; como lo haría un sueño, figura este deseo como cumplido dentro de una acción presente; sirve a la tendencia de elevar al marido por sobre su infortunio de entonces.

a – APUNTES SOBRE NEUROSIS Y PSICOSIS

Freud, subraya que los sueños al igual que los síntomas, poseen un sentido y son interpretables, aquí la interpretación es solidaria de la hipótesis misma del inconsciente o podemos decir: el inconsciente es su interpretación. Diferencia de una vez y para siempre el psicoanálisis con cualquier otra terapia, ya que Freud textualmente dice “se trata de una interpretación en detalle, de los fragmentos de un sueño o mejor dicho de los relatos y asociaciones de un paciente”. Aquí nos encontramos con la transferencia en su primera versión, no ajustada aún al desarrollo de la cura. Freud se refiere al resto diurno como un elemento al cual se le “transfiere” una carga afectiva y múltiples significados, es decir el desplazamiento por falso enlace o conversión hacia una representación sustitutiva, pero es en el “Historial de Dora” (1901) donde Freud vuelve a lo anteriormente descubierto, y **despliega el concepto de transferencia** ligado a la cura psicoanalítica, que sostiene anudado a los otros tres “conceptos fundamentales” del campo, Inconsciente, Repetición y Pulsión.

Las Neurosis y Las Psicosis,

Nacen de los conflictos del Yo con sus distintas instancias dominantes, esto es, que corresponden a un fracaso de la Función del Yo, el cual se esfuerza, sin embargo, en conciliar las distintas exigencias... — porque el problema del Yo es que tiene que acoger la exigencia pulsional del Ello; por otro lado, acoger los límites que el Superyo le impone, como representante de la instancia moral, de la llamada conciencia moral, como representante psíquico de la autoridad de los padres, por identificación; y, por otro, la realidad exterior le impone también determinadas restricciones. Entonces, el Yo es servil: trata de quedar bien con todos al mismo tiempo: con las demandas pulsionales, con la realidad exterior, y con su Superyo, que le ordena gozar, pero con la madre original, con la madre primitiva, con la Madre Fálica.

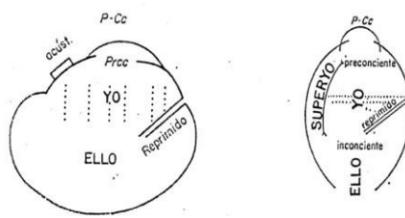
No gozar, como se puede, de la palabra, del deseo. No gozar con deseo, sino gozar de manera exclusivamente pulsional. Y el mundo exterior, que también le aporta limitaciones, que también le aporta esto se puede, esto no se puede. El problema del Yo es que intenta una coherencia que se le escapa tan permanentemente como la intenta, es decir, una función de síntesis imposible de ser llevada a cabo.

CONFLICTOS ENTRE EL YO Y EL MUNDO EXTERIOR:

PSICOSIS (amencia y esquizofrenia)

CONFLICTO ENTRE EL YO Y EL SUPERYO:

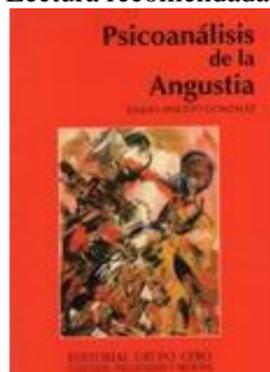
MELANCOLÍA (psiconeurosis narcisistas) **B**
NEUROSIS DE TRANSFERENCIA



Nuevas lecciones Introdutorias al Psicoanálisis

- Psicoanálisis y psiquiatría
- El sentido de los síntomas
- La fijación al trauma, lo inconsciente
- Resistencia y represión
- La vida sexual de los seres humanos
- Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales
- Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología
- Los caminos de la formación de sintonía
- El estado neurótico común
- La angustia
- La teoría de la libido y el narcisismo
- La transferencia
- La terapia analítica

Lectura recomendadas



Un texto del psicoanalista
Emilio González Martínez

LA REPRESIÓN Y LA RESISTENCIA

Se podría hablar de dos tipos de represión, una primordial y otra secundaria. La primordial es la que funda el aparato psíquico, es la que origina el inconsciente, la división entre inconsciente y consciente. Después, eso reprimido primordialmente, por transferencia de carga produce ramificaciones y entonces ahí, sobre esas ramificaciones, es sobre lo que actúa la llamada represión secundaria.

Conviene recordar aquí que la transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente y que la realidad del inconsciente es la realidad sexual.

Hablamos de la sexualidad que Freud postula como polimorfa y aberrante rompiendo el encanto de la supuesta inocencia infantil. Es en este sentido que tanto niños como adultos nos enfrentamos por igual con la sexualidad que pasa por las redes de la constitución significativa del sujeto.

ESTA ECONOMÍA PULSIONAL ES LO QUE ASEGURA QUE JAMÁS HABRÁ CONCORDANCIA ENTRE LO QUE LE PASA AL SUJETO Y LO QUE EL SUJETO DICE QUE LE PASA.

Podemos, por cierto, esclarecer satisfactoriamente el sentido de los síntomas neuróticos individuales por su referencia al vivenciar, pero nuestro arte nos deja en la estacada respecto de los síntomas típicos, con mucho los más frecuentes. A esto se suma que todavía no los he familiarizado a ustedes con todas las dificultades que surgen cuando se persigue de manera consecuente la interpretación

histórica del síntoma. Tampoco quiero hacerlo; es verdad que me propongo no embellecerles ni disimularles nada, pero no tengo derecho a dejarlos desconcertados y confusos al comienzo mismo de nuestros estudios en común.

Sólo hemos dado un primer paso hacia la comprensión del significado del síntoma. Pero queremos atenernos a lo ganado y avanzar poco a poco hasta dominar lo que aún no comprendemos. Por eso quiero consolarlos

con esta reflexión: es difícil suponer una diversidad fundamental entre una y otra clase de síntomas. Si los síntomas individuales dependen de manera tan innegable del vivenciar del enfermo, para los síntomas típicos queda la posibilidad de que se remonten a un vivenciar típico en sí mismo, común a todos los hombres. Otros de los rasgos que reaparecen con regularidad en las neurosis podrían ser reacciones universales que le son impuestas al enfermo por la naturaleza de la alteración patológica, como el repetir o el dudar en el caso de la neurosis obsesiva.

MÉTODO Y TÉCNICA DEL PSICOANÁLISIS: ASOCIACIÓN LIBRE EN LA TRANSFERENCIA

LA TRANSFERENCIA

“No hay relación entre analista y analizante, sino que es el Concepto de Transferencia el que los pone en relación”

SEGÚN COMO SEA EL MODO DE PENSAR LA ENFERMEDAD Y LA SALUD, VA A TENER CONSECUENCIAS EN LOS TRATAMIENTOS, EN EL PRONÓSTICO Y ALGO MUY IMPORTANTE PARA CUALQUIER SISTEMA DE SALUD, EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD



AUDIO CASO NEUROSIS OBSESIVA RITUAL DE LA CAMA A LA MESA

Reflexionad un poco. Conocéís ya las condiciones esenciales de la enfermedad y los factores que actúan sobre el sujeto después de enfermar. ¿Qué acción terapéutica puede ser posible en estas circunstancias?

En primer lugar, nos hallamos ante la predisposición hereditaria, factor en cuya importancia insistimos poco los psicoanalistas, porque ya otros se encargan de hacerlo por nosotros, y nada tenemos que agregar por nuestra cuenta. Pero esto no quiere decir que no reconozcamos toda su enorme significación

Sobre los tipos libidinales

Se distinguen tres tipos libidinales; el erótico, el obsesivo y el narcisista, y sus combinaciones, y entonces da como una especie de descripción de cada uno de estos tipos, y sobre el final dice: y estos tipos se pueden desarrollar sin necesidad de caer en la neurosis. Si la combinatoria es adecuada a lo que el sujeto persigue en su vida, no hay por qué caer en la neurosis. Quiero decir que podemos decir en un momento dado, para que nos demos cuenta de la dimensión de lo que estamos tratando: todos somos neuróticos, pero esta tajante afirmación igualitarista puede ser discutida. En vez de la tipología donde según el diámetro del cerebro eras loco o no, como ya se hizo en su época, o la tipología psiquiátrica de finales de siglo: el tipo pánico, eran los gorditos maníaco depresivos; el tipo leptosómico eran los longilíneos esquizofrénicos, y el tipo atlético eran los viscosos. En vez de todo esto, Freud habla de tipos libidinales, con lo cual no queda nada establecido, porque no hay tipos puros, son combinaciones; y estas combinaciones se pueden dar de tal manera que no constituyan una neurosis. Es decir, que cuando decimos: *todos somos neuróticos*, es para entender que todo depende de circunstancias económicas, que todo depende de las magnitudes relativas de las tendencias combatientes entre sí, que no hay diferencias cualitativas. No es que el cerebro de un neurótico es distinto del cerebro de un psicótico.



AUDIO PARTE I

NEUROSIS OBSESIVA

La llamada neurosis obsesiva, no es tan popular como la histeria, de todos conocida; no es, si se me permite expresarme así, tan estridente; se porta más como un asunto privado del enfermo, renuncia casi por completo a manifestarse en el cuerpo y crea todos sus síntomas en el ámbito del alma.

La neurosis obsesiva y la histeria son las formas de contracción de neurosis sobre cuyo estudio comenzó a construirse el psicoanálisis, y en cuyo tratamiento nuestra terapia festeja también sus triunfos.

Pero la neurosis obsesiva, que no presenta ese enigmático salto desde lo anímico a lo corporal, se nos ha hecho en verdad, por el empeño psicoanalítico, más transparente y familiar que la histeria, y hemos advertido que manifiesta de manera más resplandeciente ciertos caracteres extremos de las neurosis.

LA NEUROSIS OBSESIVA SE EXTERIORIZA DEL SIGUIENTE MODO:

Los enfermos son ocupados por pensamientos que en verdad no les interesan, sienten en el interior de sí impulsos que les parecen muy extraños, y son movidos a realizar ciertas acciones cuya ejecución no les depara contento alguno, pero les es enteramente imposible omitirlas.

Los pensamientos (representaciones obsesivas) pueden ser en sí disparatados o también sólo indiferentes para el individuo; a menudo son lisa y llanamente necios, y en todos los casos son el disparador de una esforzada actividad de pensamiento que deja exhausto al enfermo y a la que se entrega de muy mala gana.

Se ve forzado contra su voluntad a sutillar y especular, como si se tratara de sus más importantes tareas vitales. Los impulsos que siente en el interior de sí pueden igualmente hacer una impresión infantil y disparatada, pero casi siempre tienen el más espantable contenido, como tentaciones a cometer graves crímenes, de suerte que el enfermo no sólo los desmiente como ajenos, sino que huye de ellos, horrorizado, y se protege de ejecutarlos mediante prohibiciones, renunciaciones y restricciones de su libertad.

Pero, con todo eso, jamás, nunca realmente, llegan esos impulsos a ejecutarse; el resultado es siempre el triunfo de la huida y la precaución.

Lo que el enfermo en realidad ejecuta, las llamadas acciones obsesivas, son unas cosas ínfimas, por cierto, harto inofensivas, las más de las veces repeticiones, floreos ceremoniosos sobre actividades de la vida cotidiana, a raíz de lo cual, empero, estos manejos necesarios, el meterse en cama, el lavarse, el hacerse la toilette, el ir de paseo, se convierten en tareas en extremo fastidiosas y casi insolubles.

Las representaciones, impulsos y acciones enfermizas en modo alguno se mezclan por partes iguales en cada forma y caso singular de la neurosis obsesiva. Más bien es regla que uno u otro de estos factores domine el cuadro y dé su nombre a la enfermedad; pero lo común a todas estas formas es harto inequívoco.

Y bien, se trata indudablemente de un penar estafalario.

Creo que la fantasía psiquiátrica más desbocada sería incapaz de construir algo parecido, y si no lo viéramos ante nosotros todos los días no nos decidiríamos a creerlo. Ahora bien, no piensen ustedes que podrían lograr algo con el enfermo exhortándolo a distraerse, a no ocuparse de esos estúpidos pensamientos y a hacer algo racional en vez de dedicarse a tales jugueteos. Bien lo querría él, pues tiene perfectamente claro el juicio de ustedes sobre sus síntomas obsesivos, lo comparte y aun se los formula. Sólo que no puede hacer otra cosa; lo que en la neurosis obsesiva se abre paso hasta la acción es sostenido por una energía que probablemente no tiene paralelo en la vida normal del alma

El enfermo sólo puede hacer una cosa: desplazar, permutar, poner en lugar de una idea estúpida otra de algún modo debilitada, avanzar desde una precaución o prohibición hasta otra, ejecutar un ceremonial en vez de otro. Puede desplazar la obsesión, pero no suprimirla. La desplazabilidad de todos los síntomas bien lejos de su conformación originaria es un carácter principal de su enfermedad; además, salta a la vista que las oposiciones (polaridades) de que está atravesada la vida del alma [cf. pág. 275] se han aguzado particularmente en el estado del obsesivo.



AUDIO CASO NEUROSIS OBSESIVA
Antes de ir a dormir

EN LA MELANCOLÍA (DEPRESIÓN)

El YO EN LA MELANCOLÍA

La deformación del yo es cuando el yo se identifica; por ejemplo, en el melancólico, ¿qué es lo que ocurre? — que Freud escucha a los melancólicos y dice es curioso, porque todos los autorreproches que este individuo se está infligiendo durante todo este tiempo, en realidad, no corresponden a él, sino que corresponden al objeto por cuya pérdida se puso melancólico. Los autorreproches que se dirige el melancólico, en realidad, no corresponden a él, sino que corresponden al objeto perdido, que ahora forma parte de su yo, con lo cual se dirigen a él, pero es al objeto perdido en él, con lo cual no pierde el objeto, gana eso: la melancolía, hay una pérdida, aunque no se sepa de qué; o aunque a veces, sabiendo de qué, no se sabe qué se perdió en eso y que no hace falta que sea la pérdida de un objeto amado, que pueden ser muchas cosas, un ideal, un proyecto.

ACONTECIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

Emilio A. González

*Los soldados en la guerra corren tras las balas
que los han de herir*

George Groddeck.
EL LIBRO DEL ELLO

Mi herida existía antes que yo, Yo nací para encarnarla.

Dicho de otra manera, la herida que llevo profundamente en mi cuerpo, me aprehende en su verdad eterna como acontecimiento.

Todo estaba en su sitio en los acontecimientos de mi vida antes de que los hiciera míos. Vivirlos era encontrarme tentado a igualarme a ellos, como si ellos fueran a tener de mí y solamente de mí lo mejor y más perfecto para ellos.

Se trata entonces de devenir la determinación de lo que se produce en nosotros, culpables de nada y nada de buscar culpables.

Eso quiero: no ser indigno de lo que me ocurre. Por el contrario, captar lo que nos ocurre como injusto y no merecido (siempre por culpa de...) es lo que hace que nuestras llagas parezcan repugnantes. He aquí lo verdaderamente inmoral: la utilización de las nociones morales de justo, injusto, mérito, culpa.

No se trata de querer exactamente lo que acontece, sino alguna cosa en lo que acontece.

El acontecimiento no es lo que acontece (el accidente, el evento) sino que está en lo que acontece, en lo expresado puro que nos precede, nos hace señas y nos espera.

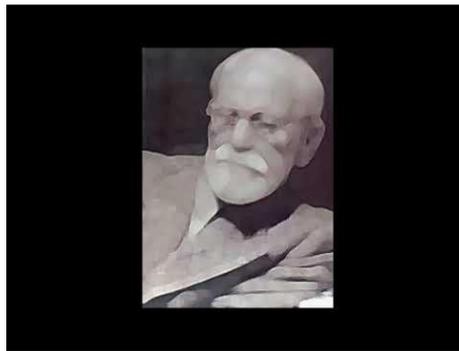
Hacerme el hombre de mis infortunios, aprender a encarnar su perfección y su brillo. Hacerse digno de lo que nos acontece, quererlo y desprender su acontecimiento y con ello renacer, romper con nuestro nacimiento de carne.

Cambiar un gusto por la muerte como fracaso de la voluntad por unos deseos de muerte que fuesen la apoteosis de la voluntad. O sea, lo contrario del suicida que pretende atar la muerte al ahora, sí, al ahora mismo, cuando nada evidencia la ilusión, la locura de este "yo quiero", pues la muerte nunca es presente.

El suicidio, así, no es lo que acoge la muerte, sino más bien lo que quería suprimirla como futuro. Hay en el suicidio, entonces, aparte de un homicidio, una voluntad delirante de inmortalidad.



AUDIO ACONTECIMIENTO Y RESPONSABILIDAD



AUDIO EL DELIRIO EN LA PSICOSIS

Reflexionad un poco. Conocéis ya las condiciones esenciales de la enfermedad y los factores que actúan sobre el sujeto después de enfermar. ¿Qué acción terapéutica puede ser posible en estas circunstancias?

En primer lugar, nos hallamos ante la predisposición hereditaria, factor en cuya importancia insistimos poco los psicoanalistas, porque ya otros se encargan de hacerlo por nosotros, y nada tenemos que agregar por nuestra cuenta. Pero esto no quiere decir que no reconozcamos toda su enorme significación.

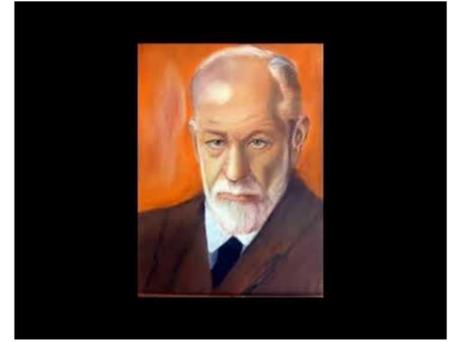
Sobre los tipos libidinales

Se distinguen tres tipos libidinales; el erótico, el obsesivo y el narcisista, y sus combinaciones, y entonces da como una especie de descripción de cada uno de estos tipos, y sobre el final dice: y estos tipos se pueden desarrollar sin necesidad de caer en la neurosis. Si la combinatoria es adecuada a lo que el sujeto persigue en su vida, no hay por qué caer en la neurosis. Quiero decir que podemos decir en un momento dado, para que nos demos cuenta de la dimensión de lo que estamos tratando: todos somos neuróticos, pero esta tajante afirmación igualitarista puede ser discutida. En vez de la tipología donde según el diámetro del cerebro eras loco o no, como ya se hizo en su época, o la tipología psiquiátrica de finales de siglo: el tipo pícnico, eran los gorditos maníaco depresivos; el tipo leptosómico eran los longilíneos esquizofrénicos, y el tipo atlético eran los viscosos. En vez de todo esto, Freud habla de tipos libidinales, con lo cual no queda nada establecido, porque no hay tipos puros, son combinaciones; y estas combinaciones se pueden dar de tal manera que no constituyan una neurosis. Es decir, que cuando decimos: *todos somos neuróticos*, es para entender que todo depende de circunstancias económicas, que todo depende de las magnitudes relativas de las tendencias combatientes entre sí, que no hay diferencias cualitativas. No es que el cerebro de un neurótico es distinto del cerebro de un psicótico.



AUDIO POEMA DESTINO Antonio Daganzo

PSICOSIS



“Freud dice: De otra parte, nos es también muy fácil extraer del conocimiento adquirido hasta ahora sobre el mecanismo de la psicosis ejemplos que nos indican la perturbación de la relación entre el yo y el mundo exterior y pone el ejemplo de una enfermedad llamada amencia de Meynert, la amencia aguda alucinatoria, forma quizá la más extrema e impresionante de las psicosis. La percepción del mundo exterior cesa por completo o permanece totalmente ineficaz. Entonces explica: normalmente el mundo exterior domina al yo por dos caminos: en primer lugar mediante las percepciones actuales, continuamente posibles —todo lo que veo, lo que escucho, lo que percibo actualmente, en cada momento, en cada instante—, y en segundo, con el acervo mnémico —de memoria— de percepciones anteriores que constituyen, como mundo interior, un patrimonio y un elemento del yo. En la amencia no sólo queda excluida la acogida de nuevas percepciones, sino también sustraída al mundo interior su significación, o sea, su carga. De otras formas de psicosis, la esquizofrenia, sabemos que culminan en un embotamiento afectivo, esto es, en la pérdida de todo interés hacia el mundo exterior. Con respecto a la génesis de los delirios, algunos análisis nos han enseñado que el delirio surge precisamente en aquellos puntos en los que se ha producido una solución de continuidad en la relación del yo con el mundo exterior. Es decir, que allí donde se produce un corte en la relación del yo con el mundo exterior, se produce el delirio. Si el conflicto con el mundo exterior, en el cual hemos visto la condición de la enfermedad, no se hace aún más patente, ello depende de que en el cuadro patológico de la psicosis queden, a veces, encubiertos los fenómenos del proceso patógeno por los de una tentativa de curación o de reconstrucción. ¿Qué quiere decir esto? — que ya cuando el sujeto psicótico está delirando, está mejor que cuando solamente estaba alucinando, porque hay una producción discursiva.

El sujeto todavía no está en el discurso pero ya, por lo menos, está en el lenguaje. Todavía no se encuentra en el discurso: ese es el problema del psicótico, que cualquier palabra lo puede representar, en cualquier momento; y también ninguna, cuando no es así, cuando la cuestión es que el sujeto es cuando un significante lo representa para otro significante, cuando una palabra lo representa para otra palabra. En cambio, en el psicótico esto no se produce. El sujeto, o no se siente representado por ninguna palabra de las que pronuncia —o de las que se pronuncian a su alrededor—, o se siente representado por cualquiera. Está dentro del lenguaje, pero no encuentra su lugar en el discurso.”

SEGÚN COMO SEA EL MODO DE PENSAR LA ENFERMEDAD Y LA SALUD, VA A TENER CONSECUENCIAS EN LOS TRATAMIENTOS, EN EL PRONÓSTICO Y ALGO MUY IMPORTANTE PARA CUALQUIER SISTEMA DE SALUD, EN LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD



Pilar Iglesias

La impotencia psíquica y la depresión son padecimientos casi generales de nuestros tiempos.

La depresión es un padecimiento grave que afecta a millones de personas en todo el mundo y que lleva a veces al suicidio.

Se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, el desinterés por el mundo, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones junto con la disminución del amor propio, que se traduce en reproches y acusaciones que se hace objeto a si mismo, llegando muchas veces a una delirante espera de castigo.

La depresión es una reacción a la pérdida.

No se distingue que es lo que el sujeto ha perdido, es decir, no es consciente esta pérdida. Y si la pérdida aparece como conocida, hay que tener en cuenta lo que La Teoría del Inconsciente nos muestra, que el sujeto puede decir o creer a quién o qué ha perdido, sin embargo no sabe lo que con el objeto ha perdido.

La pérdida que ha tenido lugar es un efecto en su propio yo.

La impotencia psíquica se halla mucho más difundida de lo que se supone, es una de las perturbaciones por las que más se consulta al psicoanalista.

En los casos donde se manifiesta en que los órganos ejecutivos de la sexualidad rehúsan su colaboración al acto, a pesar de existir en el sujeto una intensa inclinación psíquica a realizar dicho acto.

También se incluyen aquellos casos que pueden realizarlo sin dificultad alguna, pero no hallan en él especial placer; hecho muy frecuente, así como la falta de disposición física (erección), la abreviación del acto (eyaculación precoz), también la interrupción del acto antes de su desenlace natural y la falta de sensación de placer. Todas están consideradas dentro de la concepción de impotencia psíquica.

Ahora bien, la impotencia no solo se manifiesta en la gentilidad, sino que también se manifiesta en la actividad social, es decir en la vida cotidiana del sujeto.

Hay en todos estos casos un empobrecimiento del deseo que se hace sentir en todas las funciones que desempeña en su vida.

Un empobrecimiento de la libido objetual, una falla en el desear y el dolor consiguiente.

La impotencia psíquica es una señal de la depresión.

El psicoanálisis no es un tratamiento sintomático, porque en el síntoma hay una producción del sujeto. El síntoma no es ni bueno ni malo, es un grito que se tiene que transformar en palabra. Toda la miseria y toda la grandeza del sujeto está en el síntoma, es una producción inconsciente, como el sueño. No se puede saber lo que vas a soñar, pero se puede analizar qué fue lo que te hizo elegir eso. Sólo sabremos después e incluso se podría llegar a decir al revés, el problema sería cómo el síntoma te eligió, cómo la parálisis del brazo te eligió, en el sentido de que es una producción inconsciente, ajena a mí: esa producción inconsciente, de golpe, te elige.

LA ANGUSTIA Sigmund Freud



ENTRE EL SÍNTOMA NEURÓTICO Y LA OBRA LITERARIA

En el texto “Dostoyevsky y el parricidio”, Freud establece la separación entre el síntoma neurótico y la obra literaria, donde la pasión del juego se le impone, provocando una postergación de la escritura. Freud lee en el síntoma un signo de cobardía, en el sentido, dice, que Dostoyevsky no se atreve con el deseo y donde las letras se sitúan en otro lugar y constituyen la prueba de su coraje. El síntoma sería en este caso el diezmo de goce que el siervo debe pagar al Otro, antes de abocarse a su deber de escritor.

DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Existe en el enfermo un tenaz conflicto entre la tendencia libidinosa y la represión sexual, o sea entre su lado sensual y su lado ascético, y este conflicto no se resuelve, ciertamente, ayudando a uno de tales factores a vencer al otro.

En los neuróticos, es el ascetismo la instancia victoriosa, y a consecuencia de esta victoria se ve obligada la sexualidad a buscar una compensación en la formación de síntomas.

Si, por el contrario, procurásemos la victoria a la sensualidad, sería la represión sexual la que intentaría compensarse del mismo modo al ser descartada, es decir, con síntomas.

Así, pues, ninguna de estas dos soluciones puede poner término al conflicto interior, dado que siempre quedará insatisfecho uno de los elementos que lo provocaron.

Por otro lado, son muy raros los casos en que el conflicto es tan débil que la intervención del médico basta para resolverlo, y, a decir verdad, estos casos no precisan de un tratamiento psicoanalítico.

Las personas sobre las que se podría ejercer una influencia de este género obtendrían fácilmente idéntico resultado sin la intervención del mismo. Cuando un joven abstinente se decide a entregarse a una relación sexual ilegítima, o cuando una mujer insatisfecha busca una compensación en otro hombre, no suelen haber esperado para hacerlo la autorización del médico, ni siquiera la de su psicoanalista.

Al tratar de esta cuestión no suele tenerse en cuenta una importantísima circunstancia: la de que el conflicto patógeno de los neuróticos no es comparable a una lucha normal entre tendencias psíquicas y sobre un mismo terreno psicológico. En los neuróticos, la lucha se desarrolla entre fuerzas que han llegado a la fase de lo preconsciente y lo consciente, y otras que no han pasado el límite de lo inconsciente. Resulta, pues, que los adversarios se hallan situados en distintos planos como el oso polar con la ballena, según una familiar analogía; y, por tanto, es imposible toda solución hasta que se logra ponerlos frente a frente, labor que, a mi juicio, es la que solamente corresponde efectuar a la terapéutica. Puedo, además, aseguraros que estáis en un error si creéis que aconsejar y guiar al sujeto en las circunstancias de su vida forma parte de la influencia psicoanalítica. Por el contrario, rechazamos siempre que nos es posible este papel de mentores, y nuestro solo deseo es el de ver al enfermo adoptar por sí mismo sus decisiones. Así, pues, le exigimos siempre que retrase hasta el final del tratamiento toda decisión importante sobre la elección de una carrera, la iniciación de una empresa comercial, el casamiento o el divorcio

LA TRANSFERENCIA

"No hay relación entre analista y analizante, sino que es el Concepto de Transferencia, es el que los pone en relación"

LA TRANSFERENCIA CONCEPTO FUNDAMENTAL DEL PSICOANÁLISIS

En "Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico" (1914) escribe:

"Tengo fuertes motivos para conjeturar que, tras eliminar todos los síntomas, Breuer debió descubrir la motivación sexual de la transferencia, pero, habiéndosele escapado la naturaleza universal de este inesperado fenómeno, interrumpió en este punto su investigación, como sorprendido por un untoward event (suceso adverso)".

En 1925, "Presentación autobiográfica", Freud insiste en que Breuer adivinó la etiología sexual de la enfermedad de Anna O., y textualmente escribe: "Al fin atiné a interpretar rectamente ese caso y a reconstruir, basándome en algunos indicios que Breuer me había dado al comienzo, el desenlace de su tratamiento. Después que el trabajo catártico pareció finiquitado, sobrevino de pronto a la muchacha un estado de amor de transferencia, que él omitió vincular a su enfermedad, por lo cual se apartó de ella estupefacto".

Entonces ahora sí es el momento de preguntarnos ¿qué es la transferencia?, ¿a qué clase de amor nos referimos cuando decimos amor de transferencia?

En "Observaciones sobre el amor de transferencia" (1914-1915) Freud hace referencia a un fenómeno de enamoramiento dirigido al psicoanalista que resulta por un lado: motor de la cura, y por otro: resistencia a su continuación. Aquí se ven esbozadas los dos movimientos de la transferencia: la rememoración significativa que sostiene al psicoanalista y el amor, que constituye la repetición de un acto. Sin embargo, Freud insiste en que la respuesta del psicoanalista frente a la demanda de amor, no debe ser otra que la abstinencia. Este amor creado por la situación analítica no resulta por ello menos verdadero ya que como todo amor está ligado a la elección infantil de objeto, y por ese motivo es menos dúctil y susceptible de modificación. Desde los inicios mismos de la práctica del psicoanálisis, aparece como el arma más eficaz de la resistencia.

EN ESTE NÚMERO:

Sigmund Freud
Jacques Lacan
Emilio González Martínez
Lidia Andino Trione
Leonhard Euler
Pilar Iglesias Nicolás

Con la colaboración especial de E. González Martínez, desde Arganda c



Leonhard Euler

El desafío matemático anual presentado por la Academia de Ciencias en París en 1727 fue este: "¿Cuál es la mejor manera de organizar mástiles en un barco?"

A primera vista es un problema muy práctico, pero el joven matemático suizo Leonhard Euler lo abordó como un rompecabezas puramente matemático.

A pesar de nunca haber puesto un pie a bordo de un barco, se sintió perfectamente calificado para calcular la disposición óptima de los mástiles.

DIJO:

"No me pareció necesario confirmar esta teoría mía con experimentos porque se deriva de los principios más seguros de las matemáticas, por lo que no cabe duda alguna de si es o no cierta y funciona en la práctica", declaró.

El matemático y físico suizo Leonhard Euler (1707-1783) hizo descubrimientos en una amplia gama de campos, incluyendo geometría, cálculo infinitesimal, trigonometría, álgebra, teoría de números, física de continuum,

PENSAR, EN TRANSFERENCIA

Lidia Andino Trione

Han pasado 27 años desde la publicación en Madrid, del libro -Vigencia de Sigmund Freud - (1997) LA TRANSFERENCIA; en la que también participe con un trabajo sobre la transferencia. Lidia Andino, psicoanalista, también licenciada en Matemáticas en Argentina, que en la actualidad y desde hace más de 40 años vive y trabaja en Madrid. Del primer trabajo de este libro he leído aquí tres puntos interesantes que nos brinda este texto para poder pensar de una forma más correcta, digo sin tanto prejuicios, reparos sin reparo, etc., para acercarnos a un campo como es la Teoría del Inconsciente.

A veces a estas teorías que también tal vez desde aquí tiene sentido cuando se las dice "Conjeturales", como también es la Teoría del Valor y...



Lidia Andino Trione

(AUDIO. P.1 Y 2)



AUDIO (P.3)



AUDIO (P.4)

(Texto VIGENCIA DE SIGMUND FREUD La Transferencia)

