



**Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



**UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY**

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

TRABAJO FINAL DE GRADO

**Síntoma: Representante de Identificación
y Co-Fundador del Psicoanálisis**

Sebastián Di Giovanni Palmina

4.905.316-1

Tutor: Prof. Adj. Mag. Octavio Carrasco

Revisora: Prof. Adj. Mag. Amparo Bazterrica

Montevideo · Uruguay

Diciembre, 2024

Resumen

El presente trabajo monográfico propone indagar sobre la noción de *síntoma*, sus condiciones de posibilidad y su importancia en el ámbito psicoanalítico. A través los apartados aquí planteados, se realiza un recorrido sobre la genealogía del concepto tomando a su creador como autor principal: Sigmund Freud.

En la primera parte, se explorará la relación entre psicoanálisis y psiquiatría teniendo como eje principal al límite ante el cual se enfrenta la psiquiatría ante las diferentes presentaciones del síntoma. Y lo que el psicoanálisis tiene para brindar a fin de sortear la barrera que los psiquiatras –no la psiquiatría– se imponen frente a un discurso neurótico.

En la segunda parte, se desarrollará en profundidad la noción de síntoma desde los escritos pre-psicoanalíticos –anteriores a 1900–, los maestros más influyentes en Freud, y la propia conceptualización que él mismo irá desarrollando a través de su obra. Apoyándonos en dos casos importantes –de tantos– dentro de los escritos freudianos, el caso Dora y Elisabeth von R.

Por último, se vinculará intencionalmente el concepto de síntoma con dos postulados de Freud: lo *unheimlich* y la angustia. Fundamentalmente, se expondrá la relación de la angustia-síntoma y *unheimlich*-síntoma, para dar cuenta como estos conceptos se conjugan y son parte de un mismo sintagma.

Palabras clave: Freud, síntoma, psiquiatría, genealogía, *unheimlich*, angustia.

*Allí, donde el sujeto no se reconoce,
el síntoma puede responder a la pregunta: ¿quién sos?*

Andrés Mustos, 2024

Índice

Resumen	2
Introducción	6
1. ¿Por qué Psicoanálisis? Diferencias con la Psiquiatría	8
1.1. La Apuesta del Psicoanálisis.....	8
1.2. La Psiquiatría y el Psicoanálisis	9
2. Freud: Síntoma y los Estudios sobre la Histeria	11
2.1. El Inicio del Síntoma	11
2.1.1. Charcot y su Influencia en Freud	12
2.1.2. Breuer y su Influencia en Freud	133
2.2. Desarrollo de la Noción de Síntoma.....	14
2.3. La Relación del Síntoma con la Sexualidad	17
2.4. Elisabeth von R.....	18
2.5. El Factor Social en la Represión	19
2.6. Lo Paradójico del Síntoma	20
2.7. El caso Dora	21
2.7.1. Introducción	21
2.7.2. El Caso y el Repensar de la Técnica	22
2.8. Neurosis Obsesiva, Neurosis Histérica	25
3. La Angustia en lo <i>Unheimlich</i> , ergo Síntoma.....	299
3.1. La Angustia	299
3.2. Lo Ominoso	311
Conclusiones	35
Referencias.....	37

*Para mi Abu, quien me pedía que me quedara tranquilo que ella
hacía sus “deberes” en Fray Bentos mientras yo realizaba
los míos en la facultad.*

Introducción

Este trabajo propone recorrer la noción de síntoma desde los comienzos del psicoanálisis. Dicho interés surge por la preferencia personal a practicar la clínica desde una perspectiva psicoanalítica, y, a través de este trabajo final de grado, se opta por comenzar por el principio.

El síntoma puede ser entendido como aquello que aqueja al paciente y motiva a este a consultar. Tiene un vínculo especial en el vivenciar del enfermo. Es entonces, el síntoma, parte de la presentación del paciente. Pero, ¿habla el mismo lenguaje? Si pudiera hablar por sí mismo, ¿qué diría?

La noción de síntoma nunca había sido cuestionada de otra forma que no sea desde la anamnesis médica, dejando su sentido por fuera. Y es esto lo que rescatará el psicoanálisis: primero, desde la interpretación con un enfoque en lo que el síntoma tiene por develar tras su desenmascaramiento; segundo, se abandona la concepción de lo que tiene por develar para pensar el por qué el conflicto resultó de esta forma y no de otra.

Charcot y Breuer, ambos mentores de Freud, comenzaron por estudiar las histerias proponiendo diferentes métodos –hipnosis por parte Charcot, talking cure por parte de Breuer–. Todas, en primera instancia, aceptadas por Freud con gran admiración de su parte; para luego darse cuenta que ambos métodos eran obsoletos ante otra gran población de histerias. Es por ello que se separa teóricamente y comienza a publicar sus propios hallazgos.

En este trabajo se propone hacer un recorrido destacando los diferentes cambios que adoptará e incorporará el propio Freud para pensar al síntoma apoyándose también en su experiencia clínica –como se expondrá el caso Elizabeth von R y el caso Dora–.

Específicamente, durante el segundo capítulo, se destacará la relación del síntoma con la sexualidad. También, se mencionará la relación del síntoma con mociones pulsionales rastreables hasta la infancia.

Más adelante, se contextualizará al sujeto en sociedad y se ubicará a el síntoma como respuesta a las represiones culturales de época. Y, en otro apartado, se hará hincapié en la completa ignorancia de la presencia del síntoma por el paciente, actuándolo sin dar cuenta de ello a nivel consciente.

La angustia ha sido otro concepto freudiano que se ha ido explicando de diferentes maneras. De forma acotada podemos decir que comenzó pensándose como respuesta del *yo*, para luego pensarse como un mecanismo de defensa que advierte al *yo*. Es desde este lugar que se relaciona lo *unheimlich*, o también conocido como ominoso, desfamiliar – concepto que Freud se sirve de la estética para nombrar a aquello conocido que trae consigo un sentimiento de malestar hasta tal punto como si fuese desconocido– con el estado afectivo angustioso y posterior formación de síntoma.

Junto con los desarrollos conceptuales del síntoma, paralelamente se ha repensado a la técnica como tal y cómo se practica. Es por ello que el trabajo de recorrer los escritos freudianos mediante una lectura cuidadosa, como también la lectura de otros autores, enriquece y alienta al repensar de la práctica en tiempos actuales.

Dichos postulados se verán desarrollados en las conclusiones.

1. ¿Por qué Psicoanálisis? Diferencias con la Psiquiatría

1.1. La Apuesta del Psicoanálisis

Es de suma importancia detenernos a pensar qué condiciones de posibilidad existieron para que el psicoanálisis pudiera inscribir sus producciones clínicas en el ámbito científico.

Debía darse una atmósfera de conocimientos que alojara la posibilidad de que se pudiera presentar al mundo un nuevo concepto, el de inconsciente, que daría origen a una nueva herida narcisista hacia el ser humano –no solo que la tierra no es el centro del universo, ni que Europa no es el centro del mundo, sino que ahora hay una estructura que el sujeto desconoce sobre sí y es quien gobierna su ser–.

«El estudio de las llamadas enfermedades nerviosas, la neurosis obsesiva y la histeria, han sido la base sobre cuyo estudio comenzó a construirse el psicoanálisis». (Freud, 2013e).

Freud, padre del psicoanálisis, en 1900, abre un nuevo siglo cargándose a sus hombros una revolución científica y social provocada por su tesis sobre «La interpretación de los sueños» –tesis, que para quienes habitamos la atmósfera educativa, de lecturas e investigación, es para muchos, también, una muestra de cómo se debe hacer un trabajo de esta categoría–. Se propone allí el primer modelo del aparato psíquico, y busca avanzar un paso más y destacarse de la psiquiatría y medicina clásica gracias a la interpretación.

La interpretación toma como punto clave la asociación libre de los símbolos que se representan en los sueños. Este último –el sueño– es la vía regia de acceso a las formaciones del inconsciente. El sueño es representante del deseo inconsciente, de forma desfigurada y alucinatoria, «un sueño es un cumplimiento disfrazado de un deseo reprimido» (Freud, 2013h, p. 214), por lo que la interpretación promete develar la verdad del sujeto en función a su conflicto psíquico. «Los síntomas neuróticos tienen [...] su sentido, como las operaciones fallidas y los sueños, y, al igual que estos, su nexa con la vida de las personas que los exhiben» (Freud, 2013e, p. 235).

Breuer entiende que «la “base y condición” de la histeria es el advenimiento de unos estados de conciencia peculiarmente oníricos» (2013g, p.48) es decir, no conscientes. Entonces, podemos afirmar que «la profundización en los problemas del sueño es una condición previa indispensable para comprender los procesos psíquicos que ocurren en la histeria y en las otras psiconeurosis» (2013f, p.10) En este punto, Carrasco (2017) nos advierte de que hay dos dimensiones temporales en juego: «una que se refiere a la contrariedad actual del sujeto en el tiempo que produce el sueño, y otra dimensión atemporal donde lo más arcaico del sujeto muestra su presencia en las huellas de su particular fantasma psíquico» (p. 54). Es decir, su historia singular en relación con el objeto de deseo y el

constante deseo del sujeto de alcanzar una satisfacción que nunca se logra completamente.

Para dicha tesis, Freud apenas ha dado a conocer la planta baja de lo que sería su edificio conceptual, pero sí está expuesta la idea fundante que aporta el psicoanálisis al psiquismo humano: la división del sujeto entre lo consciente e inconsciente. La escisión a la que hace referencia parte de la evidencia clínica de los síntomas enunciados por los pacientes histéricos.

En el origen se buscaba la naturaleza de las enfermedades nerviosas o funcionales, los neurólogos que la trataban se remitían a los aspectos físicos-químicos y lo anímico quedaba por fuera.

Freud es quien descubre un campo de saber sobre lo psíquico y además construye los fundamentos de un método de indagación sobre ese campo; por ello le suponemos a la histérica cierta existencia, al menos en el cuerpo doctrinario del psicoanálisis. (Carrasco, 2017, p. 12)

La aclaración de localizar a la histérica en el campo psicoanalítico no es sino darle al psicoanálisis el crédito de escuchar aquello que se ignoraba. Aunque el síntoma pueda parecer irrelevante, en realidad tiene una gran importancia. Es quien va ligado a un intenso sufrimiento subjetivo, por lo tanto, es un objeto que no se puede ignorar; es ineludible del interés psiquiátrico. (Freud, 2013e).

Por lo tanto, cuando hablamos de lo que significó la apertura del inconsciente a la experiencia, se revela entonces lo inmanente del ser, lo que estando allí siempre se pasa por alto, lo que se descarta. Carrasco dirá que esos detalles, «Freud despliega los esclarecimientos conjeturales que la praxis del psicoanálisis puede proveer, para una lectura de otros sentidos que dan cuenta de la dinámica propia del inconsciente» (2017, p. 77)

1.2. La Psiquiatría y el Psicoanálisis

En el campo de la psiquiatría, Freud entiende que hay cierta resistencia a sus hallazgos y que no son más que simples ocurrencias con sentido, hasta caprichosas. Sin embargo, Freud hace hincapié en que no oyen lo que los pacientes neuróticos les comunican, perdiéndose así la posibilidad de extraer algo valioso de sus enunciados y que de estos se puedan hacer observaciones en profundidad.

La psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual. De lo contrario, es allí justamente desde donde comienza el psicoanálisis, y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y está entrelazado en la vida del sujeto enfermo. Pero la etiología del estudio de los síntomas se complica por el mero arte del psicoanálisis, a lo que nos preguntamos, ¿por qué enferman hasta las personas sanas? En tales personas hallamos por regla general los indicios de una

lucha entre mociones de deseo o, como se suele decir, de un conflicto psíquico. Una parte de la personalidad mantiene ciertos deseos; mientras que otro se revuelve y se defiende contra ellos. «Sin un conflicto de esa clase no hay neurosis» (Freud, 2013e, p. 318)

Desde la psiquiatría, no se conoce ningún camino que la haga avanzar en los esfuerzos por esclarecer un caso de neurosis. «Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior, prognosis insegura por rica que sea su experiencia.» (Freud, 2013e, p. 230)

En «Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)» Freud expone ante el modelo médico y la psiquiatría en particular, que estas no reconocen los métodos técnicos del psicoanálisis, «omite todo otro anudamiento con el contenido de la idea delirante» (Freud, 2013e, p. 230) Conserva datos que le permite rastrear lo superficial y se queda con una idea muy general. Lo contrario al psicoanálisis que propone vincular el discurso del sujeto con la causa más particular y próxima. Esta idea es problematizada por Freud y se pregunta: «Pero, ¿hay ahí una contradicción, una oposición? ¿No es más bien un completamiento? ¿Acaso el factor hereditario contradice la importancia de la vivencia? ¿No se conjugan ambos, más bien, de la manera más eficaz?» (Freud, 2013e, p. 233) En definitiva, pareciese que la psiquiatría en su génesis no tendría alguna rivalidad con el trabajo y la investigación psicoanalítica. Por lo tanto, son los psiquiatras los que se resisten al psicoanálisis, no la psiquiatría. Continúa diciendo:

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. (Freud, 2013e, p. 230)

Si bien la anatomía es actualmente fundamental para la medicina científica (1916-1917) hubo un tiempo en que la disección de cuerpos humanos estaba estrictamente prohibida. Para el año que se lleva a cabo esta conferencia, Freud entiende que el psicoanálisis juega este mismo rol que la anatomía, que busca entender la estructura de la vida intrapsíquica. Concluyendo por sí mismo, que es muy probable que en un futuro cercano se le dé mérito al objeto de estudio psicoanalítico al reconocer que no se puede tener una psiquiatría científica verdaderamente profunda sin un sólido entendimiento de los procesos del alma y de los aspectos inconscientes de la vida psíquica.

Freud nos advierte que los síntomas histéricos están cargados de extrañeza, una misma sensación que deja la lectura de *Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora)* sin el conocimiento de «*La interpretación de los sueños*» (2013f, p. 10). Esa extrañeza, además, es inseparable de los fenómenos propios de la neurosis; la cuestión radica en el quehacer médico que los oculta. Lo nuevo siempre se percibe como amenazador y, por ende, genera resistencias.

Para entonces, Freud vuelve a definir al psicoanálisis, y lo posiciona a este lejos de un sistema meramente especulativo. Gracias a la intelección del mecanismo de los síntomas, dirá que se trata más bien de experiencia: «expresión directa de la observación o resultado de su procesamiento» (Freud, 2013e, p. 224) Experiencia de la cual un resto no será posible escribir.

Por otra parte, en la 17.^a conferencia «El sentido de los síntomas» (1916-1917 [2013e]) comenta sobre el quehacer de la psiquiatría. Ésta se enfocaría en dar nombres a las diferentes obsesiones, pero por fuera de eso no dirá otra cosa. Sino que, «insiste en que los portadores de tales síntomas son “degenerados”» (p. 238). Para esto no hay una explicación más que la intención de una categorización en forma de condena, que lejos de encontrar la posibilidad de eliminar –primer síntoma freudiano, ampliaremos en otro capítulo– de forma prolongada en el tiempo los síntomas, se enfrentan a la imposibilidad de hacer de la experiencia un saber, tanto para los casos obsesivos como de otras enfermedades de hombres no «degenerados» (comillas propias).

2. Freud: Síntoma y los Estudios sobre la Histeria

«Ustedes saben que nuestra vida anímica es agitada sin cesar por conflictos que nos vemos obligados a zanjar. Por tanto, tienen que cumplirse condiciones particulares para que uno de esos conflictos se vuelva patógeno.»
(Freud, 2013e)

2.1. El Inicio del Síntoma

Para comenzar el camino de la extensa escritura freudiana sobre lo que sería, en otras palabras, la «irrupción del inconsciente en la vida cotidiana» (Carrasco, 2017, p. 77), es preciso detenernos primeramente en una persona reconocida por Freud como influyente en los orígenes de la teoría psicoanalítica.

Nos referimos a Jean Martin Charcot, quien fue profesor de Freud en la Salpêtrière de París desde octubre de 1885 hasta febrero de 1886.

El trabajo de Charcot comenzó devolviendo su dignidad al tema de los síntomas histéricos (Freud, 2013g, p. 20). Las mujeres de la época acostumbraban a recibir el descrédito por parte de los médicos sobre sus quejas. Sin embargo, Charcot, con todo el peso de su autoridad, sostenía el carácter auténtico y objetivo de los fenómenos histéricos.

A diferencia del resto de sus colegas, trató a la histeria como a cualquier otro caso de neuropatología. Siendo esta una de las grandes influencias que harían que Freud cambiase su interés por los fenómenos histéricos. Asimismo, se dedicó a enseñar y a reconocer los síntomas que posibilitaban diagnosticar la histeria. Él y sus discípulos llevaron a cabo exhaustivas investigaciones sobre los efectos que la histeria tiene en la sensibilidad de la piel

y los tejidos profundos, como también el funcionamiento de los órganos sensoriales, las características de las contracturas y parálisis histéricas, así como las alteraciones tróficas y del metabolismo (p. 21, 22).

2.1.1. Charcot y su Influencia en Freud

Con Charcot, Freud comenzó a considerar que las experiencias patógenas vividas por sus pacientes, entendidas como traumas psíquicos, son equiparables a los traumas físicos –parálisis histéricas–. (Freud, 1973)

Para Charcot, la histeria era un trastorno de naturaleza neurológica. Aunque afirmaba que la histeria podía ser hereditaria, también reconocía que podía desarrollarse a partir de traumas, como los que se producen en accidentes. Además, señalaba que ciertos factores, como la exposición a sustancias tóxicas (productos químicos industriales hasta el alcohol) podían contribuir a su aparición. (Hacking, 1995)

Siguiendo con la teoría del trauma, uno de los puntos más altos en las investigaciones realizadas por Charcot y el hito por el cual es el primero en explicar la neurosis histérica, fue cuando intentó reproducir artificialmente una parálisis histérica (Freud, 2013g). Para lograr esto, ingresó a sus pacientes histéricos en estado de sonambulismo mediante hipnosis. Los resultados que obtuvo fueron positivos, por lo que consiguió demostrar, de forma contundente, «que esas parálisis eran consecuencia de representaciones que en momentos de particular predisposición habían gobernado el cerebro del enfermo» (p. 23).

En el texto de Freud publicado en 1910 sobre las cinco conferencias pronunciadas en la Clark University, ilustra cómo, en sus inicios, concebía el trauma de manera similar a Charcot, influenciado por su experiencia en la Salpêtrière. Este entorno, conocido por su enfoque en las manifestaciones neurológicas de la histeria, tuvo fuerte impacto en la formación de sus ideas sobre la relación entre los eventos traumáticos y su efecto en la salud mental. Desde esta perspectiva, Freud comenzó a desarrollar su teoría sobre trauma integrando conceptos que más tarde serían fundamentales en su teoría psicoanalítica. Dirá:

El maestro Charcot había iniciado en París aquellas indagaciones sobre las histéricas [...] que darían por resultado una comprensión novedosa de la enfermedad. Era imposible que esas conclusiones ya se conocieran por entonces en Viena. Pero cuando una década más tarde Breuer y yo publicamos la comunicación preliminar sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, que tomaba como punto de partida el tratamiento catártico de la primera paciente de Breuer, nos encontrábamos enteramente bajo el sortilegio de las investigaciones de Charcot. (Freud, 1973)

2.1.2. Breuer y su Influencia en Freud

El sentido de los síntomas neuróticos fue descubierto por Josef Breuer, mediante el estudio y posterior curación de un caso popular de histeria por los años 1880. Se trataba de Bertha von Pappenheim, quien padecía de parálisis, ceguera y sordera, como sus síntomas más destacados. El estudio sobre los síntomas de la neurosis histérica, denominada como la más enigmáticas de las enfermedades nerviosas (Freud, 2013g), entonces, fue encabezado por el médico fisiólogo austriaco.

Mantuvieron con Freud estrecha relación tanto científica como personal entre los años 1882 y 1895. Fue con quien, el padre del psicoanálisis, conoció el método catártico –también nombrado hipnocatártico–. El método catártico de Breuer consiste en volver a guiar la excitación, con conciencia de la meta, de lo corporal a lo psíquico, para luego expresar la contradicción mediante un trabajo de pensamiento y descargar la excitación por medio del habla (p. 51).

Los primeros exámenes e intentos de tratamiento psicoanalíticos fueron hechos con ayuda de la hipnosis. Pero más tarde se abandonó este método de la «hipnocatarsis o la búsqueda de la verdad a través de un golpe de revelación» (Carrasco, 2017) y el trabajo comenzó a llevarse a cabo mediante el método de la «asociación libre», en el cual el paciente permanece en su estado normal. Esto permitía aplicar el procedimiento a un número mucho mayor de casos de histeria, así como a otras neurosis y a sujetos sanos. (Freud, 2013h, p.212).

De todos los estudios realizados por ambos, los resultados más destacados que se obtuvieron fueron dos. En primer lugar: «los síntomas histéricos poseerían sentido y significado, por cuanto son sustitutos de actos anímicos normales» (Freud, 2013a), es decir, los síntomas histéricos no se manifiestan por azar y sin razón aparente. Ubicándonos en un primer tiempo sobre el descubrimiento de los síntomas histéricos, es correcto decir que hay un sentido y significado *detrás* de ellos –ver siguiente capítulo–. Por otra parte, la palabra «sustitutos», se refiere a que los síntomas pueden representar emociones, deseos o conflictos internos que la persona no expresar de manera directa. En segundo lugar: «el descubrir este sentido coincidiría con la cancelación de los síntomas y así, en este punto, investigación científica y empeño terapéutico coinciden» (p.232), dicho punto marca el camino que se debe seguir para *eliminar* los síntomas.

Pierre Janet –psicólogo y neurólogo francés– es conocido por demostrar los mismos resultados de forma independiente, «pero es a Breuer que corresponde la prioridad de publicación». (Freud, 2013e).

Si bien estos descubrimientos tuvieron sus efectos por cierto tiempo, tanto con la electroterapia como con otros métodos alternativos que surgían en dicha época de fama

popular en el ámbito científico, Freud fue deshaciéndose de ellos sistemáticamente. La razón principalmente fue por no ser exactos en todos los casos.

«Cómo terapia específica de los estados neuróticos se indicaba el tratamiento eléctrico, pero quien emprendiera su aplicación de acuerdo con los detallados preceptos de Erb (1882) podía asombrarse por el espacio que se concedía a la fantasía aún en la ciencia supuestamente exacta» (p.204).

De este modo, los experimentos realizados por Jean-Martin Charcot, junto con las observaciones clínicas de Joseph Breuer, demostraron que los síntomas físicos de la histeria son de origen psicógeno. Es decir, representan vestigios de procesos anímicos que han tenido lugar en la vida psíquica del individuo.

El uso del estado hipnótico logró reproducir artificialmente los síntomas somáticos de la histeria evidenciando la relación entre la mente y el cuerpo. Este nuevo entendimiento fue adoptado por el psicoanálisis, que comenzó a explorar la naturaleza de esos procesos psicológicos y a preguntarse el por qué adoptan tales manifestaciones físicas inusuales.

Sin embargo, esta dirección de investigación no se alineaba con las creencias predominantes entre los médicos de la época. Muchos de ellos habían sido formados en una tradición donde predominaban los factores anatómicos, físicos y químicos, mostrando escaso interés por los aspectos psíquicos de la enfermedad. Esta formación los llevó a adoptar una postura de indiferencia e incluso se negaban a creer que tales observaciones tendrían «un tratamiento científico y exacto» (Freud, 2014a, p.229) Dicha negación limitaba su empatía hacia el sufrimiento de los sujetos y sus posibles tratamientos.

2.2. Desarrollo de la Noción de Síntoma

Ahora bien, ¿qué es lo que, hasta entonces, se entendía por síntoma? Para ello me veo animado a comentar brevemente cómo se entendía la división del aparato psíquico para entonces, y es que en *El yo y el ello y otras obras* (1923-1925 [2014a]) vemos cómo para los tiempos de *La interpretación de los sueños* se entendía al esquema de la psique dividida en dos: una parte la reprimida y otra la represora: reprimida como la inconsciente y la represora como la consciente. Desde este punto, se pensaba que una fuerza reprimida trataba de conectar con la actividad, pero la fuerza represora la aislaba de dicho fin: «a un “inconsciente” se le oponía un “yo”» (p. 5).

Más adelante, en el mismo texto, nos encontramos con una apreciación más estructural sobre la conciencia y se la ubica en «la superficie del aparato anímico» y su función está ligada a «un sistema que espacialmente es el primero contando desde el mundo exterior» (p. 21).

Aclarado esto, es precisamente en *Primeras publicaciones psicoanalíticas* (2013g)

donde se cuestionaba sobre la relación con el proceso consciente del paciente hasta la aparición del síntoma neurótico (p. 50). Para lo que Freud, de manera muy clara, expresa – sobre el síntoma– lo siguiente:

La tarea que el yo se impone, tratar como «non arrivée» («no acontecida») la representación inconciliable, es directamente insoluble para él; una vez que la huella mnémica y el afecto adherido a la representación están ahí, ya no se los puede extirpar. Por eso equivale a una solución aproximada de esta tarea *lograr convertir esta representación intensa en una débil*, arrancarle el afecto, la suma de excitación que sobre ella gravita. Entonces esa representación débil dejará de plantear totalmente exigencias al trabajo asociativo; empero, *la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.*¹ (p. 50)

Es decir, el síntoma es una forma adoptada como consecuencia de la excitación divorciada, es ese «[...] otro empleo».

Freud, en *Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* puntualizará a la frustración como el origen del conflicto. Por lo que la libido pierde su satisfacción y se ve obligada a buscar otros destinos. El medio que encuentra la libido para imponerse ante esta defensa es la de dar ciertos rodeos con las características de desfiguraciones y atemperamientos (p. 318) Y continúa, «Los rodeos son los caminos de la formación de síntoma; los síntomas son la satisfacción nueva o sustitutiva que se hizo necesaria por la frustración.» (p. 318).

Ahora bien, hasta este momento las aproximaciones al síntoma y los procesos psíquicos involucrados en su conformación se han expresado de forma general, en otras palabras, iguales para todas neurosis. Este camino requiere de una siguiente aproximación aún más precisa.

La histeria, las fobias y las representaciones obsesivas, hasta entonces, parten de un mismo común denominador que es la categoría de neurosis. Por lo tanto, lo que sucede en primer lugar es el proceso donde el Yo se impone y ante la representación inconciliable, una vez acontecida, traduce a ésta en una representación más soportable para el aparato psíquico.

En *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (2013h) Freud dice haber comprobado que:

[...] es válido, en general, para todas las neurosis que los síntomas patológicos son realmente los productos finales de los conflictos que llevaron a la «represión» y a la «escisión» anímica. Los síntomas son generados por diferentes mecanismos: a) como formaciones que sustituyen a las fuerzas reprimidas, o bien: b) como compromisos

¹ Las cursivas en esta cita son propias.

entre las fuerzas represoras y las reprimidas, o bien: c) como formaciones reactivas y resguardos contra las fuerzas reprimidas. (p. 213)

Es decir, se piensa al síntoma en estas instancias como una relación de compromiso, una especie de contrato entre –siguiendo la concepción de que lo reprimido es el modelo de lo inconsciente– el aparato consciente y el inconsciente. Sin embargo, aquí es donde llega el momento de separarlas.

Freud, dice haber demostrado que los síntomas histéricos «son restos (reminiscencias) de vivencias profundamente conmovedoras que han sido apartadas de la conciencia cotidiana, y que su forma es determinada (de una manera que excluye la acción deliberada) por las particularidades de los efectos traumáticos de las vivencias» (Freud, 2013h, p. 212).

Desde esta perspectiva, las posibilidades terapéuticas residen en la capacidad de eliminar esa «represión», permitiendo que una parte del material psíquico inconsciente emerja a la conciencia y, al hacerlo, se le despoje de su influencia patógena. Para que esto tenga sentido, es necesario contextualizarlo en una concepción dinámica. ¿Qué significa eso? Quiere decir que los procesos anímicos son considerados como «desplazamiento de energía psíquica, la cual puede medirse por la magnitud de su efecto sobre los elementos afectivos» (p. 212).

Entonces, la histeria, particularmente, tiene una forma de volverse más inofensiva, por así llamarle, a la representación inconciliable. Freud se referirá a ésta en particular diciendo que «el modo de volver inocua la representación inconciliable es trasponer (*umsetzen*) a lo corporal la suma de excitación, para lo cual yo propondría el nombre de conversión.» (2013g).

Para Laplanche y Pontalis (1967):

«la palabra conversión en Freud es una concepción económica: la libido desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: tales síntomas expresan, a través del cuerpo, representaciones reprimidas» (p. 85).

Es decir, que los síntomas son representaciones reprimidas del dolor psíquico, expresado en dolor físico.

«Esto adquiere máxima significación ya que es en la histeria donde el proceso de “conversión” crea los síntomas trasponiendo una cantidad de mociones anímicas en inervaciones somáticas.» (Freud, 2013h, p. 212)

La doctrina de Pierre Janet –psicólogo y neurólogo francés– hace hincapié en que la alteración histérica tenía su origen en la escisión de la consciencia (1893-1899) Sin embargo, Freud no comparte esto:

[...] conseguí demostrar repetidas veces que la escisión del contenido de conciencia es la consecuencia de un acto voluntario del enfermo, vale decir, es introducida por

un empeño voluntario cuyo motivo es posible indicar. Desde luego, no sostengo que el enfermo se proponga producir una escisión de su conciencia; su propósito es otro, pero él no alcanza su meta, sino que genera una escisión de conciencia. (p. 48)

Es por ello que desestima el papel desmedido que Janet le impone como característica a la histeria. Entiende que su camino pasa más por «una inconciliabilidad psíquica o de un almacenamiento de la excitación» (p. 52).

Como dirá Carrasco, entonces, «Según lo expuesto, no discernimos el factor característico de la histeria en la escisión de conciencia, sino en la aptitud para la conversión» (2017, p. 52).

2.3. La Relación del Síntoma con la Sexualidad

Los arduos estudios sobre las afecciones neuróticas, el aparato psíquico, el comportamiento de la libido y la predisposición a enfermar, han tomado un nuevo cauce y es el de agregarle el factor infantil a los elementos somáticos y hereditarios hasta ahora reconocidos. (Freud, 2013h)

Ante este nuevo rumbo, «el psicoanálisis se vio obligado a reconducir la vida anímica de los pacientes a su primera infancia» (p. 213), y llegó a determinar de que «las inhibiciones del desarrollo anímico ('infantilismos') establecen una predisposición a la neurosis.» (p.213) Las investigaciones realizadas hasta ese entonces sobre la vida sexual han mostrado que la pulsión sexual tiene una complicada trayectoria de desarrollo que lejos está de ser lineal, y que después de sortear las adaptaciones al medio, restricciones y circuitos por los cuales se escabulle, deviene en la sexualidad «normal» de los adultos. Por lo tanto, una perversión de la pulsión sexual en los adultos quedaría explicada como «inhibiciones del desarrollo, fijaciones o torcimientos [...] Las neurosis son, entonces, el negativo de las perversiones.» (p. 213).

Las investigaciones sobre la actividad sexual de los niños provocaron que se desarrolle una nueva concepción de la pulsión sexual. Pasando el foco de atención en sus fuentes y no en sus fines (p. 214). Una de las características de la pulsión sexual es que tiene la capacidad de dirigirse desde metas sexuales directas hacia metas sublimadas y soportables. Lo que permite al sujeto inscribirse en la sociedad, cumplir con los mandatos culturales.

El hecho de que tanto el «infantilismo», la «sexualidad» y la «represión» convivan simultáneamente hacen del psicoanálisis una teoría única que la diferencia de cualquier otra que se enfoque en la vida anímica patológica. Lo maravilloso del método psicoanalítico y su triunfo se encuentra en «descubrir la estrecha relación entre los productos anímicos patológicos y estructuras normales como los sueños, las pequeñas equivocaciones de la vida

cotidiana y fenómenos tan estimables como los chistes, los mitos y las creaciones artísticas» (p. 214).

Para este punto, entonces, la teoría psicoanalítica abandona la concepción más dinámica, es decir: eliminar el síntoma conversivo originado posterior a la represión, buscando que aquello inconsciente se vuelva consciente.

El psicoanálisis llegó a la conclusión de que los agentes de los conflictos intrapsíquicos en cuestión son siempre «las pulsiones sexuales (empleando la palabra «sexual» en el sentido más amplio) y los deseos e inclinaciones del resto del yo». (p. 213). Estos son rastreables hasta la infancia, por lo que el síntoma no sería resuelto tras un único trauma que lo provoque.

Un único recuerdo o un único trauma no necesariamente tiene la exclusividad –como motivo– para devenir en un síntoma conversivo por sí solo, siempre existe un segundo registro traumático que resignifica al primero. «Freud estableció que el síntoma es una simbolización de un deseo inevitable y que se comprende como algo atrapado en el cuerpo que es incapaz de reconocerse mediante el lenguaje» (Carrasco, 2017).

El caso Elisabeth von R, que presentaremos a continuación, nos sirve de ejemplo para puntualizar la represión ante una pulsión sexual inmoral. En esta historia, será el deseo inconsciente por su cuñado y la conversión haciendo de representante de éste.

2.4. Elisabeth von R.

Encontramos este caso en *Estudios sobre la histeria* y, sin miras de entrar en detalles, la presento como una mujer de 24 años que sufre dolores en la pierna del lado derecho. Elisabeth atraviesa diferentes sucesos importantes enmarcados por el dolor y la pérdida: la hermana mayor contrajo matrimonio y se alejó de la familia; su segunda hermana, tras un segundo embarazo y complicaciones cardíacas, fallece; su padre enfermó por mucho tiempo, y en sus últimos dos años de vida, Elisabeth oficio de cuidadora sin descanso alguno. Ante estas adversidades, ella ocupaba un rol de sostén de la familia, tarea que no era para nada fácil. La única manera de poder cumplir con estas demandas era postergándose a ella misma. Ella no se identificaba con el rol femenino de la época ni con los deseos de su padre de que fuera una mujer deseable y contrajera matrimonio. Era identificada por su padre como un «hijo varón y a un amigo con quien intercambiar ideas» (Carrasco, 2017). Luego del fallecimiento de su padre y tiempo de trabajo con Freud –donde se destaca un avance en función de la asociación libre y el trabajo en transferencia– Elisabeth logra contar una situación en la que conoce a un muchacho, comparte dos horas de su tiempo –en el que debería cuidar a su padre– con él, y, al regresar a visitar a su padre, éste habría empeorado. Por lo que prometió jamás volver a entregarse a tal sentimiento erótico.

Otro suceso que marcó a Elisabeth, y el que queremos destacar, fue el fallecimiento de su hermana.

El acompañamiento a su segunda hermana durante su embarazo y estar viendo como espectadora el matrimonio feliz con su cuñado, despertaban en ella sentimiento de soledad. Tal es el caso, que ante la complicación médica de su hermana con su segundo hijo y posterior deceso, posando frente a la cama de su hermana muerta, fue atormentada por un pensamiento: «Ahora él está libre y yo puedo convertirme en su esposa» (Carrasco, 2017) Es durante este período que el dolor invalidante incrementa, por lo que, en palabras de Carrasco, queda demostrado que la enfermedad tiene título de síntoma conversivo y se «revela como una “defensa” frente a esta presentación inconciliable con la moral de la paciente [...] “Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales”» (p. 46)

El conflicto sexual como causa de las neurosis histéricas «hipertrofia sexual –a nivel mental–» (p. 14) subyace en la presentación de la conversión somática.

De este modo, esclarecemos que en las neurosis «son las pulsiones sexuales las que sucumben a la “represión” y constituyen así la base más importante de la génesis de los síntomas, que en consecuencia pueden considerarse sustitutos de la satisfacción sexual.» (Freud, 2013h, p. 213).

2.5. El Factor Social en la Represión

En este punto es de suma importancia poner de manifiesto que el psicoanálisis, desde sus inicios, se vio sumergido en la creencia que se encuentra separado de todo lo que respecta a lo social.

Sin embargo, –y, tal como nos orienta la función de la represión– el desarrollo cultural del cual es sujeto no es ajeno, influye de tal manera que es el factor que vuelve necesarias las restricciones y represiones de la pulsión sexual (p. 213). Como hemos mencionado anteriormente, Freud encuentra que no es casual que el desarrollo de la pulsión sexual se cumpla sin tambalearse, y estos incidentes en la vida anímica, dinámica y económica durante el desarrollo dejan una ventana abierta –una predisposición– a futuras neurosis. Cabe aclarar que esta predisposición siempre deviene en neurosis, de esto va a depender que tan satisfactorio sea el curso de la vida del adulto. Para que esto suceda –se vuelva patógeno–, la condición, dirá Freud, será que «la madurez veda la satisfacción de la libido» o, por el contrario «exigen en demasía su sofocación». (p. 213)

Siguiendo las palabras de Octavio Carrasco (2017), la histérica posee «un poder y un saber hacer lazo social desde su posición subjetiva respecto al objeto del deseo que encarna, y a la insatisfacción que ello le provoca.» (p. 12).

La dolencia de la cual aquejan tiene en su relato la verdad de un sujeto, y en esa verdad se articula un momento en la historia el sujeto como las instituciones –ampliaremos en el capítulo siguiente–.

En la historia de la mujer conviven la historia de «su lugar, de su desconocimiento y de su deseo contrariado» (p. 69).

Cuando un sujeto enferma de histeria, manifiesta en su cuerpo la escena intersubjetiva de sus conflictos, lo que revela una verdad que lo incluye como un sujeto que sufre y como enunciador de un discurso que habla de su conflicto con las instituciones que lo determinan (Carrasco, 2017). El síntoma no es sin más que una verdad dicha en otro idioma, el idioma que el aparato psíquico logró y en dentro de él posee la verdad atrapada.

Freud, en *Fragmento de análisis de un caso de histeria*, va a decir que «debemos prestar tanta atención a las condiciones puramente humanas y sociales de los enfermos como a los datos somáticos y a los síntomas patológicos. Por sobre todo, nuestro interés se dirigirá a las relaciones familiares de los enfermos.» (Freud, 2013f, p, 18).

2.6. Lo Paradójico del Síntoma

Ahora bien, nos acercamos a un punto sumamente interesante –que lleva con él todo el descubrimiento del aparato freudiano– y es que la presencia que la histérica tiene de su síntoma es *solo es su padecimiento*, esta experiencia es la única consciente: no sabe de su síntoma, solo lo actúa. «Tales representaciones no pueden ser conscientes porque cierta fuerza se resiste a ello, que si así no fuese podrían devenir conscientes, y entonces se vería cuan poco se diferencian de otros elementos psíquicos reconocidos.» (Freud, 2014a, p.16). Es por ello que se le adjudica al psicoanálisis el triunfo en la tarea de auxiliar a la paciente para que pueda contrarrestar la fuerza de la represión y que las representaciones se vuelvan conscientes –conclusión de la tarea del analista en los primeros desarrollos de la teoría–. Esta llamada represión es vivida en el trabajo analítico como resistencia (Freud, 2014a), por lo que, a mayor resistencia, mayor es «la fuerza que produjo y mantuvo a la represión» (p.16).

Las observaciones hechas por Freud a los síntomas histéricos lo llevan a concluir que lo reprimido se reproduce como acción y no como recuerdo, «lo repite, sin saber, desde luego, que lo hace» (2013b, p.152). Por lo tanto, refiriéndose a lo que él llama teóricamente compulsión de repetición, afirma: «Repite todo cuanto desde las fuentes de su reprimido ya se ha abierto paso hasta su ser manifiesto: sus inhibiciones y actitudes inviables, sus rasgos patológicos de carácter. Y, además, durante el tratamiento repite todos sus síntomas.» (p.153)

Entonces, los motivos psíquicos desfigurados que determinan al síntoma son del orden inconsciente, donde el conflicto erótico tiene lugar. Es decir, los síntomas no se fingen porque son desconocidos hasta para el propio paciente.

En *Primeras publicaciones psicoanalíticas*, se describe la situación en que si a una persona ajena al ámbito de la medicina –desconocido en los estudios sobre las neurosis histéricas y los hallazgos obtenidos hasta el momento– observa la situación sin ningún sesgo o prejuicio –por ende, podría ver una conexión o relación clara y específica– no llegaría a otra conclusión más que la siguiente:

«Si yo me encuentro con un ser humano que muestra todos los signos de un afecto doloroso, puesto que llora, grita, rabia, mi razonamiento no puede menos que llevarme a conjeturar en él un proceso anímico cuya exteriorización justificada serían aquellos fenómenos corporales.» (pp. 20-21).

Sucede que mientras que una persona sana puede expresar la preocupación que le afecta, la histérica respondería que no la conoce, entonces: «¿a qué se debe que el histérico caiga preso de un afecto sobre cuyo ocasionamiento afirma no saber nada?» (p.21). No es compatible pensar que es muy rebuscada la existencia de un proceso psíquico que respalde tal olvido y por otra parte dar crédito a la aseveración del enfermo –que el mismo la desmiente–. Pero, si uno reúne los múltiples factores involucrados que devienen en que el enfermo se comporta de tal forma –sin cuestionarse el por qué– y si explora su biografía y descubre un evento traumático apropiado para producir justamente tales exteriorizaciones afectivas, entonces: «el enfermo se encuentra en un particular estado anímico en que ya no todas sus impresiones ni sus recuerdos se mantienen cohesionados en una entramadura única» (p. 21). El afecto queda exteriorizado somáticamente sin que el Yo sepa la razón de ello ni pueda intervenir para impedirlo.

2.7. El caso Dora

2.7.1. Introducción

En los casos publicados por Freud en *Estudios*, podemos identificar un momento donde se tenía el conocimiento de que los síntomas enmascaraban deseos inconscientes reprimidos. Ante esto, la intervención del analista se basa en interpretar ese deseo desfigurado y alcanzárselo al aparato consciente para que éste pierda su fuerza. Pero esto no se sostuvo mucho tiempo así. Al revelar en sus interpretaciones los deseos inconscientes de las pacientes, éstas no lo aceptaban y les parecía inconciliable tal aberrante acusación – que siempre giraba en torno a deseos sexuales reprimidos–, a lo que Freud les puso a estas actitudes el nombre de resistencias, por ende, la negación de dicha acusación pasaba a ese plano.

Freud dirá:

«Ahora dejo que el enfermo mismo determine el tema del trabajo cotidiano, y entonces parto de la superficie que el inconsciente ofrece a su atención en cada caso. Pero así obtengo

fragmentado, entramado en diversos contextos y distribuidos en épocas separadas lo que corresponde a la solución de un síntoma.» (Freud, 2013f, p.11).

Particularmente, en el caso Dora, veremos cómo la técnica se reinventa ante las respuestas de la paciente al tratamiento freudiano.

Cabe aclarar que el nombre de la paciente no es tal, sino que es un seudónimo. La razón de esta actitud que presenta Freud de resguardar su identidad se torna «[...] en un puente de lo particular de las experiencias de los tratamientos a una pretensión de universal no absoluto sino generalizable, compartible, transmisible de uno a otro.» (Carrasco, p. 78) El punto está enfocado en la construcción de conceptos y de nociones fundamentales que expliquen la teoría del aparato psicoanalítico sin comprometer la identidad de sus pacientes.

En este caso, como también para la publicación de otros relatos (como el Hombre de los lobos, el Hombre de las ratas y Juanito), se reconoce la dificultad de transmitir la experiencia misma del análisis en la singularidad de cada instancia de encuentro. Esto se debe, dirá Carrasco, a la sorpresa que genera el contacto con el inconsciente, especialmente en cómo afecta al sujeto cuando se ve reflejado y fragmentado en un lapsus que lo involucra, en un sueño que lo desconcierta, angustia o plantea preguntas, o en un síntoma que lo abruma, así como en el desarrollo de un mito personal que lo conecta con su propia historia familiar. (2017)

2.7.2. El Caso y el Repensar de la Técnica

De esta forma, se presenta a Dora como una joven histérica de 18 años quien es llevada por su padre al consultorio de Freud y es presentada como enferma. A sus 16 años habría sido llevada a consultar con Freud por una tos nerviosa y prolongada. La nueva consulta se vio motivada por un intento de suicidio por parte de Dora expresado en una carta que encontró su padre sobre el escritorio de la hija. Éstos dos –Freud y el padre de Dora– ya se conocían anteriormente ya que Freud lo trataba por su infección sexual (sífilis). Entonces, le pide que la atienda informándole, previamente, cuestiones de la historia de vida de su hija. A sus 6 años, el padre enfermó de tuberculosis y por ese motivo se mudaron a B. donde la familia de Dora conoció a sus vecinos y establecieron una íntima amistad: el Señor y la Señora K. El Señor K siempre se había mostrado muy amable con Dora, actitud bien recibida por parte de la familia de Dora y lejos de levantar sospecha alguna de algún tipo de insinuación amorosa. Al poco tiempo de que comenzara el tratamiento con Freud, Dora y su padre realizan un viaje para encontrarse con los K en una cabaña de su propiedad. Por diferentes razones, su padre se devuelve antes y Dora se quedaría unos días más compartiendo con esta familia. Días después su retorno, le confiesa a su madre un episodio donde el Sr. K, durante una caminata junto al lago, se había atrevido a hacerle una propuesta amorosa. El Sr. K desmintió

completamente esta situación y, por su parte, la Sra. K acusa a Dora de interesarse por asuntos sexuales y leer libros de contenido erótico. El padre no duda de que se tratase de una fantasía de su joven hija, pero a partir de ese momento, Dora insiste en que su padre rompa relaciones con el Sr. K, pero insistentemente con la Señora K. Ante este pedido, el padre acude a Freud a pedirle que la ponga en buen camino.

El hecho traumático entonces, en la escena del lago, es el intento de seducción.

Carrasco (2017) muestra cómo, en un primer momento de la teoría, esta vivencia traumática es identificada por Breuer en *Estudios sobre la histeria* como «la condición previa indispensable para la génesis de un estado patológico histérico» (p. 65) Sin embargo, dentro de las importancias que tiene este caso para el psicoanálisis, Freud se topa con que esa explicación etológica se torna insuficiente ya que el «trauma resulta “inservible para explicar la especificidad de los síntomas, para determinarlos”» (p. 65).

Tiempo después, luego de sortear las primeras dificultades de la cura analítica, Dora le confiesa a Freud un vivenciar anterior con el Sr. K, mucho más apropiado para constituir un trauma sexual. Tenía 14 años cuando el Sr. K la invita a su negocio donde en un principio estaría también la Sra. K, pero que a último momento no asistió. En un momento dado, el Sr. K la estrechó contra él y le estampó un beso en los labios. Dora le cuenta a Freud que en ese momento sintió un sentimiento de asco y la reacción de huir. Ante esto, el asombro de Freud estaba puesto en que no hay rastro de la excitación sexual. Lo que llevaría a Freud a plantearse que la conducta de la niña, para ese entonces, ya era totalmente histérica (2013f, p. 27). Señalará que lo que ocurrió acá es un trastorno del afecto caracterizado por el desplazamiento (Carrasco, 2017, p. 67) En lugar de la sensación genital que una muchacha sana no habría dejado de sentir, le sobreviene la sensación displacentera «propia de la mucosa del tramo de entrada del aparato digestivo, vale decir, el asco» (p. 27).

Dora tiene la convicción que su padre y la Sra. K son amantes, a pesar de que la relación entre ellos dos estuvo enmarcada por una gran amistad, una gran gratitud por parte del padre de Dora –ya que la Sra. K lo cuidó en sus estados críticos de salud– y, además, por la imposibilidad viril provocada la infección sexual genital.

Sin embargo, es a través de la confesión de Dora a Freud acerca de la relación amorosa que su padre mantenía oculta, él hace la siguiente interpretación: El padre de Dora no quería indagar en la relación del Sr. K con su hija para no ser molestado en su relación con la Sra. K, y, de la misma forma, Dora se había vuelto cómplice de esta relación porque en todos estos años había estado enamorada del Sr. K. (Freud, 2013f, p. 33).

Freud, para ese entonces, no dudaba de que se trataba de que la paciente, a través de su enfermedad, hiciera que su padre se aleje de la Sra. K. No tenía dudas de que Dora mejoraría si la abandonaba. Pero, si esto sucedía, Freud temía que posteriormente se sirviera de su enfermedad para manipular futuras situaciones. Entonces, en un primer momento

logramos identificar la hipótesis de Freud puesta en el enamoramiento inconsciente de Dora para su padre y ese amor fue retomado como síntoma reactivo para sofocar el amor por el señor K (p. 51).

La preocupación de Dora por la relación de su padre con la Sra. K le era totalmente desconocida, esto nos hace localizar dicha preocupación en el plano inconsciente. Lo que es llamativo para Freud es que estas conductas de celos para con su padre rebasaban los límites la esfera que le corresponde a una hija. Con su exigencia «ella o yo», con las escenas que hacía, era evidente para él que ocupaba el lugar de la madre. (p. 50).

En relación a la tos espasmódica que presentaba Dora, Freud describe que ésta responde a un «cosquilleo en la garganta» (p. 43) representando así una situación de satisfacción sexual. Y, dirá Freud, que si ha de acertar que la fantasía es referida a una situación sexual que estaba en la base de su tos, Dora ocupa en esa fantasía el lugar de la señora K. Quedando identificada con la mujer que, según Dora, su padre ama ahora. «La conclusión resulta obvia: se sentía inclinada hacia su padre en mayor medida de lo que sabía o querría admitir, pues estaba enamorada de él». (p. 50). Cuando apareció la señora K fue Dora, y no su madre, la suplantada.

Remitiéndonos nuevamente a la escena del lago, se da un intercambio de palabras entre el Sr. K y Dora, que tiene por punto final de la conversación un acto violento por parte de Dora: una cachetada. Sucede que en ese diálogo, ante las insinuaciones amorosas del señor K, Dora le recuerda su compromiso con la señora K. Él responde que su esposa no significa nada para él, lo que provocó la reacción inmediata de Dora. No fue soportable para Dora saber la persona con la cual se identifica no representa nada para él.

En relación a la insistencia de Dora por que su padre abandone relación con la familia K, y en especial insistencia con la señora K, queda en exposición el drama edípico que plantea Freud. El mito de Edipo es una elaboración conceptual propia del psicoanálisis. Freud utiliza el concepto de Edipo para explicar el conflicto erótico que se repite en muchos pacientes en análisis. En los primeros descubrimientos del psicoanálisis era nombrado como complejo nuclear, para posteriormente nombrarse complejo de Edipo tomando su nombre de una obra literaria clásica. Este término se convierte en un significante que refleja la fijación pulsional de muchos individuos a las matrices eróticas desde temprana edad. El drama en el niño se funda en los sentimientos de amor hacia la madre, y de hostilidad y rivalidad hacia el padre. La manera en que cada persona aprende a amar y odiar está profundamente conectada con sus figuras parentales primarias. En este contexto, el drama literario se convierte en una referencia narrativa que marca el amor-odio que un individuo debe interpretar en su desarrollo, pasando desde la endogamia a exogamia: desde la demanda de amor hasta la posibilidad de constituirse en un sujeto de deseo, no solo deseado otro, madre y padre, sino también al desear a otros fuera de ese círculo inicial. Paradoja: aquellos con quienes se

aprende a amar y odiar no son los destinatarios finales de esta experiencia (Carrasco, 2017)

En Dora, los síntomas conversivos son la prueba enunciativa más clara. El síntoma histérico, a través de la conversión somática, «escenifica un mensaje que acumula en sí una historia que apunta a una verdad. Una verdad del sujeto en su conflicto deseante, del cual tiene algunas noticias, algunos motivos, preconscious, pero manteniendo sus principales determinaciones inconscientes» (p. 64).

Este caso, a diferencia de los expuestos en *Estudios sobre la histeria*, no obtuvo los resultados esperados en el tiempo en que acostumbraban: no se obtuvo la solución a los síntomas. Es acá donde se identifica un vuelco radical en la técnica psicoanalítica. «En aquella época, el trabajo partía de los síntomas y se fijaba como meta resolverlos uno tras otro.» (Freud, 2013f, p. 11). El sentido del síntoma residía solamente en un vínculo con el vivenciar del enfermo. La postura era que cuanto más único sea el carácter del síntoma, más fácil será establecer esta conexión con lo que lo provocó.

Si bien la tarea que proponía Freud para el abordaje de los síntomas era que ante una idea sin sentido o una acción sin propósito, había identificar la situación del pasado en la que la idea tenía justificación o la acción tenía un objetivo claro (Freud, 2013e), ésta se vuelve totalmente inadecuada a la estructura más fina de la neurosis.

Desde ese momento permite que el propio paciente elija el tema del trabajo diario y es el inconsciente quien sigue el rumbo, la técnica mejorada insiste en prestar atención a donde el inconsciente muestra su aparición de manera sutil. La dificultad, si se quiere, es que el material recogido está desordenado, se presenta de forma fragmentada, entrelazada en diferentes contextos y separada en diferentes momentos de la historia del paciente. Sin embargo, es de esta manera –desordenada– y no de otra, es en la que se presenta el síntoma mismo, y es el método que se familiariza más a su resolución. Freud va a referirse a este cambio como una nueva técnica muy superior a la antigua e indiscutiblemente la única posible. (Freud, 2013f, p.11)

El trabajo analítico pasó entonces de la elaboración sistemática de un solo síntoma – para que, mediante la interpretación, se descubra la moción reprimida– a «abandonar una y otra vez determinado tema, en la seguridad de que se habrá de regresar de nuevo a él desde otros nexos» (Freud, 2013e, p.243)

2.8. Neurosis Obsesiva, Neurosis Histórica

La neurosis, como nuevo campo de saber, comenzó por estudiarse a partir de casos de histerias. Donde los síntomas principales eran parálisis, cegueras, problemas en el habla, entre otros. Y hasta cierto punto, el comportamiento libidinal en el aparato psíquico era igual tanto para la histeria como para la obsesión: se hablaba de una equivocación en el circuito

normal de pulsión. Pero el comportamiento a partir de esa «equivocación» es diferente si hablamos de neurosis obsesiva o si hablamos de neurosis histéricas.

Las neurosis, dirá Freud en su Conferencia 22.^a (2013e), se debe a su conflicto entre el yo y la sexualidad (p. 319) Sin embargo la neurosis obsesiva carece de «ese enigmático salto desde lo anímico a lo corporal» (Freud, 2013e). El mecanismo representativo entre obsesivo e histeria es diferente.

En el obsesivo, las representaciones obsesivas funcionan como un sustituto de la representación sexual irreconciliable, y así ocupan un lugar en la consciencia (Freud, 2013g) No en todos los casos los pacientes que experimentan representaciones obsesivas entienden cuál es su origen. Cuenta Freud que cuando se les ofrece a los analizados la interpretación de que la representación inicial es de naturaleza sexual, estos responden con negación: «De ahí, sin embargo, no puede venirme. No me he ocupado mucho de ello. Por un momento me causó espanto, pero luego me distraje de eso y desde entonces me dejó tranquilo» (p. 54). Esta es, para Freud, la prueba suficiente de que la representación obsesiva *subroga* a la representación sexual.

En *Primeras publicaciones psicoanalíticas (III)*, dirá que cuando los pacientes son conscientes de que sus representaciones obsesivas son de origen sexual, éstos las suelen ocultar (Freud, 2013g). Cuando los pacientes hablan sobre sus obsesiones, se sorprenden de verse afectados por esos sentimientos o impulsos. Es decir, no entienden por qué experimentan angustia o por qué se sienten impulsados a actuar de cierta manera. Son conscientes de que estos afectos tienen un origen relacionado con lo sexual. Sin embargo, dirá Freud que para el psicoanálisis esos sentimientos son comprensibles y justificables, el punto que debiera –en realidad– llamar la atención es la conexión entre esos sentimientos y una representación que parece inapropiada: «el afecto de la representación obsesiva le aparece como dislocado (dislozieren), transportado (transponieren) y en caso de haber aceptado las puntualizaciones aquí consignadas, el médico puede ensayar la retraducción a lo sexual en una serie de casos de representación obsesiva» (p. 55) La solución que propone Freud ante esto es utilizar cualquier representación que sea compatible con ese tipo de sentimiento o que esté relacionada con aquella representación de manera que pueda servir como su sustituto.

Freud, en *Conferencias*, presenta entonces el comportamiento de la neurosis obsesiva de esta manera:

[...] los pacientes son dominados por pensamientos que realmente no les interesan, experimentan impulsos que les resultan extraños y se sienten obligados a llevar a cabo ciertas acciones que no les traen ninguna satisfacción, pero que les resulta completamente imposible evitar. Estos pensamientos (representaciones obsesivas) pueden ser absurdos o simplemente irrelevantes para la persona; a menudo son

claramente tontos, y en todos los casos desencadenan una intensa actividad mental que deja al enfermo agotado, a la que se entregan con gran desgano (p. 236)

El Yo entonces, podría decirse, que puede emprender dos caminos para la defensa que deriva en dos diferentes neurosis. Lo que para la neurosis histérica es la conversión de una excitación psíquica en una inervación somática –camino más largo si se quiere–, es el transporte del afecto –camino menor– (Freud, 2013g), el transporte del afecto lo es para la neurosis obsesiva (p.55/56): el afecto que el yo experimentaba se mantiene igual, sin alteraciones ni disminuciones; únicamente la representación irreconciliable ha sido reprimida y excluida de la memoria.

Jorge Reitter, por su parte, las diferencia según su mecanismo:

el mecanismo de generación de estos pensamientos obsesivos o mandatos, como síntomas de la obsesión, se diferencian de la histeria porque en la histeria están condensados la defensa y el deseo inconsciente en relación de compromiso; mientras que en el obsesivo se da primero el deseo inconsciente y después la defensa (Asociación Libre, 2018, 58m10s).

Entonces, dirá Freud en *Conferencias*, el mecanismo de la defensa obsesiva es «más transparente y familiar que la histeria» (p. 236), siendo de preferencia para el estudio de ciertos rasgos extremos de las neurosis.

En palabras de Carrasco en «Jornada de verano de la Escuela Freudiana de Montevideo: ¿Qué dice el síntoma?» (2024):

[...] la obsesión es la neurosis perfecta, anuda en su ser la lucha entre la imagen perfecta de sí mismo y la mancha que se esmera en limpiar la copa [hasta romperla], siempre sucia a sus ojos. Y desde ahí anuda su proliferación sintomática. (04m52s)

Ahora bien, ¿cómo es posible que ante un evento traumático el Yo emprenda un camino y no otro?

Si una persona con predisposición a la neurosis carece de la capacidad de conversión y ante lo traumático el Yo separa el afecto de una representación inconciliable como forma de defensa, ese afecto no tiene otro destino que el de quedarse en el aparato psíquico. La representación, debilitada, queda separada de cualquier asociación dentro de la conciencia, pero su afecto, al liberarse, se dirige hacia otras representaciones que no son irreconciliables, convirtiéndose en representaciones obsesivas. A este movimiento, Freud lo nombra «enlace falso» (Freud, 2013g, p. 53).

Desde la postura de Breuer, los síntomas histéricos se resuelven conectando el recuerdo de la vivencia traumática con el síntoma actual. Ahora bien, la pregunta que surge en Freud (2013g), es la siguiente:

Si ahora el recuerdo descubierto no responde a nuestras expectativas, ¿no será que es preciso seguir un trecho más por el mismo camino? ¿No será que tras la primera

escena traumática se esconde una segunda que acaso cumplirá mejor nuestras exigencias y cuya reproducción desplegará mayor efecto terapéutico, de suerte que la escena hallada primero sólo poseería el significado de un eslabón dentro del encadenamiento asociativo? (p. 195).

Tanto la conversión como la subrogación parten como consecuencia de más de una escena traumática. Las escenas representadas como cadenas asociativas, «[...] siempre incluye más de dos elementos» (p. 196). Cada nueva experiencia se activa dos o más recuerdos de vivencias pasadas. En los comienzos, el acto de enfocarse en resolver un solo síntoma ha dado pie a desarrollos muy contundentes sobre la teoría. Sin embargo, a través del análisis de estas cadenas de recuerdos, se ha descubierto que ningún síntoma histérico puede originarse a partir de un solo evento traumático. Por lo que el descubrimiento freudiano que proporciona de base para la teoría de la neurosis pasa por la asociación inconsciente de recuerdos de experiencias anteriores, y de ello se sirve el síntoma para su causación. «La escena a la cual nos lleva el análisis, y en que el síntoma apareció por primera vez, no resulta idónea para determinar el síntoma». (p. 194)

El relato por parte del analizado tras acudir al consultorio se da «en un orden cronológico inverso» (p. 198). Y es que a medida que avanza el análisis y se aborda el síntoma desde diferentes enfoques, «las cadenas asociativas [...] empiezan a entrar en recíprocos vínculos» (p.198). Por lo que constantemente surgen nuevas complicaciones. Es el entretrejimiento de los sucesos activados por la cadena asociativa, a modo de huella mnémica, que el recuerdo de un evento traumático despierte otra cadena –otro recuerdo– que es el fundamento de otro síntoma. El ejemplo que pone Freud es el de un vómito, que asociación mediante, propicie el fundamento para un nuevo síntoma como un dolor de cabeza (p. 198).

Ante este panorama, Freud hablará de que existen puntos nodales. El punto nodal surge a partir de que dos síntomas aparezcan juntos sin que éstos tengan una recíproca dependencia interna. Para los que seguramente, si se incita al relato bibliográfico del paciente, surjan otros puntos nodales de otra índole. Por lo que, a partir de una cadena asociativa singular, se encuentran vivencias de las que han conformado dos o más síntomas.

Freud puntualiza hasta aquí el desarrollo del anudamiento del síntoma, pero va a decir que el hallazgo más significativo que surge es que, independientemente del caso o el síntoma inicial, se termina «inefablemente por llegar al ámbito del vivenciar sexual» (p. 199). Es aquí donde va a localizar, por primera vez, una condición etiológica de los síntomas histéricos.

Es a partir de tal afirmación que podemos ubicar un momento donde oficialmente se separa teóricamente de quienes fueron sus mentores en los trabajos sobre la histeria – Charcot y Breuer–.

3. La Angustia en lo *Unheimlich*, ergo Síntoma

3.1. La Angustia

A partir de la segunda tópica Freud logra precisar las funciones de Yo en relación a la represión. Si bien el síntoma se comporta de la misma manera que antes, el conflicto dinámico entre el Yo y el Ello, quedan mejor definidos.

El Yo entonces, es el encargado de encontrar la solución a lo que causa sufrimiento en la persona: lo que genera angustia, malestar y las defensas frente a estas.

Freud dirá, en *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1925 [2016]), que, si bien la moción pulsional del ello intenta satisfacerse, ésta será cooptada por el Yo mediante la represión.

Todo comienza en el Ello, que es de donde provienen las mociones pulsionales. Ante esto, el Yo se encarga de reprimir tal pulsión –primando el principio de realidad–. El resultado de esta acción lo destaca Freud: «A pesar de la represión, la moción pulsional ha encontrado, por cierto, un sustituto, pero uno harto mutilado, desplazado (descentrado), inhibido» (p.90).

Es a partir de esta afirmación que identificamos que la lucha contra la pulsión consta de dos partes –si se quiere–. Entendiendo que la energía pulsional queda gravitando en el psiquismo posterior a la represión, ésta encuentra como traducirse de forma que pueda representarse: la lucha comienza contra la libido y luego continúa ante el síntoma. Se puede observar así que la lucha contra la moción pulsional encuentra su continuación en la lucha contra el síntoma (p.94).

Freud hizo el hallazgo clínico de que, en los casos de neurosis de angustia, «se trataba de interferencias de la descarga de la tensión sexual» (p. 74) concluyendo entonces que la salida que encontraba esa excitación acumulada era mediante la transformación de ésta en angustia.

Para ese entonces, esta capacidad de transformación, era la característica principal en el surgimiento de la angustia. «El hecho de que la angustia neurótica nace de la libido, es un producto de la trasmudación de esta y mantiene con ella la relación del vinagre con el vino es uno de los resultados más significativos de la investigación psicoanalítica» (p. 75).

Sin embargo, Freud abandonó esta teoría que había sostenido durante mucho tiempo, va a decir que «ya no concibe a la angustia como libido trasmudada, sino como una reacción frente a situaciones de peligro regida por un modelo particular.» (p. 75).

Más adelante, al abordar el tema de la angustia en la 32.^a de sus *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*, mencionó que, en el caso de la neurosis de angustia, el desarrollo de la angustia se presenta como una respuesta a una situación traumática: «Ya no afirmaremos que sea la libido misma la que se muda entonces en angustia» (p. 76)

A pesar de su teoría que consideraba la angustia neurótica como libido transformada, Freud destacó desde el principio la estrecha conexión entre la angustia generada por peligros

externos y la que surge por amenazas internas. En su primer estudio sobre la neurosis de angustia (1895), se puede leer:

La psique cae en el afecto de la angustia cuando se siente incapaz para tramitar, mediante la reacción correspondiente, una tarea (un peligro) que se avecina desde afuera; cae en la neurosis de angustia cuando se nota incapaz para reequilibrar la excitación (sexual) endógenamente generada. Se comporta entonces como si ella proyectara la excitación hacia afuera. El afecto, y la neurosis a él correspondiente, se sitúan en un estrecho vínculo recíproco; el primero es la reacción ante una excitación exógena, y la segunda, ante una excitación endógena análoga (p. 76).

Es en esta obra que Freud termina por distinguir, por un lado, la angustia como reacción directa y automática frente a un trauma, y, por otro, la angustia como señal de peligro que anuncia la inminencia de ese trauma.

Lo que determina a la angustia automática «es una situación traumática» (p. 77). Lo que sucede es que, ante la presencia de una acumulación de excitación, el Yo se debilita hasta tal punto que no puede manejarlo. Sin importar si el cúmulo de mociones proviene desde el interior o desde el exterior.

Por otra parte, la angustia señal, es la respuesta del yo ante una «amenaza de una situación traumática», y es esa amenaza la que, en sí, produce una situación de peligro (p. 77). En otras palabras: «El estado de “apronte angustiado” brinda una “señal” para impedir el estallido de una grave angustia.» (p. 79) Lo que acontece en este caso es que, si bien existe un desvalimiento del Yo, sucede con otras características. Estos casos donde la angustia señal aparece, por «la separación o pérdida de un objeto amado, o la pérdida de su amor» (p. 77), es la acumulación de deseos insatisfechos a partir de esta pérdida la que conduciría a este a una situación de debilitamiento yoico.

Por lo tanto, la situación traumática se considera entonces como «descendiente directa del estado de tensión acumulada y no descargada» (p. 77)

Otro aspecto que ha cambiado de perspectiva en la teoría de Freud sobre la angustia, es la pregunta por el factor que determina la forma en que la angustia se exterioriza. Volviendo a la explicación anterior sobre las formas de angustia –cuando la teoría de la angustia como libido trasmudada estaba vigente– se consideraba que los síntomas más característicos de la neurosis de angustia, como lo son la falta de aliento y las palpitaciones, eran elementos propios del acto del coito. Y que, a falta de una vía de descarga normal para la excitación, aparecían de forma aislada y exagerada.

Freud dirá, siguiendo ese tiempo teórico, que «afecto [...] es sólo una reminiscencia de un suceso» (p. 80). Y más adelante, expresa que el núcleo de un afecto «es la repetición de determinada vivencia significativa» (p. 80). En esa ocasión, también hizo mención de su explicación anterior sobre los ataques histéricos como «revivencias de experiencias

infantiles» (p. 80).

Sin embargo, para el segundo momento de su teoría sobre la angustia, será en la segunda edición de *La interpretación de los sueños* donde se rastree un punto que no hasta 1917 fue tomado como crucial para este giro. Allí ubica al acto de nacimiento como aquel momento primero donde el cachorro humano vive el afecto de angustia: «El acto del nacimiento es, por lo demás, la primera vivencia de angustia y, en consecuencia, la fuente y el modelo del afecto de angustia» (p. 81)

3.2. Lo Ominoso

El propósito para abordar este concepto en este trabajo es que el propio Freud sospecha que familiarizándose con lo ominoso logrará identificar algo de ello dentro de la angustia.

Freud, en *De la historia de una neurosis infantil (el «Hombre de los Lobos»)* y otras obras (2013c), localiza el concepto de ominoso dentro de la estética. La estética se focaliza a la ciencia de lo bello y además se considera como una doctrina sobre las cualidades de nuestras emociones. Pero, aunque el psicoanalista opera en diferentes niveles de la vida psíquica y tiene poca relación con esas expresiones sentimentales, no es motivo por el cual no deba servirse de su campo –estética– para pensar la teoría: este es el caso de lo *unheimlich*.

Lo «ominoso» es ubicado en el orden de lo terrorífico, de lo que causa angustia y horror. El enfoque que propone Freud es el de agrupar todas las impresiones sensoriales, vivencias y situaciones que despiertan el sentimiento de lo *unheimlich* para así encontrar el carácter escondido de lo ominoso a partir de algo común en todos los casos.

El primer concepto al que se acerca Freud es el de lo ominoso como «aquella variedad de lo terrorífico que se remonta a lo consabido de antiguo, a lo familiar desde hace largo tiempo.» (p. 220)

La palabra *unheimlich* es de origen alemán, y su traducción al español no es la adecuada. Pero se toma la palabra *heimlich* como íntimo o familiar, por lo que el prefijo de negación *un-* lo traduce como no familiar. Es el hecho de *no ser consabido* entonces lo que lo hace terrorífico.

Desde esta perspectiva superficial del término, lo ominoso sería algo dentro de lo cual uno no se orienta, «Mientras mejor se oriente un hombre dentro de su medio, más difícilmente recibirá de las cosas o sucesos que hay en él la impresión de lo ominoso.» (p. 221). Entonces, *heimlich* pertenece al orden de «la casa, no ajeno, familiar, doméstico, de confianza e íntimo» (p. 222), como *confiable* y opuesto a *salvaje*.

Sin embargo, Freud encuentra en Daniel Sanders, *Wörterbuch der Deutschen*

Sprache, una segunda definición de *heimlich*.

Ésta hace referencia a la clandestinidad, «ocultarlo para que otros no sepan de ello ni acerca de ello, escondérselo» (p. 223). Agrega también como sustraer o hacer algo a espaldas de alguien, actuar como si uno tuviera algo que ocultar.

Entonces, parece ser que este último significado coincide con la negación *un-*: el mismo concepto contiene en sí su ajeno, «nosotros lo llamamos *unheimlich*, ustedes lo llaman *heimlich*» (p. 224) Es decir, pertenecen a dos círculos de representaciones, pero no son opuestos.

Freud encuentra en Schelling una observación muy particular sobre el concepto de *unheimlich* y de la que se sirve para indagar aún más en su hipótesis de lo ominoso y la angustia. Schelling se refiere a la idea de que lo *unheimlich* es algo que debería haber permanecido oculto, pero que, de repente, se revela. Esta revelación de lo que estaba destinado a permanecer en secreto provoca una sensación de extrañeza o incomodidad.

En este sentido, lo *unheimlich* representa lo familiar que se vuelve extraño, ya que trae a la superficie algo que se pensaba que estaba resguardado. ¿En esta tensión entre lo conocido y lo desconocido genera una experiencia de angustia?

Siguiendo con esta línea, Freud se apoyará en lo dicho por Jentsch para afirmar que el sentimiento de lo ominoso también se encuentra en los cuentos literarios. Esto es empleado como recurso dejar a los lectores con la incertidumbre de si «una figura determinada es una persona o un autómatas» (p. 227) Según este autor, una condición particularmente favorable para que se produzca el sentimiento ominoso es que surja una incertidumbre acerca de si algo es inanimado o inerte, y que la semejanza de lo inerte con lo vivo llegue demasiado lejos.

Como es característico en Freud, se encargará de agotar los máximos ejemplos donde el concepto trabajado sea puesto a prueba.

Ahondando por los casos en donde se produzca un desvalimiento de muchos estados oníricos, ubica allí el factor de la *repetición de lo igual* como origen del sentimiento ominoso.

La descripción que da sobre esto, es su particular caminata por las calles de Italia donde, sin darse cuenta, ha caminado varias veces por un mismo sendero donde lo llamativo de un muro le capta la atención. Al sentirse perdido, describe como ominoso al sentimiento que se apoderó de él en ese momento. Y, por el contrario, sintió una profunda alegría cuando cambiando su rumbo encontró el lugar de partida conocido (p. 237)

Por otra parte, encuentra a el *retorno no deliberado* como fuente de sentimiento ominoso. Si bien se diferencia radicalmente del anterior, provoca el mismo desvalimiento. La situación que propone para este caso es el de «cuando uno se extravía en el bosque, acaso sorprendido por la niebla, y a pesar de todos sus esfuerzos por hallar un camino demarcado o familiar retorna repetidas veces a cierto sitio caracterizado por determinado aspecto». (p. 237)

A la idea de *retorno no deliberado*, le acompaña la *repetición no deliberada*. Dirá Freud que este es el único caso donde encontramos el sentimiento de ominoso en algo inofensivo, imponiéndose una idea de «idea de lo fatal, inevitable, donde de ordinario sólo habríamos hablado de «casualidad'» (p. 237)

Ahora bien, en este punto de la obra Freud puntualizará algo interesante que acompaña al camino del síntoma en este trabajo. Tenemos los casos de: **repetición de lo igual**, **retorno no deliberado** y **repetición no deliberada**. Pero encuentra en el **retorno de lo igual** un sentimiento ominoso que puede deducirse de la vida anímica infantil:

En lo inconciente anímico, en efecto, se discierne el imperio de una compulsión de repetición que probablemente depende, a su vez, de la naturaleza más íntima de las pulsiones; tiene suficiente poder para doblegar al principio de placer, confiere carácter demoníaco a ciertos aspectos de la vida anímica, se exterioriza todavía con mucha nitidez en las aspiraciones del niño pequeño y gobierna el psicoanálisis de los neuróticos en una parte de su decurso (p. 238)

De este modo, llega a la conclusión de que todas las explicaciones previas sugieren que se sienta como ominoso justamente aquello capaz de recordar a esa compulsión interior de repetición.

Ante estas exposiciones, Freud señala que, si la teoría psicoanalítica es válida al sostener que cualquier emoción se transforma en angustia como resultado de la represión, entonces necesariamente habrá ciertos casos de angustia en los que se pueda evidenciar que esta proviene de algo reprimido que regresa. Esta forma de angustia sería precisamente lo que provoca el sentimiento de ominoso. Y, a su vez, si esta afirmación demuestra la sustancia de lo ominoso, tiene sentido que el prefijo *un-* cambie el concepto de lo familiar a lo opuesto: «Lo ominoso no es efectivamente algo nuevo o ajeno, sino algo familiar de antiguo a la vida anímica, sólo enajenado de ella por el proceso de la represión.» (p. 240)

Por lo tanto, de las definiciones aquí citadas por Freud para apoyarse en las traducciones de *heimlich* la que más se adapta es la de Schelling: «lo ominoso es algo que, destinado a permanecer en lo oculto, ha salido a la luz» (p. 240)

A su vez, identifica en el concepto de *Unheimlich* que el prefijo *un-* es la marca de la represión (p. 244)

Va a decir que, si bien lo ominoso es lo familiar/extrañable partiendo de la represión y posterior retorno –todo lo ominoso cumple esa condición– no todos los deseos reprimidos tienen el carácter de ser ominoso. Lo ominoso entonces, para el psicoanálisis, se relaciona en la afirmación de que «siempre se lo puede reconducir a lo reprimido familiar de antiguo» (p. 246).

La distinción que le corresponde al campo psicoanalítico se encuentra entre la realidad material y la realidad psíquica. Por un lado, la realidad material parte del sentimiento ominoso

cuando las creencias animistas, por un momento superadas, cobran valor ante un hecho que calificaríamos como «sobrenatural». Por otro lado, el sentimiento ominoso que parte de complejos infantiles reprimidos –castración– no puede ser despertado por un hecho tan representativo como en el caso anterior. Es entonces que:

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

Lo importante es que, a diferencia del sentimiento ominoso despertado por las obras literarias, la génesis del sentimiento en el vivenciar parte de un momento de perplejidad donde lo angustiante se genera ante la posibilidad de que suceda aquello que se tenía superado. Dirá Freud que nos engaña (p. 250). Y nos delata un sentimiento que tiene en su naturaleza el propósito de no engañar.

Esta experiencia nos juega una mala pasada. La situación ominosa se vivencia como un evento traumático en el decurso de la vida común, de la cotidianidad del día. La apreciación que hace Freud ante lo ominoso proveniente de complejos reprimidos es que presentan mayor resistencia y mantiene su carácter desfamiliar tanto en la creación literaria como en el vivenciar. Mientras que al sentimiento ominoso proveniente de lo inquietante que surge de experiencias superadas, es que puede perder su efecto en las situaciones ficticias creadas por el escritor (p. 250).

Por tanto, luego del análisis aquí presentado, Freud concluye que «Lo ominoso del vivenciar se produce cuando unos complejos infantiles reprimidos son reanimados por una impresión, o cuando parecen ser refirmadas unas convicciones primitivas superadas» (p. 248)

Lo ominoso despierta la angustia ante lo traumático, y es este hecho traumático el que se simboliza en el síntoma.

Conclusiones

Sin miras de ser un trabajo finalizado, sino que oficie de producción psicoanalítica que propulse a una futura escritura tomando como inicio las lecturas sobre el síntoma, queda expuesto aquí la importancia del estudio del síntoma para futuras evoluciones del propio psicoanálisis.

Durante la escritura, en ningún momento se lograba separar los avances en los estudios sobre el síntoma de los cambios en la técnica. Estos se bailan al mismo compás, y de ellos emerge un sinfín de producciones. El simple pero complejísimo hecho de escuchar lo que siempre estuvo allí, dar voz a los restos periféricos del recorte de los fenómenos como si estos fuesen aislados y quedan por fuera de la estructura del sujeto –descreyendo la facultad de que se las arregla para convivir con la misma personalidad– debieron soportar y combatir las resistencias de la época por ser nuevo en el campo de la medicina y de la ciencia en general. Podríamos decir que, el psicoanálisis, tomando el concepto de suplementación de Lewkowicz, irrumpe y suplementa una estructura. No agrega un término que falta para constituir un todo, sino que introduce en un todo elementos que destotalizan una estructura (1996).

Desde ese lugar, comprendemos en un primer momento que las resistencias en el ámbito de la psiquiatría correspondían a una jerarquización y categorización de los síntomas que dejan por fuera lo subjetivo de cada paciente. En un discurso que prima la estandarización no deja lugar para el sentido.

El síntoma es una verdad del sujeto desfigurada, una verdad que habla de su sufrimiento y que, en su particularidad, el sujeto *no sabe que sabe*. En este punto diferenciamos al psicoanálisis de otros campos o disciplinas que practican la psicología del yo. El estudio del síntoma es por excelencia la demostración de cómo las cosas que no significan nada, de pronto quieren decir algo. Lleva consigo un logro, es el resultado del conflicto entre pulsiones, es el mediador que carga consigo el peso de la reconciliación de dos fuerzas enemistadas.

Remitiéndonos a los casos, Freud, en el caso de Elisabeth, cree que el objeto de su deseo es el cuñado, como en el caso de Dora que es el señor K.

Al nombrar la palabra «objeto», instaura la oportunidad de extender este trabajo sobre el síntoma en un futuro y relacionarlo con los aportes de Lacan y su lectura a Freud desde el estructuralismo.

Para Lacan, en cuanto al deseo neurótico, es el deseo de que el Otro lo reconozca. El neurótico tiende a pensar que puede completar la falta del Otro. El deseo que motiva el síntoma neurótico, para Lacan, no tiene objeto, sino que es la demanda del Otro. «Este doble carácter del deseo inconsciente que, al identificarlo con su máscara, lo convierte en algo

distinto de cualquier cosa dirigida hacia un objeto, no debemos olvidarlo nunca» (p. 335). Este carácter doble es el del deseo de algo. Pero, dirá Lacan, que en el trasfondo de la demanda no hay un objeto, sino una pregunta por el deseo, pero no propio, sino por lo que el Otro desea: ¿qué es lo que el Otro demanda? Y la pregunta constante de: ¿cuál es la demanda del otro? Es aquí donde se encuentra el punto de emergencia entre el deseo y la angustia.

En cuanto a la identificación, *El seminario 9: la identificación*, Lacan señala que siempre se piensa en el otro. Por eso, va a plantear que, de lo que se trata en la identificación, es de la relación del sujeto al significante. Es por ello que necesariamente se distancia de la identificación imaginaria del estadio del espejo, identificación con la imagen del otro. Ya no se trata simplemente de saber a quién me identifico sino de qué manera la identificación se entrama en la constitución misma del sujeto. Por eso, Lacan sostiene que «en lo que concierne a la función de la identificación [...] ocurre esencialmente a nivel de la estructura; y la estructura [...] es lo que hemos introducido particularmente como especificación del registro de lo simbólico». (Lacan, 1961-1962, p. 38) Así, la importancia de pensar la identificación surge de la consecuencia de habitar el lenguaje.

Por tanto, este trabajo, lejos de estar acabado, se finaliza con la convicción de que ha de ser continuado en otra instancia, desarrollando y repensando la noción de síntoma. Lacan, propone pensarlo desde la concepción del inconsciente como estructura de lenguaje y al síntoma como formación de inconsciente –*metáfora*– y, será desde acá, donde intentaremos pensar la pregunta que hoy, en función de este trabajo, planteo:

Cuando el diagnóstico se mete en la identidad del sujeto, éste, ¿con quién se identifica?

Referencias

- Asociación Libre. (2018, 19 de octubre). *El Hombre de las Ratas – Freud* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=nmrNfxIDKvg>
- Carrasco, O. (2017). *Sintagmas sobre la histeria*. Psicolibros Waslala.
- Escuela Freudiana de Montevideo. (2024, 24 de febrero). *Jornada de verano: ¿Qué dice el síntoma?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=SqdFalgC8Gc>
- Freud, S. (1973). Psicoanálisis: Cinco conferencias pronunciadas en la Clark University, Estados Unidos. En *Obras completas (Vol. II)*. Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (2013a). Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido». En *Obras completas: Más allá del principio de placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras: 1920-1922* (2ª ed., 16ª reimp., Vol. 18). Amorrortu.
- Freud, S. (2013b). La represión. En *Obras completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras: 1914-1916* (2ª ed., 16ª reimp., Vol. 14). Amorrortu.
- Freud, S. (2013c). Lo ominoso. En *Obras completas: De la historia de una neurosis infantil: El hombre de los lobos y otras obras: 1917-1919* (2ª ed., 12ª reimp., Vol. 17). Amorrortu.
- Freud, S. (2013d). *Obras completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis: Partes I y II* (1ª ed., 14ª reimp., Vol. 15). Amorrortu.
- Freud, S. (2013e). *Obras completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis: Parte III: 1916-1917* (2ª ed., 14ª reimp., Vol. 16). Amorrortu.
- Freud, S. (2013f). *Obras completas: Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras, 1901-1905* (1ª ed., 18ª reimp.). Amorrortu.
- Freud, S. (2013g). *Obras completas: Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899)* (2ª ed., 13ª reimp., Vol. 3). Amorrortu.
- Freud, S. (2013h). *Obras completas: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber). Trabajos sobre técnica psicoanalítica, y otras obras: 1911-1913* (2ª ed., 15ª reimp., Vol. 12). Amorrortu.
- Freud, S. (2014a). *Obras completas: El yo y el ello y otras obras: 1923-1925* (2ª ed., 15ª reimp., Vol. 19). Amorrortu.
- Freud, S. (2014b). *Obras completas: La interpretación de los sueños: Segunda parte: 1900-1901* (2ª ed., 15ª reimp., Vol. 5). Amorrortu.
- Freud, S. (2016). *Inhibición, síntoma y angustia* (1ª ed.). Amorrortu.
- Hacking, I. (1995). Trauma. En *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory* (pp. 183-197). Princeton University Press. (Trad. A. Kripper, Rev. A. Dagfal). Cátedra I de Historia de la Psicología, Facultad de Psicología, UBA.

Lacan, J. (1999). *El seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1998)

Lacan, J. (2009). *El seminario 9: La identificación*. Versión inédita. (Trabajo original publicado en 1961-1962). <https://www.psicopsi.com/wp-content/uploads/2021/06/Lacan-Seminario9.pdf>

Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1967). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

Lewkowicz, I. (1996). *¿A qué llamamos historicidad?* Organización CEAP.