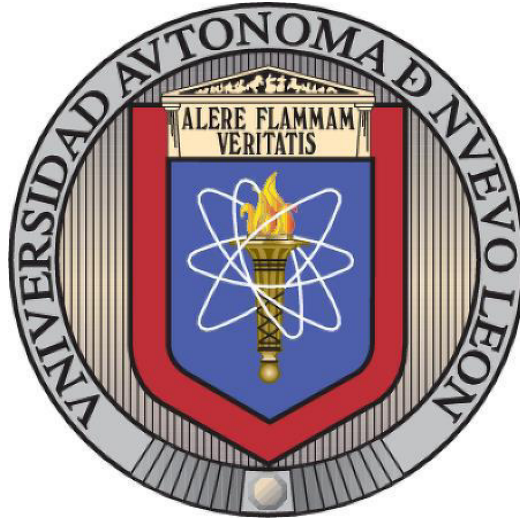


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



UN CASO MÁS DE HISTERIA DE UN HOMBRE

PRESENTA

LIC. CINDY GRACIELA ROSCIANO LÓPEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

AGOSTO, 2016



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



UN CASO MÁS DE HISTERIA DE UN HOMBRE

PRESENTA

LIC. CINDY GRACIELA ROSCIANO LÓPEZ

**PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON
ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. LETICIA ANCER

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

AGOSTO DE 2016

Agradecimientos.

A Dios, por guiar mi recorrido por la vida hasta encontrarme con el Psicoanálisis y con todas las personas que de una u otra manera han sido piezas clave y parte importante de este largo camino que apenas empiezo.

A mis papás, por su amor incondicional y su entrega como padres. Por ser la plataforma de la que me he impulsado y sostenido en los sueños que he tenido a lo largo de mi vida. Gracias por creer en mi, por su apoyo y su confianza.

A Pablo, mi cómplice, mi apoyo, mi fortaleza, mi amigo, mi amado, mi esposo. Gracias por acompañarme en este recorrido, y por estar ahí a mi lado siempre con el abrazo indicado que me hizo seguir caminando, cada vez que la frustración me alcanzó. Por tu paciencia y por tu amor que me permiten crecer.

A Nancy, mi psicoanalista y supervisora, gracias por enseñarme a escuchar aquello que no se dice y por encontrarme en aquello que callé.

A la Doctora Leticia, por su tiempo, por guiarme en la elaboración de esta tesis, por interesarse, por apasionarse, por apoyarme, por sus señalamientos siempre objetivos, gracias por compartir conmigo este largo proceso y por su enseñanza dentro y fuera del aula.

A los maestros con los que trabajé esos dos años de mi vida, por su enseñanza y por transmitirnos su pasión.

A Paulino mi primer y único compañero de supervisión, y amigo, con quien siempre fue muy grato acompañarme en algo tan importante y privado como lo son las supervisiones de nuestros pacientes, con todos los encuentros que cada sesión traía consigo.

A mis amigos dentro y fuera de la maestría, por su cariño, paciencia, escucha y sobretodo su apoyo fraterno tan apreciado para mi.

A mis sinodales que me abrieron las puertas para escuchar de mi trabajo y por su tiempo y dedicación.

Y por último a mis pacientes, que al final son ellos quienes me otorgan este bello lugar en el que me sostengo.

¡Gracias a todos!

ÍNDICE

Portada	
Agradecimientos	2
Índice	3
Resumen	5
1. Introducción	6
1.1 Antecedentes	8
1.2 Objetivo general	11
1.3 Objetivos específicos	11
1.4 Supuestos	11
1.5 Limitaciones y delimitaciones	12
1.6 Justificación	13
2. Marco teórico	15
2.1 Historia de la histeria	15
2.1.1 Historia de la histeria	15
2.1.2 Trabajos de Josef Breuer y Sigmund Freud	18
2.2 Sobre Freud y la histeria	20
2.2.1 Definición de histeria	20
2.2.2 El origen de la histeria desde el Edipo según Freud	20
2.2.2.1 Freud y su definición de la identificación	24
2.3 Sobre Dor y la histeria	26
2.3.1 Definición de histeria	26
2.3.2 Rasgos estructurales de la histeria	27
2.3.3 Rasgos del paciente histérico	29
2.4 Sobre Nasio y la histeria	30
2.4.1 Definición de histeria	30
2.4.2 El rostro de la histeria	30
2.4.3 Causas de la histeria	31
2.4.4 Rasgos del paciente histérico	32
3. Método	34
3.1 Método y diseño	34
3.2 Instrumento	34
3.3 Muestra	35
3.4 Procedimiento	35

3.5 Técnica	36
4. Caso Clínico	39
4.1 Historial clínico	39
4.1.1 Resumen general del caso clínico	39
4.1.2 Motivo de consulta	41
4.1.3 Demanda de análisis	42
4.1.4 Sintomatología actual	42
4.1.5 Impresión diagnóstica	43
4.2 Estructura subjetiva	43
4.2.1 Contexto familiar	43
4.2.2 Figuras significativas	46
4.2.3 Estructuración edípica	48
4.2.4 Eventos traumáticos	49
4.2.5 Perfil subjetivo	51
4.3 Construcción de caso	52
4.3.1 El padre pasivo que lo aguanta todo	54
4.3.2 La relación con mi madre	55
4.3.3 Mi esposa Mónica: yo le daba todo y ella siempre encontró que reclamarme	57
4.3.4 Amo más a Sol de lo que Sol me ama a mí	60
5. Síntesis clínica y conclusiones	62
Bibliografías	64

RESUMEN

En este estudio de caso pretendo abordar temas como la identificación edípica de un paciente hombre de estructura histérica con su padre, el tipo de relación que establece con la madre, así como la forma de relacionarse de dicho paciente con las personas con las que busca emparejarse, a propósito de una repetición edípica, característica propia de la estructura histérica.

Partiré del supuesto teórico en donde planteo la repetición edípica por parte del paciente respecto a sus relaciones de pareja. Partiendo de la relación de los padres del paciente, en donde la madre es dominante e insatisfecha y el padre abnegado, sumiso y lo soporta todo, así como la identificación del paciente con el padre.

A través de las categorías narrativas se evidenciarán los momentos en que, a lo largo del trabajo clínico, se han presentado en su discurso eventos en los que se muestra donde se ha identificado este conflicto edípico, con el objetivo de mostrar un panorama claro al lector, respecto de éste tema.

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

La histeria es un padecimiento que aqueja a los individuos sin discriminar hombres o mujeres. Esta estructura tiene sus orígenes en la antigua Grecia, creyendo en un principio que era un padecimiento que aquejaba solamente a las mujeres. A lo largo de la historia, tanto el concepto como las generalidades de la histeria han ido evolucionando y hasta hace apenas un par de siglos surgieron los primeros estudios que proponían que la histeria era un padecimiento que también se presenta en los hombres.

Debido a esto, podemos tener acceso a un gran acervo de estudios de casos de histeria en mujeres a diferencia del acervo de la histeria en hombres. Es por tal motivo que me parece importante realizar un aporte a los trabajos de histeria en hombres ya existentes.

Este estudio de caso es de un paciente hombre y adulto, que ha presentado un cuadro y sintomatología predominante de una estructura histérica. Aquí se realiza un estudio profundo, enfocado principalmente a uno de sus síntomas que es, la problemática en la vinculación con sus parejas a propósito de la repetición edípica.

En el trabajo realizado podemos encontrar en el primer capítulo los antecedentes de la histeria, los objetivos generales y específicos de éste trabajo, los supuestos que han sido propuestos, las limitaciones y delimitaciones que presenta éste caso en particular, así como la justificación del trabajo realizado.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico que incluye los conceptos utilizados en el desarrollo del trabajo, cómo la historia de la histeria, sobre Freud y la histeria, sobre Dor y la histeria y sobre Nasio y la histeria.

En el tercer capítulo el método y el diseño a utilizar en este estudio, los instrumentos que apoyan a la realización de éste, la muestra, el procedimiento y la técnica empleada.

En el cuarto capítulo, el caso clínico, que incluye el resumen general de éste, el motivo de consulta del paciente, la demanda de análisis, la sintomatología que presenta, la impresión diagnóstica realizada en base a esta información. La estructuración subjetiva, el contexto familiar, las figuras significativas, la estructuración edípica, eventos traumáticos y un perfil subjetivo, y la construcción de caso que cuenta con cuatro categorías descriptivas.

Y por último, en el quinto capítulo la síntesis clínica del autor y las conclusiones finales al respecto.

1.1 ANTECEDENTES

De acuerdo con el Diccionario de psicoanálisis de Rudinesco y Plon (2005), el término de histeria surge en la antigua Grecia y fue asociada específicamente a las mujeres. La histeria deviene de la palabra en griego hyster que significa útero, se creía que era la respuesta física a algún problema en el útero que hacía que las mujeres tuvieran respuesta caótica o de crisis nerviosas.

Más adelante el término histeria fue estudiado en un principio por Jean-Martin Charcot a finales del siglo XIX en el centro hospitalario Salpêtrière, en donde demostró que los síntomas eran psicológicos y aparecían tanto en mujeres como en hombres. Más tarde, seguido del trabajo en conjunto de Janet en 1893 en Francia, y Freud y Breuer en 1895 en Viena llegaron a formulaciones parecidas, la histeria era causada por un trauma psicológico en donde reacciones emocionales insoportables a acontecimientos traumáticos producían un estado alterado de la conciencia que, a su vez, creaba los síntomas de la histeria.

La estructura histérica se separó de la mujer por el doctor Freud en 1895. Por mucho tiempo se pensó en la histeria como un padecimiento propiamente de las mujeres pero los hombres también pueden presentar esta estructura, aunque es poco común en comparación a la regularidad con que se encuentra en mujeres. Esto sucede cuando un paciente histérico se encuentra posicionado en lo femenino, es decir está identificado “en la falta de falo”.

La histeria surge a partir de un conflicto psíquico en donde el ello se encuentra insatisfecho y es reprimido por el yo, estos dos se dan tregua a través del síntoma, el cual es muy fuerte ya que se sostiene de ambos. (Rudinesco y Plon, 2005)

Desde un punto de vista de la sintomatología clínica, la histeria en los hombres no tiene por qué diferenciarse de la histeria en las mujeres. Aun cuando no encontremos comúnmente en los hombres expresiones características de la histeria conversiva femenina, término empleado por primera vez por Freud en 1905 como las parálisis, problemas de visión, contracturas, trastornos sensoriales, etc. Encontramos otras como el miedo a las afecciones cardíacas, afecciones articulares, dispepsias diversas, trastornos neurovegetativos mal circunscriptos, etc. Por otro lado sintomatologías como “el dar para ver”, la seducción, la vacilación principalmente en toma de decisiones, son compartidas en ambos casos (Dor, 1991).

La carencia en la identificación masculina es debido a que el histérico rechaza la filiación paterna. El sabe que el precio a pagar si se coloca en la línea del padre sería la castración, o sea, la subordinación a la ley del padre y tendría que renunciar a gozar de la madre. El histérico trata de evadir la castración viviendo en un espacio femenino. Es un hombre puesto al servicio de la madre y entregado a la encomienda de realzar su valor, y se dedica a representar para ella un objeto fálico del que no quiere desprenderse. (Sopena, 1993)

En el origen de la histeria no se remite únicamente a la madre, sino también al padre: ambos pueden crear las condiciones para que se desarrolle, en su hija o en

su hijo, una identidad que no es la de ellos mismos. La histérica es hija de una histérica que no logró valorar su propia feminidad y, en consecuencia, transmitió una visión de menor valía con relación al cuerpo a su hija. Y también se fermenta la histeria, cuando el padre no cumple sus funciones y no pone los límites que ayudan a definir la identidad y los roles sociales y sexuales a los hijos dejando de realizar aquello a lo que los psicoanalistas le llaman, castración simbólica. (Fioravanti, 2005)

Los rasgos clínicos del hombre histérico de acuerdo con J. Gómez (2005) son fáciles de deducir. El histérico es encantador y seductor porque necesita reconocimiento, y esto es lo más curioso, no reconocimiento del padre para identificarse a él, sino reconocimiento de una mujer, lo cual nos hace ver que coloca al poder de su lado. En el histérico masculino, está la voluntad de una reconciliación general, de acabar con los conflictos y con las diferencias cuyo espíritu de sacrificio, de renuncia a los bienes, se ofrece continuamente como ejemplo.

De igual forma que C. Perales (2001) afirma que la histeria en el varón es caracterizada por perturbaciones en la sexualidad, por la tendencia al fracaso y por la forma especial en la que se relaciona con la mujer. Y es recomendable que en el trabajo clínico se profundice en los psicodinamismos específicos de la histeria a propósito del Complejo de Edipo, la sexualidad, la tendencia al fracaso y la infelicidad, a las conversiones y las identificaciones y en relación a la teatralidad y dramatización.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación de pareja de un caso de histeria en un hombre.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar la identificación con el padre en la estructuración del cuadro de neurosis histérica.

Analizar la relación con la madre en la estructuración del cuadro de neurosis histérica.

Analizar la repetición edípica en su relación de pareja.

1.4 SUPUESTOS

- La relación de los padres del paciente genera una repetición edípica en sus relaciones de pareja.

- El paciente muestra una identificación con el padre, quien aparece como una figura insuficiente y pasiva en cuanto a su relación de pareja.

- El paciente se ha relacionado con la madre, a partir de su identificación con el padre y en este sentido se encuentra con una madre insatisfecha, dominante y confrontativa.

- Existe una repetición edípica en las relaciones de pareja del paciente en las que constantemente se vive devaluado y se cuestiona su lugar como hombre.

1.5 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

Este paciente ha mostrado como dificultades; la cancelación de citas, faltas de pago de sus sesiones en varias ocasiones, y se ha observado que el paciente espera hasta el final de la sesión para profundizar en su discurso, estos acontecimientos se han observado como parte de sus resistencias.

El paciente es atendido en la clínica en los cubículos que se han usado como espacio de sus sesiones psicoanalíticas, se ha observado distracción del paciente, debido a las condiciones físicas de éstos, falta de limpieza, calor o frío, etc.

Los honorarios que se le establecieron han sido los que la clínica señala en base al estudio socioeconómico que le realizaron.

El tiempo del tratamiento acude a su terapia dos veces por semana cada una con duración de cincuenta minutos y el tiempo que se considerará para este estudio de caso es de noventa sesiones en total. Se tomará de éste caso la dificultad del paciente para establecer vínculos con sus relaciones de pareja a propósito de una repetición edípica, la identificación con el padre, la relación con la madre, estos temas fundamentados teóricamente desde los autores Joël Dor, J.D. Nassio y Sigmund Freud.

1.6 JUSTIFICACIÓN

Al momento de escoger un caso para este estudio no tuve duda de que este sería el caso a elegir, por muchos motivos. Personalmente, éste fue el primer caso clínico que tuve al ingresar a la maestría. Al iniciar la psicoterapia tanto el paciente iba descubriéndose, como también yo en el lugar que el paciente me otorgó.

El aprendizaje fue llegando y creciendo a la par del trabajo que veníamos realizando en sesión. También tuve un progreso de mi escucha clínica, gracias al trabajo con mis supervisores a partir de éste caso. Fue un mutuo acompañamiento en el recorrido por el psicoanálisis.

Y como resultado del análisis de este paciente fui descubriendo lo poco común que es encontrar documentos a propósito de un paciente histérico y las diferencias que existen entre los casos documentados de histeria en mujeres y los casos de histeria en hombres.

La histeria cuenta con un amplio estudio de casos en mujeres, ya que desde un principio se definió a la histeria como un padecimiento propio de ellas, me parece importante realizar un aporte al trabajo de investigación en los casos de histeria en los hombres y contribuir al incremento del acervo de los estudios ya existentes.

Este caso a analizar se trata de un paciente (hombre) que presenta sintomatología de la estructura histérica. Es de mi interés profundizar en la sintomatología del paciente, principalmente en el síntoma de la abnegación

sacrificial e insatisfacción y cómo el paciente va vinculándose en sus relaciones desde esta postura.

Partiendo desde el análisis de la relación con el padre del paciente y la identificación edípica que presenta, por un lado. Y por otro lado es importante también observar, cómo se da la relación con su madre a partir de esta identificación con el padre y de la estructuración neurótica que presenta el paciente.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1 HISTORIA DE LA HISTERIA

2.1.1 HISTORIA DE LA HISTERIA

De acuerdo con el *Diccionario de Psicoanálisis de Rudinesco y Plon (2005)*, el origen del concepto nace en la antigua Grecia, se denominó hystera que significa matriz. Según Hipócrates la histeria era una enfermedad física originada en el útero por lo que se designó a las mujeres. Después Platón retomó la tesis de Hipócrates afirmando que las mujeres, a diferencia de los hombres, llevaban en su seno “un animal sin alma”.

En la edad media el enfoque médico y la palabra misma dejó de emplearse, entonces la sintomatología se empezó considerar como un pecado debido a que se creía que era una expresión de placer sexual. Se creía que el diablo tomaba posesión de su cuerpo. Entonces las mujeres histéricas se denominaron como brujas. (*Rudinesco y Plon, 2005*)

Con la publicación del *Malleus maleficarum* en 1487, la Iglesia Católica Romana y la Inquisición, se respaldaron para identificar los casos de brujería y mandaban a la hoguera a éstas mujeres, lo que continuó por dos siglos más cobrando vidas de numerosas víctimas a pesar de la opinión médica que trataba de resistir éste procedimiento. En el siglo XVI Jean Wier entre 1515 y 1588 trabajó

en defensa de las “poseídas” afirmando que debía considerárseles como enfermas mentales. Gracias a un libro publicado en 1564 “De la impostura del diablo” el autor logró evitar la persecución gracias al apoyo que recibió de varios príncipes. *(Rudinesco y Plon, 2005)*

Gracias a Franz Anton Mesmer fue cómo pasó la concepción demoniaca de la histeria a una concepción científica. Se empezó a tratar este padecimiento por medio de la falsa teoría del magnetismo animal, afirmó que estas enfermedades nerviosas tenían origen en un desequilibrio de la distribución de un “fluido universal” y se trataba por medio de tratamientos llamados “curas magnéticas” lo que dio origen a la primera psiquiatría dinámica. En ese entonces muchos médicos pensaban que la enfermedad provenía del cerebro y afectaba tanto a mujeres como a hombres, ahí surgió la idea de la existencia de la histeria masculina establecida por Charles Lepois en 1618. *(Rudinesco y Plon, 2005)*

Más tarde se desarrolló una corriente terapéutica que utilizando la hipnosis desembocaría en las psicoterapias modernas, incluyendo el psicoanálisis.

Para 1840 las grandes organizaciones médicas empezaban a descartar los estudios sobre el magnetismo. James Braid en 1893, en Inglaterra, creó la palabra hipnotismo con la que sustituyó la teoría fluídica, con la idea de una estimulación psíquico – químico – psicopatológica, devaluando el tratamiento de tipo magnético. *(Rudinesco y Plon, 2005)*

Charcot vinculó la neurosis con el hipnotismo, abandonó la conjetura uterina y deslindó a las mujeres histéricas de la sospecha de simulación. La histeria pasó

a ser una enfermedad funcional de origen hereditario que afectaba a ambos sexos. Retomando la tesis de Lepois. Charcot no utilizaba la hipnosis para sanar a los enfermos, la utilizaba para demostrar sus hipótesis. Bajo hipnosis creaba síntomas histéricos en sus pacientes y los suprimía de inmediato para demostrar el carácter neurótico de la histeria. Fue señalado por este procedimiento por Hippolyte Bernheim acusándolo de atentar a la dignidad de las pacientes, usándolas como conejillos de india en lugar de atenderlas. (*Rudinesco y Plon, 2005*)

Basado en la idea del origen traumático de Charcot, Freud entre 1888 y 1893, en *Estudios sobre la Histeria*, trabajó en un nuevo concepto de la histeria en donde afirmó que el trauma tenía origen sexual, sugirió que la histeria surgía debido a algún tipo de abuso sexual durante la infancia del sujeto.

En un primer momento, recopiló numerosas ideas de médicos de esa época, elaborando su teoría del origen traumático, mas tarde el mismo Freud en 1897, en un segundo momento renunció a esta y desarrolló la concepción del fantasma.

En cuanto a la técnica terapéutica tomó de Bernheim la idea de la sugestión, abandonándola más tarde y elaboró la noción de transferencia que es parte del proceso constitutivo de la cura psicoanalítica en donde los deseos inconscientes del analizante se repiten dentro de la relación psicoanalítica, colocando en el analista diversos objetos. Pasó también del método catártico de

Breuer al de la asociación libre, donde el paciente habla sin discriminación todos los pensamientos que pasan por su mente. (*Rudinesco y Plon, 2005*)

2.1.2 TRABAJOS DE JOSEF BREUER Y SIGMUND FREUD

Freud (1910) en la primera conferencia de “Las cinco conferencias sobre psicoanálisis” afirma que el primero en haber aplicado psicoanálisis a una paciente histérica fue J. Breuer de 1880 a 1882, sin embargo tanto Breuer como Freud a partir del caso de la señorita Anna O. y a través de la correspondencia que mantuvieron posterior al tratamiento, realizaron un gran estudio y varias publicaciones, primero juntos, después cada uno partió por caminos diferentes, Freud en 1892 empezó lo que él llamaría su “primer análisis completo de una histeria” con la señorita Elisabeth Von R. lo que permitió a Freud ir evolucionando su teoría del psicoanálisis. Breuer pensaba que el modo para poder tratar la neurosis o que las condiciones en que esta aparecía era por medio de la hipnosis, principio que después fue abandonado por Freud. En alguna ocasión, dicho autor, recordó un experimento realizado por Bernheim en 1889 en Nancy, en donde a personas en estado de sonambulismo hipnótico se les hacía tener toda clase de vivencias, que aparentemente no recordaban en el estado consciente. Si el preguntaba si recordaban algo las personas lo negaban, hasta que él empezaba a esforzarlas y a afirmarles que si la recordaban, entonces los recuerdos acudían a ellos. Entonces fue como Freud, empezó a dejar de usar la hipnosis, empezó a decir a sus pacientes, cuando estos afirmaban que no recordaban más, que si lo sabían, que solo tenían que hablar de ello, y que la primera idea que viniera a su cabeza después de que él les tocara la frente, era eso, aquello que no recordaban

(una especie de sugestión). Y justo después del abandono del hipnotismo surgieron otros conceptos con los cuales incrementó su comprensión de los procesos psíquicos, dentro de los cuales apareció principalmente la resistencia de los pacientes ante el tratamiento, la propia negativa del paciente a cooperar en su cura. Por lo que Freud se dispuso a investigar la forma de abordar dicha represión, investigación a la que dedicó el resto de su vida. Después, Freud también abandonó la mecánica de la sugestión deliberada y empezó a confiar en el flujo de las “asociaciones libres” por parte de los pacientes. Con esto llegó al análisis de los sueños, lo que permitió primero, comprender la forma en que funciona “el proceso primario” de la psique y como influye la producción de nuestros pensamientos más accesibles. Y es así como con el análisis de los sueños, surgió la interpretación. Y por otro lado el análisis de los sueños también hizo posible el autoanálisis y los consecuentes descubrimientos de la sexualidad infantil y del complejo de Edipo. Y por último, otro concepto que surgió dentro de los estudios realizados a partir de los primeros casos de histeria, fue la transferencia.

El trabajo más importante que realizaron Freud y Breuer (1895) fue los *Estudios sobre la histeria*, ya que es considerado el punto de partida del psicoanálisis.

2.2 SOBRE FREUD Y LA HISTERIA

2.2.1 DEFINICIÓN DE HISTERIA

Existen dos formas de histeria según Freud, la histeria de angustia, que tiene a la fobia como síntoma, y la histeria de conversión, que se exterioriza a través del cuerpo representaciones sexuales reprimidas.

Existen otras dos formas de histeria, también freudianas, la histeria de defensa que se presenta en contra de los afectos displacenteros, y la histeria de retención, en donde los afectos no logran expresarse por medio de la abreacción.

En las *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*, encontré que según Pierre Janet, “la histeria es una forma de la alteración degenerativa del sistema nervioso que se da a conocer mediante una endebles innata de la síntesis psíquica. Sostiene que los enfermos de histeria son desde el comienzo incapaces de cohesionar en una unidad la diversidad de los procesos anímicos, y por eso se inclinan a la disociación anímica” (Freud, 1910). De forma resumida, Freud, muestra que los síntomas de la histeria son formaciones de compromiso entre el deseo inconsciente y la represión.

2.2.2 EL ORIGEN DE LA HISTERIA DESDE EL EDIPO SEGÚN FREUD

De acuerdo con los *Estudios sobre la histeria*, de Freud (1893) a propósito del origen de la histeria, el proceso en el cual este fenómeno se produce por primera vez, se remonta muy atrás en el tiempo del enfermo. En la mayor parte de

los casos no es posible aclarar ese punto de origen a través de un examen clínico por más profundo que llegue a ser éste, esto se debe, por un lado, a que se trata de experiencias que para el enfermo son desagradables comentar, pero también se debe a que no las recuerda y muchas de las ocasiones, ni siquiera ve el proceso que la ocasionó.

En la histeria traumática, es claro que un accidente causó el síndrome y en los ataques histéricos se presenta, la forma en que lo exteriorizan los enfermos. En cada ataque los enfermos alucinan el mismo proceso causante del primero, en este caso está presente el nexo causal. Frecuentemente son eventos que tienen lugar en la infancia los que producen los fenómenos patológicos en los años posteriores. Un nexo es tan claro que es identificable como ese evento ocasionador produjo justamente dicho evento. Es decir este evento, está determinado por el evento ocasionador.

Se suele encontrar en la histeria corriente varios traumas parciales, en lugar de un gran trauma. Varios traumas parciales que solo en sumación lograron externar efecto traumático y van enlazando los capítulos de una historia del padecimiento.

La atenuación o la pérdida de afecto de un recuerdo, dependería de una serie de factores. Sobre todo importa si frente a un evento afectante hubo una reacción enérgica o no. La reacción sería todos los reflejos voluntarios o involuntarios a través de los cuales se descargan los afectos. Si la reacción es suficiente, desaparece gran parte del afecto, es decir, se desfoga, o se desahoga.

Si la reacción se sofoca, el afecto permanece conectado al recuerdo. La reacción de la persona dañada, si es adecuada, tiene un efecto catártico. Para el ser humano, el lenguaje, es un sustituto de la acción, y en conjunto con el afecto, puede ser abreaccionado, que sería casi igual que la reacción. En algunos casos, solamente el decir, es el reflejo adecuado, como queja o confesión. Cuando se da esa reacción, o ese decir o tal vez a través del llanto, en casos leves, el recuerdo conserva en un principio el tinte afectivo.

Freud (1893), sugiere dos grupos de condiciones originarias de la histeria, en el primero, los enfermos, dejaron de reaccionar frente a un trauma psíquico, ya sea por la misma naturaleza del trauma, por circunstancias sociales que imposibilitaron la reacción, o porque el enfermo quería olvidar el trauma y a propósito lo reprimió, lo desalojó, de su pensar consciente. El segundo, no están comandadas por los recuerdos per se, si no por estados psíquicos que aparecieron en las experiencias traumáticas, en este caso la misma naturaleza de esos estados, imposibilitó al enfermo, reaccionar ante el evento traumático. Los dos grupos de condiciones pueden conjugarse y frecuentemente lo hacen.

Hasta aquí Freud proponía que el origen de estos traumas se debía a que “las enfermas” debían su histeria a que en la infancia habían sido víctimas de un abuso sexual o de violencia, pero más tarde concluyó que el trauma no podía ser la única explicación para la cuestión de la sexualidad humana. Freud afirmó que junto con la realidad material, hay una realidad psíquica, de igual forma importante en la historia del enfermo. La conversión se debía considerar una forma de realización del deseo, un deseo siempre insatisfecho.

Con la teorización de la sexualidad infantil, Freud identificó que el conflicto nuclear de la histeria, que era la imposibilidad del sujeto para liquidar el complejo de Edipo y así poder evitar la angustia de la castración, por lo cual rechazaba su sexualidad.

El complejo de Edipo le ofrece al niño dos posibilidades de satisfacción, activa y pasiva. Se puede situar de forma masculina en el lugar del padre, de tal forma que mantendría el comercio con la madre y más tarde, el padre, sería percibido como un obstáculo; o busca sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, en este escenario la madre queda sobrando. Las dos posibilidades conllevan a la pérdida del pene, una masculina en forma de castigo y la femenina como premisa. Si la satisfacción amorosa lleva a la pérdida del pene, forzosamente estallará un conflicto entre el interés narcisista en esa parte del cuerpo y la investidura libidinosa de los objetos parentales. Regularmente, en este conflicto, triunfa el primero de estos poderes y el niño se extraña del complejo de Edipo (Freud, 1917).

Las investiduras de objetos son resignadas y se sustituyen por identificación. La autoridad del padre o de ambos padres, introyectada en el yo, da lugar al núcleo del super yo, que toma prestada la severidad del padre, perpetúa la prohibición del incesto, y así, se asegura que el yo no tenga un retorno de la investidura libidinosa de objeto. Las aspiraciones libidinosas que surgen en el complejo de Edipo son desexualizadas, inhibidas en su meta y sublimadas, cambiadas a mociones tiernas. Por lo que acontece con toda trasposición en

identificación. A grandes rasgos con este proceso se inicia el periodo de latencia el cual interrumpe el desarrollo sexual del niño.

2.2.2.1 FREUD Y SU DEFINICIÓN DE LA IDENTIFICACIÓN

En psicología de las masas y análisis del yo, Freud (1920) se refiere a la identificación, desde su punto de vista psicoanalítico, como la más temprana manifestación de un enlace afectivo a otra persona, y tiene un papel importante en la prehistoria del complejo de Edipo. El niño (varón) muestra un interés especial hacia el padre, quiere ser como él y ocupar su lugar. De esta forma lo ubica como su ideal. Esta conducta se presenta de carácter masculino y es favorable y contribuye para la preparación del complejo de Edipo. Así cómo surge esta identificación con el padre, este niño también empieza a tomar a su madre como objeto de sus instintos libidinosos. Se forman dos órdenes de enlaces, uno sexual a la madre y otro de identificación al padre quien se vuelve el modelo a imitar. Al principio estas dos órdenes coexisten sin problema, hasta que la vida psíquica del niño va encontrándolos hasta que surge el complejo de Edipo. La identificación con el padre va tomando un tinte hostil, ya que el niño advierte que el padre trunca su camino hacia la madre, por lo que el niño termina deseando sustituirlo también al lado de la madre. La identificación es, también, ambivalente, y puede presentar, una exteriorización cariñosa, o un deseo de supresión. Puede pasar que el complejo de Edipo presente una inversión, o sea, que si adopta el sujeto una actitud femenina, sea el padre quien se convierta en el objeto del que esperan su satisfacción los instintos sexuales directos, en este caso, la identificación con el padre constituye la fase preliminar de su conversión en objeto sexual. Se puede

expresar en una fórmula esta diferencia entre la identificación con el padre y la elección de él como objeto sexual. En la identificación, el padre es lo que se quisiera ser; en el caso de ser elegido como objeto sexual, el padre es lo que se quisiera tener. La diferencia radica en que el factor interesado sea el sujeto o el objeto del Yo. Por dicho motivo, la identificación es siempre posible antes de toda elección de objeto. Todo lo que se comprueba es que la identificación aspira a construir el propio Yo análogamente al otro tomado como modelo.

2.3 SOBRE DOR Y LA HISTERIA

2.3.1 DEFINICIÓN DE HISTERIA

Dor (1991), afirma que dentro de los principales rasgos se encuentra la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del otro, éste otro, deberá de ser posicionado en un lugar privilegiado por el histérico, basta solo que el otro responda a algunos atributos que el histérico le presta fantasmáticamente. Uno de los elementos del funcionamiento de la estructura histérica es “la problemática del tener” el paciente histérico busca constantemente tener el falo y el histérico cree que este otro lo tiene. En función de esto, el histérico se pone al servicio del otro, colocándose por debajo de éste con un carácter sacrificial, que también es un aspecto de la histeria. El histérico también se vive no siendo suficientemente amado por éste otro, esta frustración amorosa se inscribe en la apuesta fálica. Así el histérico se vive como un objeto desvalorizado e incompleto. Todo esto con el único fin de llegar a ser el objeto ideal del otro. El histérico hará todo para posicionarse en la mirada del otro, es decir el dar para ver, y lo hará con su cuerpo y su palabra. Es importante aparecer como un objeto brillante que envuelva al otro por medio de la seducción. Este otro deberá tener siempre su mira en un objeto semejante, de no ser así el histérico podrá dejarlo. Esta búsqueda no hace más que redoblar la economía neuróticamente insatisfecha del deseo.

En los rasgos de estructura histérica se encuentran tres grandes cuadros: la histeria de conversión, histeria de angustia e histeria traumática, cualquiera que

sea, la economía del deseo histérico se mantiene fundamentalmente idéntica. En cualquier caso, la intervención terapéutica tendrá eficacia solamente si se desmoviliza la economía neurótica del deseo, ósea, si incide en el nivel estructural más allá de los síntomas (Dor, 1991).

2.3.2 RASGOS ESTRUCTURALES DE LA HISTERIA

Los rasgos fundamentales de la histeria tienen su punto de anclaje en la dialéctica del deseo y con relación a la apuesta fálica. La lógica fálica se fija en torno a la problemática del tener y el no tenerlo, lo que constituye un acontecimiento del Edipo. Esto interviene en la organización psíquica. Dicha problemática del tener, está determinado por la intrusión paterna. El padre imaginario, aparece como un padre privador y frustrador. Para el niño es un padre interdictor. Ya que el padre es reconocido por la madre, como aquel que hace la ley, luego, el deseo de la madre es mostrado al niño, como un deseo que está inscripto en la dimensión del tener. En cuanto el padre privador arranque la cuestión del deseo del niño a la dimensión del ser, el padre lleva al niño al registro de la castración, así el niño descubre que no sólo no es el falo, sino que no lo tiene, así como la madre, y descubre que también lo desea ahí “donde se encuentra”. El padre ocupa así plenamente su función de padre simbólico, más aun cuando la madre reconoce a la palabra del padre como la única capaz de movilizar su deseo, así, el niño ubica al padre imaginario en el lugar que tiene el falo. (Dor, 1991)

Para Dor (1991), la apuesta histórica es “ese paso que se debe dar” para conquistar el falo. Es así como el niño se sustrae a la rivalidad fálica en la que ya estaba colocado, alojando ahí también imaginariamente al padre. El momento en que se da la atribución fálica paterna es donde principia la lógica del deseo histórico. En un momento dado, el padre tendrá que dar pruebas de esa atribución, ya que la economía deseante del histórico se agota sintomáticamente en su puesta a prueba de este “dar pruebas”.

El histórico interroga siempre la atribución fálica, lo que lleva desarrollar una indeterminación en dos opciones psíquicas, en donde por un lado el padre tiene el falo de derecho, por esto su madre lo desea en él, y por otro lado, el padre no lo tiene porque priva a la madre de él. Son estas, y principalmente la última lo que alimentará la puesta a prueba que el histórico mantendrá respecto a la atribución fálica.

En ese nivel de la dialéctica edípica, podemos notar que cualquier ambivalencia que sostengan la madre y el padre sobre la inscripción de la atribución fálica, aparecen como factores favorables para la organización del proceso histórico.

Debido a la identificación fálica, el hombre histórico se atormentará buscando dar pruebas de su virilidad. (Dor, 1991).

2.3.3 RASGOS DEL PACIENTE HISTÉRICO

Dentro de los principales rasgos se encuentra la alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del otro, éste otro, deberá de ser posicionado en un lugar privilegiado por el histérico, basta solo que el otro responda a algunos atributos que el histérico le presta fantasmáticamente. Uno de los elementos del funcionamiento de la estructura histérica es “la problemática del tener” el paciente histérico busca constantemente tener el falo y el histérico cree que este otro lo tiene. En función de esto, el histérico se pone al servicio del otro, colocándose por debajo de éste con un carácter sacrificial, que también es un aspecto de la histeria. El histérico también se vive no siendo suficientemente amado por éste otro, esta frustración amorosa se inscribe en la apuesta fálica. Así el histérico se vive como un objeto desvalorizado e incompleto. Todo esto con el único fin de llegar a ser el objeto ideal del otro. El histérico hará todo para posicionarse en la mirada del otro, es decir el dar para ver, y lo hará con su cuerpo y su palabra. Es importante aparecer como un objeto brillante que envuelva al otro por medio de la seducción. Este otro deberá tener siempre su mira en un objeto semejante, de no ser así el histérico podrá dejarlo. Esta búsqueda no hace más que redoblar la economía neuróticamente insatisfecha del deseo. Afirma que desde el punto de vista de la sintomatología clínica la histeria masculina no se distingue de la histeria femenina. (Dor, 1991)

2.4 SOBRE NASIO Y LA HISTERIA

2.4.1 DEFINICIÓN DE HISTERIA

De acuerdo con Nassio (2012), la neurosis es una mala forma de defenderse, manera inapropiada que, sin saber, usamos para ponernos en contra a un goce inconsciente y peligroso. Si enfermamos de neurosis, es porque nos esforzamos en defendernos de un goce doloroso, y finalmente nos defendemos mal. Esto pasa al momento de querer aplacar un dolor intolerable, no nos queda de otra que transformarlo al sufrimiento neurótico o síntomas. La histeria es una mala forma en la que el yo se defiende, ¿cómo? El histérico sufre conscientemente en el cuerpo, es decir ese goce doloroso lo transforma en sufrimiento corporal.

2.4.2 EL ROSTRO DE LA HISTERIA

Nasio (2012), nos dice que en la histeria existen tres estados yoicos, un Yo insatisfecho, en el cual el histérico es, dice, un ser de miedo, que con el fin de atenuar su angustia, no encuentra otra forma, más que sostener la insatisfacción en su vida. Siempre se presenta como víctima desdichada y siempre insatisfecha. Y para asegurarse este estado de insatisfacción, el histérico busca en el otro la potencia que lo somete o la impotencia que le atrae y lo decepciona. Un Yo histerizador, en donde el histérico con toda la inocencia y sin saber, sexualiza lo no sexual, se apropia de todos los gestos, todas las palabras o todos los silencios que percibe en el otro o que él mismo dirige al otro. Y por último un Yo tristeza, el

cual conduce al paciente a situarse tanto en el papel del hombre como en el de la mujer, pero principalmente en el papel del tercer personaje, el cual da lugar al conflicto o por el cual el conflicto se resuelve. Hombre o mujer, el histérico ocupará el lugar del excluido. A esto se debe la tristeza del histérico, el hecho de verse relegado al lugar de excluido.

2.4.3 CAUSAS DE LA HISTERIA

Nasio (2012), en *El Dolor de la Histeria* afirma que con la primera teoría freudiana, la neurosis histérica, es causada por la acción patógena de una representación psíquica, de una idea parásita no consciente y cargada de afecto. A finales del siglo XIX Charcot y Janet, establecieron que la histeria era una “enfermedad por representación”. En un inicio, Freud siguió este camino, pero después se apartó nombrando una serie de modificaciones; principalmente consideró la idea parásita, como una idea de contenido sexual. Freud en un principio pensaba que el histérico habría sufrido en su infancia una experiencia traumática, una seducción sexual por parte de un adulto. El niño sin ningún tipo de referencia del evento, es decir no tiene conciencia, queda petrificado y sin voz, no puede comprender lo que sucede y no puede experimentar angustia. Entonces, decía Freud, la violencia del evento, o trauma, consiste en el surgimiento de una demasía de afecto sexual, no captado conscientemente, sino que es recibido en el inconsciente. El trauma significa demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria, que podría permitirle al yo del niño amortiguar la tensión

excesiva. Para Freud, la neurosis histérica es causada por la torpeza con la que el yo pretende neutralizar un parásito interno que es una representación sexual intolerable. Cuanto más ataca el yo a la representación, más la aísla. Es este sobresalto defensivo del yo a lo que Freud llamó “represión”. Represión quiere decir aislar. Lo que hace a la representación intolerable, es que quedó separada de otras representaciones organizadas de la vida psíquica, es esto lo que hace que se conserve, en el seno del yo, una actividad patógena inextinguible. Durante el tiempo que esta representación penosa permanezca reprimida, el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno y larvado. Según J. D. Nasio, lo que enferma a un histérico no es tanto la huella psíquica, del trauma, como el hecho de que la huella, bajo la presión de la represión, se encuentre sobrecargada de demasiado afecto que en vano quisiera salir. La represión es una defensa inadecuada, que es tan dañina para el yo, tanto como la representación patógena a la que busca neutralizar. (Nasio, 2012)

2.4.4 RASGOS DEL PACIENTE HISTÉRICO

Si el paciente histérico, principalmente, si es un hombre, imaginémoslo como un niño asustado, escondido en un rincón de una habitación, con los ojos abiertos y protegiendo su cabeza con las manos para resguardarse de un eventual castigo.

Es importante retomar que, Nasio (2012), nos dice que en la histeria existen tres estados yoicos, un Yo insatisfecho, en el cual el histérico es, dice, un ser de

miedo, que con el fin de atenuar su angustia, no encuentra otra forma, más que sostener la insatisfacción en su vida. Siempre se presenta como víctima desdichada y siempre insatisfecha. Y para asegurarse este estado de insatisfacción, el histérico busca en el otro la potencia que lo somete o la impotencia que le atrae y lo decepciona. Un Yo histerizador, en donde el histérico con toda la inocencia y sin saber, sexualiza lo no sexual, se apropia de todos los gestos, todas las palabras o todos los silencios que percibe en el otro o que él mismo dirige al otro. Y por último un Yo tristeza, el cual conduce al paciente a situarse tanto en el papel del hombre como en el de la mujer, pero principalmente en el papel del tercer personaje, el cual da lugar al conflicto o por el cual el conflicto se resuelve. Hombre o mujer, el histérico ocupará el lugar del excluido. A esto se debe la tristeza del histérico, el hecho de verse relegado al lugar de excluido.

En el discurso de un paciente histérico, encontramos que su mundo está poblado por seres fuertes e inaccesibles y de seres débiles y lastimosos. El histérico rechaza a los fuertes pero se mantiene al tanto de cualquier debilidad, de cualquier avistamiento de sufrimiento, de la más remota fatiga. Por otro lado, desprecia a los débiles porque se identifica con ellos, pero los reclama con compasión buscando sanar sus heridas. (Nasio, 2012)

Todos los datos aquí compilados han sido de gran ayuda para guiar tanto el tratamiento del paciente, como para la realización de este trabajo.

CAPITULO 3

METODO

3.1 MÉTODO Y DISEÑO

La investigación cualitativa es el método de investigación que centra al sujeto como principal fuente de conocimiento para su investigación e interpretación, ya que incorpora la experiencia única del paciente como sus acciones, ideas, interpretaciones, pensamientos y sentimientos. Con el fin de explicar las experiencias únicas del paciente, ésta metodología rechaza la pretensión de cuantificar la subjetividad, buscando leyes generales que las respalden. El recurso metodológico utilizado es el estudio de caso psicoanalítico el cual se define como una descripción y análisis, intensivo y que reúne todos los aspectos de un caso en particular. (Muñiz, 2011)

3.2 INSTRUMENTO

El dispositivo psicoanalítico como lo son la asociación libre, la atención flotante, la neutralidad del terapeuta y la abstinencia del terapeuta a responder a los deseos del paciente, posibilita el proceso psicoanalítico. (Muñiz, 2011) Gracias al dispositivo se da el proceso psicoanalítico, lo que me permite la realización de las viñetas que resultan de cada sesión, las cuales son analizadas con las bibliografías utilizadas para fundamentar teóricamente los rasgos, síntomas identificados y el tratamiento a seguir.

3.3 MUESTRA

El sujeto en psicoterapia psicoanalítica es un hombre de 30 años que solicitó atención en la unidad clínica. Es la primera vez que el paciente acude a tratamiento psicoanalítico, siempre se ha presentado en buenas condiciones, su vestimenta es normal y se percibe como un hombre saludable. Para fines de éste estudio le llamaré al paciente Jorge. Ha presentado a lo largo de su tratamiento rasgos de estructura histérica, me enfocaré principalmente en, la dificultad para establecer vínculos en sus relaciones de pareja a propósito de una repetición edípica, cómo muestra para realizar este trabajo.

3.4 PROCEDIMIENTO

El paciente acudió por primera vez a la clínica en Agosto 2012, ahí solicitó apoyo psicoanalítico, se le realizó la preconsulta que le realizan a todos los pacientes para recopilar sus datos personales y su motivo de consulta, previamente yo había solicitado en la misma clínica que me asignaran un caso a tratar, me mostraron una serie de opciones para paciente y ahí fue donde vi su caso, les pedí a los responsables de preconsulta que me asignaran este paciente, ellos se encargaron de llamarle para concertar una cita, una vez confirmado me contactaron vía telefónica para hacerme saber que ya tenía una cita con él. Le atendí por primera vez el 13 de Septiembre 2012, en la primera entrevista recopile sus datos personales, su motivo de consulta y le comenté que nos veríamos en la clínica, que buscaría la posibilidad de vernos dos días a la semana, y el paciente

estuvo de acuerdo, le di mi número de teléfono celular y el me compartió el suyo, esto con el fin de estar en contacto directo de ser necesario, le comenté que antes de cada sesión debía realizar el pago en recepción y que me entregaría a mí la hoja verde del recibo que le entreguen para control de trámites de la clínica. En la sexta entrevista realicé el encuadre para iniciar una terapia psicoanalítica, le comenté los horarios y los días en que lo estaría atendiendo a partir de ese día, le comenté también que a partir de ese día todos esos horarios iban a tener que ser cubiertos con la cuota que la clínica había establecido, asistiera o no, esto debido a que a lo largo del trabajo clínico quizá se iban a presentar algunas dificultades para asistir a su terapia y que éstas ausencias iban a ser consideradas como parte de su terapia analítica y serían analizadas. Le comenté el tiempo que duraría mi compromiso con la clínica y que a partir de terminar mi compromiso, podría seguir atendiéndolo en mi consultorio o podría atenderlo algún compañero de la clínica.

3.5 TÉCNICA

La técnica que se ha utilizado es basada en la técnica de tratamiento psicoanalítico, han sido: la asociación libre en donde el paciente expresa sin discriminación todos los pensamientos que le pasan por la mente aun cuando le parezcan penosos o irrelevantes; la atención flotante en la que se escucha al paciente con la misma atención a todo su discurso dejando actuar su actividad inconsciente; se escucha el discurso del paciente con neutralidad, dejando de lado cualquier tipo de juicio del terapeuta; y la abstinencia de actitudes del analista a

responder a la demanda amorosa del paciente por medio de consejos o consuelo, dejando así que surjan los deseos insatisfechos del paciente facilitando y guiando así al trabajo analítico. Y como parte del tratamiento psicoanalítico se han utilizado también las intervenciones como interpretación que es orientada a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos y de su discurso; los señalamientos en donde por lo general se le regresa al sujeto su propio discurso para hacerle notar lo que el mismo está diciendo; la confrontación que se utiliza en el momento apropiado para los casos en que el paciente racionaliza y no le permite reconocer una resistencia. (Muñiz, 2011)

En el *Diccionario de psicoanálisis* de Rudinesco y Plon (2005), el *Diccionario de psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis (2004) y en *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* de Etchegoyen (2010) encontré las definiciones de los elementos importantes de la técnica psicoanalítica y me pareció pertinente hacer mención de éstos aquí:

Abstinencia: Es una regla que designa el conjunto de los medios y las actitudes puestos en obra por el analista para que el paciente pueda recurrir a formas de satisfacción sustitutivas, capaces de ahorrarle los sufrimientos que constituyen el motor del trabajo analítico.

Asociación libre: Término definido por Freud entre 1892 y 1898. Procedimiento empleado en la cura, en donde el paciente expresa los pensamientos que pasan por su mente, sin discriminación.

Atención flotante: Término definido por Freud en 1912 con el cual designa la regla técnica con la cual el analista debe escuchar al paciente sin dar privilegio a algún elemento de su discurso, dejando obrar su propia actividad inconsciente.

Confrontación: Se muestra al paciente dos cosas opuestas, buscando colocarlo ante un dilema que pareciera contener una contradicción.

Interpretación: Término usado por Freud. El término designa toda intervención psicoanalítica que apunta a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de su discurso o sus actos.

Neutralidad: Forma de actuar del analista por medio de la cual debe ser neutral en tanto a religión, valores morales y sociales, es decir, no permitir dirigir la cura en función a algún ideal del analista, absteniéndose de consejo; también, neutral en tanto a la transferencia “no entrar en el juego del paciente”; y neutral en tanto a la selección de material del discurso del paciente, dejando fuera prejuicios teóricos.

Señalamiento: Conformar un área de observación, en donde se le llama a la atención del paciente para que observe y aporte más información respecto a tema, señalando un hecho específico.

CAPITULO 4

CASO CLINICO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

4.1.1 RESUMEN GENERAL DEL CASO CLÍNICO

El paciente, Jorge, es un hombre adulto de 28 años, es el segundo hijo de siete, sus padres han mantenido una relación disfuncional debido a problemas económicos desde hace ya aproximadamente 25 años, pero a pesar de esta situación sus padres siguen juntos.

Recientemente Jorge se ha separado de su esposa Mónica después de 8 años de matrimonio, ya se había separado en dos ocasiones anteriores pero no duraron mucho estas separaciones. Sin embargo esta última vez, después de salirse de su casa, su esposa se mudó a Cd. Victoria (ciudad natal de Jorge y Mónica) con sus hijos y le pidió el divorcio. El principal motivo por el que se separaron fue por cuestiones económicas, la esposa de Jorge constantemente le reclama que no tienen solvencia o que no le ofrece seguridad económica. Pero lo que hizo definitiva esta separación, fue la relación amistosa que hizo Mónica con un compañero de sus clases de pintura.

Jorge se hizo socio de su suegro en un negocio, y cuando recién se separó de su esposa, decidió también disolver la sociedad del negocio y fue entonces

cuando su esposa decidió irse a vivir a Cd. Victoria ella le dijo “Tu solo no vas a poder”.

Jorge y Mónica se casaron muy jóvenes después de una relación de 4 meses porque ella estaba embarazada y tuvieron un niño, y dos años después tuvieron una niña. Recién casados se fueron a vivir a Cd. Victoria en donde los dos se volvieron muy dependientes de los padres de ella, quienes están divorciados, y después de 2 años decidieron venirse a vivir a Monterrey. En un principio estaban muy contentos con el cambio pero con el tiempo, Mónica empezó a quejarse de que Jorge no era un buen proveedor y que hacían falta cosas para los niños y para ella, como viajes, lujos, etc. Mónica le había dado un ultimátum hacía unos meses, le había dicho que si la situación económica no mejoraba para finales de año se iba a ir, y comenta Jorge que se fue antes de que se cumpliera el plazo que le había fijado.

Justo después de la separación, ella estaba tomando un curso de pintura aquí en Monterrey y ahí conoció gente nueva, inclusive días después de su separación, su todavía esposa estuvo hospedando a un hombre que conoció en su curso justo antes de hacer un viaje a Puebla que era parte del curso, a Jorge le molestaba que los niños estaban ahí con ella y los niños le platicaron que su mamá había quitado fotografías de él que estaban por toda la casa. El paciente empezó constantemente a atormentarse fantaseando sobre lo que pudiera estar pasando entre ellos dos.

Jorge se encontraba muy triste y angustiado por la separación, éste fue su motivo de consulta. Sin embargo, a pesar de su estado él estaba convencido de que no iba a volver con su esposa y de que no quería regresar a Cd. Victoria.

Jorge empezó una relación con una mujer llamada Sol aproximadamente cinco meses después de su separación. Aunque no era una relación formal en un principio, la relación se volvió formal siete meses después.

Un par de meses después de haber iniciado formalmente esta relación con Sol, Jorge concluyó su matrimonio con Mónica.

Actualmente Jorge empieza a mostrar signos de dependencia con esta nueva pareja, lo cual se ha aprovechado para ir analizando su comportamiento en ésta nueva relación e ir creando las líneas de trabajo sobre su forma de relacionarse en donde él toma la postura de abnegación sacrificial e insatisfacción, características propias de la estructura de neurosis histérica.

4.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

El paciente acudió a la clínica en busca de terapia por sugerencia de su madre, ya que cuando él se salió de su casa se fue a vivir con su hermano mayor y una hermana menor, ellos le comentaron a su madre que veían a Jorge muy afectado por la separación. Su hermano mayor había asistido a la clínica anteriormente.

Jorge comentó en su primera entrevista que lo que buscaba en terapia era poder dejar de pensar en ella y dejar de sentir el dolor que sentía debido a la separación, así como poder olvidar pronto a su esposa. Comentó: “Vengo porque ya no me quiero sentir así, enojado, celoso, solo, ya quiero sacármela...”

4.1.3 DEMANDA DE ANÁLISIS

El paciente acude a terapia psicoanalítica en busca de tranquilidad o paz, después de su separación, él también confía en que el analista tendrá las respuestas que necesita para sentirse mejor y superar este proceso por el cual está pasando.

4.1.4 SINTOMATOLOGÍA ACTUAL

Los síntomas que el paciente ha mostrado en estos meses de trabajo, han sido principalmente: angustia, el mismo paciente comenta en repetidas ocasiones que siente una opresión en su pecho; las fantasías, fantasías de su propia muerte y la de la gente que quiere, de una posible relación buena o mala; la seducción, se ha observado que el paciente espera hasta el final de la sesión para profundizar en su discurso, resistiéndose a realizar el vínculo y de esta forma espera que el terapeuta alargue la sesión; ofrecer sin quedarse nada para sí mismo, ponerse por debajo de las personas (principalmente de su esposa y su nueva pareja) el paciente busca relaciones en las que se siente devaluado y si no es así hace lo

que tiene que hacer para que su pareja termine devaluándolo; la insatisfacción del paciente, el paciente se queja de que la forma en que su actual pareja le demuestra su amor no es suficiente; vacilación constante en la toma de sus decisiones, el paciente en repetidas ocasiones dice que no sabe qué hacer y se le dificulta tomar una postura.

4.1.5 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En base a ésta sintomatología que he identificado con el trabajo que se ha realizado con el paciente puedo decir que se han observado rasgos encaminados a una estructura histérica. El paciente tiende recurridamente a ponerse al servicio del otro, en este caso su esposa y su nueva pareja, su postura de abnegación sacrificial, de acuerdo con J. Dor (1991), que es lo que voy a tratar específicamente en este trabajo. También se presenta como un ser desvalorizado e insatisfecho, con una continúa sensación de angustia ante la soledad y el abandono. (Dor, 1991)

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

4.2.1 CONTEXTO FAMILIAR

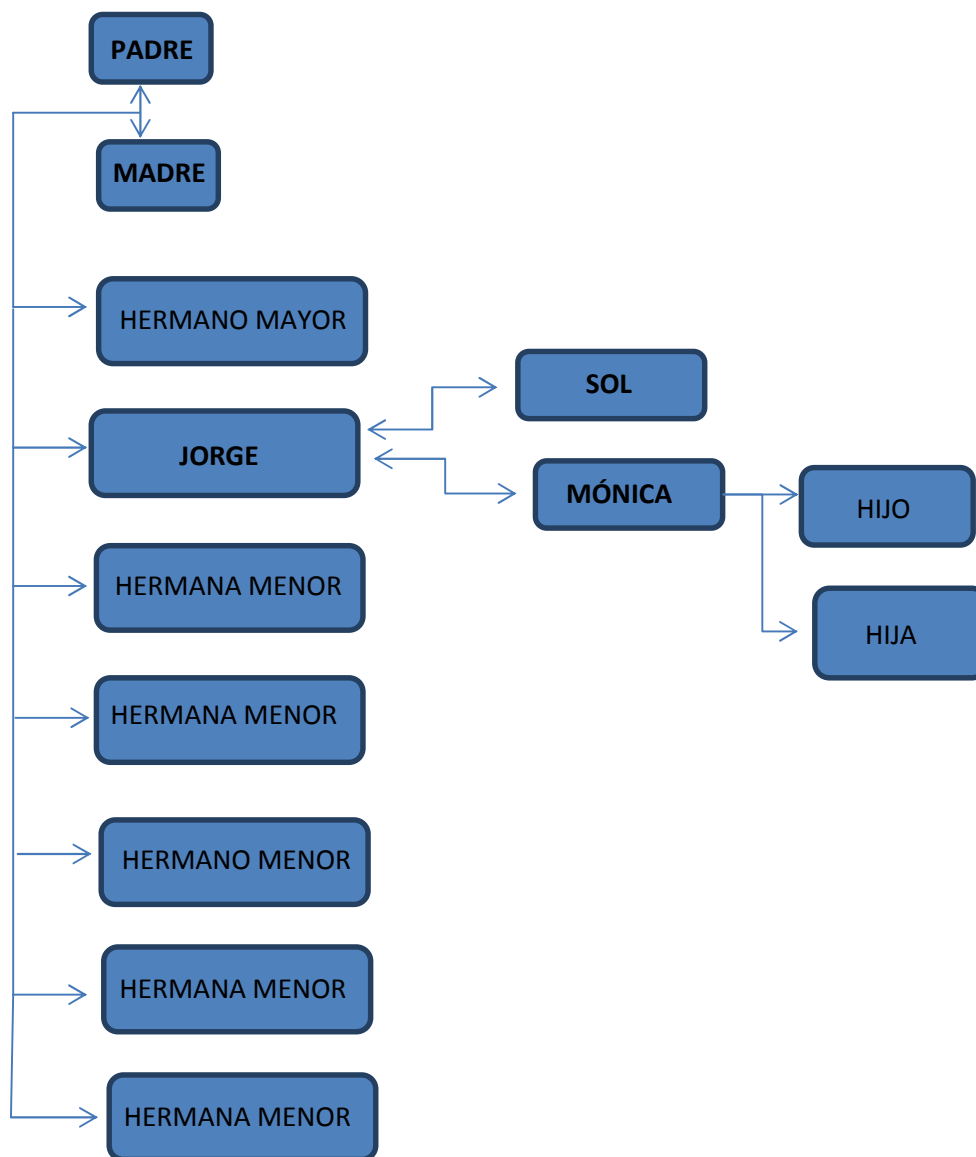
Jorge es el segundo de siete hijos. Cuenta que sus padres vienen de familias adineradas, eso le han contado sus papás, tenían una tienda de ropa y les iba muy bien, luego les traspasaron a sus padres una tienda exitosa de licores y

cigarros, pero recién comprada la tienda, el supermercado de Cd. Victoria empezó a surtir estos productos y la tienda al poco tiempo quebró, los padres de Jorge se quedaron con la otra tienda pero ya no les iba tan bien. Cuenta la madre de Jorge que pidió ayuda a su familia, pero le dijeron que la apoyaban con la condición de que dejara a su esposo y ella se negó, a partir de este evento rompieron relación con los familiares de la parte materna. Los familiares del padre si les ofrecieron ayuda, pero para recibirla implicaba mudarse de ciudad y la madre se negó. Los padres de Jorge siguieron trabajando en la otra tienda en donde ya no les iba tan bien como antes, tanto Jorge como su hermano mayor pasaban todo el día en la tienda y cuando no, los dejaban solos en su casa. Jorge recuerda que en tres ocasiones intentaron robárselo, una estando encerrado en su casa con su hermano, otra vez que caminaba de la mano de su tía en la calle intentaron arrebatárselo y la última vez él estaba jugando afuera de la tienda de sus padres y un señor le dijo que lo llevaría a conocer su perro, pero afortunadamente lo reconoció una amiga de su mamá y ella lo regresó a sus padres en la tienda. También recuerda Jorge que de niño, su madre en una ocasión le mostró una fotografía de un día de campo en la cual salía él de aproximadamente un año, el rompía en llanto, un llanto muy fuerte y le reclamaba a su mamá que por qué lo habían dejado solo.

El negocio de los papás solo fue empeorando hasta que perdieron la casa, cuenta Jorge que en una época tuvieron que vivir en la tienda y que algunas veces no tenían que comer, él notaba también que sus padres dejaban de comer para que sus hijos comieran. Relata que a partir de ese “mal movimiento” de su padre

ya nunca pudieron salir adelante, tuvo una infancia llena de carencias, el empezó a trabajar a los 15 años aproximadamente, él veía como sus amigos no tenían que trabajar ya que recibían el apoyo de sus padres. La madre constantemente culpa abiertamente al padre por sus carencias económicas, recuerda vívidamente que sus hermanos no quisieron apoyarla y se refiere a ellos como miserables y déspotas, adjetivos que también le ha atribuido a Jorge en algunas ocasiones por no ayudarlos a ellos ni a sus hermanos. Actualmente, después de su separación, Jorge se fue a vivir con su hermano mayor y una de sus hermanas menores, con él lleva una relación un tanto conflictiva y con ella lleva una buena relación. Sus padres viven en Cd. Victoria con sus dos hijos menores, su otra hermana vive también en Cd. Victoria, es la única casada actualmente. Con sus otros hermanos también se lleva bien. La madre constantemente le dice a Jorge que hacer y qué no hacer, le reclama que no les ayuda a sus hermanos entre otros asuntos, el padre lo ha mantenido un tanto ausente en terapia porque habla poco de él, solo cuando ha reconocido que el comportamiento con sus parejas ha sido muy parecido al de su padre con su madre, en donde el padre ha sido pasivo, ha permitido que su madre lo humille y le reclame, siempre aguantando y sin decirle nada. Comportamientos que fueron también adquiridos por Jorge en su matrimonio.

4.2.2 FIGURAS SIGNIFICATIVAS



De acuerdo con lo que he encontrado en el discurso del paciente, el padre es un hombre pasivo, callado, constantemente la madre del paciente acusa al padre de no ser un buen proveedor, de las carencias que siempre han tenido, el padre escucha en silencio estas quejas, pero de repente explota y se defiende de la madre, pero la mayoría de las veces él se queda callado. El paciente ha

comentado que después del fracaso con la tienda que había comprado ya nunca se volvió a “levantar” de dicho fracaso.

La madre es una mujer dominante sobre sus hijos y su esposo. El paciente afirma que la madre siempre quiere que las cosas se hagan como ella quiere, constantemente se queja de su padre y de él. Comenta que la madre está resentida porque sus hermanos, los tíos maternos del paciente, no los quisieron apoyar cuando empezaron con sus dificultades económicas y se refiere a ellos como déspotas, miserables, entre otros. Cuando uno de los hermanos del paciente tiene dificultades económicas y este no les puede ayudar, la madre le dice al paciente que es un miserable, que se avergüenza de su familia, cuando el paciente no cuenta con los recursos económicos para ayudarles.

Mónica es la, ahora, ex esposa del paciente. Mónica es una mujer joven, a lo largo de la relación que tuvieron ella y el paciente, constantemente le reclamaba, que no era un buen proveedor, que no tenía ambición, que no le daba seguridad como esposo ni como padre porque faltaban muchas cosas para los hijos y para ella (viajes, ropa, dinero, etc.).

Sol es la actual pareja de Jorge. Sol es una mujer joven y soltera con quien Jorge inició una relación después de su separación con Mónica. Jorge ha presentado en su discurso situaciones en donde se percibe que Sol toma actitudes imponentes o controladoras en la relación con él. Al principio de la relación Jorge no estaba seguro de que iniciaría una relación con ella, Jorge le hacía saber esta situación a Sol pero a pesar de esto, continuaron con su relación. En alguna

ocasión Jorge se involucró con otra mujer y Sol se enteró de este evento, a partir de ese momento Jorge decidió iniciar una relación formal con Sol y Sol con él, sin embargo constantemente Sol le reclama acerca de ese evento pasado y demanda actitudes de Jorge para remediar ese evento.

4.2.3 ESTRUCTURACIÓN EDÍPICA

En la infancia del paciente hubo una ausencia significativa por parte de la madre desde etapas muy tempranas, importantes para el desarrollo del niño, los principales eventos traumáticos que se han presentado a través del discurso del paciente tuvieron lugar en la etapa fálica, etapa en la cual se fija la neurosis histérica. Los padres del paciente tenían un negocio en el cual pasaban gran parte del día, la madre trabajaba junto con el padre, los hijos a veces se quedaban encerrados en su casa, otras veces los llevaban al negocio pero los padres se encontraban absortos en la tienda, y ya más grandes los hijos se quedaban en la escuela. Todo parece indicar que el paciente al vivir la ausencia de su madre y el saber que no la podía tener, crea un lazo de identificación con el padre, quien es un padre sumiso y abnegado. Pero quien si podía tener acceso a su madre. Esto para entrar en una rivalidad fálica por la madre.

De adulto el paciente, ha presentado una repetición edípica al repetir el patrón del comportamiento de su padre en relación con la madre y al escoger parejas de actitudes controladoras, como su madre. Tanto con Mónica como con Sol, Jorge ha mostrado una tendencia a colocarse en una posición de abnegación

sacrificial y sumiso, con el propósito de dar la razón a su pareja con la errada creencia de que de esta forma agrada y mantendrá satisfecha a su pareja, obteniendo como resultado lo opuesto.

Dentro del espacio psicoanalítico se han presentado situaciones en las que esta posición es repetida por el paciente. En una ocasión comentó que ese día no quería asistir a terapia, pero que había asistido de todas formas, este evento se interpretó tanto en sesión como en la supervisión del caso como una repetición de la tendencia a ocupar el lugar de sumisión del paciente, con el propósito de agrada en este caso al analista.

4.2.4 EVENTOS TRAUMÁTICOS

A lo largo del proceso psicoanalítico he encontrado varios eventos traumáticos que han marcado al paciente y han contribuido en la producción de su neurosis. Para este estudio incluiré solamente aquellos con los que he trabajado a propósito de sus relaciones de pareja.

El primero de estos eventos que aparecieron dentro del proceso psicoanalítico gracias a la asociación libre y a través de su discurso, fueron tres eventos en el que el paciente relató cómo cuando era pequeño intentaron robárselo en tres ocasiones. A pesar de que en realidad fueron tres eventos, el paciente en su discurso lo menciona como si hubiera sido uno (“una vez, trataron de robarme tres veces”). En la primera ocasión el paciente se encontraba en su casa acompañado de su hermano mayor (de 5 o 6 años de edad), el paciente

afirma que esto le ocurrió aproximadamente a la edad de 3 años, relata que unas personas tocaron a la puerta buscando a sus papás, los niños tenían la orden de no abrir la puerta, sin embargo la abrieron un poco y en ese instante la persona que estaba afuera lo agarró del brazo y lo empezó a jalar pero su hermano cerró fuerte la puerta y pudo evitarlo. En otra ocasión él iba en la calle acompañado de su abuela que lo llevaba de la mano, cómo a la edad de 4 años y afirma que una señora empezó a jalarlo del brazo para llevárselo pero que la abuela pudo agarrarlo fuertemente para que no se lo llevaran. Y por último, como a la edad de 6 años él salió de la tienda de sus padres, porque iba a jugar afuera, en eso se topó con un señor que le dijo que si quería ver su perro y el accedió, lo llevaba de la mano y más adelante se topó con una amiga de su mamá que lo reconoció y lo llevó de vuelta a la tienda. Estos eventos me parecen un tanto fantasiosos y pienso que tiene que ver con las ausencias constantes por parte de la madre debido al trabajo que realizaba al lado de su esposo en la tienda que tenían.

El otro evento traumático que el paciente ha incluido en su discurso, es que el recuerda cómo cuando tenía la edad de entre 3 y 4 años su madre le mostró una fotografía en donde salía él sólo en un día de campo que habían hecho en familia, al ver él la fotografía recuerda haber sentido una angustia muy fuerte y tristeza, y recuerda haber llorado intensamente, mientras le reclamaba a su mamá “por qué me dejaron solo ese día”. Este evento también tiene que ver con la constante ausencia de su madre en etapas muy tempranas del paciente. Y cómo empezó a desarrollar una angustia ante la soledad o el abandono.

4.2.5 PERFIL SUBJETIVO

Maneras de Interacción: Para el paciente existen dos tipos de personas, las que tienen el falo y los que no lo tienen. A las primeras las coloca en un lugar especial, podría compararse con colocar a alguien en un pedestal, se vuelven personas más valiosas que él mismo, fuertes e inaccesibles, a quienes en silencio rechaza pero siempre buscará complacer y agradar. Y el segundo tipo de personas, son las personas débiles y lastimosas, a quienes rechaza y desprecia en silencio por identificarse con ellas y a la vez se compadece y desea sanar sus heridas.

Identidad sexual: El paciente es atraído por mujeres. Para el paciente es muy importante mantenerse activo sexualmente, principalmente con su pareja. El paciente recibe una reafirmación del amor o de la aceptación a través del sexo. Es difícil para él dejar pasar un par de días sin tener relaciones sexuales.

Rasgos de carácter: Es un hombre amable, con sentido de responsabilidad pero con dificultades de cumplir con ellas debido a su situación económica y su miedo a asumir su papel de padre, principalmente. Es un hombre inseguro en sus relaciones de pareja, constantemente le amenaza la posibilidad de ser desplazado.

Recursos yoicos: El paciente, es un hombre sensible, pasivo, con habilidades sociales, con sentido de justicia, con sentido de responsabilidad y compasivo.

Mecanismos de defensa: El paciente como mecanismo de defensa principalmente la represión. Reprime fuertemente sus carencias como padre y las proyecta en Mónica, en tanto a sus propias carencias como madre.

Características del superyó: El paciente presenta una relación fuerte con la iglesia católica, aunque no es practicante activo, cree en que Dios puede castigarlo. Él cree fuertemente que el matrimonio es para toda la vida, cree en la fidelidad y le da un lugar muy importante e inflexible en su vida. Él tiene una fuerte idea de “cómo deben de ser y hacerse las cosas” cualquier otra forma de hacerlo o de ser le parece intolerable y es causa de angustia y enojo.

4.3 CONSTRUCCIÓN DE CASO

En este punto es mi propósito mostrar un panorama general de los momentos en los que, a lo largo del trabajo clínico, el paciente ha incluido en su discurso puntos básicos que han sido referenciales a el diagnóstico realizado, así como de su proceso terapéutico.

El objetivo principal de ésta investigación, ha sido enfatizado en la forma en la que el paciente se relaciona con su pareja. Partiendo de que el histérico es un ser de miedo, que con el fin de atenuar su angustia, no encuentra otra forma, más que sostener la insatisfacción en su vida. Siempre se presenta como víctima desdichada y siempre insatisfecha. Y para asegurarse este estado de insatisfacción, el histérico busca en el otro la potencia que lo somete o la impotencia que le atrae y lo decepciona. (Nasio, 2012).

Así cómo también, dónde el paciente histérico se pone al servicio del otro, colocándose por debajo de éste con un carácter sacrificial, que también es un aspecto de la histeria. El histérico también se vive no siendo suficientemente

amado por éste otro, esta frustración amorosa se inscribe en la apuesta fálica. Así el histérico se vive como un objeto desvalorizado e incompleto. Todo esto con el único fin de llegar a ser el objeto ideal del otro. El histérico hará todo para posicionarse en la mirada del otro, es decir el dar para ver, y lo hará con su cuerpo y su palabra. Es importante aparecer como un objeto brillante que envuelva al otro por medio de la seducción. Este otro deberá tener siempre su mira en un objeto semejante, de no ser así el histérico podrá dejarlo. Esta búsqueda no hace más que redoblar la economía neuróticamente insatisfecha del deseo. (Dor, 1991).

Y por otro lado la identificación edípica con el padre respecto a la relación con la madre. En donde el paciente histérico interroga siempre la atribución fálica, lo que lleva desarrollar una indeterminación en dos opciones psíquicas, en donde por un lado el padre tiene el falo de derecho, por esto su madre lo desea en él, y por otro lado, el padre no lo tiene porque priva a la madre de él. Son estas, y principalmente la última lo que alimentará la puesta a prueba que el histérico mantendrá respecto a la atribución fálica. Debido a la identificación fálica, el hombre histérico se atormentará buscando dar pruebas de su virilidad (Dor, 1991).

A partir de estas aportaciones teóricas me permito plantear este caso partiendo de las siguientes categorías descriptivas:

4.3.1 El padre pasivo que lo aguanta todo.

En repetidas ocasiones he encontrado en el discurso de Jorge, eventos en los que incluye frases en dónde se refiere a su padre como un hombre pasivo quien soporta los reclamos de la madre de forma silenciosa. El paciente percibe esta actitud del padre cómo una forma inteligente de conducirse para lograr mantener cierta estabilidad en el ambiente familiar así como en su matrimonio.

Viñeta de Sesión:

Paciente: Mi papá es un hombre tranquilo, mi mamá siempre le está reclamando por la situación económica que siempre ha sido un problema en la casa, le grita, lo ofende, en frente de nosotros, desde que mis hermanos y yo estábamos chiquitos, que fue cuando empezaron los problemas económicos en casa.

Terapeuta: ¿Qué es lo que le reclama tu mamá a tu papá?

Paciente: Pues le reclama cuando falta dinero, le dice que es un flojo, porque batallan para pagar la renta, no se, todo le reclama, siempre le reclama.

Terapeuta: ¿Y tu papá cómo reacciona cuando tu mamá le está reclamando?

Paciente: Mi papá siempre la deja hablar y gritar, no le hace caso, como que la ignora, a veces si se desespera y también le grita, pero casi siempre se queda callado y no le dice nada.

Terapeuta: ¿Y tú qué piensas de ésta forma de comportarse de tu papá?

Paciente: Pues creo que mi papá es más inteligente, porque no se pone a discutir, es que mi papá es muy bueno, y pues a final de cuentas si le ha funcionado porque mis papás a pesar de todo lo que han pasado siguen juntos, nunca han pensado en separarse o divorciarse y creo que ayuda mucho que mi papá es muy tranquilo porque mi mamá si es muy explosiva”

Fundamentación teórica:

“La apuesta histórica es, por excelencia, la cuestión de ese “paso que se debe dar” en la asunción de la conquista del falo. A través de ella, el niño se sustrae a la rivalidad fálica en la cual se había instalado, alojando en ella imaginariamente al padre. Hablando con propiedad, la asunción de esta conquista del falo es lo que Freud designaba con la expresión *declinación del complejo de Edipo*. Resulta fácil comprender que tal declinación está directamente vinculada a la cuestión de la atribución fálica paterna, o sea, al momento preciso en que va a principiar la lógica del deseo histórico.” (Dor, 1991. p. 86 - 87).

4.3.2 La relación con mi madre.

A lo largo del trabajo clínico con el paciente en repetidas ocasiones describe a su madre cómo una mujer de “carácter explosivo”, una mujer que reclama todo el tiempo, que se queja, que grita, una mujer insatisfecha y controladora. Características que han sido puntos de convergencia entre la madre y las mujeres con las que el paciente ha buscado emparejarse. La forma del paciente de

relacionarse con su madre está determinada a partir de la identificación edípica con el padre.

Viñeta de Sesión:

Paciente: Mi mamá siempre quiere que hagamos las cosas como ella quiere, así es con todos, con mis hermanos, conmigo, con mi papá, y si no hacemos lo que ella quiere se enoja, nos reclama bien feo, a mi muchas veces me ha dicho que soy un miserable porque no ayudo a mis hermanos... creo que por eso mi papá no le dice nada cuando le reclama cosas a él, para darle por su lado... se mete mucho en nuestras vidas.

Terapeuta: ¿Cómo es eso de que se mete en tu vida?

Paciente: Pues si, por ejemplo cuando me separé de Mónica, me decía: "es que estas bien menso, tienes que reclamarle..." y me decía las cosas que tenía que reclamarle, y luego ella cuando veía a Mónica, o sea cuando iba ella a dejarle a los niños a mi mamá, mi mamá le decía las cosas que me había dicho, reclamos, cómo que ella se había llevado a los niños, que no los cuidaba bien, etc. Y luego Mónica me reclamaba a mí. Yo le digo a mi mamá que no se meta, pero no me hace caso y mejor ya no le digo nada porque si no discutimos. (Silencio) Me acuerdo mucho de una vez, que mi hermano había terminado con una novia, mi mamá se metió a su cuarto y le tiró todas las cosas que su ex le había regalado y todas sus fotos, mi hermano se enojó mucho.

Fundamentación teórica:

“... el niño descubre que él no sólo no es el falo, sino también que no lo tiene, tal como la madre, de quien al mismo tiempo descubre que lo desea allí donde supuestamente se encuentra. El padre accede así a su plena función de padre simbólico, tanto más cuanto que la madre reconoce la palabra del padre como la única susceptible de movilizar su deseo. En efecto, en esta nueva movilización del deseo de la madre, tal y como ella aparece al niño, este último no puede dejar de instituir al padre imaginario en un lugar donde es depositario del falo.” (Dor, 1991. p. 86 - 87).

4.3.3 Mi esposa Mónica: yo le daba todo y ella siempre encontró que reclamarme.

El paciente relata en su discurso como Mónica, su ahora ex esposa, estaba enojada siempre con él, el paciente siempre buscó colocarse en una posición, propia de la estructura histérica, de abnegación sacrificial frente a ella, para satisfacerla y obtenía lo contrario. Comenta como nunca era suficiente todo lo que le ofrecía ella siempre reclamaba carencias en el hogar, principalmente económicas. El paciente relata que él buscaba ser detallista con ella y ella no lo valoraba. Constantemente le decía que no era un buen proveedor para ella y para sus hijos.

Viñeta de sesión:

Paciente: Unos de sus amigos me dijeron que Mónica siempre se quejaba de mí, que no le llevaba dinero, que siempre ella tenía que solucionar las cuestiones económicas, eso no es cierto, si algunas veces ella aportaba pero no siempre. A ella nunca le faltó nada, a veces si estábamos apretados, y no había para viajes o esos lujos, pero siempre cumplí. Nunca faltó comida en la casa, a veces me atrasaba con la renta pero siempre salía. También me dijeron que ella decía que siempre había sido infeliz, y eso no es cierto que no sea mentirosa. A lo mejor un tiempo si pero no siempre.

Terapeuta: ¿Ella alguna vez te dijo esto?

Paciente: Si, siempre me reclamaba que no había dinero para ir a San Antonio, para ir de vacaciones con su familia, lujos. Pues si tal vez no había lujos pero siempre hubo lo indispensable.

Paciente: Recuerdo que una vez que fue nuestro aniversario le llevé flores y ella me dijo que para que gastaba en eso si ni le gustaban las flores, que mejor guardara el dinero para otras cosas que necesitábamos. Nunca estaba contenta con nada.

Terapeuta: ¿Qué hacías tu cuando Mónica te reclamaba estas cosas?

Paciente: Al principio si discutíamos, pero luego yo ya mejor no le decía nada, yo solo quería estar bien con ella, si lograba mantenerla contenta en el día, en la

noche podía buscarla para tener relaciones con ella, entonces mejor siempre le daba por su lado, para que pudiéramos estar bien.

Fundamentación teórica:

“... Para gustar y tratar de satisfacer lo que imagina es el placer del otro, el histérico se embarcará gustoso en la cruzada de la abnegación sacrificial.” “En una vertiente más masculina, evoquemos también a los “excombatientes” que nutren sus beneficios secundarios de neurosis invocando todos los sacrificios que consintieron por el bien de la familia, del trabajo y de algunos valores igualmente indudables.” “En todo sujeto histérico persisten, de manera más o menos invasora, los vestigios de una queja arcaica que se desarrolla sobre el fondo de una reivindicación amorosa referida a la madre. En efecto, el histérico se vive frecuentemente como no habiendo sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todos los testimonios de amor esperados de la madre. Esta frustración amorosa se inscribe siempre en relación con la apuesta fálica. Así en esta frustración, el histérico se inviste como un objeto desvalorizado e incompleto, es decir, como un objeto irrisorio del deseo de la madre frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal: el falo. La incidencia más manifiesta de esta relación desvalorizada con el objeto del deseo de la madre, se localiza en el nivel de la identidad del histérico. Esta identidad es siempre insatisfactoria, desfalleciente, en otras palabras, parcial, respecto de una identidad plenamente realizada, dicho de otro modo, ideal.” (Dor, 1991. p. 93 - 95).

4.3.4 Amo más a Sol de lo que Sol me ama a mí.

Desde el día en que Jorge se asumió como pareja de Sol, él ha sentido cómo es que el ama más a Sol, más de lo que Sol lo ama a él. El paciente coloca toda su energía libidinal en Sol, y en cuanto Sol quita su mirada de él, Jorge vive estas situaciones como falta de amor. Constantemente se encuentra en su discurso frases como “ella no piensa tanto en mi como yo en ella”, “ella estaba platicando con unos amigos entonces yo me fui”. El paciente encuentra de esta forma, el camino para volver al estado insatisfecho, en donde encuentra la forma de atenuar su angustia.

Viñetas de Sesión:

Paciente: Siempre he sentido que yo quiero más a Sol de lo que ella me quiere a mí, yo siempre estoy pensando en ella, siempre estoy pensando en hablarle, verla o escribirle y yo veo que ella es más libre, ella de repente me dice voy a salir con mis amigas y se va y me escribe poco y se la pasa bien, pero cuando yo salgo con mis amigos, siempre estoy pensando en ella, en qué estará haciendo, como estará, etc. Por ejemplo, la otra vez fuimos a una reunión con unos amigos de Sol y estábamos platicando los cinco, pero de repente sentí como Sol estaba platicando más con ellos que conmigo, entonces yo me salí de donde estábamos a un balcón que había ahí, para ver que hacía, después de un rato Sol salió al balcón y me preguntó que qué pasaba, yo le dije que nada que había salido a tomar un poco de aire y me dijo ok, me dio un beso y se fue otra vez.

Terapeuta: ¿Qué esperabas que hiciera Sol?

Paciente: Pues esperaba que se diera cuenta y se quedara conmigo ahí, pero se volvió a meter a la reunión.

Terapeuta: Entonces, ¿qué saliera a preguntarte que pasaba no fue suficiente?

Paciente: Pues no, porque siguió sin pelarme...

Terapeuta: Pero salió a preguntarte si todo estaba bien y te dio un beso...

Paciente: Pues sí, pero yo me hubiera quedado con ella.

Fundamentación teórica:

“El histérico es, fundamentalmente, un ser de miedo que, para atenuar su angustia, no ha encontrado más recurso que sostener sin descanso, en sus fantasmas y en su vida, el penoso estado de la insatisfacción. Mientras esté insatisfecho, diría el histérico me hallaré a resguardo del peligro que me acecha... Un peligro esencial amenaza al histérico, un riesgo absoluto, puro, carente de imagen y de forma, más presentido que definido: el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce de tal índole que, si lo viviera, lo volvería loco, lo disolvería o lo haría desaparecer.” (Nasio, 2012. p.18, 19)

CAPITULO 5

SINTESIS CLÍNICA Y CONCLUSIONES

Las categorías clínicas describen la estructuración edípica formada en el paciente, es decir la identificación con el padre así cómo la relación con la madre, punto crucial en cualquier trabajo clínico y la forma en que se da una repetición edípica en las relaciones que el paciente establece con sus parejas.

El motivo de consulta del paciente fue debido a la separación en su matrimonio, evento el cual propició desde un principio ir orientando su trabajo clínico a la relación con su pareja en ese entonces y continuarlo posteriormente con su actual pareja.

Desde un principio el paciente empezó a analizar la forma en que se vinculaba con su pareja, a partir de los señalamientos e intervenciones realizados, en donde pudo dar cuenta de la posición inconsciente en la cual se colocaba, propia de su neurosis histérica; una posición insatisfecha y sacrificial en donde lo soporta todo, buscando ser querido y valorado por el otro, en este caso su pareja. Con su actual pareja el paciente ha podido trabajar clínica y profundamente estas motivaciones inconscientes, que lo llevan a actuar de determinada forma.

Las intervenciones clínicas han sido enfocadas principalmente a develar esta posición inconsciente del paciente y de la responsabilidad del paciente al asumir su disposición a mantenerse insatisfecho y en la posición de abnegación sacrificial a propósito de su identificación con el padre, quién muestra también ubicarse en esta posición inconsciente, así como la vinculación con su madre con

quién, el paciente, ha mantenido una postura pasiva “para evitar problemas” como resultado de la identificación con el padre y debido al carácter explosivo de ésta. Y finalmente terminó generándose una relación en donde la pareja comparte características mencionadas de la madre.

Una de las dificultades presentadas en el trabajo clínico han sido las resistencias del paciente en varios momentos a continuar con su terapia, a lo cual se ha ausentado en la clínica, lo que actualmente se sigue presentando, con la ventaja de que solo se ausenta por un día.

Una de las oportunidades que me ha dejado esta investigación ha sido ampliar mi conocimiento respecto a la estructura histórica, lo que me ha permitido ampliar líneas de trabajo en el tratamiento psicoanalítico del paciente, así como organizar la información aportada por parte del paciente.

Por último, puedo decir que en el transcurso de la maestría, me quedo con conocimientos muy valiosos impartidos de muchos de mis maestros, así como aportaciones por parte de mis compañeros. Creo que la práctica clínica que tuve oportunidad de realizar en la institución y las supervisiones de diversos casos que atendí es parte esencial de mi formación como psicoterapeuta psicoanalítico. Mi crecimiento no solo ha sido profesional, también ha sido personal y ha sido una experiencia única en mi recorrido por el psicoanálisis.

BIBLIOGRAFÍAS

Dör, J. (1991) *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Etchegoyen, H. (2010) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Fioravanti, C. (2005) *Las máscaras de la histeria*. Revista Pesquisa FAPESP. Sao Paulo, Brasil. <http://revistapesquisa.fapesp.br/es/2005/11/01/las-mascaras-de-la-histeria/>

Freud, S. (1893) *Obras Completas, Tomo II. Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1910) *Obras Completas, Tomo XI. Cinco conferencias sobre Psicoanálisis, un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci y otras obras*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1920) *Obras Completas, Tomo XVIII. Mas allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo, y otras obras (1920-1922)*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1917) *Obras Completas, Tomo XVI. Conferencia 23 “Los caminos de la formación del síntoma”*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Freud, S. (1923) *Obras Completas, Tomo XIX. El Yo y el ello, y otras obras (1923 – 1925)*. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu Editores.

Gómez, J. (2005) *Lo femenino en el hombre y la estructura histérica*. El diván, Blog: Periodista digital. Madrid, España. <http://blogs.periodistadigital.com/eldivan.php?p=6382&more=1&page=2>

- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1993). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona, España. Editorial Labor S.A.
- Muñiz, M. (2011). Antología. *El estudio de caso en psicoanálisis. Delimitación y Lenguaje*.
- Nasio, J. D. (2012). *El dolor de la histeria*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Perales, C. (2011). *La histeria masculina*. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Sao Paulo, Brasil.
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=673445&indexSearch=ID>
- Roudinesco, É. y Plon, M. (2005). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Sopena, C. (1993). *Comentarios acerca de la histeria*. En Revista uruguaya de psicoanálisis. Asociación Psicoanalítica de Uruguay. Uruguay. ISSN 1688-7247 (1993) Revista uruguaya de psicoanálisis (En línea) (78) en: <http://www.apuguay.org/apurevista/1990/1688724719937804.pdf>