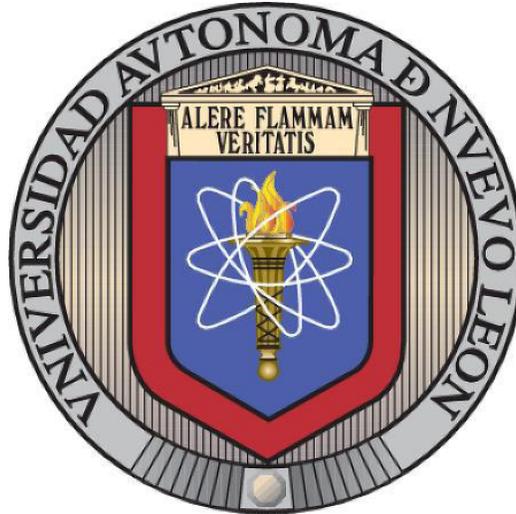


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**LA MUJER INVISIBLE, EL LUGAR DE TERCERO EXCLUIDO COMO
REACTIVACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO EN UN CASO DE HISTERIA
FEMENINA**

PRESENTA

JONATHAN JESÚS PONCE DE LEÓN SANTOS

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

JUNIO, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS
LA MUJER INVISIBLE, EL LUGAR DE TERCERO EXCLUIDO COMO
REACTIVACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO EN UN CASO DE HISTERIA
FEMENINA**

**PRESENTA
JONATHAN JESÚS PONCE DE LEÓN SANTOS**

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

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

JUNIO DE 2017



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



TESIS

**LA MUJER INVISIBLE, EL LUGAR DE TERCERO EXCLUIDO COMO
REACTIVACIÓN DEL COMPLEJO DE EDIPO EN UN CASO DE HISTERIA
FEMENINA**

PRESENTA

JONATHAN JESÚS PONCE DE LEÓN SANTOS

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

DIRECTOR DE TESIS

DRA. EDITH GERARDINA POMPA GUAJARDO

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

JUNIO DE 2017

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi esposa por estar a mi lado, por ser una mujer maravillosa, que me incita a siempre salir adelante, a ser una mejor persona. Agradezco su paciencia en este camino que emprendimos juntos, tanto familiar como profesionalmente. Por ser mi razón para seguir adelante, por hacer mi vida una experiencia maravillosa.

Agradezco a mis padres por darme un excelente ejemplo de vida, de demostrarme que cuando uno quiere alcanzar sus sueños puede lograrlos, les agradezco por siempre estar ahí cuando los he necesitado y me dan la confianza para dar grandes pasos sabiendo que contare con ese apoyo.

A mi hermano por ser un excelente amigo, que aun siendo años menor que yo siempre me ha escuchado y regalado palabras que me hacen reflexionar y me impulsan a seguir.

A mis profesores de la maestría, ya que fueron excelentes cimientos para mi formación, mostrándome que existe mucho más de lo que pensaba, enfrentándome a lo real, pero al mismo tiempo ayudándome a tratar de llenar ese agujero, siempre dejándome un gran conocimiento y la preparación para poder seguir adelante en mi formación.

A mi directora de tesis y mi supervisora, la Dra. Edith Pompa, por su dedicación y apoyo, por su pasión, por llevarme a dar lo mejor de mí, tanto como analista y como persona. Agradezco por compartirme su experiencia y por transmitirme su amor por esta bella profesión.

A mis revisoras de tesis la Dra. Blanca Montoya y la Mtra. Graciela Navarro, por sus acertadas puntualizaciones sobre el presente trabajo.

A mis supervisores la Mtra. Graciela Navarro, la Mtra. Celia Guerra y al Dr. Vanegas, por transmitirme sus conocimientos y su experiencia en el ámbito clínico, por orientarme en momentos de ignorancia y frustración.

Al Dr. Álvaro Antonio Ascary Aguilón Ramírez, por su apoyo para llevar a cabo la maestría, por darme la oportunidad de trabajar como becario y darme la oportunidad de apreciar el trabajo universitario.

A la Dra. Magaly Cárdenas, por su confianza y su amistad, por permitirme trabajar a su lado y por mostrarme la vida universitaria tal como es, siempre estando ahí dispuesta a escucharme y apoyarme en los momentos difíciles.

A la Mtra. Alejandra Valdez, por su apoyo incondicional, por ser una gran amiga que me escucha y orienta en mi camino.

A la Mtra. Irma Fernández por ser una excelente guía en el ámbito profesional, una mujer capaz, siempre buscando sacar lo mejor de mí.

A mis pacientes, quienes al acompañarlos en sus procesos me ayudan a enfrentarme a lo complejo que es el funcionamiento psíquico y me invitan a prepararme más para poder llegar cada vez más lejos.

Por último me gustaría agradecerles a los profesores, familiares, alumnos y amigos, a todas aquellas personas que forman parte de vida, que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

Muchas gracias.

INDICE

CAPÍTULO I.....	12
INTRODUCCION.....	12
1.1 ANTECEDENTES.....	14
1.2 OBJETIVO GENERAL	19
1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
1.3 SUPUESTOS	20
1.4 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES	20
1.5 JUSTIFICACIÓN	22
CAPÍTULO II	24
FUNDAMENTACION TEORICA	24
2.1 Freud y su encuentro con la histeria: El inicio del psicoanálisis	24
2.2 El complejo de Edipo en Freud	29
2.3 El complejo de Edipo en Lacan	33
2.3.1 El primer Tiempo	33
2.3.2 El segundo Tiempo.....	34
2.3.3 El Tercer tiempo	36
2.4 La reactivación del Edipo en la neurosis histérica.....	37
2.5 La marca imborrable de la histérica.....	37
2.6 La histérica como objeto desvalorizado e incompleto	38
2.7 El lugar del tercer excluido	39
2.8 La transferencia	41
2.9 La insatisfacción en la histeria	42

2.10 La posición histórica respecto del goce del Otro	43
CAPÍTULO III	45
METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS	45
3.1 Método	45
3.2 Dispositivo analítico	47
3.3 Encuadre psicoanalítico	48
3.4 Proceso analítico	49
3.5 Instrumentos	50
CAPÍTULO IV	52
ESTUDIO DE CASO CLINICO.....	52
4.1 Historial clínico	52
4.1.1 Resumen general del caso clínico.....	52
4.1.2 Motivo de consulta	56
4.1.3 Demanda de análisis	56
4.1.4 Sintomatología actual	57
4.1.5 Impresión diagnóstica.....	59
4.2 Estructura subjetiva.....	61
4.2.1 Contexto Familiar	62
4.2.2 Estructura Edípica	62
4.2.3 Eventos traumáticos	64
4.3 Construcción del caso clínico.....	65
4.3.1 El lugar del tercero excluido en la neurosis histérica.	65
4.3.2 La identidad irrisoria de la histérica.....	69
4.3.3 El lugar del tercero excluido como lugar de insatisfacción	72
CAPÍTULO V	76
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	76

5.1 Síntesis de la intervención clínica.....	76
5.2 Discusión y conclusiones personales	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo analizar el lugar de tercero excluido, un lugar característico de la estructura histérica, que genera dolor, tristeza y sentimientos de inutilidad, pero que a su vez es un lugar de insatisfacción que protege de un goce sin límites.

A su vez abordaremos este lugar de tercero excluido comparándolo y ubicándolo con respecto al complejo de Edipo propuesto por J. Lacan.

Estos fundamentos teóricos se fundamentaran en base a la intervención clínica llevada a cabo con una paciente histérica.

Se utilizo el método psicoanalítico, también llamado método de la asociación libre, ubicado en el enfoque cualitativo.

El marco teórico utilizado, tiene como base la teoría freudiana y algunos autores posfreudianos como Juan David Nasio, Paul Verhaeghe, Hugo Bleichmar, Joel Dor, entre otros. Los principales conceptos abordados son el complejo de Edipo, la transferencia, el goce, la insatisfacción, todos relacionados a la estructura histérica.

Se partirá del supuesto teórico de que el lugar de tercero excluido es una repetición de la entrada del padre como otro que destruye la relación dual de la madre y la niña, dejándola relegada a un costado como aquello que no es el objeto del deseo materno.

A su vez que el lugar de tercero excluido protege a la mujer histérica de un goce sin límites, conservándola en un lugar de insatisfacción.

Lo anterior mencionado se trabajó con una paciente histérica, quien en un primer momento se vivía excluida en todas las relaciones en las que pertenecía o se involucraba, el análisis logró ubicar su lugar activo en su patología, al descubrir las razones de su exclusión y como ella misma se excluía, al dejar de sentirse incomoda a ocupar el lugar del deseo, pudo mejorar sus relaciones interpersonales y alcanzar eso que imaginariamente creía que le causaría mucho displacer.

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

La histeria ya no lleva los mismos rostros que en la época de Freud, ya no son aquellas histéricas conversivas que generaban tanto asombro y desconcierto. Las histéricas de hoy cuentan con nuevas facetas que al igual que aquel entonces desconciertan y asombran a cualquier analista, una de estas facetas es el lugar de tercero excluido, un lugar que parece siempre ocupa la histérica, que después de tratar de ser ese todo para el Otro, de buscar satisfacer y completarlo, cae el telón de la escena teatral solo para darse cuenta que no fue suficiente, que no fue eso que cautivo la mirada que tanto buscaba y que otro, otra, o cualquier cosa, ocupó ese lugar que ella tanto deseaba.

Esta faceta tan llamativa y tan escuchada en la clínica actual, será abordada como una reactivación del complejo de Edipo, donde con la entrada del padre, la niña deja de ser todo para la madre, quedando en ese mismo lugar excluido.

Por otro lado este lugar de tercero excluido protege de un deseo incestuoso, de un goce que imaginariamente se le supone será un placer sin límites, el goce del Otro.

Me parece importante investigar esta temática ya que es ubicable, como una demanda casi universal de la histérica, “yo que tanto me esfuerzo por ser lo que el Otro desea, y no soy suficiente, prefiere otra cosa que a mí”, hasta en aquellas quejas de belleza como, “no soy tan bonita”, y nos preguntaríamos, bonita ¿En relación a quien? Como si hasta en la belleza se ubicara como excluida ya que se prefiere a otra, dejándola a un lado, no sintiéndose deseada.

El siguiente trabajo se divide en los siguientes capítulos: El primer capítulo es el anteproyecto del reporte, que consiste en los antecedentes o trabajos que han trabajado algo similar, así como los objetivos planteados, supuestos, limitaciones, delimitaciones y justificación para este estudio de caso.

El segundo capítulo contiene la fundamentación teórica para sostener lo expuesto en este estudio. El tercer capítulo nos habla sobre la metodología y los procedimientos llevados a cabo en el presente estudio.

El cuarto capítulo consta del estudio de caso, el historial clínico y de las categorías para analizar el material clínico, en este capítulo se articulan tanto la teoría expuesta y la intervención clínica. En el quinto y último capítulo se hace una síntesis de la intervención clínica, así como la discusión y las conclusiones personales.

1.1 ANTECEDENTES

La concepción de la histeria ha ido evolucionando durante el paso de los años. En la cultura griega retomando ideas de la cultura egipcia, nace la palabra histeria, derivada de la palabra utilizada para designar al útero (Marchant, 2000:3). En un inicio la explicación a las manifestaciones patológicas de la histeria consistía en que las enfermas estaban privadas de satisfacciones sexuales (Sopena, 1993: 3). Esta afección se presentaba principalmente en mujeres que no habían tenido relaciones sexuales y que a consecuencia de ello se podía producir un resecamiento de la matriz, por lo que esta buscaría recobrar la humedad perdida desplazándose a la cavidad abdominal o a la garganta, lugares donde encontraría dicha humedad (Marchant, 2000:3).

En cuanto a los tratamientos de dicha época para curar la histeria, encontramos la aplicación de sustancias desagradables con el fin de hacer que el útero retomara su lugar y en el caso de mujeres solteras se recomendaba como el medio más eficaz, la búsqueda de un marido que las satisficiera sexualmente (Marchant, 2000:3).

Después de los griegos la concepción de la histeria sufrió cambios considerables. A inicios del siglo XVII Leopoldo afirmo que la única sede de la histeria era el cerebro dejando a un lado la teoría del útero y en 1796, Cullen perfilo la histeria como una enfermedad mental y se empezaron a tomar en cuenta las emociones y los rasgos de personalidad histéricos. (Sopena, 1993: 3). A mitad del

siglo XIX los médicos consideraban que las pacientes histéricas eran personas seductoras, intrigantes y manipuladoras que simulaban una afección que no tenían (Sopena, 1993: 4), o bien que quizá tenían una lesión dinámica, una lesión que debía existir pero no podía encontrarse (Verhaeghe, 1999: 16).

Y debido a sus síntomas, desconcertaban a los terapeutas, que reaccionaban con desprecio y antipatía ante este tipo de enfermas. (Sopena, 1993: 4). Freud un neurólogo de la época, recibía a estas pacientes histéricas que eran derivadas de colegas médicos de más edad que preferían no atender o despojarse de ellas (Verhaeghe, 1999: 15).

Freud escribió las observaciones sobre sus pacientes histéricas y para 1898 había reunido más de doscientos estudios de caso (Verhaeghe, 1999: 16). A raíz de estos estudios Freud mostro que las parálisis histéricas no podían confundirse en el diagnostico con las parálisis orgánicas, debido a que las parálisis histéricas no cumplían con las leyes neurológicas. Así la histeria dejo de ser una enfermedad del sistema nervioso como lo sostenía Charcot. (Mazzuca, 2005: 3).

Entre 1893 y 1895 Freud y Breuer realizaron estudios a partir de observaciones e intentos de tratamientos de pacientes histéricos (Tizon 2004: 2), estos fueron los estudios sobre la histeria, los cuales fueron el punto inicial de la psicoterapia y del psicoanálisis. (Verhaeghe, 1999: 33). En 1893 Freud y Breuer publican su “Comunicación preliminar”, donde postulan que el histérico sufre de

reminiscencias. Sostenían en su trabajo que los síntomas histéricos eran la expresión simbólica de recuerdos traumáticos inconscientes, o parcialmente conscientes con una fuerte carga afectiva (Sopena, 1993: 5).

Un punto de desacuerdo entre Freud y Breuer se originó en torno a la naturaleza de estas experiencias traumáticas que originaban la neurosis. Para Freud esas vivencias traumáticas, que al ser reprimidas se volvían patógenas, eran de índole sexual, algo que Breuer jamás aceptó (Sopena, 1993: 6).

Freud comprobó en su trabajo clínico que en todos los casos aparecen como causa de la neurosis, trastornos de la vida sexual y los separó en trastornos de la función sexual adulta actual, las neurosis actuales, y por el otro, trastornos relacionados a una defensa con posterioridad frente a experiencias sexuales prematuras vividas por el niño, las psiconeurosis (Perrés, 2000: 90).

En 1896 Freud impartió una conferencia sobre la etiología de la histeria, donde postuló que el origen de la histeria se explicaba por abusos sexuales padecidos en la infancia (Capo, 1997: 2). Freud creyó en un principio en la existencia de traumas reales y postuló la Teoría de la seducción, que sostenía que el despertar sexual que causaba la neurosis era producido por la seducción efectuada por parte de un adulto sobre el niño.

La Teoría de la seducción propuesta por Freud no era distinta a la Teoría del trauma, sino que establecía que el trauma causante de la neurosis no era cualquier de cualquier índole, sino que era un trauma sexual (Perrés, 2000: 91).

Esta seducción violenta por parte de un adulto sobre el niño, provocaba la aparición de un exceso de afecto sexual no percibido en la conciencia, sino recibido inconscientemente (Nasio, 2012: 28). El recuerdo de este trauma se retenía sin comprenderlo y su efecto solo aparecía después de la pubertad, siendo este desencadenado por un segundo incidente que reavivaba al primero (Verhaeghe, 1999: 37).

Así el exceso de afecto disparado por la experiencia traumática perduraría en el yo a la manera de un parásito esperando ser despertado y pasaría a constituir el foco mórbido generador de los futuros síntomas histéricos (Nasio, 2012: 28).

Freud, en base a lo anterior, expuso una explicación metapsicológica de la producción sintomática en la histeria, Freud propuso que la histeria se generaba por la represión de la representación inconciliable, o sea la huella psíquica resultante de la seducción, y que el afecto que se separaba de esta representación era empleado para convertirse en trastornos del cuerpo, síntomas característicos de la histeria. (Freud, 1893-95: 290).

Freud en 1900 introdujo una modificación a la teoría de la seducción antes propuesta. Freud postulo que el origen de la histeria era un fantasma inconsciente y no una representación, y que lo que se convertía era una angustia fantasmática, no una sobrecarga de la representación. Freud considero que ya no era necesario descubrir un acontecimiento traumático real en la historia del paciente, ya que el desarrollo del cuerpo pulsional y las experiencias vividas en la niñez, a nivel de las zonas erógenas, tienen el mismo valor de un trauma (Nasio, 2012: 44).

Freud propuso que la sexualidad infantil es en sí misma traumática y patógena, ya que el niño nunca está preparado, es prematuro, en relación con la tensión excesiva y desbordante que aflora de su cuerpo (Nasio, 2012: 44).

Desde esta modificación propuesta por Freud, el concepto de trauma ya no se refería esencialmente a la idea de un acontecimiento exterior, como la seducción por parte de un adulto, sino que el propio cuerpo erógeno del niño podía producir un trauma, y debido a que es tan intenso el surgimiento de este exceso de sexualidad llamado deseo, aunado con la eventualidad de su cumplimiento, llamado goce, que el sujeto para atemperarse, opta por la creación inconsciente de fabulaciones, escenas y fantasmas protectores (Nasio, 2012: 45).

La concepción de la Histeria no es un camino sencillo y los cambios de las producciones sintomatológica histéricas no cesan con el transcurso de los años, ¿A dónde se fueron las histéricas de antaño? Las Dora, las Anna O. Esas histéricas

matrices del psicoanálisis de hoy (Nasio, 2012: 13). Es por esto que el presente trabajo es precisamente para trabajar los rostros de la histeria, así como analizar sus producciones sintomatológicas.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Analizar el lugar de tercero excluido como reactivación del complejo de Edipo en un caso de histeria femenina.

1.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Analizar el lugar de tercero excluido en las relaciones triangulares en un caso de histeria femenina.

Describir el lugar de tercero excluido en la relación transferencial.

Detallar el sentimiento de objeto irrisorio generado a partir del Complejo de Edipo en un caso de histeria femenina.

Analizar el lugar de tercero excluido como lugar protector de la realización de un goce intolerable.

1.3 SUPUESTOS

El lugar de tercero excluido aparece en todas las relaciones establecidas por parte de la histérica, incluida la relación trasferencial.

El lugar de tercero excluido en la histeria femenina es la reactivación del sentimiento de no ser digna de interés y de amor, resultante de la entrada del padre en el complejo de Edipo propuesto por Lacan.

El lugar de tercero excluido genera una constante insatisfacción que protege a la histérica de no alcanzar la satisfacción de un goce intolerable.

1.4 LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El actual estudio de caso se genera a partir del trabajo terapéutico realizado con una paciente que cuenta con una estructura histérica, que asiste a terapia por tener conflictos en las relaciones interpersonales, mostrando ansiedad y tristeza al ocupar un lugar excluido en sus relaciones objétales.

El análisis de caso, permitirá detallar el modo en que se relaciona con sus objetos y la relación que tiene con vivencias infantiles, así mismo se determinara como se llevo a cabo el tratamiento con un corte psicoanalítico.

La paciente fue atendida en la Unidad de Servicios Psicológicos (USP), de la facultad de Psicología. Uno de las limitaciones debido al trabajo en esta institución, es en torno al pago de las sesiones, en algunas ocasiones el pago no podía realizarse debido a falta de personal en caja, aunque al trabajarlo en sesión podíamos encontrar el lugar excluido en estas situaciones, al sentir que se le daba preferencia a otros pacientes de la clínica para hacer sus pagos.

Así mismo en el ámbito económico, el pago no se realizó directamente con el analista sino a la institución, pero el recibo del pago se solicitaba como pago simbólico para ser escuchada.

Otra limitación fue el cambio de cubículos para la atención, el cambio generaba cierta resistencia, pero en estos cambios se podía observar como el conflicto transferencial de ser excluida se transportaba en el otro cubículo, como el que ahora hubiera una ventana que distrajera la mirada del analista y está fuera de más importancia que ella.

También por otro lado el ruido que aparece en la institución, el murmullo de otras sesiones en cubículos aledaños, generaban distracciones, aunque en el mismo hilo, se trabajaba como aquellos murmullos y voces eran más importantes que la paciente. Otra limitación fue la frecuencia de las sesiones, ya que debido a la falta de espacios tanto de la paciente como del analista, se atendió una frecuencia a la semana.

El propósito de la intervención analítica con la paciente fue que hiciera conscientes su forma de vincularse con los otros, su madre, sus hermanos, su esposo, su hijo o su analista. Y así traer a la consciencia los fantasmas edípicos que motivan y dirigen su vida. Esto a su vez con el propósito de poder ubicarse en un lugar de deseo y que pueda disfrutar de este sin que le genere conflictos.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El histérico de hoy en día presenta su sufrimiento en la clínica con una cara distinta, con otros rostros, con otras formas clínicas, más discretas, menos dramáticas que las de la antigua Salpêtrière (Nasio, 2012: 13).

Debido a esta actualización de los síntomas de la histeria a través de los años, es necesario hacer un análisis profundo de ellos. Uno de estos rostros observados en la clínica actual, es un estado característico por una profunda tristeza en el histérico, al ocupar el lugar del tercer excluido. Nasio llama a este estado un yo tristeza. (Nasio, 2012: 18).

Un estudio de caso tomando como eje central el lugar del tercer excluido propuesto por Nasio, servirá de apoyo para las generaciones posteriores que se enfrenten a las problemática de la histeria de hoy en día, o para ser base de ulteriores estudios con esta temática.

El análisis de este estado o rostro de la histeria en la clínica, denominado el lugar del tercero excluido, requiere de una relectura de conceptos como: el complejo de Edipo, la repetición, la transferencia, el falo, el deseo del Otro, el goce y otros conceptos centrales de la teoría psicoanalítica. Este estudio de caso mejorara mi comprensión personal de estos conceptos tan actuales de la clínica de hoy en día.

Otro de los motivos por los cuales es necesario esta investigación es generar un nuevo conocimiento sobre la histeria, buscar mantener durante el siguiente estudio de caso una dialéctica entre lo ya dicho y lo nuevo, para no solo repetir lo que ya está hecho, sino ir en búsqueda de un nuevo hallazgo (Gallo, 2012: 79).

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACION TEORICA

2.1 FREUD Y SU ENCUENTRO CON LA HISTERIA: EL INICIO DEL PSICOANÁLISIS

Entre 1877 y 1893 Freud, un neurólogo de esa época publicó no menos de veintisiete trabajos sobre neurología, cada uno con exhaustiva y excepcional bibliografía. Realizó descubrimientos desde un método para pintar las neuronas y hacerlas visibles hasta una investigación sobre los órganos genitales de la anguila. Pero estos descubrimientos no bastaban en la Universidad de Viena para procurarle la seguridad laboral que el necesitaba.

Debido a esta falta de solvencia económica Freud para ganarse la vida emprendió la práctica médica. Colegas de más edad le derivaban pacientes a Freud, aunque estas referencias no eran del todo sinceras, los colegas de Freud le referían pacientes que ya no querían atender, era la forma de deshacerse de clientes histéricas, en otras palabras molestas. (Verhaeghe, 1999: 15).

En su nueva ocupación, Freud continuo con el mismo método escrupuloso, leía y practicaba los nuevos métodos que llegaban a sus manos, pero no entendía

nada, sus conocimientos sobre neurología y anatomía estaban siendo superados por su nueva práctica (Verhaeghe, 1999: 15).

Los colegas más sabios opinaban que esos pacientes mentían, que eran sugestionables o bien degenerados, Tal vez contaban con una lesión dinámica, una lesión que existía pero no podía encontrarse. Freud llegó a la conclusión de que si la lógica no tiene éxito hay que iniciar todo de nuevo y comenzó a escribir sus observaciones y para 1898 reunió más de doscientos estudios de caso (Verhaeghe, 1999: 16).

Freud en sus descubrimientos, llegó a la conclusión de que la palabra histeria designaba principalmente una agrupación de características negativas y prejuicios. Y se la utilizaba como diagnóstico diferencial de enfermedades neurológicas reales. En el mejor de los casos era un listado de síntomas. Aunado a este descubrimiento, encontró una preferencia por los síntomas en el ámbito de las sensaciones: no sentir nada (la anestesia) o sentir demasiado (la hiperestesia), en ambos casos desconcertaba que no obedecieran a las leyes de la neurología.

Otro descubrimiento fue la existencia de un periodo de latencia entre el motivo del síntoma y su aparición, así como que la sugestión que era el método incuestionable llevaba consigo no solo la autosugestión del paciente, sino que debía sintonizarse la sugestión del terapeuta para que fuera efectiva.

Además, para Freud la histeria podía ser muy bien el resultado de una idea patógena, pero la terapia no podía consistir solo en deshacerse de esa idea, lo cual no curaba la enfermedad. Y con respecto al tratamiento, Freud descubrió un factor central en ella, la persona del mismo terapeuta, junto con la creencia en él del paciente (Verhaeghe, 1999: 16).

Estos descubrimientos nos muestran el bosquejo de la principal innovación freudiana, la cual dio origen al psicoanálisis, Freud abandono el campo visual y empezó a escuchar a sus pacientes (Verhaeghe, 1999: 17).

El hecho de renunciar a la clínica médica con su acento en la observación visual no carecía de efectos, uno de los más importantes era que la histérica perdía el control visual del otro. A la histérica se le privaba la mirada del observador, que tradicionalmente encarnaba el deseo de ella. Freud la obligaba a hablar, sacando a luz su deseo y su división (Verhaeghe, 1999: 17).

A raíz de esta escucha, Freud fue el primero en escuchar en el discurso del paciente un trauma e interpretarlo como generador de un efecto sobre la psique y por lo tanto sobre el cuerpo. Para explicarlo Freud tomo conceptos de la psicología y la filosofía, una psicofísica que consideraba el funcionamiento psicológico como un flujo de representaciones o ideas en términos de energía mecánica (Verhaeghe, 1999: 17).

Para Freud existía una idea antitética que el paciente quería remover de su conciencia, de otra forma, separar de sus asociaciones normales, cuando esta idea pasaba a ser inconsciente, producía una inervación en el cuerpo (Verhaeghe, 1999: 17). La idea patógena era un recuerdo originado en un trauma, en una serie acumulativa de pequeños traumas, o incluso en recuerdos que a posteriori recibían la denominación de traumas (Verhaeghe, 1999: 18).

Freud dejando atrás a Charcot y a Janet propuso su primera explicación del síntoma de conversión histérico, para Freud, el yo consiste en una cadena asociativa en la cual el cuerpo tiene un lugar central. Estas representaciones están vinculadas asociativamente y cada una de ellas contiene un monto de afecto o quantum. Freud llegó a la conclusión que en el caso de la histeria, la representación patógena no puede entrar en la actividad asociativa consciente del Yo, y que la parálisis es causada precisamente por esta exclusión asociativa (Verhaeghe, 1999: 19).

En 1893, Freud junto con Breuer publica su trabajo “Comunicación preliminar” este artículo es reconocido como el origen de la teoría del trauma. Según Freud y Breuer, el histérico había sido víctima de uno o quizás varios traumas, cuyas representaciones reprimidas seguían patológicamente activas, por el hecho de no haber sido abreactuadas.

Freud seguía con la incertidumbre de porque la abreacción parecía imposible en la histeria. Freud llegó a una conclusión central en su teoría, existía una escisión

en el funcionamiento psíquico, una disociación entre dos estados, en la cual un grupo de ideas era inaccesible para el otro. Además un grupo ejercía una presión defensiva para el otro.

En consecuencia de ello, la terapia de la histeria consistiría en volver a combinar asociativamente esos dos grupos, haciendo de tal modo posible la abreacción (Verhaeghe, 1999: 20).

En sus artículos posteriores como “Las neuropsicosis de defensa” Freud cambió el enfoque de sus teorías y en vez de que apuntara a la abreacción, se enfocó a la defensa. Freud propuso que la causa de la escisión, era un conflicto entre el yo y un grupo incompatible de representaciones referidas a la sexualidad. La solución de yo consistía en quitarle el afecto reprimiendo la representación.

Pero debido a este proceso se liberaba una cantidad de energía que era preciso invertir en otra parte. En el caso de la histeria la cantidad de energía era utilizada en un síntoma escrito en el cuerpo como símbolo mnémico de la representación reprimida, en otras palabras generaba una conversión (Verhaeghe, 1999: 21).

¿Qué era lo que Freud gracias a sus estudios sobre la histeria había descubierto? Descubrió que todo síntoma neurótico expresa algo para lo cual no es la forma correcta de hacerlo, para Freud esto era una conexión falsa, un nudo neurótico, de otra manera, “ese algo”, se desplazaba a una forma de expresarlo que no le era

propia. Gracias a esto Freud descubrió el más importante mecanismo del inconsciente y del proceso primario: el desplazamiento (Verhaeghe, 1999: 25).

Freud descubrió una y otra vez que “ese algo” era equivalente a un deseo psicosexual, y sobre el cual los pacientes no quieren saber nada y contra el cual levantan una resistencia. Este descubrimiento fue el verdadero punto de partida del psicoanálisis.

La histeria ya no aparecía determinada por algún trauma misterioso, sino por un deseo intolerable que era desplazado. Esta es la idea básica que está detrás de importantes estudios freudianos como: La interpretación de los sueños, Psicopatología de la vida cotidiana y el Chiste y su relación con el inconsciente (Verhaeghe, 1999: 26).

2.2 EL COMPLEJO DE EDIPO EN FREUD

Para hablar sobre el concepto del Edipo, haremos un recorrido desde su concepción más sencilla hasta una más completa. Primero al ubicar su definición más clásica, la definimos como la ligazón libidinal amorosa con el padre del sexo opuesto y al mismo tiempo, una relación hostil para el padre del mismo sexo. Más tarde podríamos ubicar un Edipo con más directrices, aparece Edipo bisexual. Para Freud en el complejo de Edipo hay una ligazón amorosa con los dos padres y una relación hostil con los dos padres (Masotta, 2008: 28).

Para ubicar un concepto más ampliado del Edipo, tenemos que buscar otras cosas, buscar otros elementos que nos ayuden a comprender el Edipo de una forma más completa, como por decir incluir personajes o cosas, como por ejemplo, el padre del padre, el abuelo. Esto ya es introducido por Freud cuando decía que el superyó no es solamente el padre, sino el padre del padre.

También por otro lado Freud al hablar de la sexualidad femenina ubica que el hijo para la madre es un personaje fundamental. Así se adjuntan otros personajes a este concepto, el padre del padre y el hijo del hijo o el hijo de la hija (Masotta, 2008: 29).

Ahora dejaremos de hablar de más personajes, y hablaremos de aquello que mueve las relaciones entre los tres personajes principales, aquello que funda el movimiento del complejo de Edipo (Masotta, 2008: 29), aquel objeto constitutivo como piedra angular de la problemática edípica y de la castración: el objeto fálico (Dor, 1994: 83).

El concepto de falo en la obra de Freud, puede ubicarse en los textos sobre sexualidad femenina, es interesante que la temática fálica tenga una singular relevancia en el desarrollo y la sexualidad de aquella a quien casualmente le falta el pene (Masotta, 2008: 30).

En un inicio de la teoría de Freud el falo tiene especial importancia, pero aparece en forma de fase, la fase fálica. Al esquema del desarrollo de Freud, característico por su división por fases, como la oral, anal y genital, se le une, en el artículo “La organización genital infantil” la fase fálica (Masotta, 2008: 30).

Analicemos la fase fálica para desentrañar el concepto de falo en Freud. En un primer momento de la fase fálica el niño cree que todos tienen un pene, como él tiene pene entonces todos los seres lo tienen. No habita en el psiquismo ni una mínima posibilidad de que alguien no tenga pene (Bleichmar, 2008: 49).

En un segundo momento de la fase fálica, aunque el varón se considera a sí mismo como dotado de pene, piensa que puede perderlo y cree que la niña no lo tiene porque lo perdió. La niña considera que no lo tiene porque no se lo dio su madre.

El pene es una presencia que se define en relación a una ausencia posible y una ausencia que se hace posible en relación a una presencia supuesta, a su vez que el tener pene será equivalente a la máxima valoración, así como su ausencia a la mínima valoración (Bleichmar, 2008: 50).

Entonces ¿Qué es el falo en la teoría de Freud?, en primer lugar, el falo no es el pene, el falo para Freud es la premisa universal de que todos tienen pene (Masotta,

2008: 31). Para ambos sexos hay un solo órgano genital, el masculino, lo que está presente por lo tanto no es una primacía de los genitales, sino una primacía del falo (Bleichmar, 2008: 47).

La cuestión es que el niño se coloca en una posición de no querer conocer la evidencia de la realidad, y genera a raíz de la experiencia que demuestra la diferencia de los sexos, el intento por explicar porque en un sexo falta el pene (Masotta, 2008: 31).

Freud dirá que esta ausencia supuesta de pene en la niña, dejara una cicatriz imborrable, después de que una mujer toma conciencia de su herida a su narcisismo, desarrollara en ella como una cicatriz permanente, un sentimiento de inferioridad. (Bleichmar, 2008: 50).

Aquí hay un punto de acuerdo entre Freud y Lacan, que nos dará pie a explicar el concepto de falo desde la teoría lacaniana. Para ambos, fálico significa valioso, mientras que castrado es no valioso (Bleichmar, 2008: 51).

2.3 EL COMPLEJO DE EDIPO EN LACAN

2.3.1 El primer Tiempo

En el primer tiempo del Edipo se consideran dos personajes y la relación entre ambos. Por un lado tenemos al niño que desea ser todo para su madre, desea ser el objeto del deseo de la madre y para poder serlo, se identifica con aquello que la madre desea y toma su deseo como propio (Bleichmar, 2008: 37).

Esta identificación, que se ve favorecida, casi inducida por la relación de inmediatez entre la madre y el hijo, aunque solo sean cuidados y satisfacción de necesidades, coloca al niño en la situación de hacerse objeto de lo que supone le falta a la madre, un objeto capaz de satisfacer la falta del otro. Es por eso que el niño siente una fusión entre él y su madre, puesto que tiende a identificarse con el único objeto del deseo del otro, el falo (Dor, 1995: 93).

Podríamos preguntarnos ¿Para qué es que el niño desea ser el objeto del deseo de la madre? Lacan nos responde que no es para sobrevivir, sino por una dependencia de amor. El niño se identifica con aquello que es el objeto del deseo de la madre, cree que es por él que la madre es feliz, que su madre lo ama, pero no sabe que la madre busca otra cosa más allá de él: su completud narcisista. (Bleichmar, 2008: 37).

Ahora analicemos que pasa con la madre en este primer tiempo del Edipo: la madre siente una carencia en su ser, siente una incompletud, se reconoce castrada, como si le faltara algo: el falo El niño la hace sentir completa, este es el falo para ella, siente que lo tiene todo (Bleichmar, 2008: 40).

Podemos definir así el concepto de madre fálica: es aquella que siente que está completa, que no le falta nada, encuentra en el hijo, el falo que lo completa. (Bleichmar, 2008: 40).

Aquí observamos el carácter imaginario de esta relación dual, especular. Los dos personajes están presos de la misma ilusión y cada uno de ellos posibilita que el otro se mantenga en la misma. (Bleichmar, 2008: 42).

2.3.2 El segundo Tiempo

Antes de pasar al segundo tiempo del Edipo hagamos una aclaración, Cuando Lacan habla de madre o padre, lo que se está denominando con esos términos son determinados lugares, o aun mejor la función que realizan. Estos lugares pueden ser ocupados por distintos personajes, hasta seres no vivos.

En algunos casos el lugar de madre que toma al hijo como quien lo completa, en otras palabras, representa para ella el falo que cubre su falta, puede ser ocupado por el padre, quien puede tomar al hijo para cubrir su falta, por ejemplo en el caso de

un padre soltero, el punto clave es el lugar que ocupan, y su función, en la novela estructurante del complejo de Edipo (Bleichmar, 2008: 65).

Ahora volvamos al segundo tiempo del Edipo, que se inicia con la intrusión paterna en la relación madre-hijo. En este tiempo el padre interviene como interdictor, al mismo tiempo le prohíbe o frustra al niño, presentándose como alguien que tiene derecho a la madre y priva a la madre del objeto fálico que ella supuestamente posee en el hijo identificado con el objeto de su deseo (Dor, 1985: 97).

El padre aparece en este tiempo como un otro, un semejante, como un objeto fálico posible al que supone como un rival frente a la madre (Dor, 1985: 98).

El niño con la aparición del padre, cuestiona su identificación fálica, deja de ser el falo de la madre, deja de ser ese todo que la mantiene satisfecha, el niño ve que su madre prefiere a otro que no es él, porque supone que aquel tendría algo que él no tiene. Lacan considera esencial que la madre desee al padre, que el padre sea quien le hace la Ley (Bleichmar, 2008: 66).

Para que la castración simbólica aparezca, exige que el hijo reconozca que hay algo mas allá no solo de él, hijo-falo, sino también de la posibilidad de que la madre pueda instaurarlo, deberá reconocer que la madre no pueda dotar a cualquier

personaje como el falo que le falta, que reconozca que también su madre está sometida a un orden que le es exterior. (Bleichmar, 2008: 66).

Este segundo tiempo del Edipo transfiere al niño el significado del deseo de la madre con respecto a lo que el supuso hasta ahora que era su objeto, en este caso el mismo. El hecho de que el deseo de la madre este sometido a la ley del deseo del otro implica que a su vez su deseo depende de un objeto que supuestamente el otro, en este caso el padre, tiene o no tiene. La lógica de tener o no tener el falo, a partir de ahora polarizara para el niño la problemática del deseo de la madre. (Dor, 1985: 98).

Desmoronada la seguridad de ser el objeto fálico deseado por la madre, el niño se ve forzado por la función paterna, no solo a aceptar que no es el falo, sino a aceptar que no lo tiene, al igual que su madre, que lo desea allí donde se supone debe estar y donde se vuelve posible tenerlo. (Dor, 1985: 100).

2.3.3 El Tercer tiempo

El momento crucial del tercer tiempo del Edipo está marcado por la simbolización de la ley, que demuestra claramente que el niño ha captado plenamente su significado. El valor estructurante de esta simbolización reside, para él, en la ubicación exacta del deseo de la madre. (Dor, 1985: 101).

Para que el niño transite de la problemática del ser al tener, deberá aparecer el padre no como un falo rival ante la madre, sino como aquel que supuestamente lo

tiene. El padre real aparecerá ahora como representante de la ley, será elevado a padre simbólico. (Dor, 1985: 101).

2.4 LA REACTIVACIÓN DEL EDIPO EN LA NEUROSIS HISTÉRICA

Generalmente, la vida de un sujeto va a estar ajetreteada por la persistencia de antiguos conflictos edípicos. En el caso de la histeria, una mujer continúa con la creencia, como una niña pequeña, que no es digna de interés ni de amor, que no tiene eso que atraiga el interés o la mirada y se resigna a su suerte con amargura y tristeza (Nasio, 2010: 109).

La niña al abandonar la posición de objeto de deseo de la madre por la intrusión paterna, puede identificarse con su madre y encontrar la dialéctica del tener en la modalidad de no tenerlo. (Dor, 1985: 101).

2.5 LA MARCA IMBORRABLE DE LA HISTÉRICA

La histérica le rinde un sacrificio sin condiciones a su ideal, y mantendrá una búsqueda constante de ser perfecta, buscara alcanzar la perfección en cualquier ámbito, ya sea la belleza, el conocimiento, etc. Aunque curiosamente la mayoría de las veces observamos que esta preocupación por cumplir el ideal de perfección se expresa de un modo negativo. Frases como: “no soy lo bastante eso”, “soy fea”, mi

cuerpo debería ser así”, “no se esto”, “no soy buena para esto”, nos muestran la exigencia que atormenta sin descanso a la histérica, una exigencia de ser el objeto perfecto del Otro. (Dor, 2014: 100).

La histérica se vuelve el juez más duro y crítico en esta búsqueda del ideal de perfección. Nada será jamás suficientemente bello para neutralizar la huella de las imperfecciones, para borrar los defectos, defectos que han sido marcados desde un tiempo muy lejano, desde un inicio, cuando se enfrento a no haber sido ese todo para la madre, desde aquel momento en que su padre, como siendo el que atrajo la mirada de su madre la enfrenta con su imperfección, la enfrenta con no ser ese objeto ideal y perfecto.

Así esta huella queda marcada por siempre en el imaginario de la histérica, que por más maquillaje, por más ejercicio, por más conocimiento, la histérica no podrá alcanzar su perfección, porque sabrá que en el fondo siempre habrá una falla que no podrá ocultar jamás. (Dor, 2014: 100).

2.6 LA HISTÉRICA COMO OBJETO DESVALORIZADO E INCOMPLETO

En todo sujeto histérico permanece, de manera continua, la aparición de una queja arcaica que se desarrolla sobre el fondo de una protesta de amor con respecto a su madre. En otras palabras, el histérico se vive recurrentemente como no habiendo

sido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido las muestras de amor esperadas por parte de su madre.

En esta frustración, el histérico se inviste como un objeto desvalorizado e incompleto, en otras palabras, como un objeto insignificante para el deseo de la madre, frente a lo que podría ser, por el contrario, un objeto completo e ideal, o sea el falo (Dor, 2014: 94).

El acontecimiento más marcado de esta relación desvalorizada con respecto al objeto del deseo de la madre, se encuentra en el nivel de la identidad del histérico. Una identidad siempre insatisfecha, desfalleciente, parcial, en comparación con una identidad plenamente realizada, dicho de otro modo ideal. Lo que busca constantemente el histérico es pasar a ser el objeto ideal del Otro, ese objeto que el histérico supone nunca ha sido (Dor, 2014: 95).

2.7 EL LUGAR DEL TERCER EXCLUIDO

Es frecuente rectificar con gran asombro como la histérica adopta tanto el papel del hombre como el de la mujer, pero sobre todo el papel de un tercer personaje que da lugar al conflicto o, por el contrario, gracias al cual el conflicto se resuelve (Nasio, 2012: 24).

El sujeto con una estructura histérica, ya sea generando el conflicto o despejándolo, ocupara invariablemente el papel del tercero excluido, lo que explica la tristeza que tanto agobia a la mujer histérica es el hecho de verse relegada a un lugar de excluida (Nasio, 2012: 24).

La histérica crea una situación conflictiva, escenifica dramas, se entrometen en conflictos y luego una vez que ha caído el telón, se da cuenta en el dolor de su soledad, de que todo no era más que un juego en el que ella fue la parte excluida (Nasio, 2012: 24).

Nasio explica este lugar de tercero excluido como una identificación con el dolor mismo, y desde ahí no poder decirse hombre o mujer (Nasio, 2012: 24).

Pero en nuestro estudio de caso, se explica el lugar de tercer excluido como un lugar de insatisfacción, como un lugar protector de un goce sin límite, un lugar que ocupa continuamente para no poder alcanzar lo que tanto desea, para mantenerse insatisfecha y seguir deseando ser el objeto ideal, un objeto que siente no fue desde tiempo atrás, en un tiempo doloroso en que su madre volteo a mirar a su padre como aquel que le hace la ley, aquel que tiene eso que su madre desea y por lo tanto ella no, dejándola relegada, excluida y triste (Nasio, 2012: 18).

2.8 LA TRANSFERENCIA

La transferencia en psicoanálisis es el proceso en el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida por ellos, en psicoanálisis, sobre el analista dentro de la relación terapéutica (Laplanche, 1926: 439).

Freud en 1912 nos habla de que todas las personas, por un efecto innato y de influencias recibidas en la infancia, produce una especificidad determinada para el uso de su vida amorosa, ósea para las condiciones de amor y las pulsiones que buscara satisfacer, así como las metas que habrá de proponerse (: 97).

Si la necesidad de amor de alguien no se encuentra satisfecha por la realidad, se verá impulsado a volcarse hacia cada nueva persona que aparezca. Es normal que ante la búsqueda de colmar esta insatisfacción, la libido se vuelque hacia el analista, esta investidura se basara en modelos preexistentes en la persona en cuestión, o dicho de otra manera insertara al analista en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta el momento (Freud, 1912: 98).

Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad, aquello que fue vivido en la infancia se actualiza con el terapeuta en la relación analítica, se le reclama, se le trata de agradar, se le reclama por su rechazo o también el paciente puede sentirse excluido o excluida por parte del

analista, cuando esto no es la realidad sino el resurgir de antiguos sentimientos edípicos vividos en la infancia, impuestos a la figura del analista (Laplanche, 1926: 439).

2.9 LA INSATISFACCIÓN EN LA HISTERIA

La histeria es ante todo el nombre que le damos al lazo y a los nudos que el neurótico construye en su relación con el otro, sobre la base de su fantasma. Un fantasma en el que él actúa el papel de víctima desdichada y constantemente insatisfecha. Precisamente este estado fantasmático de insatisfacción marca y dirige toda la vida del neurótico (Nasio, 2012: 19).

Pero ¿para qué vivir en la insatisfacción, si lo que buscamos es alcanzar la felicidad y el placer? La razón es contundente, la histérica es un ser de miedo, que se mantendrá insatisfecha para resguardarse del peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce que si lo viviera, la disolvería, o la haría desaparecer. El miedo y la tenaz negativa a gozar ocupan el centro de la vida de la histérica. (Nasio, 2012: 20)

Entonces la histérica deseara, en base a este miedo, que su deseo permanezca insatisfecho, La histérica queda atrapada en una lógica psíquica: para poder mantener su deseo, se empeña por jamás darle un objeto sustituto posible, con el fin de que su

insatisfacción resultante la proteja y a su vez, motorice cada vez más su deseo en una aspiración hacia un ideal de ser (Dor, 2014: 95).

La histérica queda atrapada entre dos polos opuestos, busca ser la causa del deseo del Otro, aunque al mismo tiempo intenta evitar ser la persona con la cual el Otro satisface su deseo. Mantiene su deseo insatisfecho para evitar ser el objeto de su goce (Fink, 2007: 162).

2.10 LA POSICIÓN HISTÉRICA RESPECTO DEL GOCE DEL OTRO

El goce del Otro es un estado meramente hipotético que se le atribuiría al caso ideal en el cual la tensión habría sido totalmente descargada sin refreno de ningún tipo o forma de límite, Este es el goce que el sujeto le supone al Otro. Este estado ideal, este punto en el horizonte de una felicidad absoluta e imposible, adopta diferentes figuras dependiendo de la estructura, en el caso de un neurótico histérico, este horizonte se representa como un océano de locura. (Nasio, 1992,: 35)

Ahora si este horizonte ideal lo visualizamos a partir del deseo de un niño o niña en su fase edípica, adopta la figura mítica del incesto, una figura que a su vez será deseada y temida, considerada como la realización más acabada del deseo, el goce supremo. (Nasio, 1992: 36)

Ya sea que idealmente el deseo se realice por una descarga total de la tensión, como sería la muerte en el caso de un neurótico obsesivo, o por el contrario, por una intensificación máxima de la misma tensión como será el goce perfecto del acto incestuoso en el caso de una neurosis histérica, no deja de ser menor cierto que todas estas figuras excesivas y absolutas son figuras de ficción, ilusiones cautivantes y engaños que alimenta el deseo. (Nasio, 1992: 36)

CAPÍTULO III

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 MÉTODO

El método es el camino más adecuado para alcanzar un fin determinado.
(García, 2009: 54).

El método por el cual se examina el presente estudio de caso, es el método cualitativo, el cual se orienta por áreas o temas característicos de investigación, desarrollando preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recopilación y del análisis de los datos. Otra característica de la investigación cualitativa es que en la mayoría de los estudios basados en este encuadre, no se prueban hipótesis, estas se generan durante el proceso y van clarificando conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.

En el enfoque cualitativo no se ejecuta una medición numérica, por lo cual el análisis no es estadístico. La recaudación de datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes, como sus emociones, experiencias y otros aspectos subjetivos. En el enfoque cualitativo se utiliza la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, registro de historias de vida, etc.

En el enfoque cualitativo el investigador propone un problema, pero no sigue un curso claramente definido y en lugar de iniciar con una teoría particular y luego tratar de confirmarla por los hechos, comienza examinando el mundo y en ese momento desarrolla una teoría de acuerdo a lo que observa, dicho de otra forma, se basa en una lógica y un proceso inductivo, examinando y descubriendo para después generar prospectivas teóricas.

El investigador cualitativo se introduce en las vivencias de los participantes y desde ahí construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado.

El investigador desde el enfoque cualitativo pregunta cuestiones abiertas, obtiene datos a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula. En base a esto la preocupación del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron o son sentidas y experimentadas (Hernández, 2010: 6)

Dentro de la investigación cualitativa se encuentra la investigación mediante el estudio de caso, el cual se caracteriza por el estudio de unidades de forma intensiva, por conducto de un abordaje ideográfico que puede enlazarse con la teoría. El uso de realizar este tipo de estudio puede resultar en conocimientos nuevos acerca del caso, hallazgos teóricos, tanto en la evaluación e intervención en el campo

profesional. En el campo psicológico el estudio de caso es relevante para entender a las personas, sus experiencias, pensamientos y emociones. (Muñiz, 2010: 7)

3.2 DISPOSITIVO ANALÍTICO

El proceso psicoanalítico se sostiene sobre un dispositivo analítico, el cual consiste en elementos fijos que corresponden al analista y al analizante. El dispositivo analítico consta de varios elementos, que son la asociación libre, la cual corresponde al analizante, y la atención flotante, la neutralidad y la abstinencia que pertenecen al analista. A continuación definiremos estos elementos.

Asociación libre. Método definido por Freud entre 1892 y 1898 que consiste, durante la cura en expresar sin discriminación todos los pensamientos que le pasen por la mente. (Roudinesco, 1998: 68)

Atención parejamente flotante. Para Freud el analista al escuchar al analizado, no debe dar ningún privilegio a ningún elemento de su discurso, Freud insiste en una suspensión de todo aquello que focalice la atención del analista, ya sean inclinaciones personales, prejuicios, supuestos teóricos, etc.

Así como el paciente deberá decir todo lo que pase por su mente, el analista deberá interpretar todo lo que escucha. (Laplanche, 1996: 37). Para Freud si en la

selección del material uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe. (Freud, 1912: 112)

Neutralidad. Cualidad que define la actitud del analista durante la cura. Para Freud el analista debe ser neutral en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir que no dirija la cura en función de un ideal y abstenerse de todo consejo, también neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, es decir no entrar en el juego del paciente y por último neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir no conceder una importancia preferente a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones. (Laplanche, 1996: 256)

Abstinencia. Regla que postula que la cura debe ser dirigida de forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para ello el analista no debe satisfacer las demandas del paciente, ni desempeñar los papeles que este tiende a imponerle. Esta regla se encuentra ligada al principio mismo del método analítico, en tanto que convierte en acto fundamental la interpretación, en lugar de satisfacer las exigencias libidinales del paciente. (Laplanche, 1996: 3)

3.3 ENCUADRE PSICOANALÍTICO

Freud, a partir de su experiencia clínica, propuso un marco definido y estricto a su relación con el paciente para que el tratamiento se desarrollara de la mejor

manera posible y con la menor perturbación posible. Algunas de estas normas son las que rigen cualquier tipo de tarea entre dos personas, como el intercambio de tiempo y dinero, el lugar y el tiempo del encuentro, etc. A su vez el encuadre es el marco en el cual se ubica el proceso. (Etchegoyen, 2005: 473)

El caso se atendió dentro de un marco institucional durante un año y siete meses aproximadamente. Las sesiones se llevaban a cabo una vez por semana, con una duración de 45 minutos cada una. Los honorarios fueron establecidos por el departamento de trabajo social de la institución, de acuerdo con un estudio socioeconómico. La cuota asignada fue de \$70.00 pesos, la cual era pagada en caja y entregaba el recibo al terapeuta. Se trabajó cara a cara.

3.4 PROCESO ANALÍTICO

Los elementos presentes durante el proceso analítico con los cuales se trabajó fueron los siguientes:

Transferencia. Proceso en el que los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida entre ellos y, de un modo especial dentro de la relación analítica. (Laplanche, 1996: 439)

Resistencia. Dentro de la cura psicoanalítica, se denomina a todo aquello que, en los actos y palabras del analizado, se opone al acceso de este a su inconsciente.

(Laplanche, 1996: 384)

Elaboración. Término utilizado para designar, la integración de las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas.

(Laplanche, 1996: 106)

3.5 INSTRUMENTOS

El instrumento principal del método psicoanalítico es el discurso del paciente, por medio del cual se puede acceder a su inconsciente. Así mismo hay una serie de herramientas que utiliza el analista para recabar información como los señalamientos y la confrontación. Así como ciertos instrumentos para concientizar al paciente como la interpretación y la construcción, a continuación definiremos estos instrumentos:

Señalamiento. Como su nombre lo indica, señala algo, reduce un área de observación, llama la atención, con el objetivo de que el paciente observe y ofrezca más información. (Etchegoyen, 2005: 280)

Confrontación Muestra al paciente dos cosas contrapuestas con la intención de colocarlo en un dilema, para que advierta una contradicción. La confrontación

destaca dos aspectos distintos, contradictorios en el material. (Etchegoyen, 2005: 282)

Interpretación. Comunicación dirigida al sujeto con miras a hacerle accesible el sentido latente de algún material como los sueños, actos fallidos, síntomas, etc. (Laplanche, 1996:201)

Construcción. Designa una elaboración del analista que esta destinada esencialmente a reconstruir en sus aspectos tanto reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto. (Laplanche, 1996: 80).

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1 HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: Susan

Edad: 35

Estudios: Licenciatura

Sexo: Femenino

4.1.1 Resumen general del caso clínico

Susan es una mujer de 35 años que acude a consulta por crisis de ansiedad al hablar en público. Susan siente taquicardia, sudoración de manos y una presión sobre la garganta que le impide hablar en situaciones donde ella se encuentra ante la mirada de alguien más, principalmente ante figuras femeninas, como su madre, maestras y amigas.

También Susan comúnmente se siente relegada, no incluida, excluida de todas las relaciones afectivas que tiene, ya sea con su madre, sus hermanos, su hijo, su esposo o su terapeuta. Siente que hay algo más importante que ella, o que le falta ese algo con lo que ella pudiera ser valiosa para los demás, como todo el conocimiento, problemas, belleza, etc.

Susan es la mayor de 3 hermanos, con la cual tiene una relación muy cercana. Susan se hizo cargo de sus hermanos ante la ausencia de sus padres en su niñez, debido a cuestiones laborales y de alcoholismo por parte del padre.

Susan ocupó un lugar de madre para sus hermanos, la cual no era reconocida y constantemente era agredida por su madre al no tener su casa en orden o que sus hermanos no cumplieran con sus actividades. Susan se esmeraba por ser algo valioso para ella pero siempre encontraba algo para no rechazarla.

Ante la mirada de Susan, su madre aparece como una mujer insatisfecha, que siempre se está quejando, lanzando demandas al aire, las cuales son atrapadas por Susan, y después de tratar de cumplirlas, solo se da cuenta su madre quería algo más, no lo que ella le daba.

Susan dice envidiar a su madre porque ella si pudo tener tres hijos, que ella solo tiene uno y que eso para ella eso es muy triste “Yo no puedo tener otro hijo, veo que otras mujeres se embarazan y tienen a sus hijos y que me ven con lastima, han de decir, seguramente Susan lo quiere porque ella no puede tenerlo”. Susan por una enfermedad médica se le dificulta poder embarazarse.

La relación que Susan tiene con su madre ha ido cambiando conforme se ha trabajado en el análisis, En un primer momento Susan no podía expresar su

incorformidad al aparecer siempre como la excluida, cuando siempre eran primero sus hermanos que ella, que ella quedara de ultimo, que jamás valorara su tiempo, su dedicación, su dinero, etc. Susan pudo hablar estos temas con su madre, descolocándose de ese lugar de exclusión y minusvalía.

En relación a su padre, Susan describe un padre ausente, alcohólico, que jamás la abrazo, jamás le dijo que la quería, dice que en varias ocasiones su padre le dijo que él hubiera preferido que Susan fuera hombre.

Susan relata en una sesión que piensa que si ella hubiera sido hombre tal vez hubieran cambiado las cosas “Creo que si yo hubiera sido hombre, todo sería distinto, mi padre si me hubiera querido, hubiera sido alguien con quien él quisiera jugar, llevar al trabajo, pero pues naci mujer”

Susan a sus 20 años, perdió a su padre, su padre se suicido en la escalera de su casa, lo cual impacto a Susan. Su padre dejo una carta en la cual explicaba el motivo de su suicidio. El motivo era el proceso de divorcio que mantenía con la madre de Susan debido a una infidelidad por parte de ella.

Susan quedo muy impactada al ver a su padre colgado, su padre había muerto en vez de hablar lo que sentía, la carta fue quemada por la madre y Susan dice hubiera querido tenerla. Susan aparte de la tristeza de haber perdido a su padre y

enojo hacia su madre por haber sido la causa de su muerte, se siente muy molesta porque su padre prefirió mas a la muerte que a ella, “Me siento triste de que se haya ido, pero también estoy molesta y triste de que no me haya preferido a mí, prefirió dejarnos, prefirió no divorciarse y suicidarse, que estar conmigo”.

El trauma de haber sido excluida en su infancia se resignifica para Susan con la pérdida de su padre.

En relación a sus hermanos, aparece su hermana, una mujer la cual ante los ojos de Susan, es la favorita de su madre, la que ocupa todo su tiempo y dedicación. Por otro lado su hermano el menor, que ante la muerte de su padre, se alejo de la familia, buscando en otros la figura paterna ausente.

Con vicios y relaciones conflictivas, ocupa al igual que la hermana la atención de su madre relegando a Susan a segundo término “Cuando llego a platicarle algo a mi madre, siempre me sale con que, a tu hermano le paso esto, a tu hermana le está pasando esto otro, como soy la que no le da problemas soy invisible, ¿qué quiere? que me pasen cosas malas para que sea importante para ella”

En la relación con su esposo, Susan se siente relegada, no siendo valiosa, siente que lo que hace no es suficiente para él, así que constantemente hay una queja hacia él, porque no es lo que ella quisiera que fuera.

En relación a su hijo, un joven de 12 años, siente que el ya no quiere estar con ella, que está creciendo pero que quisiera que fuera siempre ese niño pequeño al que pudiera cuidar y tener siempre en sus brazos. Parte de su deseo de tener más hijos, es por el hecho de que, si tuviera otro hijo, su esposo la amaría más y su relación marcharía mejor y por otro por el sentimiento de ser ese algo valioso para alguien en este caso un nuevo bebe.

4.1.2 Motivo de consulta

El motivo de consulta de Susan expuesto en las primeras sesiones es una ansiedad al encontrarse en situaciones que impliquen exponerse ante la mirada de alguien más, como dar clase, hablar con sus maestros o hablar con su madre.

El factor desencadenante para acudir en busca de una intención psicológica fue la crítica de una maestra al exponer una clase, le dijo que se veía nerviosa, que le temblaba la voz y que a ella se le notaba mucho más que sus otras compañeras, esta crítica de la maestra, hizo que Susan se sintiera muy triste y que buscara la atención psicológica.

4.1.3 Demanda de análisis

Susan acude en un primer momento a las sesiones con la demanda de eliminar su ansiedad, después demanda del análisis el poder tener otro hijo, debido a que un médico le comenta que su enfermedad medica puede deberse a cuestiones psicológicas, ella espera que gracias a su análisis pueda volver a embarazarse, por

ultimo demanda no sentirse triste al ser relegada o excluida y poder mostrarse ante los demás como un objeto valioso y mantenerse en ese lugar.

4.1.4 Sintomatología actual

El síntoma por el cual la paciente acude a tratamiento es su ansiedad, la cual ella la describe como taquicardia, se le cierra la garganta, se muerde las uñas y le tiemblan las manos, esto aparece cuando tienen que hablar en público como ante sus compañeros de clase, la maestra o amigas.

Ella comenta que esto le provoca mucha vergüenza y no le gusta que los demás la vean cuando ella se pone así. Siente que cuando se encuentra al frente de los demás, siente sus miradas y se imagina que los demás piensan que ella no sabe nada, que se le nota que está nerviosa y que recuerdan que anteriormente ella se equivocó al dar la clase y que se volverá a equivocar.

Otro síntoma que Susan comenta, es el no querer que nadie la vea llorar, cuando está en clases y en alguna reunión prefiere irse, salirse e irse a un baño para que no la vean llorar, esto también se ha dado transferencialmente al no querer que en las sesiones la vean llorar. Dice que al llorar, los demás tendrán un interés en ella, que le preguntaran que como esta, si está bien y eso le incomoda mucho.

Otro síntoma que pareciera estar relacionado con lo anterior es el no poder tener otro hijo, esto le trae mucho sufrimiento y dice que ya no podrá sentir lo

mismo, tener otro hijo para sentirlo y abrazarlo, siente que su hijo actual va a crecer y se va a ir y ella quiere a otro hijo para cuidarlo y estar con él en todo momento, ella quiere tener tres hijos como su mamá y ha estado en tratamiento para poder embarazarse, durante el análisis comenta que una tía que tiene cuatro hijos y que ya estaba operada para no tener más hijos, se embarazo y le dijo que si se lo regalaba porque ella quería tener uno y ella comenta que siente que les da lástima a los demás y que por eso quisiera tener otro hijo para que no la vieran así, como no queriendo que la vean deseante de algo, como si con otro hijo ya no le faltara nada, la completara.

Con relación a esto Susan imagina que si tuviera otro hijo cumpliría el deseo de su esposo, que ella siente que es tener otro hijo, dice que su esposo le ha expresado que sería más feliz si tuvieran más familia.

Otro síntoma que se relaciona los anteriores síntomas, es el ocupar siempre en todas sus relaciones, un lugar de rechazada, de excluida. Ya sea con su madre, con su rechazo y preferencia con los otros hermano, o con su padre, el no demostrarle muestras de cariño y preferir la muerte que a ella, o por otro lado sus amigas, al sentir que no la incluyen en sus equipos por no ser un integrante valioso, o la relación con su terapeuta, al sentir que al no tener problemas más graves, el analista estaría pensando en alguien más.

Ante todo Susan padece de una fuerte insatisfacción al no ser lo que los otros desean, al no tener eso que atraería y mantendría la mirada del Otro, al no ser ese objeto de su deseo y al final quedar relegada a un lugar de excluida por poder serlo.

4.1.5 Impresión diagnóstica

Al hacer un análisis de los rasgos estructurales que propone Joel Dor encontramos a la paciente con una estructura histérica, a continuación presentaremos los rasgos que nos sirven como indicadores para nuestro diagnóstico:

Alienación subjetiva del histérico en su relación con el deseo del Otro. Este rasgo consiste en que la histérica se reconoce los medios para responder a lo que cree que ese Otro espera de ella. Esto puede observarse cuando Susan trata de cumplir el deseo de su maestra al tratar su ansiedad, o al tratar de dar una clase perfecta.

En relación con su madre, trata de resolver los problemas de sus hermanos como lo quisiera su madre, por otro lado tratar de ser una hija ejemplar, e incluso tener tres hijos igual que su madre, Susan confunde el deseo de su madre con su propio deseo y trata incesantemente de cumplirlo creyendo que es el suyo. (Dor, 2014: 93).

Otro rasgo estructural característico de la histeria, es el no haberse sentido suficientemente amado por el Otro, o como no habiendo recibido todas las muestras de amor esperados por parte de su madre. En esta frustración la histérica se inviste

como un objeto desvalorizado, rechazado por el deseo de la madre, en comparación con un objeto completo e ideal como lo sería el falo.

Susan, se inviste como objeto desvalorizado, como un objeto que no colma la falta en los demás, que siempre hay algo más brillante que ella, y que por ende la coloca en un lugar de exclusión, ya sea con su madre “Prefiere habar siempre de mis hermanas que de mí”, sus maestros, “Nunca logro darle lo que quiere, siempre hay alguien mejor” o su terapeuta “Seguramente está pensando en otras pacientes que tienen más problemas que yo” Susan se vive como no siendo suficiente para los demás y quedando relegada al lugar de quien no tiene eso valioso que satisface el deseo. (Dor, 2014: 94).

Otro rasgo estructural histérico que aparece en Susan, es la de desear ante todo que su deseo permanezca insatisfecho. La histérica ante todo para mantener su deseo, busca jamás darle un objeto sustituto posible, de abrir una brecha entre su deseo y su realización, a fin de que esta insatisfacción incite cada vez más al deseo en su aspiración hacia un ideal de ser. Los síntomas de Susan pueden ser explicados desde este rasgo estructural y este rasgo estructural es uno de los puntos principales a trabajarse en este estudio de caso. (Dor, 2014: 95).

Susan se esmera por no alcanzar a ser eso que supone colmaría la falta del Otro, ya sea con su esposo y su madre, al no darles ese hijo y nieto que supone le daría ese valor de objeto valioso, o con sus compañeros y maestros, que cuando logre

dar esa clase perfecta que asombre y movilice su mirada hacia ella, Susan busca los medios para no ocupar este lugar, ya sea con conversiones en el cuerpo, teniendo olvidos o errores al exponerse.

4.2 ESTRUCTURA SUBJETIVA

La paciente desde la primera sesión comenta que “ella hizo todo al revés”, y durante las sesiones se observa que ella justamente es lo que quiere cambiar, “todo lo que paso”, quiere borrar todo lo que paso con su esposo, esto con un hijo, quien en palabras de su esposo “si tuviéramos otro hijo podríamos comenzar de nuevo” se esmera por tener otro, un hijo que al parecer la completaría, lo cual es un engaño imaginario, ya que este hijo no cubrirá su falta, así mismo trata de ocultar su falta al buscar dar la clase ideal, que no se le olvide nada, acudir a terapia también es una búsqueda de ser el ideal de la maestra cuando ella se lo dice, “tú tienes ansiedad debes ir a terapia” el cual ella gustosamente cumple lo que le piden, ella no cumple su deseo sino el deseo del Otro, que cree es el suyo.

La paciente nos muestra un profundo temor a ser rechazada, a ser dejada un lado ya que el otro se vaya lejos y le deje sola, como una madre que por mas que se esmere por encarnar el objeto del deseo de la madre no lo consigue o como un papa que se aleja de ella y muere, se va y no regresa jamás.

4.2.1 Contexto Familiar

La paciente comenta que la atmosfera familiar en su infancia fue complicada, su madre tenía peleas con su padre que fueron muy diferentes a como su mama en la actualidad las describe, a madre dice les intenta inculcar que su padre fue un hombre malo, que la golpeaba y la trataba mal, pero dice ella recuerda que era su madre quien lo maltrataba, dice “mi papa se defendía de lo que ella le hacía” recuerdo que en una ocasión ella lo estaba mordiendo y el no podía quitársela de encima y yo estaba llorando y mi mama me decía ve a decirle a tu abuelo que venga para que me ayude y ella no lo hacía.

Hace ocho años su padre falleció, dice que se suicido para no afrontar el divorcio que le pidió su madre. Actualmente ella vive con su esposo y su hijo, su madre vive con su pareja, aclarar que es la pareja con la que le fue infiel a su padre antes de que se suicidara, dice que a raíz de la muerte de su padre se distancio la familia, el principal problema para ella en la cuestión familiar es la dinámica de su hermano con su madre, el hermano se ha distanciado y ha comenzado una relación con una mujer que según la madre es una mala influencia, siente que el dinero que él le daba a su madre ahora se lo da a su pareja y eso le molesta a la madre.

4.2.2 Estructura Edípica

Para analizar la estructuración Edípica de la paciente describiremos como la paciente vivió su pasado infantil y su relación con sus padres, la paciente fue la mayor de tres hermanos donde comenta ella se hacía responsable de ellos y también del los quehaceres del hogar, esto hasta antes de que se casara, Su padre una persona

que siempre estaba tomada, llegaba a casa y se dormía, pero ella al parecer siempre estaba esperándolo y en algunos casos ella lo cuidaba, lo cobijaba. Dice en una ocasión el llegó y se durmió desnudo y ella fue a taparlo.

Como si ella estuviera cumpliendo una función de pareja, estando ahí para su padre cuando la necesitara. Comenta que su relación de noviazgo con su esposo fue muy violenta, dice que constantemente su novio en estado de ebriedad le golpeaba y le insultaba, y es hasta que tienen un hijo cuando la relación mejora. Esta relación pareciera ser muy parecida a la relación que tenían sus padres, el padre y la madre peleaban y el estaba en estado de ebriedad.

Aquí podemos observar una repetición en su tipo de relación actual partiendo de la base de los padres. Otra observación de su estructura Edípica es la repetición de la infidelidad, comenta que la madre le fue infiel a su padre y que este hombre es la actual pareja de la madre, dice que ella en dos ocasiones le es infiel a su esposo, en una ocasión al regresar con el otro hombre (amante) su esposo los golpea a ambos, dice que su esposo es muy celoso y que tiene miedo de que la paciente le vuelva a ser infiel. Esto se actualiza transferencialmente en el proceso terapéutico, al decir que su esposo cree que le está siendo infiel con el terapeuta.

Otra forma de ver esta repetición es pensar que el otro hombre es mejor que el que tengo (rasgo característico de la estructura histérica), esto puede fundamentar la infidelidad de la madre hacia su padre y esto crearía un fantasma imaginario en la

paciente “lo que no tengo es mejor que lo que tengo” y así la paciente desearía tener al hombre que no tiene o que tiene alguien más, aquel tiene mayor virilidad, es más atento, el si la escucha, esto se ha observado al comentar que quisiera tener la amiga que tiene su amiga, yo quisiera tener una amiga así, con quien poder platicar siempre, quisiera que ella dejara de hablar con su amiga y me hablara a mí, otra es desear tener al esposo de su hermana, yo quisiera que mi esposo fuera como mi cuñado, que el volteara a ver a mi hermana y la escucha.

Y esto también se repite trasferencialmente en el análisis, quisiera que mi esposo fuera como el terapeuta que hace lo que no hace su esposo, escucharla, mirarla a los ojos y decirle algo cuando ella le dice algo (fantasía de la paciente). Si distorsionáramos esta repetición podríamos relacionarlo con el Edipo de ella con sus padres, quiero que el (padre) deje de verla a ella (madre) y me vea a mí (paciente), Quiero que el (novio) sea como lo que ella (madre) tiene. Y así tener al padre ideal imaginario que ella busca.

4.2.3 Eventos traumáticos

Un evento que parece ser decisivo en la problemática de la paciente es el suicidio de su padre, el padre al parecer en un estado de depresión combinado con un estado alcohólico se colgó de la escalera de su casa, dice su padre fue encontrado por su madre al llegar a casa, este suceso no es comentado en casa, como si se hubiera sepultado por orden de la madre, como si hubiera dicho aquí no paso nada. Dice la madre da un aspecto de que no paso nada y la paciente siente un profundo dolor por la muerte de su padre y rencor hacia su madre por su implicación ante este suceso.

También aquí hay un hecho que puede ser el desencadenante de sus síntomas, su madre para no recordar la muerte de su esposo, decidió juntarse con su actual pareja como una especie de tapón, dice ella hizo eso para no recordar nada de lo que paso, y lo hizo para no suicidarse ella misma, ella también lo intento pero con pastillas y siento que si yo le digo lo que siento ella puede sentirse muy mal y triste y querer suicidarse, esto puede ser relacionado con no poder expresar sus sentimientos y quejas, prefiere callar, cerrarse la garganta como por un miedo imaginario a que al decirle lo que siente matara a su madre.

4.3 CONSTRUCCIÓN DEL CASO CLÍNICO

4.3.1 El lugar del tercero excluido en la neurosis histérica.

El sujeto con una estructura histérica, ya sea generando el conflicto o despejándolo, ocupara invariablemente el papel del tercero excluido (Nasio, 2012: 24).

“Me da mucho coraje, cuando mi mama se pone mala, y tiene que ir al hospital, yo siempre voy, y me quedo todos los días, pero mi mama nunca me lo agradece, es mas dice que prefiere que valla mi hermana, porque con ella platica mejor”

“Mi mama me marca por teléfono, y me dice que tiene ganas de platicar, y aunque yo tengo muchas cosas que hacer, acepto hablar con ella, pero solo se la pasa hablando de mis hermanos, de que no están bien, y me molesta y me entristece que nunca quiera hablar de mí”

“Mi padre siempre prefirió a mi hermana, a pesar de que yo era el que lo procuraba, el que lo metía a la casa cuando se quedaba dormido en la calle, o cuando estuvo en la cárcel, yo iba a verlo, el solo preguntaba por ella”

“Cuando mi padre falleció, el prefirió quitarse la vida y no enfrentar su divorcio, a estar con migo, estoy muy molesta con el por eso, siento que no me valoro, el se pudo haber quedado con migo”

“Nunca me escogen en los equipos, siempre me quedo sola, aunque yo soy aplicada, y tengo tiempo, prefieren a otras que a mí”

Como observamos en los anteriores extractos de viñetas, Susan ocupa en sus relaciones triangulares cotidianas, el lugar de tercer excluido, por más que se esmera por ser algo valioso, algo que llame la atención y deje satisfecho o maravillado a quien ocupe el lugar del Otro, termina siendo excluida, mirando cómo, ese o esa, a quien intenta agradar o de quien intenta recibir amor, prefiere a alguien o algo más y no a ella. (Nasio, 2012: 24).

4.3.1.1 El lugar del tercero excluido en la relación analítica.

La transferencia en psicoanálisis es el proceso en el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida por ellos, en psicoanálisis, sobre el analista dentro de la relación terapéutica (Laplanche, 1926: 439).

“Pienso que usted está pensando que yo no tengo problemas tan graves en comparación con otras personas, que no vale la pena escucharme y que piensa mejor en terminar las sesiones para atender a alguien más”

“Le voy a quitar el reloj, no quiero que se acabe la sesión creo que está pensando en su próxima paciente, de seguro ella tiene cosas más importantes que platicar”

En los anteriores extractos de viñetas, podemos observar como Susan transfiere la relación de exclusión que lleva con sus padres hacia la figura del terapeuta. Estas quejas dirigidas al terapeuta fueron trabajadas desde lo simbólico, enlazando la reactivación de su sentimiento de exclusión por parte del terapeuta con el mismo sentimiento de exclusión vivido con sus padres.

4.3.1.2 La televisión como objeto del deseo del Otro

La histérica crea una situación conflictiva, escenifica dramas, se entrometen en conflictos y luego una vez que ha caído el telón, se da cuenta en el dolor de su soledad, de que todo no era más que un juego en el que ella fue la parte excluida (Nasio, 2012: 24).

La escena teatral siempre es la misma, en el guion hay tres personajes, el papel del personaje excluido, el personaje del objeto deseado y el personaje que dependiendo hacia donde dirija su mirada, excluye o incluye (Nasio, 2012: 24).

Pero no siempre el personaje incluido, ese que tanto anhela ser la histérica, es un ser humano, una persona, es un lugar que puede ser ocupado por cualquier cosa, hasta por una televisión.

“Siento que mi esposo no me quiere, yo le quiero platicar mi día, de cómo me siento, pero veo que él prefiere mas ver el futbol en la tele que a mí.”

“llegue con ganas de platicarle a mi esposo algo que me paso en la escuela, cuando llegue empecé a hablarle y me dijo que si lo esperaba a que hubiera comerciales, que estaba viendo la televisión, yo me enoje mucho y me puse a llorar en el baño.”

“Le estaba hablando a mi mamá de cómo me ha estado yendo en la escuela, y me dice, oye viste la novela estuvo muy buena, me sentí horrible por que le interesa más la novela que lo que yo le diga.”

Para la histérica, el objeto que el Otro prefiere en vez de a ella, y por ende la excluye, puede ser cualquier cosa: un televisor, pensamientos, animales, hijos, trabajo, problemas, etc. Cualquier cosa que ocupe el lugar que ella siente jamás ocupó (Dor, 2014: 94).

4.3.2 La identidad irrisoria de la histérica

La histérica se vive como no habiendo sido suficientemente amada por el Otro o como no habiendo recibido las muestras de amor esperadas por parte de su madre, y esto genera una identidad desfalleciente, parcial en comparación con una identidad plenamente realizada. (Dor, 2014: 94).

“Siento que mi madre nunca me quiso, siempre prefirió más a mis hermanos que a mí, por más que yo trataba de ser lo que ella quería que fuera, ella siempre hallaba algo que criticarme y nunca me agradeció por lo que hacía por ella”

“Mi padre nunca me abrazó, él no era de los que demuestran sus sentimientos a sus hijos, él nunca me dijo que me quería, siempre sentí un rechazo por parte de él”

“Mi padre siempre quiso mas a mi hermana que a mí, a ella le contaba todo, nunca se acerco a hablar con migo de sus problemas, hasta en relación a su muerte, el le conto a mi hermana y no a mí, yo supe mucho después porque se había suicidado”

A través de estos fragmentos del discurso de Susan podemos observar como ella se vivió como no siendo un objeto que ocupara el lugar del deseo del Otro, en relación a su madre, aparece una madre siempre insatisfecha, que no se le puede llenar con nada, que por más que Susan se esfuerza en satisfacerla y ser valiosa para ella, la madre en vez de reconocerla como objeto valioso, la madre encuentra un detalle que la desvalorice y la ubique como un objeto irrisorio.

A su vez en las viñetas anteriores podemos observar, pero ahora con su padre, el mismo sentimiento de rechazo, un padre que Susan recuerda como desafectivo, como alguien que jamás se le acerco para decirle que la quería y que a su vez junto con su madre dejaron una marca en su identidad, una identidad que como veremos a continuación en otros extractos del análisis, se repite en sus relación afectivas, tanto con su madre en la actualidad, como con las personas con las que se relaciona.

“Siento que nunca le daré gusto a la maestra, por más que me esmero en prepararme para dar una clase perfecta, ella siempre encuentra algo que me falla, me corrige y de ahí se viene todo abajo, se me olvida todo lo que iba a decir “

“Con mis amigas nunca tengo nada interesante que decir, me siento una inútil”

“En que se puede fijar un hombre en mi, siento que no tengo nada interesante, nada atractivo”

Esta identidad desvalorizada rige las relaciones de Susan, en su día a día se reactiva el sentimiento que surge de la relación edípica con su madre, un sentimiento de incompletud, de no valía, de no ser el objeto del deseo del Otro (Nasio, 2004: 95).

4.3.2.1 El padre con el objeto más valioso

El niño con la aparición del padre, cuestiona su identificación fálica, deja de ser el falo de la madre, deja de ser ese todo que la mantiene satisfecha, el niño ve que su madre prefiere a otro que no es él, porque supone que aquel tendría algo que él no tiene. Lacan considera esencial que la madre desee al padre, que el padre sea quien le hace la Ley (Bleichmar, 2008: 66).

Susan se vive como no teniendo eso que la ubique en el lugar del deseo, siempre siente que le falta algo para alcanzar a ser ese ideal.

“Me gustaría tener a mis compañeros así como anonadados con migo, que todo lo que diga capte su atención, pero no tengo eso que tienen las otras chicas del

salón, veo que cada quien mira a otro lado, como si no les importara lo que yo estuviera diciendo”

“Mi esposo prefiere ir con su mamá que estar con migo, hasta en la cuestión de la comida, ella tiene mejor sazón, siento que a mi esposo no le gusta lo que yo le hago de comer, que prefiere comer lo que le da su mamá”

“Siento que yo no soy buena terapeuta, no creo que tenga lo necesario para atender pacientes, no tengo ese temple, siento que me voy a poner a llorar cuando me digan sus problemas, veo a otras compañeras y digo, ellos si tienen madera de terapeutas, pero yo no”

Susan al igual que en el complejo de Edipo, se vive como no solo no siendo eso que necesita el otro, sino no teniendo un atributo valioso que el otro tiene y por ende prefieran a ese otro y no a ella. (Bleichmar, 2008: 66).

4.3.3 El lugar del tercero excluido como lugar de insatisfacción

Pero ¿para qué vivir en la insatisfacción, si lo que buscamos es alcanzar la felicidad y el placer? la razón es contundente, la histérica es un ser de miedo, que se mantendrá insatisfecha para resguardarse del peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo. Un goce que si lo viviera, la disolvería, o la haría desaparecer. El miedo y la tenaz negativa a gozar ocupan el centro de la vida de la histérica (Nasio, 2012: 20).

“Siempre quiero dar la clase perfecta, que la maestra y mis compañeros observaran que si se, atraer su atención durante la clase con palabras adecuadas, pero cuando paso al frente, me pongo nerviosa y me trabo, se me cierra la garganta, empiezo a sudar y quedo en ridículo”

“Siento que nunca estoy donde debería de estar, si estoy en la escuela, siento que debería de estar en mi casa, si estoy con mi hijo y estamos a gusto, jugando, siento que debería de estar estudiando, total nunca puedo disfrutar de lo que hago”

El goce del Otro es un estado meramente hipotético que se le atribuiría al caso ideal en el cual la tensión habría sido totalmente descargada sin refreno de ningún tipo o forma de limite, este es el goce que el sujeto le supone al Otro. Este estado ideal, este punto en el horizonte de una felicidad absoluta e imposible, adopta diferentes figuras dependiendo de la estructura, en el caso de un neurótico histérico, este horizonte se representa como un océano de locura. (Nasio, 1992,: 35)

En el caso de Susan, el miedo a un goce máximo por ocupar el lugar del deseo del Otro está siempre presente, este miedo la paraliza, la invade, al imaginarse que aquello que tanto desea, aquello que cree la ubicara en ese lugar privilegiado, está a su alcance y prefiere poner una barrera, una traba, meterse sola la pata, para no alcanzarlo.

“Siento que si tuviera otro hijo, mi esposo seria más feliz, el me ha dicho que si yo le diera otro hijo nuestra relación cambiaria, seriamos más felices, el me miraría de otra forma”

4.3.3.1 El miedo a ser madre

Entonces la histérica deseara, en base a este miedo, que su deseo permanezca insatisfecho, la histérica queda atrapada en una lógica psíquica: para poder mantener su deseo, se empeña por jamás darle un objeto sustituto posible, con el fin de que su insatisfacción resultante la proteja y a su vez, motorice cada vez más su deseo en una aspiración hacia un ideal de ser (Dor, 2014: 95).

En Susan este miedo a ocupar el lugar del deseo del Otro se transporta a la posibilidad de tener ms hijos, para ella el tener otro hijo seria lo máximo, tener a alguien para quien será todo, cuidarlo y amarlo y que ese niño la vería como su todo, seria ella lo más importante para él.

“Quiero volver ser madre, sentir que soy todo para alguien, que esa personita dependiera de mi, que yo sería lo máspreciado”

A su vez el tener otro hijo le daría un atributo especial con respecto a su pareja.

“Mi esposo me ha dicho que si tuviéramos otro hijo, el sería muy feliz, me dice que nuestra relación cambiaría, que dejaríamos de tener problemas, pero yo no le puedo dar eso, no puedo tener más hijos”

Susan ha investido la incapacidad para tener más hijos, como un lugar protector, que la mantiene al margen de ser ese todo para el otro, de ocupar el lugar de su deseo, en este caso tanto para su hijo, como para su esposo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

5.1 SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

La paciente acudió a tratamiento por no poder exponer clase frente al grupo y por sentir un profundo dolor al ser rechazada o excluida en sus relaciones. Al inicio del tratamiento, la paciente se colocaba en un lugar de aquella que no puede hacer nada, aquella con una marca imborrable en su ser, que le impedía sentirse capaz de hacer cualquier cosa, principalmente atraer la mirada de los demás, de tener algo que ellos quisieran, de sentir que no era parte de donde pertenecía.

Con el transcurso de las sesiones, Susan ubico la imagen de una madre devaluadora que al estar en algún lugar donde se jugara la mirada y la atención de otros, resurgía esta como si fuera parte del público, generando el temor de rechazo y en la mayoría de los casos, causando errores, olvidos o conversiones en el cuerpo, que le impedían llevar a cabo su exposición.

También durante las sesiones, se trabajo el miedo a ocupar ese lugar tan deseado, ese lugar de ser algo maravilloso para los otros, algo que haría que la amaran, la desearan y como este miedo a ser deseada, le provocaba que ella misma se provocara el tropiezo para no alcanzar a serlo.

Susan comenzó a colocarse de forma diferente frente a las situaciones que se le presentaban. Con su madre, quien siempre devaluaba todo lo que ella hacía, prefirió ya no tratar de ser ese todo para ella, sentía que por más que lo hiciera, su madre no se lo agradecería y preferiría a otros, así que mejor comenzó a dar un paso al costado y dejar que las demandas que su madre le enviaba, fueran resultas por su pareja, o sea su padrastro, que en voz de ella, es a quien le corresponde cumplirlas.

También Susan no solo con madre, sino con sus compañeras, pudo soportar no ser el objeto del deseo de ellas y poder ubicarse como alguien independiente de ese valor. Sintióse valiosa aun sin que el otro la viera de esa manera.

Susan también tuvo un cambio marcado con sus maestras y maestros, logrando obtener calificaciones de 100, que pensó jamás lograría. Pudiendo darles eso que los maestros le demandaban para obtener esas calificaciones. Pudiendo colocarse en ese lugar de saber, de tener el conocimiento y mantenerse ahí.

Por último otro cambio marcado en Susan fue el de poder exponer en público, y no solo en su salón de clases, sino ante auditorios de gran cantidad de gente, dando conferencias para padres, trabajadores, madres, etc.

5.2 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PERSONALES

El presente estudio partió del objetivo general de: analizar el lugar de tercero excluido como reactivación del complejo de Edipo en un caso de histeria femenina. El cual fue expuesto a lo largo de todo el estudio, resultando una aproximación o introducción al entendimiento de este lugar tan enigmático de él lugar de tercero excluido.

Los resultados de este estudio fueron los siguientes: el lugar de tercero excluido aparece en toda las relaciones de la histérica incluyendo la relación transferencial. Ya sea con madre, con su padre, con su hijo, con su maestra, con el terapeuta, su posición sigue siendo la misma, excluida.

El siguiente resultado fue la similaridad que existe entre la entrada del padre como aquel que tiene eso que el niño no tiene y por lo cual la madre lo prefiere a él, con el lugar de tercero excluido en el cual se vive como un objeto no valioso en comparación de otros, generando una identidad irrisoria, una identidad de no valía.

Por último el lugar de tercero excluido, es a la vez un lugar de insatisfacción y protector de un goce sin límites, de preferir mantenerse excluida por el temor a ser eso que completaría, que imaginariamente obtendría un placer máximo, que la haría desaparecer, hablamos del goce del Otro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bleichmar, H. (2008) Introducción al estudio de las perversiones Buenos Aires: Nueva Visión.

Capo, J. (1997) Una historia de histeria y misterio. En Revista uruguaya de psicoanálisis, 86. Recuperado de:
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719978609.pdf>

Dor, J. (2014) Estructuras Clínicas y psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu

Dor, J. (1994) Introducción a la Lectura de Lacan. Barcelona España: Gedisa, S.A.

Etchegoyen, H. R. (2005). Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Amorrortu.

Fink, B (2007) Introducción clínica al psicoanálisis lacaniano. : Gedisa

Freud, S. (1976) Estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu editores S. A.

Freud, S. (1912). Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Buenos Aires: Amorrortu editores S.A.

García, C. (2009) Cómo investigar en psicología. México: Trillas.

Hernandez Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucía, M. d (2010).

Metodología de la Investigación. Mexico : Mc Graw Hill.

Laplanche, J. y Pontails, J,-B (1996). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor.

Marchant, M. (2000) Apuntes sobre la histeria. En Revista de psicología, 9(1).

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26409109>

Masotta, Oscar. (2008). Lecturas de psicoanálisis, Freud, Lacan. Buenos Aires:

Paidós.

Mazzuca, R. (2005) LOS EXCESOS DE LA HISTERIA. En Archivos de Medicina,

1(2). 2-8 Recuperado de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/los-excesos-de-la-histeria.pdf>

Muñiz, M. (2010) El estudio de caso: Una estrategia de investigación en psicología

clínica con orientación psicoanalítica. En Muñiz, M. (Comp.) El estudio de caso en Psicoanálisis Delimitación y Lenguaje. Inédito.

Nasio, J. (2012) El dolor en la histeria. Buenos Aires: Paidós.

Nasio, J. (1992) Cinco Lecciones sobre la Teoría de Jaques Lacan. Barcelona,

España: Gedisa.

- Nasio, J. (2010) El Edipo: El concepto crucial del psicoanálisis. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Perrès, J. (2000) Proceso de Constitución del Método Psicoanalítico. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ramirez, M. y Gallo, H. (2012) El psicoanálisis y la investigación en la universidad. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Roudinesco E., Plon M. (1998). Diccionario de Psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós
- Sopena, C. (1993) Comentarios acerca de la histeria. En Revista uruguaya de psicoanálisis, 78. Recuperado de:
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719937804.pdf>
- Tizon, J. (2004) La histeria como organización o estructura relacional. Desde la psicopatología psicoanalítica. Intersubjetivo. Recuperado de:
http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Tizon_Histeria1.pdf
- Verhaghe, P. (1999) ¿EXISTE LA MUJER? De la histérica de Freud a lo femenino en Lacan. Buenos Aires: Paidós