

El cuerpo no es una unidad: una vuelta a los casos de Freud

Sebastián Plut¹

Resumen: El autor propone una discusión sobre tres casos freudianos con el objeto de examinar en ellos corrientes psíquicas diferentes a las estudiadas por el creador del psicoanálisis. Por este camino, entonces, se cumplen dos objetivos: por un lado, poner en cuestión la categoría *patologías actuales*; por otro lado, mostrar que las pacientes freudianas no eran solo históricas sino que, simultáneamente, presentaban componentes psicossomáticos y/o propios de las patologías narcisistas.

Palabras clave: Corrientes psíquicas. Cuerpo. Diagnóstico. Patologías actuales. Psicossomática.

“Pero en la realidad la regla es la complicación de los motivos, la sumación y combinación de mociones anímicas” (S. Freud)

“Confieso que desde el principio vi en ese «progreso» una adaptación excesiva a los reclamos de la actualidad” (S. Freud)

Introducción

Suele decirse que ya no hay pacientes neuróticos como los que atendía Freud, que hoy nos consultan sujetos con patologías narcisistas, borderline, etc. y, de modo más impreciso, se habla de *patologías actuales*.

¹ Doctor en Psicología. Psicoanalista. Profesor Titular del Doctorado en Psicología y de la Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento (UCES). Miembro del Comité Editor de la Revista *Subjetividad y procesos cognitivos*.

Los dos rasgos esenciales que suelen atribuirse a las llamadas patologías actuales son: su gravedad (se trataría de pacientes con un alto nivel de desvalimiento psíquico) y su actualidad, es decir, estarían en correspondencia con situaciones de deterioro social. Dicho de otro modo, las actuales circunstancias vitales, la complejidad social, darían lugar al desarrollo de problemáticas psíquicas severas y, a la vez, novedosas.

En otro artículo (PLUT, 2008) discutí esta categoría pues si resulta cierto que la realidad cambia (la realidad social por un lado y la realidad clínica por otro) conviene ser cuidadosos al definir esos cambios: ¿corresponden a transformaciones en la subjetividad o a desarrollos teóricos que permiten identificar corrientes psíquicas no neuróticas en los pacientes?

Nuestro interrogante, pues, consiste en averiguar si el estado psíquico de los pacientes en la actualidad es diferente del que tenían en la época de Freud o, más bien, es que los desarrollos teóricos hoy nos permiten advertir rasgos anímicos con un mayor nivel de sofisticación.

Cabe advertir que cuando se afirma que en la actualidad los pacientes presentan otras configuraciones clínicas, diferentes a las que exhibían hace un siglo, las comparaciones no se hacen entre pacientes sino entre lo que se decía de ellos en la época de Freud y lo que se dice hoy. Diríamos, entonces, que un primer aspecto es que se comparan *teorías* y no *casos*.

La frase *no creo más en mi neurótica* ha quedado como emblema de las transformaciones que Freud hizo en sus hipótesis, una marca de esos fracasos científicos que se tornan fecundos (PLUT, 2014). Freud mismo lo vivió “como el resultado de un trabajo intelectual honesto y vigoroso [...] ser todavía capaz de semejante crítica después de semejante profundización” (1986, p. 285). Vemos aquí, pues, que Freud se vio llevado a modificar sus hipótesis en lugar de suponer que los pacientes habían cambiado. Esta perspectiva, creemos, no solo es más acorde con la realidad y los requerimientos científicos, sino que también evidencia la necesaria modestia del científico.

Los argumentos para no creer más en su neurótica fueron clínicos (escaso éxito terapéutico o improbabilidad de la ubicuidad de padres perversos), metapsicológicos (dificultad de distinguir en lo inconsciente la verdad de la ficción) y psicopatológicos (vicisitudes de la recuperación de recuerdos en las psicosis). Insistimos, Freud no pensó que cambió la realidad clínica sino que modificó la teoría para una mejor comprensión de aquélla.

En lo que sigue haré una breve revisión de tres casos (Anna O., Dora y Elisabeth) con el objeto de averiguar si en ellos encontramos o no fragmentos no neuróticos. Para Dora recurrimos también al informe de un terapeuta que la vio

años después, mientras que para Elisabeth aplico el algoritmo David Liberman (ADL) (MALDAVSKY, 2013).

Por último, cuando hacemos un diagnóstico seguimos la premisa de Freud: un sujeto no se reduce a una única organización psicopatológica. En efecto, debemos estar preparados para reconocer un conjunto variado de pulsiones y defensas. A cada sector (deseos, destinos y conflictos) Freud lo llamaba *corrientes psíquicas*, y en cada una predomina una defensa específica, es decir, una forma de tramitar los conflictos entre deseos, realidad y superyó.

Tenemos en cuenta que cuando hablamos de psicopatología (fobia, depresión, etc.) estamos en el nivel general de las hipótesis, mientras que cuando hablamos de un paciente, de un caso, las hipótesis corresponden al nivel de lo particular y de lo singular. Es así que sostenemos que ningún paciente es una unidad y, en ese mismo sentido, el *cuerpo* tampoco lo es. Un paciente, entonces, podrá presentar, por un lado, el cuerpo histérico, esto es, un cuerpo representacional pero, por otro lado, podrá presentar una corriente psíquica tóxica en la cual cobran importancia las patologías orgánicas.

Si Anna O. viviera

La pregunta que proponemos, a modo de ejercicio, es: si usted recibiera a Anna O., ¿la diagnosticaría como hicieron Breuer y Freud? Aquí solo presentamos una breve parte del historial, no obstante sugerimos al lector recurrir al caso tal como fue publicado en *Estudios sobre la histeria*.

La joven (con *algunas psicosis sobrevenidas en su familia*) tenía un espíritu muy crítico que la tornaba insugestionable. Tenía también una bondad compasiva y una tendencia a la desmesura en sus alegrías y tristezas. Con una sexualidad *asombrosamente no desarrollada [...] no había conocido el amor, y en las masivas alucinaciones de su enfermedad no afloró nunca ese elemento de la vida anímica*. Su vida exhibía simultáneamente una extrema monotonía y una tendencia al embellecimiento. Los relatos de la paciente perdieron progresivamente su carácter poético y se trocaron en alucinaciones terroríficas: *lo fantástico consistía más en fórmulas estereotipadas que en lo poético de su creación*. Cuando permanecía en su *teatro privado [...] mientras todos la creían presente, revivía en su espíritu unos cuentos*. Recordemos los *dos estados de conciencia*, uno caracterizado por tristeza y angustia y otro por alucinaciones, insultos y conductas expulsivas. En este último grupo se hallaban su oposicionismo empecinado y sus alucinaciones con calaveras, esqueletos y serpientes negras. *Se quejaba de las profundas tinieblas que invadían su cabeza, de que no podía pensar, se volvía ciega y sorda, tenía dos yoés, el suyo real y uno malo que la constreñía a un comportamiento díscolo*.

El verbo *martirizar*, repetido en infinitivo, es expresión de dos deseos, oral secundario y anal secundario, el primero ligado con el problema del amor y el segundo, sobre todo, referido a la culpa. Sin embargo, aquel verbo se singulariza por la falta de un sujeto en la acción, como si hubiera quedado sofocado el yo de la acción de martirizar. Tal como explica Maldavsky (1986) si en las caractereopatías transgresoras el término *yo* queda reemplazado por *él* (o ella) y en las depresiones se sustituye por *vos* (o tú), cuando el yo resulta suplantado por nadie estamos en el terreno de las esquizoidías (o esquizofrenias). En esta misma línea, agreguemos el estrabismo y cierta particularidad de su percepción: *subsistió un alto grado de estrechamiento del campo visual. De un ramillete de flores, que la alegraba mucho, veía solo una flor por vez. Se quejaba de no reconocer a las personas [...] debía decirse: la nariz es así, de tal suerte los cabellos, por consiguiente es tal o cual persona. La gente se le convertía como en unas figuras de cera, sin relación con ella.* Además tenía períodos de anorexia, insomnio recurrente y repetidos intentos de suicidio.

Anna O., efectivamente, evidenciaba una corriente histérica, no obstante hallamos indicios de otras corrientes psíquicas. En efecto, si la tentativa de embellecer corresponde al deseo fálico genital (FG) acompañado de la represión (que al fracasar retorna como asco) la monotonía expone otro deseo, libido intrasomática (LI), expresado en sus recurrentes estados de desvitalización y somnolencia (debilitamiento extremo y anemia durante el cuidado de su padre y períodos de adormecimiento). Arriesguemos una hipótesis adicional: es posible que en ciertos momentos el deseo FG (con defensa exitosa) constituyera más bien una fachada encubridora del deseo LI con defensa fracasada.

Nos preguntamos también si su teatro privado consistía solo en un mundo de fantasías, un devaneo embellecedor, o refería a un grado de retracción más severo de tipo narcisista, en el cual prevalecía aquello que Freud describía como presencia física y ausencia psíquica. Nótese que como dice el autor, poco a poco la creación poética dio lugar a fórmulas estereotipadas.

Asimismo, la hipótesis de los dos estados de conciencia parece coincidente con la de las corrientes psíquicas, probablemente una correspondiente al fragmento neurótico y la otra a un componente propio de las patologías narcisistas. Por ejemplo, los insultos y cierta impulsividad expresaban el deseo anal primario (A1), mientras que las alucinaciones con serpientes corresponden al deseo oral primario (O1). Quizá con este deseo se enlace la percepción de las personas como figuras de cera (como inverso de la sinceridad) correlativa de la desconexión intersubjetiva. Dicho de otro modo, el problema de la falsedad (o la verdad) se presenta de modo insistente y constituye una expresión del mencionado deseo O1.

El relato sobre las flores y la dificultad para reconocer a las personas también sugiere una perspectiva diferente de la histeria. Si en esta última se destaca el *pars pro toto* o la sinécdoque, como modalidad de la condensación, intuimos que no es eso lo que sucedía en Anna. Más bien, nos recuerda al borgeano personaje de *Funes el memorioso* que no podía reunir las partes en un todo, sino que cada parte era equivalente a otra pero aisladas todas ellas entre sí. También es notorio que el reconocimiento de un rostro fuera el resultado de una suerte de proceso deductivo.

En síntesis, tras un ropaje histérico hallamos, particularmente, la importancia de dos deseos, O1 y LI, correspondientes a las corrientes esquizoide y tóxica respectivamente.

Dora retroactiva

¿Qué opinaríamos si llega a nuestra consultorio una paciente de 42 años que rehúsa histórica y persistentemente el encuentro sexual con su marido, padece del síndrome de *Meniere*, nos relata escenas abusivas padecidas en su temprana adolescencia, se ocupa de espiar si su hijo (casi adulto) tiene relaciones sexuales y que además tiene una adicción al tabaco, palpitaciones, sentimientos persecutorios y cáncer de colon? Este es el cuadro que presentó la célebre paciente *Dora* 24 años después de ser atendida por Freud y al momento de consultar a Félix Deutsch (1970). ¿Si en la actualidad nos consultara Dora y nos informara de todo ese abanico de malestares, costumbres y síntomas, publicaríamos su tratamiento como un caso paradigmático de la histeria?

Con algún grado de razonabilidad se nos dirá que la paciente de 42 años no es la misma que la de los 18, que transcurrió el tiempo y se fueron imprimiendo cambios. No estoy seguro que ese único argumento, aun con algún grado de validez, nos pueda explicar la diferente mirada que tuvieron Freud y Deutsch sobre la misma paciente. No se trata de si Freud *se equivocó* sino de reconocer el lento avance de toda ciencia y, quizá, en particular del psicoanálisis.

El mismo Deutsch nos da algunas pistas: por un lado, reafirma que en algunos aspectos la paciente “*siguió el curso que Freud predijo*” y, por otro lado, se pregunta: “*¿cuánto más avanzados estamos actualmente en nuestra comprensión del salto de lo mental a lo fisiológico?*”. Podemos concluir, pues, que un fragmento psíquico de la paciente, efectivamente, correspondía a una histeria de conversión y que ese era el sector para cuya detección y abordaje Freud se encontraba más sensible. Por otro lado, que debieron obtenerse posteriores hallazgos teórico-clínicos para identificar diferentes componentes psíquicos de la paciente.

El interrogante de Deustch sobre el avance en la comprensión del *salto de lo mental a lo fisiológico* nos evoca otra hipótesis que Freud expuso en diversas ocasiones. En efecto, Freud consideraba que subyacente a los síntomas histéricos podía tener eficacia un estímulo somático, orgánicamente condicionado, tal como el grano de arena en torno del cual el molusco forma la perla:

Yo sigo viendo las cosas como se me aparecieron al comienzo, hace más de quince años: las dos neurosis actuales neurastenia y neurosis de angustia (quizá se les deba agregar, como tercera neurosis actual, la hipocondría en sentido estricto) prestan la sollicitación somática para las psiconeurosis, les ofrecen el material de excitación que luego es psíquicamente seleccionado y revestido, de suerte que, expresado en términos generales, el núcleo del síntoma psiconeurótico - el grano de arena en el centro de la perla- está formado por una exteriorización sexual somática. Sin duda que esto es más nítido para la neurosis de angustia y su relación con la histeria que para la neurastenia, sobre la cual todavía no se han emprendido cuidadosas indagaciones psicoanalíticas (FREUD, 1912, p. 257).

En síntesis, quizá lo que hoy a muchos sorprende como fenómenos psicopatológicos novedosos corresponda más bien a hallazgos teórico-clínicos recientes para la comprensión del grano de arena (o neurosis actual) que Freud intuyó tempranamente. Tal vez, para seguir la metáfora freudiana, la relación entre el carácter elemental del grano de arena y la hermosura de una perla, sea correlativa de la relación entre las patologías tempranas (y la *dócil apatía* como dijo Freud del Hombre de los Lobos), los estados tóxicos, y la *belle indifférence* de la histeria.

De todos modos, para despejar uno de los factores que podría influir en nuestro juicio (que entre ambos tratamientos transcurrieron 24 años) observemos parte del material clínico de Dora tal como fue expuesto por Freud. Es decir, ¿podemos encontrar en el caso tal como lo describió Freud indicadores de esta otra corriente psíquica?

El análisis de Dora, pese a su brevedad, fue objeto de un detallado estudio por parte de Freud. En él hallamos reunidas, a la vez, conjeturas de un alto nivel de especificidad y de captación de matices singulares, con proposiciones globales propias de sus recientes hallazgos. Por ejemplo, a poco de comenzar, Freud plantea la hipótesis acerca de que “la causación de las enfermedades histéricas se encuentra en las intimidades de la vida psicosexual de los enfermos” (1901, p. 7). En efecto, se trata de una fórmula genérica en tanto podría aplicarse a otros cuadros clínicos y tal era el objetivo de Freud: mostrar la eficacia de la vida pulsional en la psicopatología y no solo en la histeria. Por ende, sospechamos que en más

de una ocasión utilizó el término *histeria* con ese mismo nivel de generalización (más adelante dice Freud: *llamaría histérica a toda persona en quien una excitación sexual provoca predominantemente o exclusivamente sentimientos de displacer*). De hecho, y cuanto menos, hoy tomaríamos varias de las manifestaciones de Dora (sobre todo el primer sueño) como expresiones de un cuadro fóbico.

Valen también como argumentos para justificar que Freud no se ocupó de estudiar algunos fragmentos psíquicos de la paciente dos afirmaciones que él mismo indica: a) la dificultad de *dominar* un material clínico extenso; b) que el tratamiento fue interrumpido tempranamente por la paciente. El primer argumento muestra que al exponer el análisis de un caso tomaremos aquello que se enlace de manera directa con nuestro objetivo de estudio (*es que en este historial clínico me interesaba poner de relieve el determinismo de los síntomas*); el segundo argumento exhibe la influencia que ciertos procesos psíquicos no detectados por Freud tuvieron en la ruptura de la alianza terapéutica y la prosecución del tratamiento.

Dos décadas después, al revisar una nueva edición del historial, Freud aclara que *no podría esperarse que más de dos decenios de trabajo continuado no modificarían en nada la concepción y exposición de un caso patológico como este*, no obstante le parece inadecuado corregir o ampliar el texto para *adecuarlo al estado actual de nuestro saber*. Agrega, enterado del nuevo tratamiento emprendido por Dora muchos años después, que *ningún crítico imparcial de la terapia analítica reprochará a esta que en esos tres meses de tratamiento solo se finiquitase el conflicto que la paciente tenía entonces, sin protegerla de enfermedades que pudiera contraer después*.

Freud expresa, entonces, que lo que fue posible analizar en Dora fue solo un segmento de su vida psíquica y ello por dos razones: el estado de la teoría y la técnica psicoanalítica al momento del tratamiento y el motivo de consulta de la paciente que delimitaba el objetivo (no descarta, a su vez, que con el propio paso del tiempo surjan problemas diversos).

Por ejemplo, un vínculo que solo escasamente fue considerado fue el que ligaba a Dora con una tía paterna, la cual vivió *abrumada por un desdichado matrimonio* y que murió luego de un *marasmo que progresó rápidamente*. Dora tenía a esta tía por modelo y luego de su muerte tuvo episodios febriles. Podemos preguntarnos, por ejemplo, qué diferencias existían, si las hubiera, entre los diversos síntomas físicos de Dora: disnea, hemicranias, tos nerviosa, afonía, etc. Tales diferencias, además de corresponder a momentos diferentes o bien a gradaciones variables (como la afonía) quizá consistieran en que no todos los síntomas fueran de tipo histérico.

De todos modos, el componente que deseamos considerar corresponde a un tipo de deseo presente en Dora que, de hecho, Freud sí detectó aunque

tardíamente. En rigor, pareciera que lo advirtió durante el tratamiento, no obstante solo más tarde pudo considerar su más genuina eficacia. Freud señaló que la independencia de juicio de Dora, presente ya desde su niñez, la condujo a *burlarse de los esfuerzos de los médicos* (la negrita es mía) y sabemos que la burla corresponde a un tipo de pulsión que Freud llamó anal primaria (A1) y de la cual deriva un deseo vengativo. Asimismo, describió su *desazón y una alteración del carácter* que posteriormente llamó *taedium vitae*. Recordemos que Liberman captó la importancia del aburrimiento, del tedio, en quienes despliegan una acción vengativa como forma de sobreponerse a dicho estado afectivo. Aquel deseo vengativo, pues, no solo se desplegó contra más de un personaje sino que también se combinaba con otra expresión similar: las acusaciones, que solían repetirse con *“fatigante monotonía”*. Nos parece verosímil, pues, conjeturar que la combinación entre burlas, aburrimiento y fatigante monotonía corresponde a la combinación de dos deseos, A1 y LI, tal como Maldavsky (1992) explica un sector de los conflictos en los estados tóxicos. Dice este autor que en los pacientes psicósomáticos es frecuente hallar un tipo de personaje al que denomina *paranoico proyectado*.

Cabe agregar aquí la carta en que Dora anunciaba un intento de suicidio, su posterior episodio de pérdida de conocimiento (que incluyó convulsiones y delirios) y algunas alucinaciones sensoriales.

También parecen tener importancia, al igual que en Anna O., los personajes insinceros, falsos (entre ellos, el padre o la gobernanta) y la vivencia de haber sido ofrecida al Sr. K como moneda de cambio de las relaciones del padre con el Sr. K.. Se trata de una escena compleja que combina la vivencia de ser traicionada (A1) y la de ser un número para otro (LI).

De los diversos elementos resaltan cuatro grupos diferenciados: uno que reúne aburrimiento, venganza, acusación y traición (A1); un segundo inherente a las vivencias de abandono (O2); otro, ligado con las preocupaciones por las mentiras de sus interlocutores (O1); finalmente, un estado de desvitalización persistente (LI). Cuando Freud sostiene que *otro factor, inherente al caso mismo, impidió que la cura concluyese con la mejoría que en otras ocasiones puede alcanzarse*, conjeturamos que se trata de los elementos antes mencionados (vivencias de injusticia, de abandono, de insinceridad y de desvitalización): “ella se **vengó** de mí, como se vengara de él, y me **abandonó**, tal como se había creído **engañada** y abandonada por él... No puedo saber, desde luego cuál era esa x: sospecho que se refería al **di-nero**” (la negrita es mía).

Breve estudio sobre Elisabeth von R.

En 1892 Freud atiende a una joven de 24 años que padecía dolores en las piernas y dificultades para caminar (por una afección reumática leve) y a la que se presuponía histérica. Freud expone el caso, la evolución clínica, algunas reflexiones sobre el método terapéutico y la explicación de la histeria, en particular sobre el problema de la conversión.

Freud sostuvo que la paciente desarrolló un síntoma histérico como resultado del sentimiento de culpa por sus deseos amorosos hacia su cuñado. También describe la angustia de Elisabeth al retornar de un viaje para ver a su hermana que estaba grave de salud y luego fallece. La combinación de todo ello nos conduce a preguntarnos sobre el sentido de la escena en que una persona regresa en un marco de tanta angustia y se encuentra con una hermana muerta por lo cual siente un profundo dolor y, finalmente, termina pensando que ahora podrá tomar por esposo a su cuñado.

Actualmente, ¿pensaríamos que es una mujer que competía con su hermana y que sus deseos sexuales hacia el cuñado devinieron en sentimiento de culpa por la muerte de aquella (al modo de los que fracasan al triunfar)? ¿O consideraríamos que el pensamiento sobre un posible amorío con el cuñado es solo una mascarada defensiva (expresión de la desmentida) ante el encuentro traumático con el cadáver y la tristeza profunda resultante? También es verosímil no escoger por una u otra alternativa sino considerar que cada una corresponde a sendas corrientes psíquicas. Asimismo, en un caso se trataría del fracaso de la defensa (represión) mientras que en el otro la defensa patógena sería exitosa (desmentida).

Por nuestra parte, hemos hecho un análisis del material aplicando diferentes instrumentos del algoritmo David Liberman (ADL), sobre todo la grilla para el análisis de relatos y en menor medida la grilla de actos de habla. El estudio en este último nivel fue mucho más breve porque el material textual es muy escaso. De todos modos, por razones de espacio, solo comentaré algunos resultados ya que exponer el análisis y los procedimientos resultaría muy extenso y engorroso.

El análisis de relatos arrojó 23 secuencias narrativas en las cuales prevalecen dos deseos: libido intrasomática (LI) con desestimación del afecto fracasada y oral secundario (O2) con desmentida exitosa (en menor medida hallamos el deseo anal primario, A1). Estos resultados, por un lado, nos llevan a tener en cuenta tres tipos de deseos, económico, amoroso y vengativo. El primero corresponde a escenas en que cobran importancia los problemas de dinero (sobre todo al fallecer el padre) o del organismo (padre, madre, hermana y la misma paciente), es decir, estados de desfallecimiento orgánico. El deseo amoroso se presenta

como escenas de culpa y, sobre todo, de reproches en que la paciente es activa.

Nuestro interrogante previo acerca de cómo entender la escena que combina la muerte de la hermana con los deseos amorosos hacia el cuñado, se enlaza con otra escena en que ante los problemas de salud de la madre, Elisabeth se apega a su padre. Dicha secuencia, pues, reúne también ambos deseos (LI y O2).

Veamos ahora el análisis de los actos de habla. La paciente dice: *Estoy cada vez peor, tengo los mismos dolores que antes* (con mirada maliciosa). Aquí hallamos una exageración (deseo FG) y una referencia a estados corporales (LI). Sin embargo, la función parece ser un reproche (O2) acompañada por una motricidad vengativa (A1). Es posible también que entre los dos sectores verbales haya una contradicción lógica (deseo O1) ya que si está cada vez peor, no tiene los mismos dolores que antes.

En una segunda frase dice Elisabeth: *vea usted, no estoy dormida, no me pueden hipnotizar* (con aire triunfante). Aquí detectamos una mostración (FG) y dos negaciones (deseo A2), no obstante la función parece la de una burla triunfalista (A1).

Con este breve análisis, del cual podrían extraerse diversas conclusiones, solo pretendimos mostrar que en la paciente coexisten diversas corrientes psíquicas, correspondientes a diversas defensas (con estados también diferentes). Destaquemos, por ejemplo, que mientras el deseo A1 se presenta con una desmentida exitosa, el deseo LI exhibe un fracaso de la defensa. Asimismo, también mostramos el valor de un método que permite combinar resultados del estudio de diversos niveles de análisis (relatos, actos de habla, motricidad). Con todo ello, es posible no solo complejizar el diagnóstico sino también que el analista tome decisiones clínicas más pertinentes, variadas y creativas.

Conclusiones

La revisión de los casos no puso en cuestión si un determinado síntoma (por ejemplo, la afonía de Dora) es o no histérico, pero sí hallamos desacertado pensar a las pacientes de modo excluyente como neuróticas. La hipótesis de las corrientes psíquicas permite estar abiertos al encuentro con matices diferenciales, detectar la variedad de deseos y defensas en un paciente y también las modificaciones ocasionales en cuanto a prevalencias y subordinaciones. Dicha hipótesis, a su vez, permite comprender que *el cuerpo no es una unidad*, en cuyo caso las manifestaciones de un paciente (verbales, paraverbales o motrices) ponen en evidencia diversos cuerpos: si en ciertos momentos, por ejemplo, se trata de un cuerpo en que prevalecen los síntomas con un alto valor simbólico, en otros podrá cobrar importancia un cuerpo en que se despliega (o queda interferida)

la motricidad aloplástica como vivencia de injusticia, o bien un cuerpo en que se advierte sobre todo la imposibilidad de procesamiento psíquico de la pulsión (cuerpo tóxico).

Si bien Freud estableció el diagnóstico de histeria en los tres casos, también es preciso tener en cuenta: a) que los conceptos de los que disponía le permitían sobre todo entender la histeria; b) que muchas de sus afirmaciones tenían por objeto mostrar el carácter psicógeno de ciertas configuraciones clínicas; c) y que su propósito era señalar que las manifestaciones (verbales, corporales, etc.) tienen significación.

A más de un siglo de los primeros hallazgos psicoanalíticos de Freud, si algo recogemos de su legado es que al leer sus propios análisis de casos debemos privilegiar el desarrollo de interrogantes sobre el material clínico y la reflexión crítica sobre las hipótesis que expuso.

En un trabajo en que Freud se interesó por una de las alternativas de la diversidad clínica, señaló: “En el progreso de nuestro conocimiento nos vemos llevados cada vez más a situar en el primer plano el punto de vista económico” (1922, p. 222). La cita resulta ilustrativa ya que subraya que el progreso del conocimiento deriva de colocar un nuevo *punto de vista*, en ese caso, el *económico*. A su vez, lo que subyace a esta hipótesis específica es que la inclusión del punto de vista económico supone que el avance en el conocimiento del psiquismo (y de la psicopatología) muestra una dirección determinada, a saber, ha progresado hacia el reconocimiento cada vez mayor de sus fundamentos, de sus componentes más elementales. A grandes rasgos, la secuencia histórica revela que los primeros cuadros clínicos estudiados fueron las neurosis, luego las patologías narcisistas (psicóticas y no psicóticas) y, por último, los llamados cuadros tóxicos y traumáticos (afecciones psicosomáticas, adicciones, etc.).

En suma, aquello que observamos con sorpresa —y a veces con angustia— como nuevas formas del padecer, no serían las manifestaciones de una época en que la sociedad se encuentra en declive sino, por el contrario, el acercamiento cada vez mayor a la comprensión de los fundamentos originarios de la subjetividad.

The body is not a unit: returning to Freud's cases

Abstract: The author proposes a debate on three Freudian cases to examine different psychic trends than those studied by the creator of Psychoanalysis. Therefore, two goals are pursued: on the one hand, to question the *current pathologies* category; on the other

hand, to show that these Freudian patients were not only hysterical but also simultaneously presented with psychosomatic components and/or components that belong to narcissistic pathologies.

Keywords: Psychic trends. Body. Diagnosis. Current pathologies. Psychosomatics.

Referencias

DEUTSCH, F. Una “nota al pie de página” al trabajo de Freud “Análisis fragmentario de una histeria”. **Revista de Psicoanálisis (APA)**, v. 27, n. 3. p. 595-651, 1970.

FREUD, S. (1901). Fragmento de análisis de un caso de histeria. In: **Obras completas**. v. 7. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

_____. (1912). Contribuciones para un debate sobre el onanismo. In: **Obras completas**. v. 12. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

_____. (1922). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. In: **Obras completas**. v. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

_____. **Cartas a Wilhelm Fliess**. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

MALDAVSKY, D. **Estructuras narcisistas**. Buenos Aires: Amorrortu, 1986.

_____. **Teoría y clínica de los procesos tóxicos**. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.

_____. **ADL Algoritmo David Liberman: un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso**. Buenos Aires: Paidós, 2013.

PLUT, S. Revisão epistemológica e crítica do conceito de patologias atuais. **Psicanálise: Revista da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre**, v. 10, n. 1, p. 203-222, 2008.

_____. Fracasos: versiones y aversiones. **Actualidad Psicológica**, n. 431, 2014.

SEBASTIÁN PLUT
Medrano 1970
piso 12° “A”
C1425GDH
Buenos Aires – Argentina
e-mail: stplut@gmail.com