

## **FREUD: ENFERMEDADES NERVIOSAS, ANGUSTIA Y ESTRÉS**

### *O del estatuto del cuerpo implicado en las dolencias del sujeto*

Gloria E. Gómez B.<sup>1</sup>  
Psicoanalista

#### **Resumen**

¿Cuál fue el destino de las llamadas *enfermedades nerviosas* en la época de Freud? ¿Qué lugar ocupan ellas en la nosografía actual? Se acuñan nuevos términos para viejas afecciones: estrés, síndrome de intestino irritable, fibromialgia, fatiga crónica... Desde Freud la clínica psicoanalítica del cuerpo está hecha con aquello que hace impasse a la medicina, cuyos cuadros idiopáticos perturban los sistemas orgánicos y, sobre todo, las funciones corporales en sus dos órdenes: vida vegetativa y vida animal o de relación. El cuerpo del sujeto constituye un problema para la práctica médica que apunta a sus disfunciones y enfermedades pero se confronta con un cuerpo habitado por un *ser-hablante*, un cuerpo que más allá de ser sólo

---

<sup>1</sup> Psicóloga. Magister en Psicoanálisis, Universidad de París VIII (Francia). Docente en la Escuela de estudios en Psicoanálisis y Cultura de la Universidad Nacional-Bogotá (Colombia). Psicoanalista Miembro de la Escuela de Psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano (EPFCL). Directora de la Colección Ánfora libros: Temas cruciales y Estudios de psicoanálisis. Miembro del comité científico de la revista Desde el jardín de Freud.

organismo viviente, es cuerpo moldeado por el lenguaje: cuerpo de un sujeto de deseo y goce.

**Palabras clave:** cuerpo, sujeto, angustia, estrés, enfermedades nerviosas.

#### **FREUD: NERVOUS SYSTEM DISEASES, ANXIETY AND STRESS**

*Or of the status of the body involved in  
subject's ailments*

#### **Abstract**

¿What was the destiny of the so-called *nervous system diseases* in times of Freud? ¿What role do they play in current nosography? New terms are coined for old conditions: stress, irritable bowel syndrome, fibromyalgia, chronic fatigue... Since Freud, the psychoanalytic clinic is made of what causes an impasse to medicine, whose idiopathic symptoms disturb the organ systems and, particularly, the bodily functions in their two orders: Vegetative life, and animal or relationship life. The body of the subject represents a problem for medical practice since this latter focuses on its dysfunctions and diseases but faces up to a body occupied by a *speaking-being*, a body that beyond being just a living being is a body molded by language: body of a desiring and enjoying subject.

**Key words:** body, subject, anxiety, stress, nervous system diseases.

## **FREUD: MALADIES NERVEUSES, ANGOISSE AND STRESS**

Ou du status du corps impliqué dans les  
indispositions du sujet

### **Résumé**

¿Quel a été le destin des dites *maladies nerveuses* à l'époque de Freud? ¿Quel place occupent-elles dans la nosographie actuelle? Pour des vieilles affections des nouveaux termes sont forgés: stress, syndrome d'intestin irritable, fibromyalgie, fatigue chronique... Depuis Freud la clinique psychanalytique du corps est faite avec ce qui fait obstacle à la médecine, dont les cadres idiopathiques perturbent les systèmes organiques et surtout, les fonctions

corporelles dans ses deux ordres: vie végétative et vie animale ou de relation. Le corps du sujet constitue pour la pratique médicale un problème qui pointe vers son dysfonctionnement et vers les maladies, mais il affronte un corps habité par un être- parlant, un corps qui, au-delà d'être seulement organisme vivant, est corps moulé par le langage: corps du sujet de désir et de jouissance.

**Mots-clés:** corps, sujet, angoisse, stress, maladies nerveuses.

Recibido: 14/10/08 Evaluado: 22/11/08

Aprobado: 28/11/08

---

*(...) son precisamente los nerviosos los que con más frecuencia y mayor intensidad sufren de ese estado de angustia. Quizás se haya encontrado natural esta circunstancia, como lo muestra la general costumbre de emplear indiferentemente, como sinónimos, los términos <nervioso> y <angustiado>.*

S. Freud, *El estado neurótico corriente*

*La vieja afirmación de que la nerviosidad era un producto de la civilización tiene, por lo menos, una parte de verdad.*

S. Freud, *Múltiple interés del psicoanálisis*

### ***I. En los albores del psicoanálisis, las enfermedades funcionales nerviosas***

En 1886, Freud se establece como neurólogo clínico en Viena, pero desde 1876 se hallaba dedicado al trabajo investigativo: primero en el laboratorio del Instituto de Fisiología de Ernest Brücke y luego en el Laboratorio de Anatomía Cerebral, cuyas puertas le fueron abiertas por Meynert.

Empieza, de este modo, a recibir en su consulta gran número de pacientes diagnosticados como *enfermos nerviosos*, categoría que plantea a la medicina de finales del siglo XIX enormes dificultades. Consideraban los internistas que los trastornos y padecimientos de una serie de enfermos no correspondían a enfermedades del estómago, de la vista, etc., sino del sistema nervioso. Este grupo de pacientes se destacaba por la variedad y la exhuberancia del cuadro clínico.

(...) son personas [dice Freud] que no pueden realizar ningún esfuerzo mental a causa de sus dolores de cabeza o de su falta de concentración, los ojos les duelen al leer, las piernas se les fatigan al caminar, sintiéndolas sordamente doloridas y como embotadas; su digestión está perturbada por sensaciones molestas, por eructos o por espasmos gástricos; las evacuaciones sólo las realizan con ayuda de medicamentos; dormir le resulta imposible, etc. Todos estos trastornos pueden presentarlos simultánea, sucesiva o sólo parcialmente; más en todos los casos tratase a todas luces de una y la misma enfermedad. Además los síntomas suelen ser muy variables y sustituirse o sucederse mutuamente; el mismo enfermo que hasta el momento estaba impedido de trabajar por los dolores de cabeza, sin que lo molestara su digestión, pueden sentirse al día siguiente totalmente aliviado de aquéllos, pero desde ese instante no soportará, por ejemplo, casi ningún alimento. Los trastornos también pueden desaparecer súbitamente ante una modificación profunda de sus condiciones de vida; en un viaje, por ejemplo, podrá sentirse muy bien y saborear sin trastornos las más diversas comidas, pero apenas vuelto a su casa debe limitarse a ingerir leche cuajada. En algunos de estos enfermos el trastorno -un dolor, una debilidad paralizante- hasta puede trocar de pronto el lado del cuerpo afectado, saltando del derecho a la misma región del lado izquierdo. Más en todos los casos es posible confirmar que los síntomas se hallan bajo la influencia directa de las excitaciones, de las conmociones emocionales, las preocupaciones, etc., y que pueden desaparecer, cediendo la plaza a una perfecta salud, sin dejar rastro alguno, aunque sean de larga. (Freud, 1973c, p. 1015).

El término *neurosis* designó, desde su introducción por el médico escocés William Cullen (1710-1790), las afecciones que parecían tener origen en algún problema neurológico, pero sin causa orgánica definida, ni lesión del órgano donde aparecía el síntoma, aunque implicaban, sí, su disfunción; de aquí el calificativo de enfermedades *funcionales* del sistema nervioso:

Las neurosis son todas las afecciones contra natura del sentimiento y del movimiento donde la piroxia no constituye una parte de la enfermedad, y todas aquellas que no dependen de una afección tónica de los órganos, sino de una afección más general del sistema del cual depende especialmente el movimiento y el pensamiento". (Cullen, citado por C. Carette, 1982, p. 30).

Este pensamiento fisiopatológico y su noción de *neurosis*:

(...) tuvo como supuesto básico el fracaso anterior del método anatómico-clínico con la tarea de reducir todas las enfermedades consideradas como neurosis a sus criterios localistas y morfológicos, es decir, de descubrir las lesiones anatómicas específicas de cada una de ellas. La imagen fisiopatológica de la neurosis estuvo condicionada por las posibilidades de conseguir una caracterización positiva de las mismas desde el punto de

vista funcional, superando la limitación puramente negativa a la que había llegado la morfología. (López, 1985, p. 103).

Freud cuestiona a la neurología de su época por contentarse con asignar, como causa de tales *estados nerviosos*, ligeros ó graves trastornos funcionales de las mismas partes del cerebro cuya grave lesión provocaba, por ejemplo, las parálisis orgánicas. Así, interroga la tesis de Charcot sobre la lesión cortical, aunque solo dinámica, con la que este maestro de la neurología explicaba la histeria. También, hace ver cómo a pesar de los avances en los métodos de exploración de su época, la medicina no lograba encontrar daño alguno en las estructuras del cuerpo: "(...) ciertos rasgos del cuadro clínico aún excluyen totalmente la posibilidad de que en el futuro, disponiendo de medios de exploración más sutiles se llegue a demostrar tales afecciones, susceptibles de explicarlos aspectos clínicos de la enfermedad" (Freud, 1973c, p. 1015). Esta indicación sigue vigente; hoy la medicina apoyada en las técnicas de la imagen informática –en especial de la resonancia magnética, que arroja datos cuantitativos y *no cualitativos* sobre la anatomía cerebral– tampoco ha dilucidado las causas de muchas dolencias del cuerpo.

La clínica psicoanalítica del cuerpo, desde el mismo Freud, está hecha con aquello que hace impasse a la medicina, cuyos cuadros idiopáticos –como los antes reseñados–, perturban los sistemas orgánicos y, sobre todo, las funciones corporales en sus dos órdenes: vida vegetativa (digestión, respiración, circulación, asimilación, desasimilización, excreción, secreción, reproducción) y vida de relación (sensibilidad, inervación, locomoción). Entre el cuerpo al que apunta el saber médico y el que descubre la práctica analítica existe una brecha, y por tanto, en ambos casos, se observa y escucha un cuerpo que sufre, que goza... El cuerpo del sujeto constituye un enigma para la práctica médica que apunta a las enfermedades y disfunciones, pero se confronta con un cuerpo habitado por un *ser-hablante*, una práctica que se las tiene que ver con un cuerpo que, más allá de ser solo organismo viviente, constituye un cuerpo moldeado por el lenguaje, cuerpo de un sujeto de deseo y de goce.

El médico se ve abocado a contar con lo que el paciente dice y hace de su cuerpo. La primera aproximación del clínico a las dolencias del paciente está sujeta a la palabra: la del propio paciente y, en algunos casos, la del entorno familiar. Práctica de la entrevista clínica que invita a hablar al paciente para hacer hablar al cuerpo.

Luego, ¿Qué porvenir para las afecciones nerviosas de la época de Freud, cien años después? ¿Qué lugar ocupan ellas en la nosografía actual? La actual categoría *afección biopsico- social*, utilizada dentro del campo de la denominada salud mental, es heredera de la categoría *enfermedades nerviosas*. Se acuñan nuevos nombres para viejas afecciones, como lo veremos más adelante.

## **II. Neurosis actuales y psiconeurosis: dos estatutos diferentes del cuerpo**

Dos grandes cuadros clínicos conformaban, en la medicina de la época freudiana, las *enfermedades nerviosas: la histeria y la neurastenia*; cuadros que Freud sitúa en dos registros distintos, atendiendo a su etiología y a la dimensión del cuerpo en ellas implicado: la *histeria* en las *psiconeurosis* y la *neurastenia* –una de cuyos síntomas era la angustia– dentro de las *neurosis actuales*. El término *neurosis actual* es introducido por Freud en 1898 para situar *la neurosis de angustia* y la *neurastenia*, solo más tarde incluye la categoría médica existente de *hipocondría*.

Tal diferenciación, *neurosis actuales* y *psiconeurosis*, se sostiene en consideraciones de carácter patógeno y biológico: si en ambas neurosis la causa es sexual, en las *neurosis actuales* se trata de desórdenes en la vida sexual actual, y no de sucesos importantes de la vida pasada como en las *psiconeurosis*. La etiología de las *neurosis actuales* es particularmente somática, y no de orden psíquico como en las *psiconeurosis*. En las *neurosis actuales* el factor desencadenante del trastorno se encuentra en lo somático (en la *neurosis de angustia*, será *la ausencia de descarga* de la excitación sexual, y en la *neurastenia* *la descarga inadecuada* de la misma excitación. Luego, sobrecarga de excitación sexual causada por una acumulación que no conllevaba descarga), mientras que en las *psiconeurosis* –*histeria* y *neurosis obsesiva*– se halla en lo psíquico.

Freud explica, entonces, las *neurosis actuales* a partir de una metáfora energética y económica de la sexualidad donde la energía liberada debe ser transformada, de lo contrario se acumula y produce malestar en el organismo. Esta concepción energética del funcionamiento nervioso le viene de la escuela fisiológica de Helmholtz, a quien Freud había conocido a través de la enseñanza de Brücke. La idea de fuerza nerviosa de estos maestros de la neurología del siglo XIX, refería a la puesta en juego de los elementos y de los circuitos nerviosos correspondientes a fenómenos de descarga de <energía nerviosa> bajo el modelo de la corriente de depolarización que atraviesa las fibras nerviosas

excitadas (conducción eléctrica del sistema nervioso). Así, para Freud, las *psiconeurosis*, al igual que las *neurosis actuales*, consistían fundamentalmente en modificaciones fisiológicas del sistema nervioso y su naturaleza sólo podía explicarse a través de una hipótesis que implicara las relaciones de la excitación entre las distintas partes del mismo sistema.

En consecuencia, en la *neurastenia* se trata del malgasto de esta energía sexual, mientras que en la *neurosis de angustia* tal energía no se emplea. En ambos casos se trata de un tropiezo respecto a la satisfacción pulsional, de una satisfacción que pudiendo ser viable no se logra, y no de un tropiezo del orden de una falta de satisfacción como tal (Mira, 2002).

Si se lee esta metáfora energética con los planteamientos de Lacan a propósito del goce del viviente y su transformación en el *ser hablante*, se ve claramente la cuestión del tipo de cuerpo implícito en la noción freudiana de *neurosis actual*:

(...) la esencia de [las neurosis actuales, dice Freud] reposa en las perturbaciones de los procesos sexuales, de aquellos procesos orgánicos que determinan la producción y el empleo de la libido sexual. En último término, no podemos por menos de representarnos estos procesos como de orden químico, viendo así en las neurosis actuales **los efectos somáticos**, y en las psiconeurosis, **además, los psíquicos de los trastornos del metabolismo sexual**. La analogía de las neurosis con los fenómenos de intoxicación y de abstinencia, consecutivos al uso de ciertos alcaloides, y con la enfermedad de Basedow y la de Addison, se impone clínicamente, y del mismo modo que estas dos últimas enfermedades, no pueden ser ya descritas como <enfermedades de los nervios>, también las <neurosis> propiamente dichas habrán de ser excluidas de tal categoría, no obstante su nombre. (Freud, 1973d, p. 1242).

Freud hace ver que entre la enfermedad de Basedow y la de Addison (enfermedades endocrinológicas), los efectos del uso de ciertos alcaloides y las *neurosis actuales* existe una analogía clínica de carácter tóxico que precisa, en los tres casos, del fundamento fisiológico de un proceso orgánico, aunque en cada uno de ellos la causa sea diferente. Así:

La enfermedad de *Basedow* se caracteriza por hipotiroidismo que produce: temblor, nerviosismo, labilidad emocional, sudoración, insomnio, edema de las piernas, intolerancia al calor, palpitaciones, pérdida de peso, hiperfagia, bocio y exoftalmos (protrusión de los globos oculares); todo ello debido al exceso de hormonas tiroideas. Ella puede ser producida por nódulos tiroideos que producen mucha hormona, o por

enfermedades inmunológicas que afectan la tiroides y ataca preferentemente a las mujeres.

La enfermedad de *Addison*, consiste en una hipofunción de las glándulas suprarrenales, encargadas de producir cortisol (hormona esteroide que ayuda a controlar la forma en que el organismo usa las grasas, las proteínas y los carbohidratos), y aldosterona (hormona esteroidea que controla el sodio y el potasio en la sangre). La baja de estas hormonas produce fatiga, debilidad, mareo, pérdida del apetito y peso, diarrea crónica, intolerancia al frío, cambios emocionales, depresión, hiperpigmentación de la piel.

En la *neurosis de angustia* (Freud, 1973e) los síntomas se caracterizan por una *naturaleza tóxica* de tal magnitud que, su cuadro clínico se asemeja a los fenómenos consecutivos a una incorporación exagerada o a una privación repentina de ciertos tóxicos del sistema nervioso. Es un hecho, en los momentos de angustia predominan las perturbaciones de la actividad cardiaca, respiratoria, digestiva, hay sudoración, temblores y convulsiones, bulimia, vértigo, entumecimiento y adormecimiento, etc.

De donde, dirá Freud, los síntomas de las *neurosis actuales* –en este caso la neurosis de angustia– no poseen significación psíquica, a diferencia de los de las *psiconeurosis* –en particular la histeria–, que si tienen valor de mensaje cifrado: “(...) los síntomas de las neurosis actuales –pesadez de cabeza, sensación de dolor, irritación de un órgano, debilidad o inhibición de una función- carecen de “sentido”; esto es, de significación psíquica” (Freud, 1973f, p. 2364).

Indicará que el mecanismo de formación de síntomas de estas *neurosis actuales* debe buscarse en la química (intoxicación por productos del metabolismo de las sustancias sexuales) y, que por ende, los desarreglos en el cuerpo que la caracterizan no pueden ser interpretados como formaciones del inconsciente, al estilo de los síntomas conversivos de la histeria: “No solo limitan al cuerpo su campo de exteriorización (como ocurren también en los síntomas histéricos) sino que constituye procesos exclusivamente somáticos, en cuya génesis faltan todos aquellos complicados mecanismos psíquicos de las psiconeurosis” (Freud, 1973f, p. 2364).

En estos planteamientos freudianos sobre las *neurosis actuales* se trata, entonces, del organismo viviente como condición primera de goce, se trata del goce que supone el cuerpo y el significante, del cuerpo instrumento de goce para el sujeto: “Todo sufrimiento

no es mas que una sensación; sólo existe en tanto lo sentimos y únicamente lo sentimos en virtud de ciertas disposiciones de nuestro organismo” (Freud, 1973g, p. 3026).

En los fenómenos clínicos reseñados por Freud a propósito de la *neurastenia*, las *neurosis de angustia* y la *hipocondría* domina ese más allá de la medida señalado por Lacan a propósito del goce, al tiempo que ponen en evidencia el goce en tanto resto de la operación de simbolización del cuerpo como realidad vital, es decir, ponen en evidencia eso que del organismo queda excluido del lenguaje y cobra presencia, retorna, más allá de la articulación significante:

(...) lo que yo llamo goce, es el sentido que el cuerpo se experimenta, es siempre del orden de la tensión, del forzamiento, del gasto, incluso de la hazaña. Hay goce en el nivel donde comienza a aparecer el dolor, y sabemos que es solo a ese nivel del dolor que puede experimentarse toda una dimensión del organismo que de otro modo permanece velada. (Lacan, 1985, p. 95).

**“Cuerpo viviente ---> Cuerpo mortificado por el lenguaje ---> Resto de sustancia viviente”** (Soler, 2006, p. 53).

Así, cuando Freud se esfuerza en dar cuenta del síntoma como retorno de lo reprimido en el cuerpo, Lacan se ocupa (a partir de su seminario *Aún*), del síntoma en tanto goce en el cuerpo. Sin embargo, es lo que pretendemos hacer notar, algo del orden del valor de goce del síntoma, formalizado por Lacan, se esboza ya en las anotaciones freudianas sobre las *neurosis actuales*, y especialmente sobre la *neurosis de angustia*. Es por ello que vemos a Freud señalar, por ejemplo, que el estatuto de los dolores de cabeza ha de leerse a la luz de una doble condición: en el marco de la *histeria* como satisfacciones sustitutivas – retorno de lo reprimido–, y en las *neurosis actuales* como determinados por otra condición, condición que Freud refiere a lo tóxico, lo químico. Anuncia que el mecanismo de formación de los síntomas de las *neurosis actuales* ha que buscarse en una intoxicación por productos del metabolismo de la actividad sexual, aunque como él mismo lo señala (1973f), metabolismo sexual, o química sexual son términos sin significación en psicoanálisis. Esta indicación freudiana sobre el metabolismo sexual hace eco con las palabras de Lacan (1981), cuando anuncia que el inconsciente no aporta nada nuevo sobre el cuerpo de la biología, pero sí sobre que el hecho que el cuerpo en su carácter de viviente es condición de goce; que eso goza.

En esta condición química, indicada por Freud acerca de la *neurosis de angustia*, se vislumbra ya los hallazgos que solo hasta los años 1970 realizará la neurobiología a

propósito de la conexión química del sistema nervioso y su incidencia sobre la ansiedad: a partir de las investigaciones en neurobiología con animales, y de la respuesta al tratamiento propuesto a pacientes que dicen padecer de ansiedad, se indica hoy que neurotransmisores como la noradrenalina, la serotonina, el ácido gamma-aminobutílico (responsables de la transmisión de los impulsos nerviosos en la sinapsis) están comprometidos en los estados de ansiedad.

La constatación de tal condición química lleva a Freud a plantear un doble estatuto del cuerpo: el cuerpo implicado en el síntoma histérico no sea del mismo orden que el cuerpo comprometido en la *neurosis de angustia*. Como se indicó antes, en los momentos de angustia, el cuerpo que se ve afectado no es el cuerpo de la anatomía imaginaria y simbólica, sino el cuerpo en tanto condición de goce del viviente cuya transformación en el ser hablante, deja por tanto un resto.

Ahora bien, si en un primer momento Freud trató de hacer ver que el cuerpo en juego en las *neurosis actuales* y en las *psiconeurosis* no era del mismo orden, luego se referirá a la conexión existente entre ambas neurosis y ambos cuerpos. Hará de la *neurosis de angustia* la contrapartida somática de la *histeria*:

No podemos, pues, extrañar que la histeria y la neurosis de angustia se combinen regularmente entre sí, como sucede en la “angustia virginal” o en la “histeria sexual”, ni que la histeria tome de la neurosis de angustia toda una serie de síntomas. Estas íntimas relaciones de la neurosis de angustia, con la histeria permiten un nuevo argumento para la necesidad de separar la neurosis de angustia de la neurastenia, pues rechazando esta separación no podemos tampoco mantener la diferenciación que tan imprescindible nos es entre la neurastenia y la histeria. (Freud, 1973b, p. 198).

La noción de *neurosis actual* finalmente desaparece de la nosografía freudiana en la medida en él encuentra que, sea cual sea el valor precipitante de los factores actuales, siempre se descubre en sus síntomas la expresión simbólica de conflictos psíquicos, como de acontecimientos de la infancia. Y, en lo que referente al asunto de cuerpo, constatará que el cuerpo (en su condición necesaria de goce), está igualmente presente en las *psiconeurosis*:

(...) la histeria utiliza con gran preferencia, para la formación de sus síntomas, todas las influencias normales y patológicas que la excitación libidinosa ejerce sobre el soma. Desempeñan éstas entonces el papel de los granos de arena que las ostras perlíferas van recubriendo con su nacarada secreción. (Freud, 1973f, p. 2366).

### III. De la neurastenia a la neurosis de angustia

Etimológicamente, *neurastenia* remite a debilidad nerviosa (*nervous exhaustion*), afección descrita por el médico americano George Beard (1839-1883), cuyo cuadro clínico giraba en torno a una fatiga física de origen nervioso y cuyos síntomas más relevantes eran: cansancio, insomnio, dolores de espalda, disminución e incluso desaparición del deseo sexual, incapacidad laboral, etc. Beard acuña el término apoyándose en los descubrimientos de los años 1830 sobre el arco reflejo y la conducción nerviosa, y sitúa, bajo el mismo término un conjunto de afecciones que iban desde el cáncer y la esclerosis en placas, hasta el entumecimiento de las manos, las malalias, las astenias, las fobias y los síntomas histéricos. Para su tratamiento, utiliza medicamentos y electricidad en diferentes formas: baja tensión, corriente continua y alterna, faradización (Gerber, 1997). La causa última de la neurastenia era, según Beard, el torbellino de la civilización.

El organismo y sus funciones, constituye un asunto de gran importancia en ese momento en que la fisiología establece sus bases:

Enfermedad <funcional> por excelencia, la neurastenia resulta de un funcionamiento singular del sistema nervioso. Los neurópatas (o neurasténicos) son de hecho, víctimas de una exageración anormal de la función específica en este sistema: La sensibilidad. Los <neurópatas>, se indicará, son individuos que poseen al más alto grado <la movilidad de las sensaciones>, la susceptibilidad de todo el sistema nervioso, la actividad de las simpatías llevada hasta la turbulencia; (ellos) son impresionables al punto que una pequeñez los turba y agita, sensibles a un tal grado que la menor impresión los hiere; personas <con los nervios a flor de piel> cuya constitución los predispone al sufrimiento sin ninguna causa o por culpa de causas leves o insignificantes, en quienes la sensibilidad parece <atravesar la epidermis>, y que vienen de alguna manera a ofrecerse ellas mismas a las heridas del mundo exterior. <Para ellos, toda sensibilidad, hasta la del placer, se transforma con frecuencia en dolor; el cumplimiento de las funciones fisiológicas habitualmente silenciosas es motivo de molestias y de sensaciones desagradables, toda impresión es causa de malestar, todo movimiento una fatiga>. (Brochin, 1877; citado por Carette, 1982, p. 32).

Hipersensibles, entonces, los denominados neurasténicos que presentan, ante todo, signos de *irritabilidad*. *Irritación general*, tal será la clave para comprender el estado neurasténico en el siglo XIX: “irritación cerebral, irritación espinal, ojo irritable, oído irritable, estómago irritable” (Beard, 1895; citado por Carette, 1982, p. 32).

Un autor fundamental para la introducción y la evolución, en Francia, de la noción de neurastenia será Charcot: En sus célebres *Leçons du mardi* de su curso de 1888-1889, el Maestro de la Salpêtrière la incorpora a sus esquemas referentes a las neurosis. Comienza por identificar los planteamientos de Beard con una serie de alteraciones

clínicas en las que constantemente aparecía cefalea, asociada a dolor difuso, y sensación de compresión en el cuero cabelludo. Charcot recuerda como él ya había acuñado para su uso personal el término de *galeati* para estos enfermos.

Los trabajos de Charcot tuvieron como resultado la elevación de la neurastenia a un lugar de primer rango, sólo compartido con la histeria (López, 2002, p. 128). Charcot utilizando su característico método, estudia la nosografía <clara y distinta> de dicha enfermedad, describiendo sus tipos clínicos así como sus estigmas característicos de forma enteramente paralela a lo que había hecho con la histeria. Analiza incluso la coincidencia de ambas neurosis, hablando especialmente de una histero-neurastenia de origen psíquico traumático.

Freud igualmente se interesa en los trabajos de Beard traducidos al alemán. Entre 1894 y 1896 se refiere, en repetidas ocasiones, a Beard y su idea de la neurastenia. Más tarde, en 1908 en *La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna*, cuestionará la hipótesis del galeno americano –compartida por reconocidos médicos europeos, como el neuropatólogo alemán W. Erb– sobre la relación entre el „incremento de la nerviosidad“ y la vida moderna de entonces (postura que Freud modificará más tarde, como veremos más adelante). Sobre las ideas de Beard, cita Freud a Binswanger en 1908, quien dice:

Se indica especialmente la neurastenia como una enfermedad por completo moderna, y Beard, a quien debemos su primera descripción detallada, creía haber descubierto una nueva enfermedad nerviosa nacida en suelo americano. Esta hipótesis era, naturalmente, errónea, pero el hecho de haber sido un médico americano quien primeramente pudiese aprehender y retener, como secuela de una amplia experiencia clínica, los singulares rasgos de esta enfermedad, demuestra la íntima conexión de la misma con la vida moderna, con la fiebre del dinero y con los enorme progresos técnicos que ha echado por tierra todos los obstáculos de tiempo y espacio opuestos antes a la vida de relación. (Freud, 1973e, p. 1251).

Ahora bien, según Freud el cuadro clínico descrito por Beard era demasiado amplio y problemático. Por tal razón propone reservar el término *neurastenia* para el cuadro clínico cuyos síntomas eran: fatiga física, cefaleas, dispepsia (enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta), constipación (catarro, resfriado, estreñimiento), parálisis espinales y empobrecimiento de la actividad sexual, e introduce la categoría *neurosis de angustia* para situar un complejo sintomático que se mantendría unido por una característica común: *manifestaciones de angustia*; carácter ya señalado por el médico E. Hecker (1893).

Ahora bien, aceptaba la medicina del XIX que en la producción de la *neurastenia* podían intervenir factores sexuales, pero no se había llegado a fijar su acción regular, ni se pensaba en concederles predominio sobre las demás influencias etiológicas, hace saber Freud (1973d), quien igualmente resulta sorprendido por “(...) la frecuente existencia de graves perturbaciones en la vida sexual de los enfermos” (p. 1238) denominados *nerviosos*. La *neurastenia*, así circunscrita, y la *neurosis de angustia* se presentan a Freud, en relación constante con una *anormalidad sexual*: encuentra que los casos típicos de *neurastenia* tienen como precedente la masturbación habitual o continuadas poluciones espontáneas, y los de *neurosis de angustia*, factores como el coito interrumpido, “excitación frustrada” y otros semejantes; en todos los cuales puede apreciarse como carácter común, una descarga insuficiente de la libido generada. Este hallazgo conduce a Freud a hacer de las influencias sexuales –como ya lo había hecho respecto a la histeria–, la etiología de esta forma de neurosis. Así, dice que en las mujeres la angustia se manifiesta como: Angustia virginal o angustia de las adolescentes / Angustia de la recién casada: angustia relacionada con los primeros encuentros sexuales en los que la joven permanece anestésica / Angustia relacionada con parejas aquejadas de eyaculación precoz o disminución de la potencia sexual / Angustia relacionada con parejas que practican el *coitus interruptus*, angustia de las mujeres abstinentes / Angustia de la menopausia. Y en los hombres: Angustia de abstinencia / Angustia de los que padecen excitación frustrada / Angustia de los que practican el *coitus interruptus* / Angustia de los hombres en edad crítica.

A propósito de esta conexión *neurastenia-vida sexual anormal* –señalada ya por otros médicos contemporáneos de Freud–, el médico Preyer dice:

También las perversiones de los instintos sexuales... y, demás, las diversas formas de „masturbación mental“, pueden tener efecto etiológico. Aún en el matrimonio, con relaciones sexuales regulares en lo restante, el coito interrumpido ofrece la oportunidad para el desarrollo de fenómenos neurasténicos [...] Por tanto, el coito interrumpido no es, en modo alguno, indiferente o inocuo, sino que en gran número de casos debe ser considerado como la fuente secreta y desconocida, pero constate, de intensa nerviosidad y de astenia nerviosa irritativa, con su infinito cortejo de síntomas. (Preyer; citado por Freud, 1973h, p. 3478).

Sobre estas ideas de Preyer se pronuncia Freud:

Puede aceptarse como es sabido por todos que la neurastenia es la frecuente consecuencia de una vida sexual anormal. Pero la afirmación que me propongo sostener y que deseo verificar mediante observaciones clínicas es que la neurastenia es **siempre y únicamente** una neurosis sexual. (Freud, 1973h, p. 3478).

Y concluye Freud:

En la medida en que conozco sus trabajos [...] creo que fracasa en dos puntos fundamentales: 1) Reduce la neurastenia a distintos trastornos gástricos, intestinales, vesicales, etc., de origen reflejo; es decir, no conoce nuestra fórmula etiológica; no sabe que la *doxa* sexual, además de su efecto directo, tiene una acción predisponente, que es la que constituye la neurastenia latente. 2) Deriva los reflejos de leves lesiones anatómicas de los órganos genitales, en lugar de atribuirlos a las alteraciones del sistema nervioso. (Freud, 1973h, p. 3483).

Ahora bien, para la época en que Freud empieza a conceder a la sexualidad un lugar primordial en la génesis de las *neurosis actuales*, sostiene con respecto a las *psiconeurosis* una teoría básicamente psíquica de la sexualidad: “Si hemos reconocido en los síntomas de las *psiconeurosis* manifestaciones psíquicas de perturbaciones sexuales, no podemos ya asombrarnos de hallar en las *neurosis actuales* los efectos somáticos de dichas perturbaciones” (Freud, 1973f, p. 2364).

Freud realiza entonces, sobre las *neurosis actuales* (y en especial a propósito de la *neurosis de angustia*), una doble torsión con respecto al abordaje propuesto por el discurso médico de su época: primero construye un cuadro clínico que gira en torno a la espera angustiada –perspectiva descriptiva– y enseguida forja una teoría sobre su mecanismo: “(...) puede tratarse de una acumulación de excitación y además el hecho importantísimo de que la angustia en la que se basan los fenómenos de la *neurosis* no es susceptible de una descarga psíquica” (Freud, 1973a, p. 183-198); la angustia es el resultado de la insatisfacción que la represión representa. Dicha falta de satisfacción pulsional, que Freud asocia en 1894 a una insatisfacción en el terreno de lo sexual-genital, perderá vigencia a partir de 1905, cuando descubra la existencia de la sexualidad infantil y haga de la pulsión sexual el concepto de la satisfacción más allá de lo genital.

La primera teoría freudiana de la angustia está planteada dentro de la tradición fisiológica, en la que se inscribe igualmente Beard como tantos otros médicos de entonces. Freud, influenciado por la teoría de la energía fisiológica planteada por Helmholtz, Brücke y Meynet, postula lo que denomina *suma de excitación*, procurando mantener esta precondition sensorial de la excitación o descarga, por medio de una reacción motriz apropiada. Esta primera teoría del influjo nervioso se transformará y convertirá en la teoría pulsional. La pulsión, en tanto noción energética, tiene origen en la distinción tempranamente de Freud entre dos tipos de excitación, a las que se halla sometido el organismo, y que debe descargar según el principio de constancia: las

excitaciones que vienen de afuera –de las que el sujeto puede huir o protegerse–, y las excitaciones internas que aportan constantemente un flujo de excitación al cual el organismo no puede escapar; éstas son el motor del funcionamiento del aparato psíquico.

Así, Freud para explicar el mecanismo en juego en la producción de la angustia –desviación de la excitación sexual de lo psíquico y en consecuencia aprovechamiento anormal de dicha excitación– construye un modelo teórico según el cual la tensión física que se hace sentir como una perturbación del principio del placer se convierte en angustia cuando el aumento de esta tensión física no logra ser ligado psíquicamente; cuando no logra tener una representación afectiva adecuada. Sobreviene, en consecuencia, un aumento de tensión de la excitación sexual, una sobrecarga, una acumulación de la libido y después un estancamiento, ya que dicha acumulación no alcanza la descarga. La fuente de la angustia reside en lo físico, ella se experimenta en el cuerpo.

En la actualidad, la categoría de *neurastenia* prácticamente ha desaparecido de los manuales de medicina y psiquiatría. El DSM-IV-TR le reserva un pequeño lugar dentro de los Trastornos somatomorfos, describiéndola como preocupación y miedo irracional a padecer una enfermedad grave sobre la base de la interpretación de la persona de síntomas somáticos, aunque los exámenes de laboratorio y el concepto médico demuestran lo contrario. Este Manual la diagnostica cuando estos malestares persisten por más de seis meses. También le conecta con la ansiedad y la depresión, aunque no la explica por la presencia de trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo. Ella afecta, dice el Manual, al 2% de la población mundial. Y, su causa se desconoce.

Si la categoría *neurastenia* ya casi no se conoce, ni utiliza, por tanto los fenómenos que ella circunscribía, hace un siglo, siguen vigentes: fatiga, angustia, insomnio, dificultades cardiorespiratorias, digestivas, sexuales, dolores diversos.

La *neurastenia* de Beard hace pensar en *estrés* actual. En ambos casos se está ante un defecto de la acción nerviosa, si bien los modelos explicativos no sean exactamente los mismos – modelo eléctrico en el primer caso y químico en el segundo–. Cada uno de estos modelos corresponde al discurso agenciado por la medicina en cada momento histórico: la neurofisiología hace un siglo y la neurobiología en la actualidad, puesto que como se vio, solo hasta los años 1970 se descubrió la transmisión química del

influjo nervioso entre las diferentes neuronas, hasta este descubrimiento de los neurotransmisores se pensaba que la conexión cerebral era exclusivamente eléctrica.

Así las cosas, ¿qué nombres fijan, hoy, los fenómenos aglutinados alrededor del término neurastenia y debilidad nerviosa? Las nuevas formas del malestar del sujeto contemporáneo se ordenan bajo nuevas etiquetas que designan, de una manera o de otra, un desarreglo en su cuerpo por fuera de toda referencia su subjetividad, su historia, su inconsciente.

La idea de Freud respecto a la conexión nerviosidad-vida moderna, a la que concede poca credibilidad en un comienzo, se modificará con el paso de los años. Ella será objeto de tratamiento en *El malestar en la cultura*, donde remite el malestar del sujeto a las restricciones que le impone la civilización. Señala allí a la civilización –al discurso, como se dice con Lacan– de producir síntomas. El discurso que ordena cada época exige al sujeto que renuncie a una parte de su satisfacción, a esta exigencia Freud la nombra, sacrificio de las pulsiones. En consecuencia, Freud hace depender el síntoma de dichas exigencias pulsionales: El síntoma representa un grito mudo que manifiesta la verdad del goce, es una forma de protesta contra la homogenización del goce que promueve el discurso (Soler, 2002a).

Vemos así como el psicoanálisis, desde Freud, ratifica y formaliza el carácter histórico del síntoma. Éste es histórico en razón de la forma en que se presenta de acuerdo al discurso de cada época, al tiempo que en su estructura es trans-histórico; se descubre la misma estructura bajo cuadros clínicos que cambian de nombre y composición: “(...) analizar un síntoma que se considera como patológico, es siempre analizar, a la vez, el discurso del reverso puesto que la producción de un síntoma siempre, como la verdad, depende de las formas específicas de las ofertas del discurso del momento”. (Soler, 2002b).

La verdad del malestar –el estrés siendo una de las formas de dicho malestar– es siempre relativa a las ofertas que el discurso impone, de allí que, los significantes del goce aceptados, en cada momento, como normales están presentes en la producción de los síntomas. El desciframiento del goce sintomático, realizado a partir de la experiencia analítica, representa una operación que aporta también un esclarecimiento sobre la manera como el discurso de la época condiciona los síntomas, esto es, la manera como ellos cambian con el paso del tiempo, con el estado de la civilización, la ciencia, las

costumbres morales, sexuales, etc. (Soler, 1998). Es así como hoy, a partir de lo que agencia el discurso médico, ya no se habla más de enfermedad nerviosa, de neurastenia, sino de estrés. ¡El hombre del común está hoy estresado! Acusa al estrés de sus dolencias y males.

### **V. Angustia, estrés y nuevos síndromes**

Se hace del estrés, tanto la causa como el efecto, de las dificultades, lo insoportable de la vida, como de muchos trastornos corporales; se lo relaciona con alteraciones del organismo tales como desarreglos gástricos, cardíacos, alergias, dolores, afecciones respiratorias y dermatológicas... Con la noción de estrés, la medicina explica nuevas entidades clínicas, tipo síndrome.

Pero, ¿el estrés que la medicina enlaza con los nuevos síndromes, no constituye mas bien una noción –utilizada en primera instancia por el discurso fisiológico de comienzos del siglo XX–, con la cual se apunta a explicar ahora –a la luz de las investigaciones y hallazgos en neurobiología– las enfermedades nerviosas, esas afecciones sobre cuyo cuadro clínico y explicación Freud produjo una torsión tal que, crea a partir de allí la categoría *neurosis de angustia*, a la cual define como un conjunto de fenómenos, en el cuerpo, que solo logran su explicación siendo articulados por el clínico a la angustia; afecto que eleva a la condición de síntoma mayor de tales neurosis?

Con la categoría estrés, desde el discurso médico hasta el discurso común, dan cuenta de una serie de manifestaciones somáticas, que por tanto, el psicoanálisis diferencia en la medida que obedecen a órdenes diferentes. No se trata de la misma dimensión corporal cuando se está ante un síntoma conversivo, un fenómeno psicósomático o los desarreglos enlazados a la angustia. Y, por tanto, esta diferenciación que es fundamental dentro del psicoanálisis orientado desde Freud y Lacan, no opera en el campo de la salud, el cual mas bien ha comprimido los diferentes estatutos del cuerpo, llegando así hasta explicar y tratar todos los fenómenos corporales –para los cuales no logra hallar una casualidad definida–, con un argumento de tipo funcional, a la manera como ya lo hacían los médicos antes o sin la luz que los hallazgos y formulaciones freudianas aportaron sobre los misterios del cuerpo. Para ilustrar esto, nos referiremos enseguida a dos tipos de síndromes de gran actualidad.

## 1. *Fibromialgia*

Se indica hoy que algunos desarreglos del cuerpo se hallan relacionados con la dificultad del organismo para disminuir el impacto somático del estrés. En este orden de ideas, el término *fibromialgia* refiere a dolor en los músculos y en los tejidos que conectan los huesos, cuya *causa* se desconoce, de donde, se trata aquí de un síndrome. No existen pruebas de laboratorio o técnicas de imagen específica para diagnosticar tal síndrome; y al realizar radiografías y biopsias musculares los resultados no arrojan anomalía alguna. Su diagnóstico se hace exclusivamente a partir del examen clínico. Con frecuencia, el enfermo pasa por diferentes especialistas, dado que sus síntomas son también comunes a otras enfermedades, lo cual hace que la mayoría de los pacientes terminen siendo sometidos a diversos exámenes de laboratorio y a varios tratamientos. Las personas afectadas tienen dolores similares a los de una enfermedad de las articulaciones, sin embargo, la fibromialgia no produce inflamación, por ende, no es una forma de artritis (caracterizada por inflamación en las articulaciones), sino que es catalogada como una forma de reumatismo de los tejidos blandos.

La academia americana de reumatología, lo considera como un padecimiento que se presenta con un dolor muscular extenso y generalizado en todo el cuerpo, por un período de por lo menos tres meses, que afecta los músculos y el tejido fibroso, causa dolor de intensidad variable y un cansancio generalizado que algunos pacientes describen como una molestia muscular profunda y punzante, y otros como una incomodidad o quemazón. Algunos pacientes resisten más el dolor, mientras que otros presentan un umbral muy bajo; los médicos no llegan a un consenso respecto a la evaluación de su intensidad. El examen de los puntos sensibles debe cubrir 11 de los 18 posibles centros positivos ubicados en cuello, hombros, pecho, cadera, rodilla y codo. Se examinan los demás síntomas, mediante un cuidadoso examen exploratorio y un interrogatorio que descarte otras enfermedades como hipertiroidismo, lupus o artritis reumatoide. Se constata que la mayoría de los enfermos que sufren de fibromialgia, padecen un estado de estrés crónico debido a problemas de tipo familiar y/o laboral, o tienen antecedentes de trauma físico o emocional. Y que se trata de una dolencia de difícil diagnóstico.

La fibromialgia nos evoca las palabras de Freud sobre los pacientes con problemas reumáticos que llegaban a su consulta: "(...) un gran número de reumáticos leves, de lo que padecen realmente es de neurosis de angustia" (Freud, 1973a).

La fatiga y el dolor, los dos síntomas mayores de la fibromialgia, síndrome que como vemos no se deja situar enteramente en el orden de lo fisiológico, ponen de presente el *sujeto y su cuerpo*. Tanto el dolor como la fatiga *son de alguien*: "(...) la indisposición y los trastornos circulatorios proporcionan un fundamento fisiológico para la alteración de las funciones normales; pero, en cambio, la excitación, la fatiga, y la distracción son factores de naturaleza distinta y a los que podríamos calificar de psicofisiológicos." (Freud, 1973f, p. 2131).

El dolor físico tiene implicaciones subjetivas; llega a captar toda la "atención", "el interés" de quien lo padece. La evaluación y determinación de la intensidad del dolor involucrado en la fibromialgia son complejas. Del dolor se llega a construir escalas (más ó menos dolor), se lo alcanza a localizar pero no medir. Los sujetos dan prueba de soportar umbrales de dolor muy variables. Del dolor solo es factible saber, a partir de lo que dice quien lo padece, más, el mismo tiene algo de innombrable, de tal suerte que cuando se apunta a hacerlo pasar por las palabras, el se resiste: el dolor no se deja reabsorber fácilmente en las palabras, se tiende más bien a padecerlo, a sentirlo. No hay dolor ni sufrimiento sin sujeto, como no existe sujeto sin dolor (Soler, 1996).

## **2. Síndrome de intestino irritable**

Difuso, diverso y para todos molesto. Así es definido el síndrome de intestino irritable (SII) o colon iritado; primera causa por la cual muchas personas en el mundo visitan al médico.

Los síntomas del SII pueden ser continuos o de modo más característico, intermitentes. Los pacientes tienen un aumento de la motilidad intestinal ante determinadas estímulos ambientales o gastrointestinales, como el estrés emocional y el desequilibrio en el consumo de algunos alimentos, dice el discurso médico. El SII acarrea incapacidad médica, de allí el gran ausentismo laboral, las reiteradas consultas al médico y los altos costos que acarrea a las entidades de salud.

Entre sus fenómenos más frecuentes se cuentan: las alteraciones del tránsito intestinal (estreñimiento, diarrea, o ambas patologías de manera alterna) y el dolor abdominal, localizado la mayoría de las veces en el hemi-abdomen inferior, pero puede referirse en cualquier sitio migratorio o difuso. Se describe la variabilidad de su forma así: cólico continuo, sensación de quemazón. Se asocia a síntomas como aumento de

perímetro abdominal, flatulencia, eructos, evacuación incompleta. Para diagnosticarlo, la medicina se atiene el hecho que dichos signos y síntomas se presentan desde, al menos, tres meses antes.

De tiempo atrás la medicina reconoce que el SII constituye una condición de difícil diagnóstico. Por tal razón, no se trata de una enfermedad propiamente dicha sino de un síndrome, esto es, un desorden funcional de origen incierto cuyo diagnóstico es básicamente clínico.

Pero, si la evidencia clínica arroja exámenes fisiológicos normales y los pacientes manifiestan sentir tales molestias bajo determinadas circunstancias: en momentos de tensión, disgusto, temor..., la nueva tendencia biológica en medicina reduce el diagnóstico a un mal funcionamiento sináptico o incluso neuronal, una falla de comunicación entre los nervios y los músculos que controlan el colon por una alteración en el ciclo de la serotonina, si bien se desconocen las razones por las cuales dichos neurotransmisores modifican su funcionamiento, haciendo que los pacientes sientan con gran intensidad estímulos normales del intestino en ciertos momentos. Entre tanto, los laboratorios farmacéuticos ofrecen medicamentos con los cuales corregir tal alteración en el ciclo de la serotonina.

A manera de conclusión, a propósito de esta conexión entre las enfermedades nerviosas de tiempos de Freud y el estrés implicado en síndromes como la fibromialgia y el SII, diremos que, así como una parte de la neurología de hace un siglo intentó salvar el criterio localicista y morfológico (que por tanto mostraba la inexistencia de lesiones anatómicas visibles) recurriendo al postulado de <lesión dinámica> de carácter fugaz, hoy la medicina argumenta un postulado similar para síndromes como la fibromialgia y el SII...: el órgano funciona aunque no se evidencia lesión anatómica alguna.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Carette**, C. (1983). « Une névrose américaine au XIX siècle ». En: *Revista Analytica*, 28, 30.
- Hecker**, E. (1893). *Zentralbatt für nervenheilkunde*. París: Francia.

- Freud, S.** (1973a). "La neurastenia y las neurosis de angustia". En L. López Ballesteros (Ed. Y Trad.), *Obras completas* (T. I, pp. 183-198). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895).
- (1973b). "Crítica de la neurosis de angustia". En L. López Ballesteros (Ed. y Trad.), *Obras completas* (T. I, pp. 199-208). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895).
- (1973c). "Psicoterapia, tratamiento por el espíritu". En L. López Ballesteros (Ed. Y Trad.), *Obras completas* (T. I, pp. 1014-1029). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1905).
- (1973d). "Mis opiniones acerca del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis". En L. López Ballesteros (Ed. y Trad.), *Obras completas* (T. II, pp. 1238-1243). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1906).
- (1973e). "La moral sexual "cultural" y la nerviosidad moderna". En L. López Ballesteros (Ed. y Trad.), *Obras completas* (T. II, pp. 1249-1261). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1908).
- (1973f). "Lecciones introductorias al psicoanálisis". En L. López Ballesteros (Ed. Y Trad.), *Obras completas* (T. II, pp. 2358-2365). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1916-17).
- (1973g). "El malestar en la cultura". En L. López Ballesteros (Ed. y Trad.), *Obras completas* (T. III, pp. 3017-3067). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1930).
- (1973h). "Los orígenes del psicoanálisis". En L. López Ballesteros (Ed. y Trad.), *Obras completas* (T. III, pp. 3433-3656). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1950).
- Gerber, R. (1997). A l'aube de la psychanalyse: la neurasthénie. *Revue de psychanalyse La cause freudienne*, 35, 72.
- Gómez, G.** (2003). "Estrés: cuerpo, traumatismo y urgencia subjetiva". En: *Letrazas, cuadernos del Foro del Campo Lacaniano de Bogotá*, 3, 32.
- Lacan, J.** (1985). "Psicoanálisis y medicina". En: *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- (1981). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 20: Aún*. Barcelona, España: Paidós.
- López, J.M.** (1985). *Orígenes históricos del concepto de neurosis*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- (2002). *Del hipnotismo a Freud*. Madrid, España: Alianza Editorial.

**Mira, V.** (2002). "Teorías freudianas de la angustia". En: *Revista Clínica y Pensamiento*, 2, 40.

**Soler, C.** (1996). "Freud con Descartes". En *Psicoanálisis y medicina, dolencias hacia el síntoma*. Buenos Aires, Argentina: Atuel.

----- (1998). "Enfermedades del lazo social". En: *Síntomas*. Bogotá, Colombia: Asociación del Campo Freudiano de Colombia.

----- (2002a). "Ateneu de clínica psicoanalítica Catalunya". En: *Revista Acte*, 3-4, 21.

----- (2002b). *L'en corps du sujet*. París, Francia: F. Ancibure, M. Bosh, M. Galán.

**Asociación Americana de Psiquiatría.** (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson.

Affectio Societatis