

Jozef Corveleyn

*Histeria y
neurosis obsesiva*

Universidad de Lima
Fondo de Desarrollo Editorial

F: 5124



Colección Ensayos
1996

Titulo original:

Hystérie et névrose obsessionnelle

Traducción Evelyne Dejardin

© Fondo de Desarrollo Editorial
Universidad de Lima
Av. Javier Prado Este s/n, Lima 33
Casilla postal 852, Lima 100, Perú
Teléfono 437-6767
Fax 437-8066
E-mail fondo_ed@ulima.edu.pe
Internet <http://www.ulima.edu.pe>

Diseño y edición Fondo de Desarrollo Editorial
Carátula Tapul

NOTA: El texto *Histeria y neurosis obsesiva* apareció originalmente como separata del libro *Psychanalyse. L'homme et ses destins*, de J. Florence y otros. Editions Peeters Louvain, París, 1993. Su publicación cuenta con la autorización del editor y del autor del artículo, profesor Jozef Corveleyn, de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica.

Impreso en el Perú. Printed in Perú
ISBN 9972-45-011-X

Jozef Corveleyn

Histeria y neurorits obsesiva

Sumario

Presentación	9
Primera Parte: Psicoanálisis y psiquiatría	13
Segunda Parte: La "teoría general de la neurosis" en psicoanálisis: algunos elementos de base	17
La frustración	18
La fijación	23
El conflicto psíquico	29
Tercera Parte: La neurosis histérica	33
La estructura de la personalidad histérica	33
El punto de partida del deseo sexual	34
El lenguaje secreto del deseo	35
Una insoportable insatisfacción que vuelve como <i>leitmotiv</i>	39
Los principales campos conflictuales	41
La apreciación y la estimación de sí	41
La relación sexual	47
Hipótesis explicativas desde un punto de vista psicoanalítico	51
La fase fálica	53
Histeria y problemática identificatoria	58
La histeria en el hombre	58
La histeria en la mujer	61

Cuarta Parte: La neurosis obsesiva	69
La coerción psíquica	69
La neurosis obsesiva	71
La defensa	75
Conflictos de base	79
La regresión	85

Presentación

El interés por la investigación y la producción intelectual es, sin duda alguna, ánimo antiguo en nuestra Casa de Estudios y, en particular, en nuestra Facultad. El designio de que el quehacer docente debe apoyarse necesariamente en estos dos importantes soportes académicos, ha significado que de modo permanente se aliente su desarrollo con publicaciones, incluso con algunas que van más allá del ámbito exclusivamente institucional.

Precisamente, el presente trabajo del doctor Jozef Corveleyn, profesor honorario de la Universidad de Lima y profesor principal de la Universidad Católica de Lovaina, es un arquetipo de aquellas publicaciones que por su naturaleza e importancia trascienden las fronteras de una temática singular para situarse en una dimensión mucho más amplia y enriquecedora.

El doctor Corveleyn inicia su estudio sobre la histeria y neurosis obsesiva expresando que el psicoanálisis no se queda en lo estrictamente descriptivo y clasificatorio, sino que se dirige a la significación de los síntomas, a la coherencia interna de la patología y a un preguntarse constantemente sobre el sentido subjetivo de las manifestaciones patológicas.

Nos recuerda que Freud fue el primero en aislar como una entidad nosográfica reconocida a la neurosis obsesiva, con características de un mecanismo psíquico semejante al que ya había identificado en lo profundo de la histeria: la existencia de un conflicto intrapsíquico represivo. Antes de esta contribución era usual mencionarlas con categorías psiquiátricas tales como la neurastenia o el delirio, entre otras. En general, el doctor Corveleyn se pronuncia por un intercambio constante entre ambas disciplinas –el psicoanálisis y la psiquiatría–, entre la observación y descripción de la psiquiatría y el análisis estructural psicológico del psicoanálisis. Es decir que el psicoanálisis no se opone a la psiquiatría.

En relación a la teoría general de la neurosis, nos esclarece que todo conflicto no nos orienta necesariamente a la neurosis y se pregunta: ¿Quién no ha dudado alguna vez de su propio juicio? ¿Quién no ha experimentado las inevitables limitaciones de la vida con dolorosa pesadumbre? Sitúa la raíz del conflicto neurótico en la historia infantil de la persona analizada, sin dejar de lado otros factores que contribuyen a que un conflicto sea

reactivado, dejando constancia de que Freud admitió tres factores psicógenos principales: frustración, fijación y conflicto psíquico. La combinación de estos tres factores podría dar lugar a una neurosis. El autor desarrolla con especial capacidad didáctica y brillo estos tres componentes como el camino seguro a la neurosis, pero insistiendo en el hecho de que ninguno de los tres factores: conflicto, frustración y fijación, es, por sí solo, una condición suficiente para provocar la neurosis; se requiere de la interacción de los tres factores.

A continuación se detiene en el análisis de la neurosis histérica como una estructura que se expresa en la organización de la personalidad y en un estilo de vida. La histeria se produce por un estancamiento en la estructuración del deseo. El lenguaje del paciente histérico es disfrazado de lamentos banales, generalmente corporales, magnificando de modo dramático sus síntomas. Este cuadro clínico se ilustra con una excelente casuística.

El doctor Corveleyn encuentra en la histeria un *leitmotiv* constante: insatisfacción, impotencia, desilusión y autodesprecio. Estos sentimientos de descontento, duda y desconfianza son permanentes; su fuerza se sitúa en una convicción inconsciente según la cual "el mundo podría un buen día por encantamiento o magia, satisfacer perfectamente los deseos más grandes". Es la intolerancia en relación a la carencia que caracteriza a la persona histérica con dos refugios vulnerables: la autoapreciación y la apreciación del otro; por otro lado, la relación sexual. Son los dos polos de la desolación histérica. Así la búsqueda de una absoluta satisfacción y, a la vez, el sentimiento de una constante insatisfacción, se manifiestan en casi todas las relaciones humanas del paciente histérico. No encuentra paz ni está seguro del afecto de nadie, en consecuencia se siente obligado a estar siempre "representando" y en estado de alerta. La preocupación es llamar la atención, impactar para recibir un trato particular, pero nunca está realmente seguro ni satisfecho del resultado, porque vivencia una avidez por las miradas del otro, un deseo de sentirse siempre reconocido por los demás.

El querer impresionar conduce al paciente histérico a desempeñar siempre un "papel" que se expresa mediante un comportamiento afectado, no conoce la real espontaneidad. Su tendencia histérica por la exhibición motiva la mitomanía por su necesidad inconsciente de impresionar y ser reconocido de manera especial por los demás, encontrando aparentemente sosiego en los roles teatrales de su vida; pero lo cierto es que se repliega en su soledad y en la desconfianza, porque el reconocimiento que tanto anhela, no lo ve nada seguro. La pregunta que se formula este paciente es

cómo ser auténtico, cómo ser él mismo, dentro de una búsqueda constante de afecto, amor y consideración; se encuentra embargado por la duda y la exigencia de simpatía y respeto incondicionales. Esta desconfianza se mantiene con la angustia de no ser amado por nadie y de haber sido siempre excluido (complejo de *Cenicienta*). En general, se encuentra en el paciente histérico un rechazo de la sexualidad y una actitud defensiva con claros síntomas de conversión porque los conflictos se expresan a través del cuerpo. La interpretación psicoanalítica observa en la histeria un componente oral, una actitud infantil y una fijación en la fase fálico-narcisista.

En el estudio de la neurosis obsesiva, el doctor Corveleyn nos dice que ésta constituye el tormento de las mismas ideas o imágenes recurrentes, un no interesarse por el presente, sino por sucesos pasados. Ningún llamado a la razón es motivo de alivio frente a la compulsión de repetición y a la coerción interna, características de toda neurosis obsesiva. En este cuadro clínico los síntomas se liberan mediante mecanismos de defensa como el desplazamiento y una actitud exageradamente escrupulosa. La angustia es constante y el paciente puede llegar a experimentar pánico.

Los síntomas obsesivos como protección de la disociación psicótica, son resaltados por el autor quien distingue dos conflictos básicos: un deseo sexual a nivel genital y una prohibición del super yo. Concluye el doctor Corveleyn afirmando que la neurosis obsesiva viene a ser un conflicto edípico en el cual la sexualidad se vivencia como un gran peligro, fuente de angustia, culpa y ambivalencia; otro mecanismo protector frecuente en esta neurosis es la intelectualización.

Ciertamente, no es frecuente encontrar en la bibliografía psicoanalítica una publicación como la que presentamos en esta oportunidad, que sobresale no sólo por su profundidad y claridad, sino también por la belleza de su estilo. Por eso, nos congratulamos de su edición y nos felicitamos por ponerla al alcance de los estudiosos, especialistas y estudiantes de nuestro medio. Desearíamos expresar nuestra gratitud a la señora Evelyne Dejardin de Blanco, por la magnífica traducción; al doctor Luis Ramírez Aguirre, por su permanente preocupación e interés en la edición del texto; y al doctor Víctor Amorós Terán, por su inestimable colaboración conceptual.

Lima, setiembre de 1995
Raúl Palacios Rodríguez
Facultad de Psicología

Primera Parte

Psicoanálisis y psiquiatría

La relación entre psicoanálisis y psiquiatría se caracteriza por un doble movimiento. Cuando el psicoanálisis estudia las diversas formas de trastornos psíquicos, se basa la mayor parte del tiempo en la clasificación operada por la psiquiatría. Como rama de las ciencias médicas, esta última se encarga de observar de manera extremadamente fina y precisa las múltiples disfunciones del psiquismo, y de establecer la mayor o menor regularidad de las relaciones que enlazan sus manifestaciones. Busca también establecer un repertorio de sus correlaciones más frecuentes con el fin de poder trasladar la diversidad a algunas grandes clases nosológicas. En este tipo de trabajo, la concepción que se tiene de lo que es la enfermedad mental jugará un papel esencial: en psiquiatría suele dominar una concepción de la persona psíquicamente enferma calcada en todos sus aspectos sobre la de la enfermedad somática. Puede también ocurrir que una concepción general de la enfermedad (una verdadera *nosología*)¹ esté casi ausente, según lo demuestra el cariz puramente clasificatorio de un sistema como el DSM-III. Por supuesto, éste permite una suerte de gran “ordenamiento” con disposición “lado a lado” y sistema de selección... pero la intelegibilidad de

1. Utilizamos aquí la distinción conceptual hecha por J. Schotte entre la *nosografía* y *nosología*. La *nosología* se refiere de manera más general a la definición de la noción de enfermedad, mientras que la *nosografía* se apega a una definición precisa y sistemática de diversas manifestaciones que especifican una determinada enfermedad: J. Schotte, *La nosographie psychiatrique comme patho-analyse de notre condition*. Curso de cuestiones profundas de psicología clínica 1977-78, Louvain-la-Neuve, Facultad de Psicología, 1978, sobre todo pp. 1-12.

los fenómenos, así como los cuadros clínicos de conjunto no son verdaderamente ni más evidentes ni más claros.

Sucede que el psicoanálisis acostumbra tomar como punto de partida el ordenamiento que la psiquiatría introduce en el seno de los trastornos psíquicos. No obstante, no se queda en esa aproximación estrictamente descriptiva y clasificatoria. Su atención se dirige a la *significación* de los síntomas específicos de la enfermedad y a su *coherencia* interna. Se entiende que, como consecuencia, se da un modo de aproximación empírico diferente de aquel de la psiquiatría tradicional: se consagra a lo que la forma descriptiva de la psiquiatría tradicional deja generalmente en la sombra, es decir, el sentido subjetivo de las manifestaciones patológicas, tal como aparecerá en lo que el paciente *dice*.

Un segundo movimiento va entonces a jugarse en la relación que conecta las dos disciplinas: el que, partiendo del psicoanálisis, vuelve hacia la psiquiatría. En efecto, el psicoanálisis ofrece a ésta una delimitación muy rigurosa de la estructura patológica que produce la especificidad interna de cada una de las "figuras" de la enfermedad mental, así como una profundización de los contenidos significativos para el sujeto. Gracias a la utilización de esas nuevas posibilidades, la psiquiatría puede formular su nosología (su concepción de la persona psíquicamente enferma) de manera más diferenciada y matizada, mientras que su nosografía (la descripción de las formas de la enfermedad) puede afinarse más y, sobre todo, articularse mejor. Este segundo movimiento no es un simple deseo piadoso; dos ejemplos nos persuadirán de ello.

La neurosis obsesiva es actualmente una entidad nosográfica unánimemente reconocida. Fue Freud el primero en aislarla como tal, lo que fue posible a partir del momento en que, de una pluralidad de manifestaciones diversas, discernió un mecanismo psíquico semejante al que ya había identificado en la base de la histeria, es decir, la existencia de un conflicto intrapsíquico y de la represión que lo acompaña². Antes de la determinante

2. En *Les névropsychoses-de-défense, Oeuvres complètes, Psychanalyse*, [OCP] III, Paris, P.U.F., 1988, 8 - 16 (GW I, 65-72), Freud articula por vez primera el mecanismo de defensa en relación con las "representaciones de coacción". El término de "neurosis de coacción" [obsesiva] es utilizado por primera vez en los textos de 1896: *Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense*, OCP III, 128-135 (GW I 385-392); *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, OCP III, 110, 118 y ss. (GW I 411, 420 y ss. (original en francés). Traducción española de *Las neurosis de defensa* y de *Nuevas observaciones sobre las neurosis de defensa* en *El yo y el ello*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 475, Madrid.

contribución de Freud, la descripción de los fenómenos propios de la neurosis obsesiva se extendía a categorías psiquiátricas muy diversas, tales como la neurastenia, la degeneración psíquica o el delirio³. Luego de este primer ejemplo, he aquí uno más reciente: el concepto psicodinámico de “trastorno narcisístico de la personalidad”⁴, que aporta una mayor precisión a lo que aún se considera terreno poco conocido de la psiquiatría, a saber, los estados llamados *border-line*.

La actitud que da cuenta con más precisión de la especificidad de cada una de las dos disciplinas –el psicoanálisis y la psiquiatría– es aquella que favorece un intercambio constante entre, por un lado, la observación y la descripción fina clínica, debidas a la psiquiatría y, por otro lado, el análisis de la descripción estructural psicoanalítica (o psicológica). Ésta es también la actitud más fecunda, ya que entre ambas existe una complementariedad recíproca.

Seguramente el exclusivismo médico-biológico pondría en peligro la “psiquiatría floreciente”⁵, tanto como un dogmatismo de la psicología llamada “de las profundidades”. El psicoanálisis no se opone de ninguna manera a la psiquiatría. En 1923 Freud hace la siguiente proposición de trabajo: “El psicoanálisis, en cuanto psicología de las profundidades, es decir, como psicología de los procesos que escapan a la consciencia, está llamada a aportarle a la psiquiatría las bases indispensables para ayudar a ésta a traspasar sus limitaciones”⁶. Con estas palabras, Freud alude a la ausencia de reales posibilidades de explicación psicológica de los fenómenos de la psiquiatría de su época que, por otra parte, las describe y clasifica con una gran precisión. Con el ánimo de una especie de “división del trabajo” que aquí se esboza, dejaremos definitivamente aparte en el siguiente desarrollo, el inventario descriptivo de los fenómenos neuróticos que aparecen en la histeria u obsesión, para fijar nuestra atención en el aporte específico del psicoanálisis. Buscaremos, en la diversidad de las manifestaciones patológicas, el lazo estructural que puede unirlos, guardando siempre en la memo-



3. A. Green, “Obsessions et psychonévrose obsessionnelle”, en *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 3 (1965) 37.370 A10, pp. 1-2.
4. E.R. Moberly, *The Psychology of Self and Other*, London, Tavistock Publication, 1985.
5. Ver H.C. Rümke, “Een bloeiende psychiatrie in gevaar (1954)”, en S.J. Nijdam et H.G.M. Rooymans, *Vorm en inhoud. Een keuze uit de essays van H. C. Rümke*, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1981, pp. 188-208.
6. “*Psychanalyse*” y “*théorie de la libido*”, OCP XVI, 201 (GW XIII, 227).

ria una concepción psicodinámica del funcionamiento (o disfuncionamiento) del psiquismo en las relaciones que el sujeto humano mantiene (o no) consigo mismo, con los otros y con su entorno.

Segunda Parte

La “teoría general de la neurosis” en psicoanálisis: algunos elementos de base

La neurosis es una perturbación de un funcionamiento adecuado del psiquismo. Para explicarlo, el psicoanálisis otorga un rol generador esencial al surgimiento de un conflicto que se produce al interior de éste. Veremos todo esto con más detalle en el capítulo consagrado al inconsciente; nos bastará con recordar aquí lo que la observación clínica, tanto como la experiencia cotidiana nos enseñan, esto es, que el conflicto no es condición suficiente para que estallen trastornos psíquicos graves. Todo conflicto no conlleva necesariamente a la neurosis. ¿Quién no ha dudado algún día entre dos proyectos igualmente seductores pero que se excluyen? ¿Quién no ha dudado alguna vez de su propio juicio o de su saber-hacer? ¿Quién no ha experimentado las inevitables limitaciones de la vida con dolorosa pesadumbre? Finalmente, ¿quién no ha montado en cólera alguna vez ante las “incompetencias” del prójimo, o ha experimentado un sentimiento de rebelión ante algunas barreras y restricciones impuestas por las relaciones sociales, aunque a la larga se haya plegado o las haya interiorizado?

La naturaleza del conflicto psíquico, típico de la neurosis, debe ser precisado de manera más clara. El conflicto neurótico se juega esencialmente entre los dos grandes sistemas del psiquismo: el inconsciente y el precons-

ciente. Más exactamente, se trata de los deseos pulsionales inconscientes irreconciliables con los límites que el sistema consciente le opone en función de su implicación con la realidad. Y ese conflicto encuentra sus raíces en la historia infantil del sujeto mismo.

Constatamos, sin embargo, enseguida que, aún así especificado, el conflicto psíquico no permite, en cuanto tal, explicar de una manera satisfactoria el desencadenamiento efectivo de una neurosis. He aquí cómo el problema podría esbozarse en términos simples: se produce un conflicto entre dos tendencias, y el mecanismo de represión se pone en marcha. La tendencia pulsional reprimida continúa tratando de manifestarse, pero se encuentra neutralizada por un contra-investimento a nivel del sistema consciente. Si éste es lo suficientemente fuerte, la "balanza" dinámica será de una u otra forma mantenida en equilibrio. Falta saber si todo debilitamiento de la represión y, por tanto, la reviviscencia de tal o cual conflicto anclado en la infancia, conduce automáticamente a un trastorno psíquico comparable a una neurosis. Es más, no es posible eludir la importante cuestión de los factores que contribuyen a que un conflicto, en principio neutralizado, sea reactivado en un estadio ulterior y exija, en consecuencia, un esfuerzo psíquico renovado. Será indispensable tener en cuenta esos factores cuando intentemos establecer la etiología de la perturbación neurótica afectada.

Freud admite tres factores psicógenos principales, en el siguiente orden: la frustración, la fijación y el conflicto psíquico. Observemos que sólo una *combinación* de esos tres factores podrá dar lugar a una neurosis⁷.

La frustración

En un primer momento, lo que llama la atención del clínico en muchas historias de enfermos, es la marcada concordancia entre el inicio de la neurosis y una seria desilusión. Lo que ambicionamos, lo que soñamos probablemente durante años, se vuelve imposible por uno u otro obstáculo. O aún, una relación amorosa se ve inopinadamente rota por la pareja: habíamos puesto todas nuestras ilusiones en el ser amado, ilusiones confortadas por mil y un signos alentadores, y he aquí que nos encontramos súbitamente frente a un rechazo que nada dejaba prever... Semejantes desilusión-

7. Una breve revisión de estos factores en *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1951, pp. 370 y ss. (GW XI, pp. 357 y ss.). Traducción española: *Introducción al psicoanálisis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 82, Madrid.

nes, o una u otra de sus posibles variantes, son las que aparecen casi siempre como preámbulo a la formación de una neurosis. Se trata en todos los casos de la no realización de un deseo muy intenso o de la brusca cesación de una satisfacción en un campo en el que el sujeto era particularmente sensible.

En psicología se designa este tipo de experiencias con el término de “frustración”. Término que ha pasado al lenguaje corriente, donde adquirió una acepción a la vez más amplia y más vaga, para significar finalmente el simple hecho de que alguien haya sido rechazado o no haya podido lograr sus fines. En relación a la neurosis conviene utilizar este término de manera más rigurosa. En la literatura psicoanalítica, “frustración” traduce el término alemán de *Versagung*: Freud apuntaba por allí a la pérdida o privación de la satisfacción de una tendencia libidinal. Y esta *Versagung* puede producirse de dos maneras, ya sea a continuación de un obstáculo exterior, o a causa de una traba de orden interno (*ausserliche* o *innere Versagung*). Es la *Versagung* proveniente del exterior la que generalmente es tomada como modelo⁸; la salud o equilibrio psíquico de un individuo se encuentran minados porque el objeto real que le permitía satisfacer su necesidad de afecto, le ha sido quitado o negado. En razón a esa pérdida o negación, la libido no tiene más acceso a sus vías normales de satisfacción que permitían la descarga (la *econducción*, como lo decimos ahora) de la energía pulsional, y por tanto la disminución de la tensión. La consecuencia de esto será un exceso de tensión libidinal, que no tiene en sí nada de patológico; la salud se mantiene (o es rápidamente recuperada) si la persona logra emplear la energía así acumulada en una acción sobre el mundo que la rodea —volviéndose por ejemplo hacia un nuevo objeto de satisfacción, o renunciando a la satisfacción primera para emplear la libido acumulada para otros fines no eróticos—. En ambos casos, se trata de un *desplazamiento* real de la satisfacción. Habrá entonces un flujo del exceso de energía, aunque sea de manera diferida, quedando el psiquismo en equilibrio. Estas dos salidas de la frustración son frecuentes, y esto demuestra que de ninguna manera debemos imaginar reversible la aserción según la cual “en todos los casos de neurosis podremos poner en evidencia un momento de frustración”.

8. Ver “Sur les types d'entrée dans la névrose”, en *Névrose, psychose et perversion*, Paris, P.U.F., 1985, pp. 175-176, (GW VIII, 322-323). Traducción española en *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 62, Madrid.

Por tanto, toda frustración no es patógena. Sólo se convierte en tal cuando las salidas descritas anteriormente se muestran bloqueadas como fruto de una circunstancia particular, un obstáculo que depende únicamente del sujeto. Es lo que llamaremos una *Versagung* interna. Freud concibe ese obstáculo desde dos puntos de vista, acentuando, en uno y otro caso, cada una de las dos condiciones necesarias a la eclosión de la neurosis (de lo que trataremos después), es decir, la fijación libidinal y el conflicto psíquico. En el primer caso, la *Versagung* interna está definida como la incapacidad del sujeto para dirigirse hacia nuevas metas y objetos a causa de la fijación excesivamente fuerte en estadios anteriores de organización de la libido⁹. En el otro caso, el acento está puesto sobre la resistencia del yo contra las vías de descarga que la libido intenta proseguir¹⁰. Este último conflicto se soluciona rápidamente, ya que el yo renuncia; literalmente, va a negarse a sí mismo (*sich versagen*) a sus posibles escapatorias.

En el caso de la neurosis, es necesario un doble momento de frustración: un momento interno y un momento externo. El término alemán de *Versagung* da mejor cuenta de ese doble sentido que las traducciones corrientes, francesa, neerlandesa o inglesa: implica por una parte una realidad de carencia, un fracaso, o bien, dentro de un contexto relacional, una negativa, un rechazo, la imposibilidad de concederse a sí mismo una cosa; y por otra parte, implica bajo una forma reflexiva, el rechazo o la incapacidad de atribuirse a sí mismo dicha cosa (en neerlandés, la palabra *ontzegging* tiene un sentido muy parecido, pero no ha sido adoptado en la literatura científica).

Frustración interna y frustración externa están indisolublemente ligadas. La frustración externa no produce efecto —es decir, no patógeno— hasta que la acción de una frustración interna no se le añada. Por el contrario, la relación que hay entre ambas se *invierte* en la neurosis: el momento de frustración interna está siempre presente, pero sólo se vuelve efectiva cuan-

9. Ibíd., p. 176 (GW VIII, 323); *Introduction à la psychanalyse*, o.c., p. 372 (GW XI, 359).

10. *Introduction à la psychanalyse* o.c., p. 371 (GW XI, 357); "Quelques types de caracteres dégagés par la psychanalyse", en *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1982, colección Ideas, p. 114 (GW X, 372). Traducción española en *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 359, Madrid.

do una frustración externa, ligada a una realidad independiente del sujeto, obliga a éste a abandonar las vías de satisfacción a las que está acostumbrado¹¹.

La vía patológica hacia la neurosis se abre a partir de que la energía de la libido no encuentra su medio de conducción normal, a causa de obstáculos internos. La primera etapa de este casi totalmente trazado camino, se caracteriza por una seria "interferencia", una inadecuación de la manera cómo el sujeto se implica con la realidad exterior. Nos detendremos un momento en este tema, ya que, en la reflexión clínica corriente sobre la neurosis, la ruptura con la realidad es generalmente insuficientemente evaluada.

La perturbación de la relación con la realidad que hallamos en la persona neurótica, es la directa consecuencia de dicha suspensión en el circuito habitual de la libido: a causa de la *Versagung*, la libido va a ser retirada de los objetos reales que le "reprimen" la satisfacción y va a ser retomada por el yo, es decir, va a seguir la vía de la *introversión*.

Freud describe este proceso de la siguiente manera: "la libido se aparta de la realidad [...] y se vuelve hacia la vida fantasmática donde se procura nuevas realizaciones de deseos y revive las trazas de formaciones de deseos anteriores, olvidados"¹².

Desde un punto de vista tópico, esto significa que la libido es retirada del sistema consciente que está estrictamente en relación con la realidad, y que es usada para la activación de representaciones preconscientes que no

-
11. En algunas formas de neurosis, la frustración (*Versagung*) interna está nítidamente en primer plano. Por ejemplo, en el caso de algunas personas en donde la neurosis aparece en un momento en que un deseo largamente acariciado se realiza al fin. Éstas se derrumban en el momento del éxito: "Los que fracasan frente al éxito" en *Essais de psychanalyse appliquée*, o.c., p. 112 y ss. (GW X, 370 y ss.). Desde el punto de vista patológico, sólo la frustración interna actúa. Aparece en el primer plano en el momento en que la frustración externa (ausencia de éxito, tanto tiempo perseguido) da lugar a la realización del deseo. Visiblemente, el yo aceptó el deseo como inofensivo mientras que existía en la imaginación y cuya realización era remota. Se va a oponer cuando la realización se haga evidente. Esta oposición sólo se comprende en función del hecho de que el yo es tributario de las exigencias del super-yo. *Ibid.*, 114-115 (GW X, 372).
12. "Sur les types d'entrée dans la névrose", en *Neurose, psychose et perversion* o.c., pp. 176-177 (GW VIII, 323-324). Ver igualmente "La dynamique du transfert", en *La technique psychanalytique*, Paris, P.U.F; 1985, pp. 53-54 (GW VIII, 367-368) e *Introduction à la psychanalyse*, o.c., p. 401 y ss. (GW XI, 388 y ss.). Traducción española en *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica*, o.c.

son obstaculizadas por la prueba de la realidad¹³. Más allá de mil y una representaciones banales, no conscientes de manera actual, el sistema pre-consciente contiene numerosas cadenas de asociaciones de marcas mnésicas que se ramifican a partir de representaciones pulsionales censuradas y reprimidas en el inconsciente (son *Abkömmlinge* o “brotes” del inconsciente). Esas cadenas asociativas son en principio susceptibles de volverse conscientes (*bewusstseinsfähig*), pero de hecho son inconscientes. Según Freud, fantasmear significa esencialmente activar esos datos representativos muy diversos –surgidos de esta especie de trastero o desván que es el pre-consciente– por medio de una libido que, en adelante, estará fuera de la realidad. Topológicamente, el fantasma es el sobreinvertimiento del sistema de rememoración pre-consciente¹⁴. En el plano consciente, esta retirada de la realidad se manifestará aun, fuera de toda neurosis, en actividades por todos conocidas, tales como los sueños diurnos. Normalmente, la ida y vuelta entre el pensamiento afectado por la realidad y la libre fantasía son dominadas de manera consciente y voluntaria. En la neurosis, la retirada a la vida fantasmática pre-consciente tiene un carácter apremiante, irresistible, respecto al sector de la realidad que ha “reprimido” (*versagt*) la satisfacción libidinal.

Una vez retirada a la zona pre-consciente, la libido ya no es perturbada por la prueba de la realidad, y puede entonces investir a gusto las marcas asociativas de origen diverso, pero relacionadas con la satisfacción reprimida. De esta forma, la introversión da al sujeto la impresión ilusoria de participar aun en aquello que desde ahora se le escapa en la realidad tangible.

El clínico no ignora los concretos correlatos que tendrá la introversión –concepto esencialmente económico– en la neurosis. Pese a todo, gracias a numerosas ensoñaciones diurnas, que son pequeños argumentos cuidadosamente arreglados, el neurótico tiende a imaginarse como realizable la

-
13. “Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques”, en *Resultats, idées, problèmes I*, 1890-1920, Paris, P.U.F; 1988, pp. 138-139 (GW VIII, 234) y *L'inconscient*, OCP XIII, 212-213 y 231 (GW X, 272 y 292), obra en la que Freud define la prueba de la realidad como la segunda censura, sobre todo entre los sistemas consciente y pre-consciente, ubicándose la censura principal entre los sistemas inconsciente y pre-consciente. Traducción al español de este último texto en *El malestar en la cultura*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 280, Madrid.
14. Ver a este respecto las observaciones extremadamente precisas de J. Varendonck, psicoanalista belga de la primera hora, *Über das vorbewusste phantasterende Denken*, Leipzig, Intern. Psychoanal. Verlag, 1922.

satisfacción libidinal que se ve forzado a pasar por alto. Por supuesto, dichos argumentos girarán en torno al objeto imaginario del deseo (o de sentimientos de venganza, de celos...) o de alguno de los sustitutos de este objeto. Es igualmente frecuente constatar en el neurótico una reducción de los centros de interés en la vida común y corriente: lo vemos perder poco a poco todo interés por todo aquello que no se relacione directamente con sus aspiraciones contrariadas, y a veces necesita enormes esfuerzos con el fin de mantener cierto ritmo de trabajo, un mínimo de contactos sociales, y hasta las ganas de distraerse. Así mismo, vemos que en la neurosis el entorno toma una coloración particular, las más fortuitas circunstancias, las más banales reacciones de los allegados serán entendidas e interpretadas en función de las preocupaciones egocéntricas, llevando frecuentemente a reacciones afectivas totalmente desmesuradas o inadecuadas a la realidad de las cosas. Esta forma de alienación, en el preciso sentido del término, este sentimiento de lo insólito, esta desconfianza, que es la "cara visible" de la introversión, pueden llegar muy lejos.

Así, la libido introvertida inviste fácilmente gran cantidad de marcas asociativas en el preconscious. Si no es perturbada por la experiencia de la realidad, conduce, a fin de cuentas, a marcas mnésicas infantiles antiguamente reprimidas. El reinvestimento de éstas va a llevar, por supuesto, a la búsqueda de modos de satisfacción correspondientes: la introversión de la libido induce automáticamente a una regresión (temporal), y el conflicto neurótico que llamaremos luego típico, será violentamente activado, ya que las modalidades infantiles de satisfacción son incompatibles (*unverträglich*) con el nivel actual de vida del sujeto. Dicho de otro modo, las metas infantiles se oponen a "la otra parte de la personalidad que ha permanecido vinculada a la realidad"¹⁵. Esta conflictiva situación, ocasionada por el retorno parcial de lo reprimido (*Wiederkehr des Verdrängten*), fuerza al psiquismo a un nuevo trabajo de represión. Como está explicado en el capítulo sobre el inconsciente, esto implica la formación de modos de satisfacción sustitutivos (*Ersatzbildungen*): los síntomas neuróticos.

La fijación

Bajo la influencia de la *Versagung* (externa o interna), la libido se retira de la realidad, y, libre de las restricciones impuestas por ella, trata de

15. "Sur quelques types d'entrée dans la névrose", en *Névrose, psychose et perversion*, o.c., p. 177 (GW VIII, 324).

abrirse otros caminos de salida en el seno de marcas mnésicas preconscientes. Terminará por fijarse en rastros infantiles a veces extremadamente precoces. Esa vuelta a los modos de satisfacción infantiles (llamada regresión) lleva al conflicto, provocando la aparición de la neurosis manifiesta, y un nuevo trabajo de represión hace indispensable, a partir de aquí, la formación de síntomas en cuanto satisfacción sustitutiva. En esta manera de enunciar las cosas, vemos claramente el íntimo enmarañamiento de los tres factores esenciales en la aparición de una neurosis.

La regresión de la libido hacia las marcas anteriores no se hace en cualquier dirección, pues finalmente se fija en antiguas formas de satisfacción infantil. Esta predisposición, esta predeterminación, encuentra su expresión conceptual en el término de "fijación". Situar correctamente este último concepto con relación a la etiología de la neurosis, implica una referencia a los dos contextos en los que Freud lo ha utilizado principalmente, y que están estrechamente ligados uno al otro: la idea de la fijación pertenece a la teoría de la metapsicología de la represión (y notablemente de la represión original) y, a la vez, a la teoría del desarrollo psicosexual del individuo (en cuanto concepto descriptivo).

En el primer contexto, la significación del término de fijación está un tanto emparentada con el uso que se hace en la teoría psicológica de la memoria¹⁶. Para que el nacimiento, la constitución misma del inconsciente sea accesible a la reflexión psicológica, Freud parte de la concepción genética siguiente: las marcas mnésicas de las primeras experiencias de satisfacción y de los acontecimientos que están ligados a ellas, son conservadas en el psiquismo por contener una cierta energía de investimento. Son grupos de representaciones que forman las primeras inscripciones (*Niederschrifte*) de la pulsión en el psiquismo, los primeros representantes pulsionales (*Triebrepräsidenten*). De esta forma, la fijación consiste en inscribir, en consignar si se puede decir, conjuntos de representaciones en el inconsciente. Estos conjuntos primarios, estos pequeños argumentos, son importantes porque, una vez fijados, continúan existiendo de manera inalterable, y funcionarán en las fases ulteriores del desarrollo como esquema de base para excitaciones pulsionales, buscando, por prioridad y usualmente de manera repëtitiva, una vía de econducción directa. La pulsión se

16. J. Laplanche y J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1971, sobre todo p. 163. Traducción española, *Diccionario de psicoanálisis*, Editorial Labor, Barcelona.

encuentra así más o menos fijada a tales argumentos de base: el concepto de represión originaria designa entonces a la vez la fijación de ciertas representaciones en el psiquismo, y la fijación de la tendencia pulsional a esas mismas representaciones.

El segundo contexto en el que Freud utiliza el concepto de fijación es el de desarrollo psicosexual. Si bien ese término, en el contexto precedente, tenía sobre todo una significación tópica, va a tomar aquí el sentido de una génesis, o mejor aún, de una historia que sigue su curso. La idea principal será que las pulsiones, tanto la pulsión sexual como la pulsión del yo, pasan necesariamente por un proceso de lenta complejización, que se desarrolla según ciertas etapas, según ciertos "estadios". El desarrollo psicológico no es evidentemente un simple asunto de maduración: el ser humano no alcanza su expansión psíquica siguiendo la línea de un desarrollo automático, regular y progresivo. Si bien es cierto que la maduración biológica ofrece siempre nuevas posibilidades, el sujeto en formación no debe dejar de apropiárselas, y esto exige de él cada vez un nuevo esfuerzo psicológico. A cada etapa de su desarrollo —sería más exacto hablar aquí de niveles de organización, de estructuración— corresponde una implicación más compleja con el mundo, y correlativamente también una mayor autonomía personal. El paso a una etapa siguiente significa que se ha podido vencer un obstáculo y que se han abandonado, que se han atrevido a abandonar, formas de interacción hasta aquí familiares entre sí y los otros, entre sí y el mundo.

Esta idea de un desarrollo por etapas, que constituyen verdaderos desafíos para el sujeto en formación, una sucesión de momentos llenos de riesgos tanto como de promesas, fue articulado por Freud sobre todo desde el punto de vista del desarrollo sexual¹⁷. La sexualidad adulta no llega repentinamente a la vida como algo acabado (*etwas Fertiges*) y no constituye tampoco el resultado de una evolución lineal a partir de una especie de "dato" global¹⁸. No es aquí el lugar para exponer en detalle la teoría sexológica de Freud; para la problemática de la neurosis que tratamos, bastará con esbozar grandes lineamientos.



-
17. J. Corveleyn. "De adolescentieproblematiek in psychoanalytisch perspectief", en W. Vandereycken y G. Lambrechts, (Eds.), *Seksualiteits en identiteit bij adolescenten. Feiten en beschouwingen*, Leuven/Amersfoort, Acco, 1984, sobre todo pp. 187-199.
18. *Introduction à la psychanalyse*, o.c., p. 353 (GW XI, 340).

La sexualidad es una realidad pulsional que funciona desde que el sujeto viene al mundo, y entra en interacción con las figuras de su entorno inmediato, es decir, con las personas que lo cuidan. Evidentemente, la sexualidad no significa aún para él un deseo genital dirigido hacia el otro en cuanto individuo o sujeto. Se trata inicialmente de experiencias *parciales* de placer corporal, obtenidas en estrecha asociación con el ejercicio de funciones fisiológicas esenciales para la autoconservación. Esas pulsiones sexuales parciales serán explícitamente descritas por Freud como *apoyándose* sobre deseos corporales primarios y la satisfacción de los mismos (noción de *Anlehnung*). Tendrán también, por tanto, una estrecha relación con las zonas corporales que ocupan una posición central en el ejercicio de esas funciones primarias (de allí el nombre de "zonas erógenas"). En resumen, el placer es obtenido en el propio cuerpo, vía esas zonas erógenas que entran en juego en el momento en que el deseo se colma: las pulsiones parciales son autoeróticas. Pero, para alcanzar la satisfacción autoerótica del deseo, los "objetos" son evidentemente indispensables. Para el sujeto en formación, éstos no son objetos reales en el sentido de entidades que tienen existencia autónoma fuera del sujeto: por eso aquí también hablamos de "objetos *parciales*". En este sentido, tenemos etapas o fases preobjetales: las fases denominadas oral, anal y fálica¹⁹.

En la fase más precoz, la etapa oral, el deseo es proporcionado por la zona bucal, y está en estrecha relación con todo el proceso de alimentación. La fase anal le sucederá una vez que la maduración biológica haya permitido al niño adquirir el dominio de sus funciones motrices. La denominación de esta etapa hace referencia a la función de excreción que en esa etapa de la vida es objeto de mucha atención. El control de los esfínteres y el placer que le acompaña, entre otras cosas a causa del gran valor que los educadores le atribuyen, simbolizan la satisfacción sentida al momento del ejercicio de otras actividades corporales cada vez mayores, posibles gracias a la autonomía creciente y a la capacidad de disponer del propio cuerpo. El cuerpo en sí mismo, como lugar de apertura potencial a

19. Algunos discípulos de Freud han jugado un importante papel en la diferenciación de las etapas precoces del desarrollo sexual. Ver por ejemplo K. Abraham, *Examen de l'étape pré-génitale la plus précoce du développement de la libido* (1916) en *Oeuvres complètes: Tome II (1913-1925)*, Paris, Payot, 1966, pp. 231-254. (*Psychoanalytische Studien*, Bd 1. Frankfurt, S. Fischer, 1971, pp. 84-112) y: *Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux* (1924) en o.c., pp. 225-313 (Ibíd., 113-183).

los seres y cosas, se convierte en polo de feliz exploración del mundo. El niño desea exteriorizar al máximo este nuevo control de su cuerpo dentro del control instrumental y la dominación de lo que le rodea: "pulsión de dominación" (*Bemächtigungstrieb*). Los conflictos con los adultos que manejan su entorno, e inevitables rivalidades con sus semejantes, estarán en consecuencia constantemente en pugna. De hecho, las relaciones se caracterizan por una dicotomía, una oscilación permanente entre el deseo de ser activo y/o pasivo (dominar y/o ser dominado). En el transcurso de esta fase, la problemática de la agresividad está muy claramente por delante; por eso es igualmente definida como "sádico-anal". La oposición masculino-femenino aún no entra en juego, no más que en la fase precedente, y es sólo la oposición entre la obtención activa o pasiva del placer lo que es importante.

Es solamente en la fase fálica cuando la diferenciación sexual va a comenzar a jugar un rol. Pero, en esta tercera etapa, la atención se pone primero, principalmente, en el propio órgano sexual en cuanto fuente de placer. Según la idea de Freud, habría al inicio analogía entre la experiencia del niño y de la niña, estando aún el ámbito genital concebido por el niño de manera unisexual, según el modelo del falo (modelo "masculino" según Freud)²⁰. La observación de la diferencia anatómica forzará al niño y la niña a dar el paso psicológico importante que consiste en intercambiar la representación unisexuada primitiva por una representación sexual diferenciada de sí mismo y de los demás. Sea lo que fuere, esta zona genital concebida al inicio como fálica y que estará de ahora en adelante explícitamente en el centro de la atención, no es más que una zona parcial de anclaje de placer autoerótico, del mismo modo que las anteriores zonas erógenas. Si bien el objetivo autoerótico será progresivamente abandonado, el descubrimiento de la diferencia entre los sexos va a arrastrar una fuerte curiosidad sobre el prójimo y su interés será llevado esta vez al sentido genital estrictamente hablando. A partir de aquí, va a poder realizarse la entrada a la cuarta fase. La diferencia sexual obliga al niño a constatar su propia condición de ser incompleto y su limitación, no pudiendo el interés autoerótico por sí mismo colmar esta carencia, donde el otro no juega más que un simple rol de comparsa o de mero "complemento" (en

20. Ver *L'organisation génitale infantile*, OCP XVI, 305-307 (GW XIII, 294-295). Traducción al español en *Sexualidad infantil y neurosis*, Alianza Editorial, El libro de Bolsillo, 404, Madrid.

función de sus fantasmas especulares o de sus necesidades corporales): la "carencia" genital envía en efecto al sujeto hacia el otro en cuanto objeto total, lo que implica que todas las tendencias libidinales parciales estén en adelante reunidas bajo el primado de una zona única.

En esta fase genital se da el paso de un investimento libidinal parcial—referido a objetos parciales— a un deseo vuelto hacia el otro en su global corporeidad: pasaje del autoerotismo, a lo que Freud llama "el amor de objeto". Durante este pasaje, serán evidentemente de gran importancia los estrechos lazos con ciertos adultos, que constituyen en cierta forma figuras-modelos, ya que, al vivir la carencia (en el sentido que acabamos de mencionar), le otorgan significado a esta experiencia por el interés demostrado hacia un otro que pueda colmar esta carencia. De tal forma se desencadena para el sujeto en formación el proceso decisivo por el que éste puede adquirir su propio lugar diferenciado de sujeto personal hablante y deseante, acontecimiento complejo designado en el psicoanálisis con el término de "complejo de Edipo". Terminemos diciendo que las primeras figuras-modelos son las figuras paternas, siendo igualmente los primeros objetos reales sobre los cuales la libido "ligada" se volcará.

El desarrollo de la libido durante el período infantil, evocado aquí de una manera muy sucinta, no es, repitémoslo, una evolución automática y natural: no se desarrolla siempre en su totalidad, ni tampoco sin perturbaciones. Usamos aquí el concepto de fijación para designar los momentos de estancamiento que se producen necesariamente en toda historia personal concreta. Más precisamente, fijación significa en este contexto el hecho de que la libido, en lugar de proseguir su camino y de apegarse a una persona libidinalmente deseada de modo erótico y en su integridad humana de sujeto deseante, queda ésta enganchada (generalmente de forma parcial) a uno de los estadios de evolución anteriores. Se contentará con buscar de manera repetitiva, formas de satisfacción que sólo convenían a ese estadio anterior. Sin embargo, tal fijación no es siempre manifiesta. Para hacernos comprender cómo suceden las cosas, Freud emplea aquí la imagen del río: si la corriente principal de la libido es suficientemente potente, y no encuentra muchos obstáculos a lo largo de su recorrido, los puntos de fijación, que de otro modo la hubieran obligado a toda clase de meandros, se revelarán incapaces de ejercer una gran influencia, provocando a lo sumo algunos remolinos de superficie. Por el contrario, en la neurosis, la fijación se vuelve manifiesta rápidamente, entre otras causas porque el flujo normal de la corriente principal (adulto) está obstaculizada

por la *Versagung*, llegando a invertirse la mayor parte del tiempo... para remontar, en consecuencia, río arriba. En este último caso, la regresión puesta así en movimiento, significará el regreso de la libido hacia puntos de fijación existentes, y su funcionamiento a ese nivel infantil será responsable de un conflicto interno en el psiquismo, provocando directamente la aparición de la neurosis manifiesta.

Los factores etiológicos de la neurosis se llaman constantemente el uno al otro. Precisemos aquí la relación entre frustración y fijación²¹: si la fijación libidinal es un factor predisponente, la frustración será el factor desencadenante (actual). En primera instancia, este factor es de naturaleza externa: es la limitación que la realidad impone de manera concreta a la aspiración del sujeto o el rechazo, el *no* que le opone²². Esta frustración externa se convierte en patógena cuando suscita una resistencia interior (frustración interna) ligada al hecho de que las satisfacciones libidinales sustitutivas, buscadas luego del obstáculo encontrado en la realidad, se revelan inadmisibles para el yo en la medida en que son de naturaleza regresiva, y por tanto, inconciliables con la idea que el yo se hace de sí mismo. La importancia de la regresión, y sobre todo su empecinamiento, estarán determinados por la naturaleza e intensidad de las fijaciones libidinales que cumplen el rol de factor predisponente. Freud, después de haber examinado varias historias concretas de pacientes, llegó a pensar que la relación entre fijación y frustración, en lo que respecta a su fuerza patógena respectiva, puede ser definida como una "serie complementaria" (*eine Ergänzungsreihe*)²³: en un extremo se encuentran los casos en los que la gravedad de la frustración (trauma actual) es preponderante. En el otro extremo, se encuentran las neurosis en las que el clínico debe reconocer que en todos los casos el paciente se habrá enfermado a causa de bloqueos particularmente graves que han tenido lugar durante su desarrollo.

El conflicto psíquico

El conflicto psíquico como factor de la neurosis no es evidentemente independiente del carácter esencialmente conflictivo del aparato psíquico en sí. Este carácter se destaca con abundancia en el capítulo sobre el in-

-
21. Ver *Introduction à la psychanalyse*, o.c., pp. 372-375 y 389 (GW XI 359-362 y 376).
 22. "... una pérdida que la realidad confirma", *Complément métapsychologique à la doctrine du rêve*, OCP XIII, 256-257 (GW X, 424). Traducción al español en *El malestar en la cultura*, Alianza Editorial, El libro de Bolsillo, 280, Madrid.
 23. *Introduction à la psychanalyse*, o.c., p. 374 (GW XI 360).

consciente: vemos primero el aparato psíquico descrito, de forma muy general, como la oposición entre dos grandes sistemas, esto es, el preconsciente-consciente y el inconsciente, separados uno del otro por la censura. Esta distinción *tópica* puede a su vez ser precisada de manera más exacta por medio de la oposición entre dos principios *económicos*, el de la conducción directa que obedece únicamente al principio del placer, y el del placer modificado por el principio de realidad. Dada esta caracterización global del aparato psíquico, está claro que la distinción entre normal y neurótico estará lejos de ser fácil de hacer. Así mismo, refiriéndose al carácter potencialmente conflictivo de nuestro psiquismo, Freud dirá que “todos estamos enfermos, es decir, neuróticos, ya que las condiciones requeridas para la formación de síntomas están igualmente en la gente normal”²⁴. Se trata esta vez de una perspectiva antropológica, basada en la teoría general de la naturaleza *dinámica* del psiquismo: la manera “normal” como éste funciona conlleva en sí misma una de las condiciones de posibilidad esencial de su perturbación, siendo la neurosis efectiva considerada como la exteriorización, la manifestación concreta de esta vulnerabilidad interna. La neurosis concreta no es más que la patologización de la dinámica psíquica, la actualización de lo que estaba contenido en estado latente, el recrudecimiento de lo que debería ser continuamente retomado, retrabajado, “hablado”, para un armonioso funcionamiento del conjunto.

La patologización se produce cuando una forma específica de conflicto aparece en el psiquismo. Los elementos que especifican la situación conflictiva neurótica han sido ya mencionados cuando hablamos de la *Versagung*: frustración y repliegue regresivo de la libido hacia antiguos puntos de fijación. Insistamos en el hecho de que ninguno de estos tres factores –conflicto, frustración, fijación– es por sí solo una condición suficiente para provocar la neurosis, y que sólo una interacción específica de los tres es etiológicamente operante. A continuación, vamos a describir esta constelación causal específica de la neurosis.

El conflicto neurótico es por esencia un proceso que se desarrolla al interior del psiquismo: la parte que regula la manera en que el sujeto se implica con la realidad exterior va a oponerse a toda reactivación de representante-representación de la pulsión que estimaría perjudicial para la armonía y eficacia de tal implicación. ¿Qué entendemos aquí por “reactivación”? Es el caso de una libido que, cuando se encuentra desviada de sus

24. Ibid., p. 385 (GW XI, 373).

pretensiones de satisfacción inmediata (frustración externa), en vez de buscar en la realidad misma nuevas salidas posibles, se repliega regresivamente sobre marcas de representación que sólo se adaptaban a sus primeros estadios de desarrollo (fijación): llevada por las exigencias del principio del placer, intenta, pese a todo, llegar lo más rápidamente posible a la satisfacción, a pesar de la resistencia o del rechazo del mundo exterior. Regresando a sus antiguos puntos de fijación (introversión), intenta, por así decirlo, esquivar hábilmente las preocupaciones del yo referidas a la realidad actual y a sus límites. Esta forma de engaño sólo podrá ser temporal: la regresión hacia posiciones infantiles significa el reinvestimento de grupos de representación que el yo había ya rechazado anteriormente en el transcurso de su desarrollo. La regresión no es más que una tentativa, rápidamente llevada al fracaso, de reinvestir ciertos modos de satisfacción o de funcionamiento infantiles (aspiraciones y objetos parciales) hace tiempo rechazados. Esta regresión fuerza al yo, que no pierde de vista la necesidad de una implicación concreta con el mundo exterior ni la necesidad de un compromiso con la vida actual y cotidiana, a realizar un nuevo trabajo de represión. Vemos así, de manera más clara, la relación entre lo que Freud llama por un lado la represión original, y por el otro la represión propiamente dicha²⁵: esta última es un acto psíquico puntual seguido de todo un proceso de represión que se articula en el momento en que, en la historia del sujeto, posiciones pulsionales ya abandonadas se ven reactivadas por una regresión de la libido. La naturaleza de este trabajo de represión está descrita de manera detallada en el capítulo consagrado al inconsciente. Digamos simplemente aquí que el "brote" de lo que era primitivamente reprimido en el inconsciente, va a ser reducido a la impotencia por la disminución de la energía de investimento, es decir, de la nueva carga de afecto con la que se vio súbitamente beneficiado. Esto sólo puede lograrse si dicha carga es empleada para investir procesos o representaciones psíquicas que levantan una *barrera* contra aquello que ha sido reprimido, es decir, *síntomas* que hacen las veces de protección. Ahora bien, al mismo tiempo, la libido regresivamente replegada, busca por su cuenta una vía de econducción más o menos aceptable. Es necesario que aquello que es "barrera" visto desde el ángulo del consciente, es decir el síntoma, sea a la vez, visto desde el ángulo de la libido, una vía indirecta de econducción. Como se ve, una vez erigida la barrera, el elemento psí-

25. Ibíd., p. 386 (GW XI, 374).

quico utilizado para defenderse contra el elemento insoportable (reactivado) debe *también* tener algún punto en común con este último: debe *representar*, por poco que sea, al elemento inconsciente que se mantiene reprimido. Para decirlo de otro modo: por interés del yo, que quiere guardar o restablecer lo más adecuadamente posible su relación con la realidad, los representantes perturbadores y regresivos de la pulsión han de ser mantenidos en el inconsciente. No obstante, la presión libidinal en sí no puede ser detenida y reprimida, y el dato psíquico investido en reemplazo de esta tendencia debe contener un *compromiso*. Este carácter de compromiso es una característica de todos los síntomas o complejos de síntomas neuróticos²⁶.

26. *Ibíd.*, pp. 386 y siguientes (GW XI 374, 381 y siguientes).

Tercera Parte

La neurosis histérica

La estructura de la personalidad histérica

Muchos autores concuerdan en reconocer que la histeria, aunque con algunas variaciones en sus formas de manifestación, se caracteriza esencialmente por la *combinación* de cierto número de elementos psicodinámicos fundamentales. Es lo que se conoce como *estructura* histérica.

Si tomamos como punto de partida la sola multiplicidad de las formas sintomáticas de la histeria, corremos el riesgo de perdernos rápidamente en el laberinto de una psicopatología llena de etiquetas. También, por nuestra parte, trataremos de delimitar esta estructura de la histeria a la que hicimos alusión. Dadas las limitaciones del presente artículo, nos contentaremos con indicar únicamente los principales lineamientos. Es de destacar que, aun cuando todos los síntomas clásicos (fóbicos y de conversión) estén ausentes, la estructura histérica no deja de exteriorizarse, pero esta vez lo hace en la organización entera de la personalidad, así como también en una determinada forma de vivir²⁷.

Para comprender esta estructura, nos referiremos a algunos autores psicoanalíticos contemporáneos tales como Perrier, Israël, Vergote y Lacan²⁸.

27. J. Laplanche y J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, o.c., p. 178.

28. F. Perrier, "Structure histérique y dialogue analytique", en *La chaussée d'Antin*. Vol.2. *Articles et séminaires de psychanalyse*, Paris, Colección 10/18, 1978, pp. 57-81. L. Israël, *L'hystérique, le sexe et le médecin*. Colección Médecine y Psychothérapie, Paris, Masson, 1985. L. Israël, *Iniciation à la psychiatrie*, Paris, Masson, 1985. A. Vergote, *Dette et désir. Deux axes chrétiens et la dérive pathologique*, Paris, Seuil, 1978, sobre todo los capítulos 5 y 6, pp. 165-204.

El punto de partida del deseo sexual

Comencemos por hacer una importante distinción. Las necesidades vitales, que pertenecen a la pulsión de conservación, son calmadas cada vez que el sujeto logra procurarse los objetos apropiados, y la calma obtenida será fuente de placer. Por el contrario, el deseo sexual no puede ser calmado por la posesión de ningún objeto. En una relación amorosa en donde las partes están, según ellas, "seguras" una de la otra, el deseo sexual sigue estando activo. Esto nos prueba que, a parte del deseo, hay otra dinámica en juego. El deseo sexual es lo que mueve al hombre a buscar cómo satisfacer una carencia fundamental, más antigua que el deseo, carencia que caracteriza su existencia desde el principio: arrancado por el nacimiento del privilegiado lazo funcional del que se beneficiaba en el seno de la madre, está condenado, por así decirlo, a no conocer más que una unión "a distancia", y a guardar siempre el deseo nostálgico de recuperar esa perfecta y tranquila seguridad que conoció y no puede olvidar. Por eso dice Freud que el hombre, en todas sus relaciones amorosas, está siempre en busca del "objeto perdido": la representación imaginaria de este último, fundando la convicción de que lo perdido es recuperable, y por tanto que la carencia fundamental puede ser satisfecha, es el motor del deseo sexual, aquello que le anima y da fuerza.

Dos momentos estructurales esenciales permiten escapar a la fascinación paralizante, y finalmente destructiva, que podría tener ese fantasma de satisfacción imaginaria si fuese tomado como la realidad. Primero, el acceso al lenguaje común de las relaciones interhumanas permite escapar a las demandas de la individualidad separada; por y en el lenguaje, el sujeto puede ajustar su deseo a un conjunto universal de significaciones colectivamente e intersubjetivamente compartidas: es cierto que en la acen-tuación justificada que hacen de este momento estructurante, los autores contemporáneos citados anteriormente, son incontestablemente deudores de Lacan²⁹. El propio Freud otorgó mucha mayor atención a una segunda estructuración importante del deseo sexual: el complejo de Edipo. En la historia del desarrollo libidinal, el Edipo es ese momento crucial donde el sujeto experimenta la influencia, para él ejemplar, de la relación de deseo entre las figuras paternas, de las que habrá aprendido a captar los signos esenciales.

29. Ver A. Mooij, *Taal en verlangen. Lacans theorie van de psychoanalyse*, Meppel, Boom, 1975.

La histeria será la causa de un estancamiento en el proceso de la estructuración del deseo en uno de los dos momentos fundamentales en cuestión.

El lenguaje secreto del deseo

Intentaremos situar, en el cuadro de una concepción psicodinámica, los factores determinantes esenciales y las principales formas de manifestación de este estancamiento de la histeria. Lo primero que llama la atención es lo que da a entender el histérico en el consultorio del clínico, generalmente desde el primer contacto. Son relatos que parecerán familiares a todo psicoterapeuta; tan familiares que corren el peligro de pasarse por alto. El mensaje es frecuentemente disfrazado de quejas banales, a menudo corporales, que lo llevarán, si es médico, a iniciar el ritual familiar del examen y la prescripción. Si es psicoterapeuta, será frecuentemente, gracias a su capacidad de empatía, afectado por la impotencia y desesperanza del paciente, tangibles a través de tantos detalles desgarradores referidos a circunstancias de vida difíciles, terribles golpes del destino, una pareja poco adecuada: el entusiasmo terapéutico lo conducirá probablemente al rol del buen samaritano... Pero tales tentativas de intervención espontánea están la mayor parte del tiempo condenadas al fracaso. Nuevas quejas aparecen, o bien las iniciales subsisten más allá de lo que la experiencia del médico o del terapeuta les permitiría esperar. O aún, es posible que el problema presentado al inicio como central, termine no siendo más que un pequeño engranaje de una maquinaria siempre más y más compleja, teniendo los problemas lugar en otro terreno. El pobre clínico, convencido primero de ser el "hombre de la situación" con su programa terapéutico o sus juiciosos consejos, pierde más y más el norte. Si no está preparado, perderá igualmente la paciencia. En cuanto al paciente, está igualmente muy lejos de salir ganando, y se inquieta, no sin fundamento, ya que siente que "no responde" a la terapia propuesta: los exámenes somáticos experimentados no aportan líneas de conducta precisas, y los consejos recibidos resultan inoperantes. Puede ocurrir que las dudas del clínico que consulta mermen profundamente a la larga su confianza. En esos casos, se "retira" y simplemente va a ver a cualquier otro. Sin embargo, la situación es a veces mucho menos simple de lo que parecía a primera vista, y sería necesario reflexionar sobre esta "libertad", llamada total, de la elección; sobre la ideología que encubre las trampas que ésta comporta y sobre las heridas que pueden dejar una serie de entrevistas que fracasan. Pero, sucede que el paciente

insiste, no literalmente ni en términos claros, más bien replanteando sus dudas, *mostrando* la insuficiencia de la terapia ofrecida, vía otros síntomas, o es posible que amplifique de manera dramática y súbita los síntomas, benignos en un comienzo. Comprendemos entonces que “algo” en él trata de encontrar un oído atento, capaz de captar un mensaje dirigido de forma indirecta; un “algo” que susurra ese “a buen entendedor, ¡salvación!”, del que habla Lacan.

Ese mensaje ¿no podía haber sido entendido antes? Sí, sin duda alguna. El clínico hubiera podido y tenido que frenar su ímpetu terapéutico en las primeras entrevistas. Probablemente habría así percibido el contexto significativo en el que “hablaban” los síntomas, a veces más alejado de lo que pensaba. Desde el inicio hubiera sido claro que la cuestión del paciente no refería al problema manifiesto y evidente del síntoma en sí mismo, al malestar aparente, sino más bien, al reclamo de ser escuchado acerca de problemas relacionales muy profundos, de una insatisfacción de sí mismo arrastrada desde hace ya mucho tiempo, de fracasos en la elección de pareja, etc, etc... Pero los mensajes son a veces difíciles de decodificar. Veremos a continuación, por un lado, algunos ejemplos que no presentaban al principio más que síntomas somáticos, y por otro lado, casos con síntomas de naturaleza esencialmente psíquica.

La señora E., 32 años, casada y madre de dos hijos, es responsable de las vendedoras de una tienda de grandes dimensiones. La atormentan desde hace algún tiempo los siguientes problemas: pulsaciones cardíacas aceleradas y punzadas dolorosas en la región del corazón; la sensación de que le atenazan la garganta, y este sentimiento de asfixia va acompañado de una gran angustia. El médico tratante ha prescrito ya calmantes, y el cardiólogo no halló nada, y la remiten entonces al psicólogo. Aunque “encuentre” eso humillante, acepta sin embargo ir a ver si éste podrá eventualmente cambiar en algo su situación. El psicólogo, que por su lado está dispuesto a recibirla y empezar un trabajo con ella, piensa primero proponer una terapia por relajación. Sin embargo, escuchando a la señora en otras entrevistas preliminares, ve aparecer, de manera primero vacilante, nuevos elementos que le llevan a crearse una imagen muy distinta de la mujer en cuestión. Los síntomas aparecen únicamente durante la noche, luego de la jornada de trabajo, y después de que la mujer ha terminado igualmente las tareas domésticas, y de que ya no tiene nada en qué ocupar sus diez dedos, cuando está “obligada” a mirar televisión con su marido, hombre taciturno y de humor siempre parejo. La opresión aparece ge-

neralmente al momento de acostarse, y se acompaña de angustiosas representaciones a propósito de la muerte. El problema puede producirse igualmente en ciertas situaciones sociales determinadas, tales como fiestas o recepciones, por lo que casi ya no se atreve a asistir. Sin que la relación sea muy clara para ella misma, encadena su relato con la narración de lo mucho que siente no poder progresar en el plano profesional. Habiendo sentido “desde la cuna” la capacidad y la ambición (justificadas por sus resultados escolares) de prolongar sus estudios después de la enseñanza media, sus padres se lo prohibieron porque juzgaban que “en su medio” no convenía apuntar muy alto. Actualmente, intenta obtener un poco de satisfacción intelectual, leyendo las novedades de la biblioteca parroquial, pero esto no le basta; y constata, no sin amargura: “Tengo 32 años, y se me pasó el tren”. En las primeras entrevistas, se interroga también, con muchos rodeos y solamente por veladas alusiones; sobre su matrimonio precoz con el joven del barrio, aplicado y ejemplar, que su padre tanto apreciaba, ese padre siempre tan pródigo en atenciones para con ella.

El señor R., 46 años, padre de tres hijos mayores, casado sin problemas hace 20 años, es enviado –por el médico de la administración pública en donde está empleado– al servicio psiquiátrico, por una incapacidad de trabajo de larga data, consecutiva a una crispadura de la mano derecha, revelándose inexplicable tanto para la neurología como para la medicina interna. El hombre responde calmadamente a las preguntas de anamnesis de rutina de manera un poco reservada y sin dar más detalles de los necesarios. Por el contrario, cuando se llega a hablar del síntoma preciso que lo trae al consultorio, proporciona, sin que se le pida, una cantidad de detalles sobre sus sensaciones físicas y sus diversos malestares, con un ímpetu y empeño inesperados en ese apacible hombre. Se pone a hacer un recuento de su “peregrinaje” a través de la medicina, denunciando la incapacidad de ésta para curar su mal, con sarcasmos escogidos y una ironía agresiva no disfrazada. Añade, además, “que no está loco”, y entonces, ¿qué hace en el servicio psiquiátrico? En el instante en que el psicoterapeuta pregunta el momento exacto en el que la crispadura de la mano apareció, recibe primero un recuento minucioso del estado de salud en el que se encontraba el señor R en ese entonces: “Una gripe, un enfriamiento que atacó el brazo... por otro lado, en ese momento no sucedía nada en particular, no hay nada que rebuscar... diga más bien qué tratamiento va a proponer, o reconozca de una vez que ya no hay nada que hacer”. En una entrevista ulterior que el señor R aceptó, las circunstancias en las que el síntoma hizo

su aparición pudieron ser nuevamente investigadas. Muy escéptico en cuanto a la utilidad de su relato, nuestro hombre se pone a describir el lado pesado de su trabajo en la administración pública (cosa que los “verdaderos” médicos no le habían nunca preguntado). El señor R es responsable de un servicio que comporta sólo algunos empleados, pero cuyo trabajo de escritura y dibujo exige mucha concentración y precisión. Hasta que cayó enfermo, sus reportes de trabajo eran irreprochables y sus superiores lo consideraban como “el mejor”. Era evidente que a la primera ocasión sería promovido. La ocasión se presentó hace dos años, cuando alguien se jubiló. Es lógico que pidió el puesto, siendo casi el único candidato que satisfacía las exigencias de edad y competencia. Fruto sin embargo de maniobras políticas (lo que luego fue verificado), un colega más joven fue preferido. ¡Nadie hubiera podido prever semejante cosa! Sintiendo profundamente herido y perjudicado, el señor R examinó todos los posibles procedimientos de recurso, y emprendió valerosamente uno y otro procedimiento ante sus superiores. Estos lo despedían con vagas promesas sobre “nuevas oportunidades en el futuro”, y no sin hacerle entender que una publicidad ruidosa alrededor de su protesta podría serle nociva... Justamente alrededor de esa época, comenzaron sus molestias en la mano “usted sabe, esta gripe, ese enfriamiento que atacó el brazo...”

Menos explícito en el plano somático, he aquí el caso de la señora I. A los 34 años se casó por segunda vez hace dos años. Hace poco obtuvo el título de doctora. Viene a pedir consejo por una apatía crónica y gran susceptibilidad en muchas de sus relaciones. Más precisamente, confiesa su ansiedad por no llegar a tener relaciones sexuales satisfactorias con su actual marido; hasta sentiría una especie de asco a su contacto, y sólo la relación de camaradería que les une le ofrece aún un soporte. Estar con él, “hacer muchas cosas juntos” le causa gran placer, pero una carencia profunda continúa torturándola. No es que tema que la abandone por falta de contacto sexual, ya que es un hombre pasivo que rara vez le reprocha algo: cuando su primer matrimonio fracasó, él la aceptó “como buenos amigos”. La pasión no estaba nunca ausente entre ella y su primer marido, pero le faltaba más bien allí un mínimo de confianza mutua, cierta forma de ternura y respeto. Sin embargo, esta primera relación fracasó sobre todo porque quería a toda costa terminar su tesis de doctorado antes de fundar una familia, es decir, tener un hijo. Ahora que encontró la paz de una relación estable con su segundo marido, lo que le falta es una fuerte implicación afectiva. Y la angustiante pregunta que se hace es la siguiente: “¿Ha-

bré nuevamente elegido mal?”. Lo que le angustia aún más es la respuesta afirmativa que brota en ella... Por lo demás, su “hermoso diploma” no le satisface. En lo que se refiere a su especialidad, ningún trabajo concreto le interesa, y todos los ofrecimientos de empleo la hacen dudar de sus reales competencias. ¿Acaso no habría, en el fondo, elegido esa especialidad únicamente porque sus padres pensaban “que ese era un campo profesional tan apropiado para una mujer” y no porque a ella le apasionara? Además, esa especialidad no es tan prestigiada, como el *status* social de ingeniero que fue su primera ambición. Finalmente, si escribió esa tesis que le valió su doctorado, lo que allí dice no es, después de todo, “nada original”: “Es como si no hubiera pensado nada de lo que hay allí, como si hubiera sido simplemente copiado todo de otros autores. Cuando se ha seguido a esta mujer hasta este punto del relato, ¿estaremos aún tentados de ceder al “furor terapéutico”, que consiste en querer procurarle un rápido “alivio” bajo cualquier forma? ¿Le propondremos una terapia sexual destinada a hacer renacer la pasión, con la participación tal vez en un *training-group* para combatir la falta de seguridad y la subestimación de sí?”

Una insoportable insatisfacción que vuelve como leitmotiv

Los ejemplos que acabamos de poner no ofrecen, a pesar de su diversidad, más que un cuadro restringido de las formas de manifestación posibles de la histeria. Son, sin embargo, esclarecedores ya que presentan todos un elemento común: ese “hilo rojo” aparece claramente cuando seguimos los relatos más detalladamente, aunque es ya perceptible en los tres relatos preliminares. Los síntomas histéricos reenvían efectivamente a un mismo mensaje fundamental, aunque la manera en que éste está codificado pueda ser muy variable. Un *leitmotiv* vuelve regularmente, y sus variaciones están determinadas por las circunstancias históricas de cada destino particular: insatisfacción, disgusto, impotencia, desilusión, desconocimiento, autodesprecio... Comprendemos que hay, dicho en todos los tonos, una carencia que nada consigue satisfacer, una insoportable insatisfacción a propósito de lo que la persona concernida describe como una calidad de la vida y de las cosas, como un bien absolutamente necesario y hacia el cual su deseo se encuentra inmutablemente dirigido.

¿No podríamos acaso objetar que hay allí una perspectiva de sentido común, una consciencia fundada de las carencias reales de la existencia humana? ¿Cómo eso puede caracterizar el sufrimiento de un paciente histérico, y hasta provocarlo? Si sólo se tratara de una forma de convicción

que concierne al valor relativo de las satisfacciones o insatisfacciones que nos ofrece concretamente la vida, no sería por supuesto cuestión de neurosis. Pero la carencia designada en común por las dolorosas manifestaciones citadas anteriormente, y que evidentemente hay que llamar histéricas, no lleva justamente a una visión tranquilizadora y relativizante de las cosas, que vuelva la vida más ligera. Precisamente, una de sus características es la imposibilidad de tal relativización, una manera de sentir todo lo que hace falta como una carencia corrosiva y relanzada sin cesar. Cada vez que, a los ojos del mundo exterior, alguna cosa agradable en sí o importante es alcanzada, de tal manera que el placer y la satisfacción serían experiencias normalmente esperadas, vemos invariablemente surgir en los pacientes histéricos dudas y una desconfianza en cuanto al valor del resultado obtenido, así como sentimientos de una profunda y amarga decepción. Todo clínico sabe que una propuesta racional será la mayor parte de las veces, en este caso, infructuosa. Que la menor tentativa de ir al encuentro de los sentimientos de descontento, expresados por alguna relativización "razonable", estará condenada al fracaso desde el principio. Lo mismo sucederá aunque sea el mismo paciente el que tome la iniciativa. La imposibilidad de lograrlo es, por lo demás, dolorosamente experimentada: el paciente se siente cada vez más empujado, perseguido por un deseo cada vez más lejano, y siente la necesidad de no quedar nunca "en lo que estaba"; el pasto es siempre más verde del otro lado de la colina, por más risueño que sea el valle donde se encuentre. Las limitaciones de lo que se tiene o de lo que se es, no son nunca aceptadas como tales, y no se trata por tanto aquí del dato existencial "normal", esa carencia fundamental que moviliza las aspiraciones humanas. En la histeria, la ambición es una precipitación, una perpetua aspiración a lo que será al fin "sin defecto". El paciente es como llevado por la fe inquebrantable de una posible satisfacción total del deseo, y no puede conocer el reposo hasta no haber logrado una satisfacción absoluta. Es como si tuviera la convicción de que un mundo "perfecto", "el mejor de los mundos", fuera del orden de lo realizable; un mundo en el que se ejerza el oficio preciso, en donde se obtenga el reconocimiento justificado en el momento apropiado, y donde no exista ni la menor duda sobre la honestidad del prójimo. Un mundo donde el hombre que se ha escogido como marido encarne la feliz combinación entre el padre-guía, todo cuidado y deferencia, y el apasionado amante.

La expresión "como sí" que acabamos de utilizar está bien elegida, pues es evidente que la convicción descrita no es en la histeria una idea clara y

consciente. Por el contrario, los sentimientos de descontento y de desagrado, de duda y de desconfianza corrosivos son perfectamente conscientes, aunque la fuerza con la que atraviesan sin cesar la vivencia del paciente no pueda comprenderse a partir de una estimación racional de las circunstancias concretas de su vida. Entonces, ¿de dónde viene la fuerza de estos sentimientos? La atención a lo que dicen los pacientes lleva aquí a la formulación de un rasgo común específico, a saber, la existencia de una convicción inconsciente según la cual el mundo podría “un buen día”, como por encantamiento o magia, venir a satisfacer perfectamente los deseos más grandes... El modo de aproximación psicodinámica permitirá dar una explicación esclarecedora sobre la existencia de esta convicción directriz.

Los principales campos conflictuales

¿Cuáles son los dominios de la vida más netamente afectados y perturbados por esta forma de sentir la carencia como insoportable? ¿En qué terrenos la problemática en cuestión lleva a los conflictos más intensos? Admitiendo que la intolerancia con respecto a la carencia caracteriza la plena existencia de la histeria y la organización misma de su personalidad, podemos sin embargo, esquematizando un poco, por un lado aislar dos “bastiones” particularmente vulnerables: la autoapreciación y la apreciación del otro, y por otro lado, la relación sexual. Tratando de evitar en lo posible las fórmulas psicoanalíticas, intentaremos ahora hacernos una idea sobre estos dos polos de la gran desolación histérica.

La apreciación y la estimación de sí

La búsqueda de una absoluta satisfacción y, correlativamente, el sentimiento corrosivo de una constante insatisfacción, se manifiestan primero en casi todas las relaciones intersubjetivas del paciente histérico. No encuentra la paz ni en la esfera de su entorno social, ni en el círculo de sus íntimos amigos, ni en el más estrecho de su familia. Por “paz”, entendamos ese sentimiento agradable y de seguridad que proviene de la certeza de ser suficientemente reconocido por los demás y/o de estar seguro de su afecto. A veces, la inquietud histérica se focalizará sobre uno de los medios citados; otras veces, caracterizará sus relaciones en todos los frentes.

Frente al entorno social en su amplio sentido, los pacientes histéricos exteriorizan sus dudas de la siguiente manera: nunca se sienten totalmente seguros de que la gente los tome a bien o en serio, los tengan verdaderamente en cuenta, o los estimen en su justo valor. En consecuencia, se creen

obligados a estar siempre “en representación” y a estar continuamente en alerta. Toda torpeza, toda ligereza, falta de gusto, puede poner en peligro el edificio; y errar es mortal. Algunos pacientes ponen sobre todo el acento en su apariencia física y le consagran enormes cuidados. Estar “sólo bien” o elegante no basta: hay que buscar algo que impacte, algo que llame la atención. Eso puede hacerse discretamente por un toque particular en el maquillaje, por una joya sobria pero única que se ha buscado durante largo tiempo, por una corbata divinamente combinada –lo que cuenta es recibir una atención *particular*–. A veces, al contrario, la preocupación de captar la mirada de todos por la apariencia que se ofrece, podría llevar a una provocadora extravagancia, pero en el fondo viene a ser lo mismo: que esté vestido sobriamente o adornado de manera escandalosa, el histérico nunca está realmente seguro ni satisfecho del resultado. Una paciente me contó (cuando reexaminó tales comportamientos en el curso de la terapia) que se descubría continuamente mirando, espiando realmente la mirada de los transeúntes en la calle o de la gente que la rodeaba en una recepción. Ella comprende hoy en día por qué en esas circunstancias se sentía tan inquieta, por qué a penas podía seguir una conversación y por qué le era imposible pararse tranquilamente a conversar en tal o cual grupo de su elección: es admitida aquí, pero ¿qué piensan los otros de ella? Obtiene esta noche un gran éxito, notable, ¿pero qué sucederá las próximas veces? Y por otro lado, ¿no había acaso descubierto algo así como una pizca de burla en la mirada admirativa de algunos hombres? Admitiendo que su admiración no era fingida, ¿era a ella a quien miraban, o simplemente a la hija de “Fulano de Tal”? Es aún de notar que esta avidez por las miradas del otro, este deseo de sentirse visto y reconocido por el prójimo, no sólo se exteriorizan por una refinada vestimenta o por una ostentación escandalosa, sino que pueden expresarse en sociedad por una marginalidad impresionante, un tono de voz más elevado que lo debido, una provocadora toma de distancia, un rechazo altanero...

Para otros histéricos, no es tanto la apariencia lo que constituye la principal preocupación durante los contactos sociales. En principio, cualquier elemento que pueda jugar un rol en el hecho de ser o no apreciado por otro –naturalmente, al interior siempre de tal o cual contexto sociocultural bien determinado– puede verse cargado de las mismas preocupaciones y dudas. Las realizaciones intelectuales o artísticas constituirán aquí un terreno de elección. Se trata de brillar, de brillar siempre, ya que la terrible duda se insinúa sin cesar. De acuerdo; el debate después de la conferencia fue

razonablemente bueno, hubo no pocos aplausos al fin de la obra, los visitantes fueron numerosos en la inauguración, la primera venta conoció cierto éxito... ¿Pero todo eso es realmente en serio? ¿En qué es eso prueba de ello? ¿Y quién dice que eso funcionará la próxima vez? ¿Los elogios no fueron hechos por simple cortesía? *Nadie* reaccionó, después de todo, frente a esa buena palabra, bastante espiritual, a fe mía, que lancé... Como podemos constatar, ínfimos detalles bastan para malograrlo todo. Lo que importa es lograrlo de manera excepcional, y las menores reacciones del "público" serán observadas con ansiedad. Es la combinación de esos dos elementos lo que confirma la neurosis, la que es totalmente evidente cuando la angustia que acompaña a la apreciación del prójimo, siembra una desesperanza tal, que frena toda realización o prestación personales.

La tendencia inconsciente a querer aparecer y brillar a los ojos del otro por su originalidad, lleva al paciente a desempeñar permanentemente *un papel*. A veces esto se traduce únicamente por una cierta actitud, un tic copiado de un personaje importante, un comportamiento ligeramente rebuscado, un aire "afectado"..., mientras que en otros casos, este "juego de roles" –por lo demás totalmente inconsciente– será mucho más mani-fiesto.

La mitomanía³⁰ es una forma muy intensa de ese gusto histérico por la exhibición. Consiste en el irreprímible impulso de presentarse a los otros como una persona "de valor" a través de relatos formidables destinados a impresionar a la asamblea: pescas "milagrosas", "fabulosos" viajes, "inesperados" éxitos o "increíbles" contratiempos en-los-cuales-triunfó-después-de-todo... ¿Quién no ha encontrado, al menos una vez en su vida, este género de hablador o de Tartarín de las montañas? ¿Quién no ha sido alguna vez asediado (otra categoría de mitómanos) por uno de esos seres secretos, ejes (discretos) de relaciones complicadas entre altos personajes, o al menos gente que tiene una significación social importante para el señor todo-el-mundo? El paciente es aquí, sin saberlo, conducido por el solo deseo de ser reconocido sin duda alguna como único por los otros. Con ese fin, se inventa un *status* de excepción que debe suscitar en el prójimo una respetuosa admiración. La importancia de los personajes implicados en los relatos fantásticos será una garantía de su propia importancia personal. El mitómano tiene el don de la puesta en escena teatral y de los relatos

30. E. Dupré, "La mythomanie", en *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*, Paris, Payot, 1925, pp. 4-59.

muy finamente elaborados, siendo éstos constituidos en parte por elementos muy plausibles, realistas, que cada uno podría conocer y verificar, y en parte, por hechos falsificados –procedentes de fantasmas de grandeza semi-conscientes– difícilmente reconocibles como tales por los auditores, y por tanto, por el clínico también. Por otro lado, el mismo mitómano es rápidamente seducido por su propio relato, termina por dejarse llevar, y también por creer en él, a menos que no se pierda entre tanta fábula acumulada... En la mitomanía, no se trata de un engaño intencional: el que sufre de este tipo de enfermedad es literalmente *arrastrado* por la potencia del deseo.

Podríamos imaginar a primera vista que el paciente histérico encuentra placer y sosiego en los aspectos teatrales de sus comportamientos³¹. Desde un punto de vista totalmente superficial tal vez sea así; sin embargo, el clínico descubre la mayor parte de las veces muy rápidamente lo que cuesta aparecer de tal o cual manera, y cuánto duda el paciente de sí mismo. Replegado sobre sí mismo, se siente a menudo excesivamente solo y nunca seguro de nada –salvo de una cosa: ¡que el reconocimiento y la sincera estimación no están nunca verdaderamente asegurados!–. La consciencia de jugar un papel sólo aparece en el transcurso de la terapia. Esta constatación será muy dolorosamente vivida, y es entonces cuando surgirán las más serias dudas: ¿no jugamos acaso un rol todo el tiempo? ¿Seremos *hasta ese punto* inauténticos? ¿O acaso no será justamente más que un “juego”, un divertimento relativamente inocente y sin consecuencia que uno se da? *Y ahora que sabemos*, ¿qué hacer? ¿Cómo ser auténtico? ¿Cómo efectuar uno mismo la selección entre lo auténtico y lo inauténtico? Conviene precisar que antes de que ese tema de un incesante juego de papeles aparezca en la terapia, la confusión interna y el malestar que resulta se manifiestan a veces en ciertas quejas: “Tengo la sensación de no poder nunca ser yo mismo, de no poder estar en ningún sitio *tal como soy*”.

Hasta ahora no hemos evocado más que la vida en sociedad del paciente histérico. Sin embargo, semejantes perturbaciones de la consciencia de sí se producen igualmente en los círculos más íntimos, cuando se encuentra entre amigos. El tormento de la insatisfacción y el deseo de una satisfacción pura y absolutamente garantizada, influyen sobre la substancia de las relaciones amicales, que se transforman en una búsqueda perpetua de afecto y estima. Todo esto exige del paciente histérico una atención sin

31. P. Racamier, “Hystérie et théâtre”, en *Evolution psychiatrique*, (1952) 17, pp. 257-291.

descanso. No sólo los nuevos esfuerzos son emprendidos sin cesar por él para *merecer* amor y consideración, también busca todavía y siempre nuevas *pruebas*, signos más y más tangibles y evidentes de fidelidad, de simpatía incondicional, o de respeto amical que el otro le demuestra. Cada vez, las dudas renacen, “y con semejantes dudas, añaden, vivir no me es posible”: “¿Cómo pasar por alto el afecto de mis amigos íntimos? ¡Son las únicas personas en las que aún me puedo fiar!... aunque, fiarme es palabra mayor...” Otras preguntas del mismo tenor surgirán entonces en la misma dirección: “¿Formo *verdaderamente* parte de sus amigos? ¿Me quieren *verdaderamente* tal como soy y por lo que soy, o porque da la casualidad de que soy la mujer de su antiguo compañero de escuela? ¿No aceptan acaso a todos con el mismo entusiasmo? Su jovial acogida ¿no se debió acaso a alguna suerte fortuita?, etc. Las mismas preguntas lancinantes retornan, y las mismas inquietas preocupaciones. Los consuelos más explícitos se transforman pronto en dudas. Esta búsqueda de un amor incondicional garantizado podrá manifestarse con la mayor circunspección, por una muda interrogación permanente en la mirada o, en el otro extremo, por bullisiosas reivindicaciones, por una vehemencia fácilmente inoportuna e impertinente. Los histéricos parecen poseer detectores hipersensibles para todo lo que involucra el afecto, tienen lo que llamamos “antenas” en ese campo, notando los menores detalles de comportamiento, percibiendo los matices más imperceptibles en las declaraciones. Se sienten el blanco de “señales” que se les dirigen subrepticamente (señales “que no pueden ser más reales” ¡puesto que no hemos soñado!), y que marcan el rechazo, la subestimación o el enfriamiento del afecto. Esta focalización de la atención puede llegar muy lejos y conducir al paciente a una sospecha, si no a una desconfianza generalizada de forma incontestablemente paranoica: no encuentra la certeza en ninguna parte, y la desesperanza puede entonces invadirlo (el primer reclamo de amor, lleno de esperanza, se vuelve en certeza negativa de no ser verdaderamente “amado por nadie” y de no recibir jamás una verdadera estimación). La “vieja idea” del rechazo recobra en él importancia, vieja, según dice, porque recuerda haberla tenido en el fondo desde siempre: ese sentimiento de ser excluido, de no contar para los otros, de no haber sido nunca amado. Así era en casa, igualmente con los compañeros de la escuela, y ahora, en el trabajo o con los vecinos; es siempre lo mismo. “Mi marido se queda conmigo únicamente por piedad, por los niños”. El complejo Cenicienta, si se quiere, difiere sin embargo de la historia en un punto: la conclusión triunfal es eliminada del programa, y

el sentimiento dominante es sombrío y melancólico. Inicialmente la mujer histérica alimenta secretamente la esperanza de ser la elegida del Príncipe, elección reparadora de todos los males y que dejará al público con la boca abierta; a ese desenlace acomoda su vida. Pero, con frecuencia, precisamente *a causa* de este deseo, de esta idea de sintonía absoluta, las desilusiones se suceden, la desesperanza devora la esperanza y la cara negativa del fantasma –la certeza del rechazo– sale a flote.

Una autoestima problemática es, como hemos visto, el corolario evidente de ese desdichado modo de relación con el otro. Sin embargo, el entorno apenas lo nota, ya que los roles son, la mayor parte de las veces, jugados a la perfección. Están destinados, en efecto, a proteger al paciente de un encuentro más en profundidad, en donde la “mezquindad” de las relaciones entre los hombres (¡incluyendo sus propias dudas!) correría el riesgo de volverse perceptible. El desvelamiento de esta “pequeñez” ¿no vendrá acaso precisamente a reducir a la nada todas las posibilidades de estima y de consideración que tanto se desea obtener? Círculo infernal. Únicamente en el transcurso de una terapia el paciente se atreverá a confiar sus dudas torturantes, y podrá llegar a tomarlas en cuenta como si fueran *el* problema fundamental. Únicamente en el transcurso de una terapia... a menos que el sentimiento declarado de su “nulidad”, de la poca confianza que tiene en sus propias capacidades, y el reconocimiento de la secreta idea de una “predestinación para la desgracia”, no sea precisamente el medio por el que el paciente intente captar la atención del otro (y por tanto secundariamente también del terapeuta) sobre su modesta persona: la grandeza de la pequeñez, o el reclamo de la estima para el sufrido mártir.

La angustiante pregunta “¿Quién soy y qué valgo para el otro?” implica siempre las mismas preguntas, las mismas dudas, las mismas incertidumbres. Esto puede manifestarse, ya lo hemos dicho, sobre terrenos muy diversos: lo corporalmente vivido, las capacidades de realización en el plano intelectual o artístico, y cualquier otro terreno en el que pueda “realizar sus pruebas” como trabajador, amante, esposo, pariente, amigo... Cada vez el autodesprecio amenaza, socavando toda confianza.

Frecuentemente, la autoestima, y correlativamente, la idea que se hace de la apreciación del otro, son extremadamente fluctuantes. Puede ocurrir que el paciente se sienta seguro de sí mismo en ambos terrenos y que su comportamiento irradie seguridad. Eso puede dar la impresión de una provocación o, al contrario, aparecer como una muy hábil tentativa de seducción. Confirmaciones fortuitas pueden venir a reforzar esta posición

y estabilizarla por un tiempo, pero cualquier ligera sombra en la reacción del entorno, la sospecha de una duda interior, un tropiezo, bastarán para hacer mover la balanza nuevamente del lado malo. Esta oscilante autoestima frecuentemente va a la par con la inestabilidad característica de las emociones y del carácter en general: el humor cambiante, los bruscos “saltos de humor”, no son atributos sólo de la psicosis maniaco-depresiva.

La relación sexual

Aunque la relación sexual puede ser perturbada de diferentes maneras en el hombre histérico, está permitido sin embargo afirmar que la histeria tiene en él otros campos de predilección para manifestarse de manera evidente, o bien de buenas a primeras: son las diversas formas de sus apariciones y de sus compromisos en público. En la mujer histérica, por el contrario, los primeros síntomas o los más frecuentes se manifestarán en la esfera de la relación sexual. Llevada por el deseo de un mundo sin carencia, de una estima sin fallas, de una afección ilimitada y de una comprensión tierna y amante; en resumen, del alivio de la insoportable insatisfacción que la tortura sin cesar, la mujer histérica busca un hombre que no la decepcione. Este sueño no se refiere a tal o cual hombre en particular, que efectivamente haga “todo lo que puede” para serle agradable, se muestre dedicado, etc., sino que se refiere a Aquel-que-no-puede-decepcionar, ya que es infalible. El objeto de sueño del deseo es aquí un objeto totalmente idealizado: la mujer histérica espera que ese objeto venga al encuentro de su deseo de manera perfecta, y que por el hecho de esa perfección, no tendrá que acordarse de sus propias insuficiencias. Tal disposición de ánimo puede desembocar en dos modalidades de comportamiento aparentemente opuestos: La Eterna Búsqueda, y un rechazo digno y lleno de reserva.

El primer caso es el de una búsqueda perpetua y muy activa por parte de la mujer histérica para encontrar al fin “el hombre de sus sueños”. Éste, por supuesto, no puede encontrarse en el entorno inmediato, ya que los hombres fácilmente accesibles no tienen ninguna posibilidad: el chico del vecindario que frecuenta amicalmente desde hace años, el compañero de facultad que la acompaña en todas las salidas y que la ayuda gentilmente a juntar los apuntes del curso, el tipo simpático que encontró en la discoteca, el camarada de la oficina o de la fábrica que intenta caerle en gracia hace meses y que enrojece cuando ella lo mira a los ojos... Sólo el hombre que no le preste ningún interés llamará su atención; a ése es al que debe conquistar a como dé lugar. Estará entonces apasionadamente ena-

morada de alguien que, ya sea por su rol social, su posición de poder o su compromiso en otra relación sea *prácticamente* inaccesible, un hombre que de ninguna manera pueda responder a su deseo. Al mismo tiempo, se trata frecuentemente de alguien del que se puede suponer, a pesar de sus celos amorosos, que es el objeto de codicia para numerosas concurrentes: la atención de la mujer histérica se fija así en el hombre en el preciso momento en el que ella observa el entusiasmo con el que *otras* mujeres hablan de él.

La inaccesibilidad fundamental de los “objetos de amor”, ingrediente esencial para que sea despertado el deseo de la histérica, explica igualmente, al menos en parte, por qué dichos “objetos” se prestan tan bien a la idealización. Mientras que la distancia sea mantenida, los límites e insuficiencias del “hombre de los sueños” serán como recubiertos de un velo de bruma, y el tan bello como ilusorio ideal –esa imagen de la maravillosa pareja que él podría ser– no estallará en pedazos. Una vez despertado su sentimiento amoroso, la histérica pondrá todo de sí para seducir, para atraer hacia ella al hombre al que le echó el ojo, y el menor signo que pueda indicar que la encuentra deseable será bienvenido. ¡Y no es para menos! Constatamos corrientemente que desde que ese “intocable” responde inopinadamente al deseo de la histérica, ocurre la rápida desilusión, si no el rechazo, porque es precisamente lo que *no* debería producirse: por su deseo, el objeto ideal deja en efecto entrever su propia carencia. La histérica apunta a suscitar el deseo en el hombre inaccesible, pero al mismo tiempo alimenta “la secreta esperanza de que el otro sea perfecto, y por tanto, que no tenga deseo”³².

La segunda actitud, la de la reserva o rechazo a entablar una relación sexual concreta, se basa también en las ganas de encontrar un objeto ideal. O bien, cuando pasan los años, la histérica se refugia detrás de una serie de razones morales o religiosas, o aún, detrás de la idea “perfectamente razonable” de que aún no es lo suficientemente madura ni preparada para emprender una cosa tan seria como lo es el matrimonio. O bien, deja de todos modos prudentemente surgir aquí y allá una pizca de interés, pero rechaza de manera altanera todo pretendiente que le declara abiertamente su pasión. O aun, la amistad que la une a un hombre que admira o a quien ella dio mucho de sí misma, evoluciona en una relación platónica, relación

32. A. Vergote, *Dette et désir*, o.c., p. 188.

que podrá ir profundizándose y sin cambiar de intensidad durante largos años; hasta un prudente erotismo podría eventualmente ser tolerado: esa es una máxima concesión a la “debilidad” masculina: si el hombre se mostrara “todavía más débil” sería el fin, en la amargura de la desilusión, ya que el cristal del amor puro se rompería para siempre.

El papel central que juega el rechazo de la sexualidad en la histeria aparece aquí claramente. En la forma inhibida-reservada –Perrier habla de una histeria de tipo defensivo³³– este tema principal, a veces enteramente disfrazado bajo motivos de conveniencia, a veces apenas velado por la ambivalencia del comportamiento, dominará todas las relaciones afectivas. Y es frecuentemente una experiencia hiriente la que dará lugar al desencadenamiento de la neurosis manifiesta. En ese caso, no es raro que la neurosis tome la forma clásica de la conversión: lo que no se puede decir conscientemente, habla entonces por el cuerpo³⁴. El síntoma corporal es, en otras palabras, la traducción metafórica de una imposibilidad que tiene la histérica para situar en su propio cuerpo el deseo sexual en cuanto acceso al otro.

La defensa contra la sexualidad es también un punto central en la forma histérica de búsqueda activa de una pareja perfecta tal como la descrita anteriormente. Pensemos en el rechazo que encuentra el hombre “inaccesible” si ¡sucumbe al encanto! Constatamos que la búsqueda de la histérica no conduce jamás a una unión satisfactoria, lo que muestra claramente que el rechazo se dirige ante todo a lo que se acerque mucho a una relación sexual y amorosa. En esta forma “ofensiva” de la histeria³⁵, la defensa contra la sexualidad no es siempre evidente, menos aún en lo que a sus manifestaciones concretas se refiere; esto porque la histérica sigue su época y utiliza los símbolos de la cultura que le son accesibles³⁶: la “liberación se-

33. F. Perrier, *La chassée d'Antin*, o.c., p. 62.

34. Reunimos accesoriamente las precisiones añadidas a este propósito por Israël y otros autores. La expresión clásica de “la histeria y el lenguaje del cuerpo” puede prestarse a confusiones. “No es el cuerpo, en el sentido biológico de un organismo, quien se expresa o expresa en el síntoma histérico un mensaje susceptible de llenar el vacío entre soma y psiquis. La histeria es la expresión, por intermedio del cuerpo, de ese inconsciente que es (...) un discurso y no el producto de misteriosas operaciones metabólicas”. Dicen entonces que: “La histeria no es un lenguaje *del* cuerpo, sino *por* el cuerpo”. El cuerpo es el medium, es el lenguaje del inconsciente. L. Israël, J.C. Depoutot, J.-J. Kress y J.-P. Sichel, “Hystérie”, en *Encyclopédie medico-chirurgicale* [E.M.C.], Paris (1971) 37.340 A10, p. 18.

35. F. Perrier, *La chaussée d'Antin*, o.c., pp. 62, 64 y ss.

36. *Ibíd.*, p. 59.

xual" puede constituir así el escenario ideal para la dolorosa impotencia que tiene la histérica de dar a la sexualidad un lugar que le convenga en la elección concreta de una pareja. Ni los relatos de complicados coqueteos, generalmente caracterizados por el lema "todo pero no eso"³⁷, ni aquellos testimonios animados de aventuras sexuales en serie, contradicen este punto, ya que lo que se revela siempre viene a ser, a fin cuentas, su carácter fundamentalmente poco satisfactorio. La incapacidad de la histérica para sentirse de alguna forma "satisfecha" es frecuentemente la queja mayor que la lleva al clínico, médico o psicoterapeuta, según cómo lo vuelva a traducir en el lenguaje de la incapacidad física o de ciertos "complejos" que tendría, siendo esta última formulación la que gana terreno gracias al floreciente mercado de trabajos psicológicos de vulgarización del tipo *do it yourself*...

La defensa histérica contra la sexualidad puede comprenderse a partir de dos factores. Hemos insistido ya en la relación evidente entre la persecución de una satisfacción absoluta, y el deseo de encontrar la pareja ideal. La sexualidad, con su concreción y lo que esto implica de contactos físicos, es aquí evidentemente un factor promotor de disturbios o un dato despreciable en comparación con el amor que es buscado. El otro factor que viene a trabar la sexualidad es del orden de la prohibición interiorizada, prohibición que va a la par con la problemática edípica que será debatida en el siguiente punto.

Aún unas breves palabras sobre el matrimonio contraído por la mujer histérica³⁸. De manera bastante esquemática, podría decirse que los autores distinguen aquí tres formas de matrimonio. Tenemos primero la histérica que se casa con "el primero que se le cruza", por así decirlo. Las razones que han podido motivar su elección parecen totalmente incomprensibles a los ojos de su entorno. Podemos suponer que no quiere quedarse atrás con relación a sus amigas, quienes tuvieron una linda fiesta de matrimonio, que quiere ser la que brille en el cortejo nupcial. Aunque se trate efectivamente de un buen hombre que hace "todo por ella, no bebe ni nada", la antigua insatisfacción volverá rápidamente a la superficie, y ese matrimonio no habrá significado más que un breve alto en la búsqueda del Príncipe Encantador.

F. 5124



37. L. Israël y otros., "Hystérie", en E.M.C. o.c., p. 3.
 38. Para una explicación psicoanalítica detallada, ver L. Israël, *L'hystérie, le sexe et le médecin*, o.c., passim. J. Willi, *Die Zweiebeziehung*, Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt, 1975, sobre todo pp. 143-153.

Viene luego la histérica que busca la satisfacción asegurada, el respeto y cariño fiables y estables, y que se deja enternecer por la exagerada modestia de un hombre discreto, por la torpeza ruborizante en sus relaciones con el otro sexo, o hasta por sufrir de algún defecto físico muy aparente. Nada podría parar a esta joven mujer decidida: se casará con ese hombre, y ¡punto! ¿Acabó la búsqueda del Príncipe? Sí y no, ya que de ese hombre ella *hará* un príncipe. Será para él un refugio absoluto y al mismo tiempo, con la ayuda del talento del que sabe disponer, lo llevará allí donde él no hubiera podido llegar con sus propias fuerzas. Todo se arreglará, y la victoria estará primorosamente decorada mientras él se ponga en sus manos. Ella será su musa, su estratega, su consejera en el trabajo, su estrella en numerosas recepciones a las que no sobreviviría solo... En este tipo de matrimonio, el punto de ruptura es alcanzado cuando el marido retoma su autonomía; una maduración personal, una terapia o hasta un nuevo encuentro podrán servir de detonante. Sea lo que fuere, esa autonomía adquirida por el marido va a constituir una amenaza para la histérica: he aquí derrumbado su sueño de cambio y de perfeccionamiento del otro gracias a su abnegación.

Para terminar, dos palabras acerca del matrimonio de la histérica con un hombre en el que reconoce su "amo": se trata de alguien que goza de la consideración general, del que admira en secreto su mejor amiga, del hombre también que ofrece garantías totales de éxito en cuanto a su carrera o que, en uno u otro campo (financiero, deportivo, artístico, intelectual) es ya un "flamante titulado". El encantamiento desaparecerá inevitablemente si se descubre que ese hombre tiene igualmente lados "ordinarios". Una de las primeras disonancias, una de las primeras desilusiones que vendrá a enturbiar la armonía será frecuentemente de orden sexual.

Hipótesis explicativas desde un punto de vista psicoanalítico

Si pasamos revista a las principales características de la personalidad histérica, vemos dibujarse nítidamente tres líneas directrices: el carácter insoportable de la carencia, el aprisionamiento de una ilusión de absoluta satisfacción, que se manifiesta por la reivindicación porfiada de un reconocimiento sin reserva de su ser por el otro, así como en la altura y rigor del ideal que uno se impone a sí mismo. En fin, en tercer lugar, el hecho de que las exigencias de la sexualidad sean juzgadas la mayor parte de las veces como inaceptables por el sujeto.

Cierto consenso parece reinar en la literatura psicoanalítica con respecto a las hipótesis psicodinámicas que conviene invocar para dar cuenta de

las manifestaciones históricas de la manera más coherentemente posible³⁹. Dos grandes grupos de síntomas son generalmente tomados en consideración; en la perspectiva psicogenética propia del psicoanálisis, hablaremos de una *doble fijación*, distinguiendo así una posible fijación en el nivel fálico-narcisístico, y una segunda fijación en el momento de la identificación edípica.

Se señala igualmente en la literatura un componente "oral" en la histeria⁴⁰, siendo este término corrientemente empleado en las discusiones clínicas. Algunos designan con eso una característica general de la histeria (¿un tercer momento de fijación?) mientras que otros parecen más bien tender a aislar un determinado tipo de esta neurosis (más regresiva, más infantil). En el primer caso, el término "oral" remite a esa especie de intolerancia a la incompletud* propia del deseo, lo mismo que a la ilusión de la posibilidad de una total satisfacción. Hablar del carácter oral de la histeria connota por tanto el hecho de que se trataría, por decirlo así, de una patologización del deseo en sí mismo, en una de sus dinámicas más intrínsecas, según una de sus dimensiones más esencialmente humanas: a saber, la profunda y universal nostalgia debida a una carencia irreparable, ese "sentimiento trágico de la vida" del que habla el poeta, y que forma parte de todos.

Hablar de oralidad a propósito de las aspiraciones siempre más elevadas del histérico y de esa sed insaciable que lo caracteriza, me parece personalmente un error, ya que eso hace girar la atención alrededor de un campo extremadamente limitado –la búsqueda de un placer "oral" justamente– y desvía la dinámica subyacente. ¿Por qué no remitir más bien al

39. El fundamento empírico de estas hipótesis es doble. Por una parte están las experiencias y los informes detallados de numerosos analistas a partir de las terapias psicoanalíticas con pacientes histéricos. Por otro lado, encontramos muchos estudios de personalidad basados en los métodos en uso en psicología (cuestionarios, entrevistas estandarizadas, escalas.) Para este último punto, remitimos a la visión, muy completa, que B. Van Houdenhove da en su tesis de doctorado, *Hysterie, depressie en chronische pijn un het locomotorisch systeem*, doctoraatsproefschrift in de medische wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 1987, p. 75 y ss. Ver también: M. J. Horowitz, (Ed.), *Hysterical Personality*, New York, Jason Aronson, 1977.

40. Por ejemplo: Judd Marmot, "Orality in the Hysterical Personality", en *Journal of the American Psychoanalytic Association*, (1953) 1, pp. 656-671; este autor es frecuentemente citado y fue uno de los primeros en subrayar este aspecto como un elemento nuevo.

* Mantenemos en español los neologismos *completud/incompletud*, utilizados por el autor. (N. de la T.).

honor de palabras tales como *fuga* o *pasión*? Creo por mi parte que la expresión “oralidad en la histeria” debe estar reservada al restringido grupo de pacientes en quienes las ganas de una satisfacción sin reservas se manifiesta esencialmente por una avidez oral en sentido estricto y/o por un estilo relacional regresivo, del tipo dependiente-simbiótico (esto se presenta a veces como una fase pasajera en la evolución de esta neurosis).

Para situar los dos grandes momentos de fijación característicos de la histeria, debemos ahora recoger el hilo interrumpido de nuestro rápido sobrevuelo de las diferentes etapas según las cuales se desarrolla y estructura la libido.

La fase fálica

Esta fase será un eje en el desarrollo del sujeto: constituye la introducción y preparación al tránsito que el *infante*, ser deseante “neutro” deberá efectuar para asumir una posición sexualmente diferenciada en el orden de las generaciones. Sin embargo, el tránsito en cuestión sólo tendrá lugar en la fase siguiente –la etapa edípica– pero sólo será posible gracias a esta etapa llamada “fálica”, en la cual la zona genital se vuelve central para el niño, varón o hembra, en cuanto fuente erógena. Esto significa que las zonas parciales, oral y anal, y las tendencias libidinales que se vinculan a éstas, van a verse sometidas a la primacía de esta nueva zona (*Genital-primat*)⁴¹. Sin embargo, al inicio de la etapa fálica, la zona genital no es aún polo de diferenciación entre los sexos; la libido en dicha etapa es autoerótica, y el propio sexo del niño es el que, gracias a las experiencias de placer realizadas, recibe aquí el lugar central: aún no ha adquirido su significación con referencia al otro, al otro sexo. Ese rol de referente no se instaura naturalmente, sino que debe auténticamente *tomar forma*, lo que sólo es posible a través de la confrontación con una diferencia anatómica percibida en la realidad y es esa percepción de una diferencia en el terreno visual la que va a forzar al niño al proceso de elaboración psíquica, en el cual esa diferencia (fisiológica) podrá adquirir su sentido humano. La conciencia de su propia “naturaleza” sexual como remitiendo al otro sexo –arrastrando la tendencia libidinal por una vía determinante para las futuras relaciones intersubjetivas– no es un dato evidente, automático, si no el

41. *Introduction à la psychanalyse*, o.c., p. 353 (GW XI, 340); y *L'organisation génitale infantile*, OCP XVI 305-309 (GW XIII, 293-298). Traducción al español en *Sexualidad infantil y neurosis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 404, Madrid.

resultado del proceso psicológico de transformación y atribución de sentido (Complejo de Edipo). Originariamente, no hay diferencia en la experiencia de placer hecha por el niño y la niña. Ambos sienten placer de manera idéntica por el sexo que "tienen" en sí mismos.

Si bien Freud afirma que aquí prevalece inconscientemente para ambos el modelo del órgano masculino, es decir el pene, él va a utilizar la noción de *falo* con el fin de subrayar claramente que al inicio el órgano sexual no es sentido por el niño como algo "masculino" con relación a su contraparte "femenina". Concretamente, Freud piensa que al momento del desarrollo libidinal, hay una forma de equivalencia entre el clítoris en la niña y el pene en el niño, ambos son vividos como un órgano masculino⁴². Estas últimas precisiones muy pronto provocaron una importante controversia en la literatura psicoanalítica⁴³. La negación de Freud en lo concerniente a la existencia de un conocimiento intuitivo muy precoz por parte de la niña de su propio órgano sexual (clítoris y vagina), ha sido puesto en duda por diversos autores⁴⁴ y le fue enérgicamente reprochado por algunos de ellos⁴⁵. No es éste el lugar para dar cuenta de diversas tentativas de "revisiones" de la teoría freudiana, pero una nueva reflexión se impone: la formulación

42. *L'organisation génitale infantile*, OCP XVI, 305-307 (GW XIII 294-295).

43. J. Chasseguet-Smirgel, (ed), *La sexualité féminine*. Nuevas investigaciones psicoanalíticas con C.-J. Luquet-Parat, B. Grunberger, J. McDougall, M. Torok y C. David. Paris, Payot 1964: este trabajo contiene varios capítulos que dan una idea de esta controversia. Ver también P.-L. Assoun, *Freud et la femme*, Paris, Calmann-Lévy, 1983, y el estudio muy minucioso de Sarah Kofman, *L'énigme de la femme. La femme dans les textes de Freud*. Paris, Galilée, 1980.

44. Jones fue uno de los primeros en criticar este punto. Ver su artículo "Le développement précoce de la sexualité féminine", en E. Jones, *Théorie et pratique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, pp. 399-411 ("The early Development of Female Sexuality [1927]" en *Papers on Psychoanalysis*, Boston, Beacon Press, 1967, pp. 438-451; su artículo de 1932 "Le stade phalique" en *Ibid.*, pp. 412-441 ["The Phallic Phase" en *Ibid.*, pp. 452-482] así como el de 1935 "La sexualité féminine précoce" en *Ibid.*, pp. 442-452 ["Early Female Sexuality"], en *Ibid.*, pp. 485-495).

45. Freud ha sido la mira de las feministas. Encontramos una visión precisa de esto en Juliet Mitchell, *Psychoanalysis and Feminism*, Harmondsworth, Penguin Books, 1975. Otro análisis crítico de la oposición feminista contra el acercamiento psicoanalítico de la diferencia de sexos se encuentra en la obra de otra gran mujer, la neerlandesa Hana Goldman *Vrouw en beroep in de Westerse samenleving. Een Psychoanalytische beschouwing*, Baarn, H. Nelissen, 1986. En este estudio, muy ilustrativo, la autora expone su acercamiento sociopsicológico con respecto a la vivencia de la diferencia sexual, utilizando las concepciones psicoanalíticas desde un punto de vista hermenéutico. Constata que, sobre la base de la diferenciación de la naturaleza de los sexos, hombre y mujer se desarrollan por definición de modo diferente en la cultura (p. 8).

freudiana puramente “penocéntrica” de la problemática propia de la etapa fálica parece muy limitativa. Hay contradicción lógica entre el hecho de afirmar que el placer experimentado gracias al propio órgano aún no está bajo el signo de la diferencia de los sexos, y el hecho de subrayar al mismo tiempo, que niño y niña imaginarían su propio órgano como “masculino”.

Sea lo que fuere, para describir la naturaleza de esa experiencia todavía sexualmente indiferenciada, es abusivo tomar como punto de partida la imagen del referente material del término falo (el órgano masculino). Como dijimos anteriormente, la fase fálica comporta el descubrimiento del órgano sexual en cuanto fuente erógena, y dos características son importantes para el sujeto en formación. En primer lugar, se trata de una experiencia erótica en la que el cuerpo *por entero* está implicado: la vivencia de esta zona, “parcial” al inicio, va a procurar la experiencia del cuerpo en cuanto totalidad, lo que será fuente suplementaria de placer. Podemos entender así por qué Freud afirmó que la experiencia del placer genital “eclipsaba” todas las anteriores experiencias de placer parcial, dominándolas, o aún más, que las zonas parciales de experiencia de placer libidinal se ponían “al servicio” de la experiencia genital. La segunda característica de la etapa fálica es la experiencia de *autonomía* en la obtención del placer: se puede en adelante provocar el placer cuando se quiera, independientemente de otras actividades corporales (tributarias de las necesidades) e independientemente también de las figuras paternas, las que se ven relegadas a un segundo plano, cuando éstas eran centrales como mediadoras a la hora de los placeres parciales de las etapas precedentes. Durante la etapa fálica, el sujeto se ve confrontado a la experiencia del cuerpo entero como potencialmente erógeno, al valor preponderante que tomará la zona genital y, finalmente, al descubrimiento de una posible autonomía personal. En ese sentido, esta etapa constituye el apogeo triunfal de la conquista, gradual y estructurante, del dominio del cuerpo como un “todo”. En una palabra, para el niño el ascenso a la capacidad de disponer de su propio cuerpo, como vía de acceso al mundo, concuerda con el descubrimiento de ese cuerpo en cuanto erógeno en su totalidad.

Para ilustrar esto nos podemos referir a la experiencia de la cura analítica. En el transcurso del trabajo asociativo, algunos pacientes encuentran en el revoltijo de los recuerdos la huella de una precoz revelación de un placer específico ligado a la región genital. Los primeros recuerdos que afloran con relación a la masturbación infantil no están mancillados de culpabilidad o angustia: al contrario, son evocados sentimientos de dicha, de

orgullo, de fuerza, de cálida intimidad también, y de intenso placer. Los pacientes hablan de la convicción que tuvieron de haber encontrado la llave de un mundo secreto, la fuente misteriosa de una satisfacción hasta el momento desconocida, de la cual ellos mismos eran los amos, y que era mejor no descubrir a nadie por miedo a repartirlo o de arriesgarse a perderlo. Este carácter secreto, privado, implicaba para algunos la idea de que eran los únicos en disponer de ese extraño bienestar: razón de más para seguir siendo prudentes. En la descripción de lo que sintieron, prima la experiencia de un goce en todo el cuerpo: sensación de vitalidad dinámica global, de proximidad consigo mismo, con un sentimiento de tranquila seguridad. Muchos son los recuerdos concretos que a veces se pueden escuchar, y en términos más o menos parecidos, en boca de pacientes tanto hombres como mujeres. Por otro lado, la mayor parte de los pacientes añaden que esas experiencias precoces no tenían en ese entonces la significación "sexual" (en el sentido genital o como los adultos lo entendemos) que luego tomarían. Se acuerdan claramente de la sensación vivida, ya que fue tan novedosa como desconcertante, y a veces algo angustiante, pero sobre todo que estaban como maravillados, deslumbrados.

El inicio de la etapa fálica se caracteriza entonces por experiencias de intenso júbilo, de completud feliz y autosuficiente. Ese momento ofrece una zona de reposo a la agitada exploración del pequeño hombre, siempre en búsqueda de una posibilidad de llenar totalmente la carencia sentida luego de la ruptura de su lazo primordial con la madre. Ese primer momento constituye una manera de finalización del proceso de separación de la madre: la creencia según la cual lo que falta puede ser encontrado, parece estar confirmada para el niño, y le va a dar cierta confianza en la vida y en él mismo. Utilizaremos igualmente aquí, y con razón, el término de narcisismo, ya que se trata de una satisfacción absoluta por la experiencia del propio cuerpo: hablaremos, pues, de una etapa *fálico-narcisista*. El "estadio del espejo" descrito por Lacan, es un precursor de esta experiencia de completud narcisista⁴⁶: la experiencia de unidad ofrecida al *infante* gracias a la mirada de su imagen en el espejo —experiencia jubilosa, al menos en su primer momento— *precede*, en efecto, a sus reales posibilidades de autonomía. A la inversa, ese triunfo de la autonomía y de la totali-

46. J. Lacan, "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique", en *Ecrits*, Paris, Seuil, 1966, pp. 93-100. Traducción española en *Escritos*, Siglo XXI, México.

zación, si bien prematura y arriesgándose siempre a bascular hacia su contrario, será vivida en la etapa fálico-narcisista como verdadera, realizada-realizable en el mismo cuerpo.

Sin embargo, el triunfo es de corta duración, la seguridad se ve rápida e inevitablemente quebrantada, y esto se produce en la zona misma que en un inicio había contribuido tanto al crecimiento y estabilización de la autosuficiencia narcisista: la percepción confronta al niño con el hecho de que todos los seres humanos no poseen el mismo órgano tanpreciado. Para decirlo de forma lapidaria, esta constatación evoca inevitablemente en el niño la idea de una posible pérdida, y en la niña, la idea de un gozo aún más potente de lo que haya podido conocer hasta el momento, y que le fue negado hasta ese instante, o que aún le está por llegar. Esta confrontación desenmascara como ilusoria, para los dos sexos, el fantasma narcisista de completud, de potencia y de goce autosuficientes. O al menos su tranquila evidencia está profundamente minada por la constatación de una posible carencia. La ilusión inicial de poder absoluto conduce nuevamente a una confrontación con una falla o defecto posible. Y esto es ahora puesto en los mismos términos que la zona corporal que había dado inicialmente tanta fuerza a la ilusión en cuestión. La temática de la completud puesta aquí en duda, se encuentra reformulada en el lenguaje genital en términos de posesión o no-posesión, o aún de pérdida de un órgano que visiblemente "hace la diferencia". Aquí es donde el concepto psicoanalítico de "complejo de castración" encuentra su origen⁴⁷. Dos cadenas de significaciones, una narcisista y la otra genital, se superponen por así decirlo, y se entremezclan; la primera, lleva a la segunda y ésta última otorga sentido *ulteriormente*, retroactivamente, al narcisismo amenazado. El sexo masculino, que a los ojos del joven observador hace la diferencia entre el niño y la niña, provee el material imaginario para la formación de un *signo* que simbolizará en el futuro, para ambos sexos, el sueño de la total satisfacción: la utilización de la palabra *falo* subraya el carácter simbólico de la referencia a la imagen del sexo masculino, y evita la ambigüedad de la aserción que quisiera que para los dos sexos exista al inicio un solo órgano genital o un solo sexo: el masculino. Se debería mejor decir que ambos se sienten "fálicamente completos" en función, entre otras cosas, de su viven-

47. "Sólo se puede apreciar en su justa medida la significación del complejo de castración a condición de tener en cuenta su llegada inesperada a la etapa de primacía del falo" (Novela intercalada en el texto de Freud). OCP XVI, 307-308 (GW VIII, 296).

cia genital, y que se ven, luego de la confrontación con la carencia posible, definitivamente forzados a abandonar tan bello espejismo. Esos aspectos diametralmente opuestos están implicados en el significante "falo"⁴⁸: éste sólo adquiere una significación sexualmente diferenciada (masculino o femenino) por el real *trabajo* al que el niño tendrá que entregarse, a fin de situar la experiencia renovada de la carencia –la castración– en un contexto de relaciones humanas reguladas por la ley.

El primer modelo que se ofrece para esta exploración es el de las relaciones paternas. La etapa fálico-narcisista no es sólo una etapa libidinal *sui generis*, sino también, el preámbulo y el primer acto de la fase edípica.

Histeria y problemática identificatoria

Durante la etapa fálica, los aspectos sexuales de la relación entre el padre y la madre constituyen el punto de mira del niño. Se pregunta sobre el sentido de la diferencia sexual entre los humanos, diferencia convertida en el significante mismo de su narcisismo desengañado, e intenta situarse él mismo, en función de ese descubrimiento –o más bien de esa confrontación–, en relación con el lazo diferenciado que observa entre sus padres. Los caminos del niño y de la niña se apartan aquí nítidamente, y cada uno se encuentra delante de una tarea diferente que cumplir.

Esta problemática edípica tiene una importancia capital en la concepción psicoanalítica de la constitución del sujeto. Sin embargo, debemos limitarnos aquí a los elementos que conciernen directamente a la histeria, para lo cual el problema de la identificación ocupa un lugar central⁴⁹.

La histeria en el hombre

El niño, que "tiene" el pene, se ve confrontado a la posibilidad de no tenerlo. Eventualmente, va a comenzar por negar la percepción de la ausencia de pene en la niña (proceso de la *Verleugnung*)⁵⁰, diciéndose que esta última tiene probablemente un órgano escondido, o destinado a crecer aún: en todos los casos, la tranquila posesión inicial se convierte para

48. J. Laplanche y J.-B. Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, :p. 311 y ss.

49. Para un análisis detallado de este concepto, ver J. Florence, *L'identification dans la théorie freudienne*, 2e ed. aum., Bruselas, Facultés Universitaires Saint-Louis, 1984 (1978) y W.W. Meissner, "Notes on Identification". I. "The Origins in Freud". II. "Clarification of Related Objects". III. "The Concept of Identification", en *Psychoanalytic Quarterly* (1970) 39, pp. 563-589; (1971) 40, pp. 277-302; (1972) 41, pp. 224-260.

50. *L'organisation génitale infantile*, OCP XVI, 307 (GW XIII, 296).

él en poco segura, y se pone a pensar que podría perder esepreciado órgano, que éste podría ser “estropeado”, que se lo podrían “robar”; en fin, tantas variantes de un fantasma de castración. La angustia que va a la par de tales representaciones es, al principio, temperada por el hecho de que se siente más o menos seguro como orgulloso poseedor, por lo menos de “alguna cosa” que la niña no tiene, y la espontánea identificación con el padre, visto como “camarada” en tales circunstancias, contribuye a tal fin. Rápidamente, gracias a la identificación en cuestión (primaria) y a la ternura, mezclada con la admiración, que le profesa a su padre, tomará a éste como ideal a imitar y seguir⁵¹. Lógicamente, va a dirigir su deseo hacia la madre como objeto libidinal. El refuerzo progresivo de sus deseos sexuales hace sin embargo nacer en él sus sentimientos hostiles hacia el padre, al lado de la alianza afectuosa que perdura. Poco a poco vemos al niño adoptar una posición de abierta rivalidad a causa del innegable obstáculo que ese padre constituye entre “su” madre y él. Lo esencial en este punto es que tal obstáculo es impuesto en nombre de una ley (prohibición del incesto), que no proviene arbitrariamente del padre, sino de la referencia a un orden que va más allá de él mismo, así como de la madre y del niño, orden al que están sometidos los tres: el padre *representa* esa ley, es decir que no sólo *no es* la ley, sino que tampoco debe imaginar *que la hace*. En ese sentido, el psicoanálisis hablará de una ley introducida *por* el padre como referencia simbólica capital.

Las imágenes e ideas concretas que se forman en el espíritu del niño por el hecho del confrontamiento entre deseos incestuosos e interdicción, contienen elementos de rivalidad agresiva y de oposición, de conflictos entre ternura y hostilidad y, finalmente, representaciones ansiosas que se refieren a castigos o venganzas posibles, –reactivando estas últimas los antiguos fantasmas de castración que se habían más o menos borrado—. Tal como la observación analítica nos lo deja entrever, esos elementos imaginarios contribuyen a que los deseos incestuosos hacia la madre sean progresivamente abandonados. Por otra parte, la prueba que constituye el paso por el Edipo va a ir tomando normalmente una connotación positiva gracias al establecimiento de una identificación de un nuevo tipo: se trata, por una parte, de la identificación con el padre interdictor (es decir, de la

51. *Psychologie des masses et analyse du moi*, OCP XVI, 42 (GW XIII, 115); *Le moi et le ça*, OCP XVI, 275-276 (GW XIII, 260). Según L. Israël y otros, en E.M.C. o.c., p. 7. Traducción al español, *Psicología de las masas y análisis del yo*, en *El yo y el ello*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 475, Madrid.

interiorización de la ley simbólica que conduce a la elaboración de una instancia separada en el yo, el super yo: *Über-Ich*), y, por otra parte, de la identificación con el padre en cuanto modelo o imagen ideal para una futura elección objetal y autónoma, no incestuosa. Este último punto será el fundamento del ideal o ideales que servirán al sujeto de guías para su completo desarrollo ulterior.

Las circunstancias históricas particulares darán, por supuesto, a esta trama general una coloración individual concreta, un "tinte" diferente para cada uno. En la histeria masculina, el "tinte" edípico no es uniforme, dado que puede ser debido a vicisitudes diversas. Hay forma de aislar así algunos campos de predilección de la histeria, fácilmente reconocibles⁵². Distinguiremos esencialmente dos: en el plano de las relaciones amorosas, la dificultad que plantea la elección de una pareja; en el plano socioprofesional, una tendencia a enredarse en rivalidades paralizantes, la dificultad –incluso la imposibilidad– de culminar ciertas tareas, o aún, de asumir cargas y responsabilidades relacionadas con un puesto al que se ha sido recientemente promovido. En el primer campo, sobre todo, jugará su rol la imprecisión de las identificaciones edípicas, al mismo tiempo que la vuelta a una fijación fálico-narcisista. Uno quiere ser el hombre al que conviene "una sola mujer" ideal, y toda elección concreta se encuentra comprometida: si la elegida "posee las cualidades que deseo, no podrá interesarse en mí. Aún así, si se interesa por mí, es que no tiene esas cualidades, por lo que yo no me debo interesar en ella"⁵³. El comercio sexual con una pareja será en consecuencia evitado en lo posible. Buscando el ideal, no desea en el fondo relacionarse en ningún caso por temor a perder la eventual "ocasión". Si el hombre histérico, a pesar de todo, se arriesga a dar el paso con la "perla" al fin descubierta, sucede frecuentemente que se presenta la impotencia. En el otro caso, la incertidumbre de la identificación se revelará en las preguntas ansiosas planteadas al analista con las que trata de saber si "no será por casualidad un homosexual".

En el campo de la apariencia social y de las realizaciones profesionales, los dos grandes momentos de la fijación de la libido pueden, juntos o separados, ser igualmente responsables de un bloqueo neurótico. El polo fálico-narcisista determina para algunos la imposibilidad de sentirse calmados por los resultados concretos y tangibles de su trabajo. Están siempre insatis-

52. Ver F. Perrier, "Estructura histérica y diálogo analítico", en *La chaussée d'Antin*, o.c. p. 74 y ss.; L. Israël y otros, "Hystérie" en E.M.C., o.c., p. 7 y ss.

53. Según L. Israël y otros, en E.M.C. o.c., p. 7.

fechos, prevén todas las críticas imaginables que se les podría eventualmente hacer, y son, finalmente, auténticos esclavos del trabajo. Relajarse es para ellos un verdadero tormento⁵⁴. Hay otros que son incapaces de realizar cualquier tarea práctica: imágenes idealizadas guardan su “yo” prisionero, en la espera de una obra más grandiosa que se haya previsto para ellos y que al fin corresponda a su capacidad. Toda perspectiva de un trabajo con colegas les es insoportable: ¿Cómo sentir su alma en paz en la ejecución de una tarea que cualquiera podría ejecutar en su lugar igualmente bien? ¿O quién necesitaría depender de otras personas? Un momento de fijación edípica jugará finalmente un rol capital en ellos, por lo que los veremos aniquilados por el éxito⁵⁵: la perspectiva de llegar al objetivo, la obtención de una posición social netamente por encima de su origen eventualmente modesto, reactivan tan fuertemente en su imaginario el peligro de una rivalidad entre el padre y ellos, que la vía del éxito –que les permitiría seguir adelante– les está prohibida. Inconscientemente se la niegan (una *innere Versagung* está claramente aquí en acción).

La histeria en la mujer

La situación edípica, que ve a la niña tornarse hacia una relación de deseo con un modelo paterno, será la fase en que se constituye en ella, así como en el niño, la verdadera diferenciación sexual, en respuesta a la desilusión que sintió al notar esa pérdida de la completud que, en la fase fálico-narcisista, había recibido una confirmación triunfante. Pero el Complejo de Edipo de la niña no es una simple inversión de la del niño; su desarrollo es más complejo, en todo caso, en lo que se refiere a su pretensión. El niño, en busca de un sentido pleno para una diferencia sexual que por el momento sólo puede constatar, va a buscar, como lo dijimos, protección y seguridad junto al padre por medio de un reforzamiento de la identificación (primaria) con él. Y esto lo llevará a mantener, y hasta intensificar, si bien con connotaciones más sexuales, su relación preedípica con la madre. Para él, la situación edípica “normal” es por tanto una especie de continuación de la situación preedípica, pero según otro vector.

54. S.C. Ferenczi (1919), *Névrose du dimanche*, en *Oeuvres complètes*, Tome II: 1913-1919, *Psychoanalyse* II, Paris, Payot, 1970, pp. 314-318 (“Sonntagsneurosen”, en *Bausteine zur Psychoanalyse*. Band II: *Praxis*. 3. unveränd. Aufl. [Ullstein Materialien], Bern, Hans Huber, 1984, pp. 178-184.

55. “Quelques types de caracteres dégagés par la psychanalyse appliquée”, en *Essais de psychanalyse appliquée*, o.c., sobre todo 2, “Ceux qui échouent devant le succès”, pp. 112-133 (GW X, 370-389).

La situación edípica va a establecerse en la niña de manera totalmente distinta, ya que esta nueva situación comportará en esencia un *cambio de objeto*: no se trata en ella de una simple continuación modulada de distinta forma de la relación preedípica con la madre, sino por el contrario de una situación marcada y condicionada por una separación de la niña con la madre. En efecto, a partir de ahora la niña se volverá sexualmente hacia el padre. La confrontación con la ausencia fálica jugará aquí un rol capital de alejamiento en relación con una situación pasada: la problemática de la castración es en la niña el *preámbulo* del Complejo de Edipo⁵⁶.

Siguiendo más o menos a Freud⁵⁷, intentaremos ahora hacernos una idea de la manera cómo las cosas, en principio, ocurren "cuando todo va bien". Si el dato objetivo de la ausencia fálica es frecuentemente rechazado en un primer momento, no puede a fin de cuentas ser negado en cuanto dato común de observación. En una jerga poco delicada, se dice que el niño se ve confrontado entonces con la "eventualidad" o con la "posibilidad" de la ausencia del pene, mientras que la niña se encuentra delante del "hecho consumado" de la castración. Sin querer poner en duda el contenido sexual de esta etapa del desarrollo, debemos a pesar de todo subrayar que, en la problemática aquí presentada, se trata de otra cosa más que de biología. Indiscutiblemente, a lo largo de los textos de Freud, la insistencia de éste sobre la cuestión de los órganos podría dar lugar algunas veces a ese tipo de malentendido. Pero en psicoanálisis no se trata de biología ni de la búsqueda de explicaciones a partir de alguna causalidad biológica. Así como lo indiqué a propósito del concepto de falo, la castración es una realidad *simbólica*⁵⁸, y esta representación designa una realidad significativa mucho más vasta que la contenida en la imagen concreta que hace las veces de representante en el imaginario. En la niña, el "hecho"

-
56. "Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes", en *La vie sexuelle*, Paris, PUF 1970, p. 130 (GW XIV, 28). Traducción al español en *Introducción al narcisismo*, Editorial Alianza, El Libro de Bolsillo, 444, Madrid.
57. Ver igualmente "Sur la sexualité féminine", en *La vie sexuelle*, o.c., pp. 139-155 (GW XIV, 517-537) y "La féminité", en *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, traducida nuevamente 1984, pp. 150-181 (GW XV, 119-145). Traducción al español, en *Tres ensayos sobre teoría sexual*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 386, Madrid.
58. Con respecto a esto, encontraremos una detallada discusión de matices indispensables en J. Laplanche, *Castration, symbolisation (Problématiques III)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1980, pp. 7-161. La contribución de Lacan a este respecto es de una importancia capital. Una visión sistemática de este aporte a la problemática de la histeria en general es dada en P. Verhaeghe, *Tussen hysterie en vrouw. Een weg door honderd jaar psychoanalyse*, Leuven/Amersfoort, Acco, 1987.

de la castración, designa y signa de manera aguda en términos de la diferencia sexual, la ruptura de la ilusión narcisista de sentirse completa que había sido elaborada en la etapa fálica, así como la necesidad de aceptar sus límites inevitables. La desilusión y el resentimiento que esta pérdida de orgullosa autosuficiencia provoca, y la rebelión contra la limitación que la obliga a tornarse hacia el otro y el mundo, están, a mi parecer, contenidas en los términos que Freud utiliza para calificar la reacción de la niña en la constatación de la castración, a saber, “la envidia del pene”. Si bien en los análisis de mujeres, hay frecuentemente imágenes mnésicas y algunas representaciones concernientes a la posesión del órgano masculino —que no se pueden ignorar ni pasarlas por alto—, el *Penisneid* se refiere a algo totalmente diferente de la lucha melancólica y envidiosa a propósito de una diferencia anatómica real.

Algunos ejemplos de asociaciones libres hechas en el transcurso del análisis, nos pondrán en la ruta correcta. “Como niña, experimenté el disgusto de no ser un hombre; los chicos pueden fácilmente hacer todo lo que quieran, pueden elegir un verdadero oficio, hacer carrera...”. O bien: “Siempre tuve la idea de que como hombre se puede ser más feliz, que uno es auténticamente apreciado por lo que se hace, que se puede aspirar más alto y llegar a un nivel superior”. La representación que aparece en estas asociaciones es clara: ser hombre significa dominación, independencia, autonomía, ser completo, la seguridad de obtener satisfacción en el deseo y esa seguridad que resulta de la apreciación incondicional del otro. Todo esto está ligado fantasmáticamente a la posesión del órgano que marca la diferencia entre los sexos. Por este camino se constituye la *plus-valía* simbólica de la *imagen*. “Tener el falo”, vía la representación de una “posesión” masculina, simboliza el momento culminante imaginariamente propuesto por el deseo, a saber, el desarrollo absoluto y la satisfacción total. Del mismo modo, la castración será el significante que traduce de manera paradigmática la imposibilidad de ese control y de esa autosuficiencia. La niña es confrontada de manera particularmente abrupta con la imposibilidad de poseer plenamente lo que desea: la constatación de la diferencia anatómica, y de su propia carencia, pone fin más rápidamente y radicalmente al triunfo del momento fálico-narcisista, mientras que el niño puede aún creerse por un tiempo protegido de la carencia, ya que tendrá la oportunidad de buscar la realización de su deseo sin cambiar de objeto.

En el lenguaje imaginario de la carencia del órgano, la “envidia del pene” es el resentimiento experimentado por la niña con respecto a la pér-

dida de la ilusión de estar completa, y a la desilusión en cuanto a la posibilidad de un control autárquico de la carencia. Ese resentimiento arrastrará como consecuencia una profunda modificación de su relación con la madre: el lazo positivo –preedípico– con ella, el que era originalmente tan ferviente como en el niño, es desde ahora desconfiado y desencantado. La carencia será reprochada a la madre, presunta todopoderosa en dicha materia. La madre será considerada como responsable, percibida como la que no dio “lo suficiente”, que cometió la “injusticia” de dotar mal a su hija, o la que se mostró “débil” a pesar de las apariencias, y no *supo* darle lo que le correspondía por derecho... Pero, si bien la perturbación de la relación con la madre contiene incontestablemente –e inevitablemente– elementos hostiles, es mejor hablar aquí de un devenir ambivalente de la relación. Si el desencanto suscita hostilidad, celos y reproches, y si estos afectos quiebran el lazo preedípico con la madre, no se vuelven imposibles, al menos, las relaciones afectuosas. Sin embargo, en todos los casos, esta situación conlleva el desprendimiento del lazo primordial de la niña con la madre: en busca de la “reparación” o de la satisfacción fálica pospuesta, la niña “cambia de objeto”, apartándose de la madre para volverse hacia el padre, con la esperanza de obtener de él el falo rechazado. Esto da normalmente nacimiento a la erotización de la relación con el padre.

Conviene de todas maneras no perder de vista el contenido simbólico de todo el proceso. La orientación reforzada de la niña hacia el padre no puede ser reducida a una expresión tal como “la niña busca en el padre el pene que le falta”. Los fantasmas que traducen ese aspecto en el inconsciente (fantasmas incestuosos, deseo fálico de tener un hijo del padre y comportamiento seductor que acompaña lógicamente a todo esto) son indiscutiblemente muy importantes, dada su aparición en las asociaciones durante el transcurso del análisis. Pero la cuestión por la que la niña se dirige al padre, y toma frecuentemente la vía del erotismo, tiene un tenor bastante más amplio: herida en su narcisismo por la confrontación con la carencia fálica, la niña siente fácilmente su *status* de mujer –“compañera de miseria” de la madre, quien también “adolece de una carencia”– como un *status* inferior. También, la pregunta que dirige al padre es, más que nada, una petición de reconocimiento y de apreciación positiva, a fin de que el sentimiento espontáneo que pueda tener de ser relegada como “ciudadano de segundo orden” sea superado, aun si –repetirlo no es inútil– el reconocimiento pedido contiene manifiestamente un componente erótico. La estima que el padre le demuestra, hará nacer en la niña la seguridad interior

de su dignidad de ser deseada como mujer. Y esta seguridad interna sólo puede constituirse si la estima es otorgada respetando la prohibición del incesto, es decir, si se dirige a la niña en cuanto sujeto de deseo, persona total, con igual potencial, con capacidades propias y posibilidades sociales muy particulares. El análisis de pacientes neuróticas hace ver que una atención demasiado directa y demasiado explícita del padre referida a la atracción física de su hija, sin que se trate aquí de transgredir la prohibición del incesto en el sentido literal del término, será finalmente percibida, a causa de su aspecto exclusivo o íntimo, como una humillación y la expresión de una ausencia de verdadera consideración. De manera que el sentimiento inconsciente de inferioridad no podrá ser superado y paralizará a la larga a la niña en la asunción de su rol de mujer, tanto sexual como social.

Añadiré esto: si bien en esta descripción de la situación edípica, normal en la niña, debemos mencionar su obligado desapego con respecto a la madre, no debemos perder de vista que este paso sólo puede llevarse a cabo si la niña es sostenida por una suficientemente positiva identificación con la madre y con el movimiento del deseo que va de la madre al padre.

Esta situación edípica tipo conoce en principio en la niña un desarrollo progresivo. La confrontación con la ley simbólica (prohibición del incesto) manifestada por el padre, concluye de manera menos amenazadora y menos angustiante que en el caso del niño. Por otro lado, la ley edípica garantiza igualmente a la niña una liberación de su deseo con respecto al interés inicial único por las figuras paternas. Definiendo la histeria como un accidente de recorrido (generalmente una doble fijación) en el proceso que venimos de descubrir, el psicoanálisis no apunta a una causalidad rígida y unívoca, punto por punto. Propone un marco conceptual psicodinámico que nos permite comprender mejor los fenómenos principales de la histeria. Por lo mismo, ofrece hipótesis de trabajo indispensables para una verdadera terapia. La problemática de la personalidad histérica en la mujer puede comprenderse como la consecuencia de un estancamiento en el proceso de contracción y abandono de la autosuficiencia fálico-narcisista hacia un proceso edípico de diferenciación sexual, vía la identificación, — proceso que le permite asumir una posición personal como mujer, tanto desde el punto de vista social como relacional y afectivo—.

Dos obstáculos van a jugar un rol capital: el fracaso de la sobreelaboración de la problemática de la castración (la no superación del deseo del pene) y el fuerte vínculo con el padre. Es frecuentemente el primer obstáculo el que constituye el factor determinante: por un lado, tal no-

aceptación conduce la mayor parte de las veces a una vuelta regresiva hacia una posición narcisista, vuelta por la que el sujeto tenderá a evitar o apartar la cuestión misma de la castración. Por otra parte, conlleva una fijación hacia el padre exageradamente idealizante. Este segundo punto de fijación sólo funciona como un eco amplificador de la regresión fálica. Por otro lado, la histeria puede también estar determinada por una muy intensa fijación del deseo de la niña a la figura misma del padre, del padre real, viniendo esto a frenar toda futura elaboración de una relación sexual libre y satisfactoria, es decir, con un *estilo* personal: el afecto se dirigirá efectivamente hacia un hombre concreto, pero el deseo sexual no podrá producirse a causa de su carácter inconscientemente incestuoso.

La primera combinación de factores que gravita alrededor de la cuestión de la castración mal resuelta, conduce a una problemática neurótica muy compleja, para la que una terapia psicodinámica puntual y breve generalmente no basta. Es difícil dar una respuesta unívoca a la pregunta del *porqué* del fracaso de una sobreelaboración progresiva de la problemática de la castración. En las diversas combinaciones de factores que encontramos durante el análisis, y a las que los autores citados anteriormente remiten de manera distinta si bien convergente, la constelación que viene a continuación es un esquema que se encuentra corrientemente. El punto de partida es frecuentemente una relación no suficientemente fuerte o fiable con la madre, y que no sobrevive como debiera a la toma de distancia hostil resultante de la castración. No lo suficiente, al menos, para que una identificación positiva siga siendo posible, identificación que permite abordar la siguiente etapa. Esto va a menudo de la mano con el hecho de que la madre no ha podido trabajar en profundidad su propia problemática de castración y con la herida narcisista que esto ha dejado en ella, herida que está aún viva. Esto trae como consecuencia que la madre no pueda tener con su hija una relación de apreciación verdadera ("¡Otra niña!", dirá a la hora de su nacimiento, o bien: "No es más que una niña" en frases aparentemente anodinas). Sin embargo, la madre, a pesar de su insatisfacción con respecto a su rol de mujer, o *a causa* de esto y como para justificar su propia situación, presenta a su hija el gran valor y las alegrías del matrimonio, y le alaba las cualidades del marido que eventualmente ella le habrá elegido. L. Israël habla de una "mentira fundamental"⁵⁹ presente en el trasfondo de muchas historias de histéricas. Los discursos elogiosos, las

59. L. Israël, *L'hystérie, le sexe et le médecin*, o.c., p. 95 y ss.

recomendaciones cómplices y el optimismo del que hace alarde la madre son rápidamente puestos en evidencia por la futura histérica: la inverosimilitud de las declaraciones va a volver imposible toda identificación (y la forma de solidaridad que ésta permitiría), de manera que la castración no podrá ser asumida. El entusiasmo de la madre puede igualmente sonar falso porque evidentemente no tiene una excelente relación con su propio marido, el que, si bien no es exactamente lo que podríamos llamar "un padre ausente", desde el punto de vista afectivo es apreciado como si así lo fuera: no se comporta como debería, no es lo bastante fuerte, no está a la altura... Ese aspecto de las cosas puede venir a reforzar la fijación edípica de la niña hacia el padre: ella viene a ser "el ángel salvador" que asegurará la felicidad de éste y llevará la bandera que la madre puso a media asta. En otros casos, la niña tomará a su cargo el desprecio tácito de la madre. La fijación al padre es igualmente grande, pero cargada de una valencia negativa: vemos entonces ponerse en evidencia, por un lado, una amarga y vengativa actitud hacia los hombres, y por otro, una búsqueda permanente de una figura paterna idealizada.

La regresión a una posición narcisista va a contribuir a esta relación idealizante que la histérica intentará mantener con los hombres de su elección. No debemos comprender esto únicamente a partir de la desilusión aquí descrita, sino sobre todo, a partir de deseos narcisistas. La histérica, lo vimos ya, busca en el hombre un maestro que podrá venir al encuentro de su deseo de realización absoluta. La elección, a menudo secreta, de un hombre socialmente importante e inaccesible es descrita por algunos autores como la consecuencia de la búsqueda de un sustituto paterno. Sin embargo, teniendo en cuenta el trasfondo narcisista de la histeria, Israël señala que lo que se busca no es una réplica del padre, y que se trata, por el contrario, de una búsqueda del "padre total, que nunca existió"⁶⁰: el padre ideal que concordaría con el deseo infinito.

60. Ibid., p. 82.

Cuarta Parte

La neurosis obsesiva

La coerción psíquica

En la clínica psicopatológica aparecen muchos fenómenos compulsivos que no revelan neurosis obsesiva. La coerción que se siente para pensar o actuar, y la imposibilidad de presumir de individuo autónomo en las situaciones de conflicto, son en general características de toda enfermedad psíquica⁶¹. Esa ausencia de libertad pertenece casi siempre a la vivencia subjetiva de los neuróticos y constituye una parte habitual de las quejas.

Algunos pacientes estarán atormentados siempre por las mismas ideas recurrentes, o por ciertas imágenes que se imponen de manera lancinante: por ejemplo, el recuerdo de cierta desventura poco gloriosa los persigue sin cesar, o bien el desarrollo poco afortunado de una conversación. Para otros, la observación hiriente de un amigo suscitará pensamientos y representaciones agresivas que les son insoportables y los atormentan, ya que no concuerdan con una amistad que continúan deseando. Algunos otros se plantean al infinito preguntas a propósito de todo compromiso en la vida social, de toda decisión que es preciso tomar en el trabajo o en cualquier

61. En "Actes obsédants et exercices religieux", en *L'avenir d'une illusion*, Paris, P.U.F., 1987, p. 83 (GW VII, 129), Freud nos advierte: "Pero no se debería intentar hacer derivar de su nombre (neurosis obsesiva) el carácter esencial de esta afección, ya que propiamente hablando, otros fenómenos psíquicos mórbidos pueden igualmente tener lo que llamamos "carácter obsesivo". Traducción al español, en *Esquema del psicoanálisis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 539, Madrid.

otra parte, de la elección de cualquier actividad, de toda distracción, como si se tratara de un drama digno de Corneille. No les falta razón cuando se dan cuenta de que comprometen así otros valores, otras elecciones posibles, y eso les parece inaceptable. Algunos llegan hasta a soñar continuamente otra vida, sin lograr, sin embargo, en concreto, escapar a la fuerza coercitiva de los hábitos adquiridos. Finalmente, otros se quejan de que no pueden dejar de “pensar”; son conscientes de meditar largamente y de detallar mentalmente el más mínimo de sus actos. O bien anticipan ansiosamente –y a su pesar– los acontecimientos por venir, de manera que no sienten ningún placer en sus ocupaciones del momento; o bien, a la inversa, se revelan incapaces de interesarse por las actividades presentes, ya que no cesan de atormentarse a propósito de acontecimientos antiguos. Rumian indefinidamente lo sucedido durante encuentros pasados, llevados por dudas torturantes referidas al afecto de los otros, la honestidad de sus intenciones o la sinceridad de sus sentimientos. Ni la discusión ni ningún llamado a la razón aportarán alivio en este caso.

Notemos que no es raro que los mismos pacientes utilicen la expresión de obsesión o ideas obsesivas. Por ejemplo, se dicen “obsesionados” por fantasmas sexuales, o por ideas de oscura revancha luego del rechazo de alguien de quien estaban prendados. O bien, hablarán de esa “obsesión que tienen” de volverse muy gordos; dirán estar preocupados “de manera obsesiva” por todos los signos corporales, aun mínimos, de envejecimiento, etc. Sin embargo, el hecho de que el paciente utilice esas expresiones del lenguaje corriente para describirse, no debe inducir al clínico a un diagnóstico acelerado, del mismo modo que todo temor algo excesivo no debería ser clasificado automáticamente de “fobia”.

Pero la ausencia de libertad que entraña la neurosis no se manifiesta sólo por la coerción subjetivamente sentida. La bien conocida *compulsión de repetición* que caracteriza a toda neurosis está determinada por puntos de fijación inconscientemente activos y por un apego a los síntomas, también éste inconsciente. La especie de equilibrio –por precario que sea– obtenido gracias al síntoma, no es fácilmente abandonado⁶². Si, en el relato de todo neurótico, el auditor es rápidamente sorprendido por esa especie de *sumisión* ante ciertas representaciones o ciertos modelos de comportamiento, tan inevitables como molestos, la persona concernida

62. *Inhibition, symptome et angoise*, Paris, P.U.F., 1968, p. 16 (GW XIV,127). Traducción al español, en *El yo y el ello*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 475, Madrid.

sólo tomará consciencia de ello a través del lento y paciente trabajo del análisis.

Vemos que existe buen número de fenómenos que podemos perfectamente calificar de obsesivos, coercitivos o compulsivos –y esto hasta sucede fuera de la clínica de los neuróticos– sin que el marco muy preciso de la neurosis obsesiva esté en juego: conocemos la forma obsesiva, repetitiva, de numerosos delirios, el ensañamiento con el que los automutilantes maltratan su cuerpo como si estuvieran forzados o coaccionados, el carácter compulsivo e igualmente repetitivo de argumentos perversos, la irresistible impulsividad del comportamiento antisocial del psicópata y la influencia del “producto”, tan difícil de vencer, a la que se somete el paciente toxicómano.

La neurosis obsesiva

No es posible dar una definición rigurosa de la neurosis obsesiva si nos atenemos a los fenómenos de coerción psíquica en su amplio sentido. Los fenómenos compulsivos que caracterizan esta neurosis poseen una gran especificidad, tanto en lo que concierne a su contenido, como a su forma manifiesta. Como con la histeria, constatamos que la neurosis obsesiva puede manifestarse de dos maneras: por una parte, una forma sintomática, y por otra, una forma esencialmente caracterológica. Desde un punto de vista psicodinámico, podemos sin embargo suponer una problemática común en ambos casos, esto es, una estructura obsesiva: así, en la forma sintomática, la transformación del carácter no está nunca ausente. Haremos la distinción entre las obsesiones –pensamientos o imágenes que se imponen al sujeto y eventualmente que van de la mano con actos compulsivos– y las compulsiones propiamente dichas –ritual o ceremonial a los que el sujeto recurre en ciertas ocasiones–⁶³.

Tracemos primero a grandes rasgos un cuadro descriptivo de la clínica obsesiva⁶⁴. En el estado consciente y lúcido, y a pesar de las posibilidades cognitivas intactas, el neurótico se siente literalmente invadido por una idea o asediado por una representación contra la que todo esfuerzo voluntario de su parte parece vano. Puede no tener ningún sentimiento con respecto

63. *Ibíd.*, p. 32 y ss. (GW VII, 131). y “Actes obsédants et exercices religieux”, en *L'avenir d'une illusion*, o.c. p. 85 (GW VII,131).

64. A grandes rasgos seguimos la definición circunstanciada de A. Green, *Obsessions et psiconévrose obsessionnelle. Etude fonctionnelle*, en *Encyclopédie médico-chirurgicale*, (1965) 37.370 A10, pp. 2-3.

a eso, ningún movimiento afectivo específico, como si la idea o la representación no fueran de él. Si, a pesar de todo, lo siente al mismo tiempo que una compulsión a actuar de tal o tal forma, el "color" general será siempre desagradable y tenso. Será el sujeto pasivo de sus manifestaciones inoportunas, considerándolas como extrañas a él, o hasta patológicas, y las declarará como desprovistas de sentido, ya que aparecen en su pensamiento consciente como carentes de (o no pudiendo tener) fundamento alguno⁶⁵. Incluso, dirá que se siente impotente para sustraerse a la *coerción interna* que todo esto representa. Los períodos que siguen a las manifestaciones agudas de obsesiones de esa índole están con frecuencia fuertemente impregnados de displacer global, y hasta de angustia, que puede ser tan fuerte que no se puede excluir una despersonalización temporal, testimoniando pánico y trastorno internamente sentido y, a veces, una cautividad, una especie de real fascinación. El yo del paciente intentará deshacerse lo más rápido que pueda de esas obsesiones que surgen en su cuerpo defensor, y se opondrá a ellas por todos los medios. Por tanto, está excluido hablar de complacencia –al menos voluntaria– a propósito de esto.

En la neurosis obsesiva, los mecanismos de defensa forman un dispositivo complicado. Lo veremos más adelante, luego de haber hecho la revisión de las principales hipótesis psicodinámicas. En el momento de la etapa inicial de la eclosión de la neurosis que aquí describimos, constatamos que el rechazo se produce sobre todo por el *desplazamiento* de los investimentos, y que el inconsciente hace uso de modificaciones de carácter, que pueden ser definidos como "formaciones reaccionales". La formación reaccional, vista desde un ángulo económico, debe comprenderse como un contra-investimento del yo frente a la insoportable representación, la que es entonces rechazada.

La figura bien conocida que llamamos "El Hombre de las Ratas" sigue siendo el caso *princeps* en el estudio de la neurosis obsesiva⁶⁶. Los inicios del tratamiento de ese paciente de Freud ilustran bien lo que venimos vien-

65. Resaltado por Freud como una característica importante, en *Totem et tabou*, Paris, Petite biblio. Payot, 1965, pp. 40-41 (GW IX, 39). Traducción al español, en *Tótem y tabú*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 41, Madrid.

66. "Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle: L'homme aux rats", en *Cinq psychanalyses*, Paris, P.U.F., 1981, pp. 199-261 (GW VII, 379-463). Traducción al español en *Paranoia y neurosis obsesiva*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 303, Madrid.

do. Stroeken (1986) ofrece la siguiente síntesis: el paciente “consulta a Freud luego de un intenso acceso de pánico durante maniobras militares en las que hubiera tenido que tomar parte como oficial de reserva. Un capitán de cruel reputación había hablado sobre un castigo que consistía en atar una olla con ratas al trasero de alguien. Esas ratas devoraban el ano del desdichado por el que se introducían. Durante el relato, le vino a la mente la idea de que ese castigo podría igualmente tocarle a su padre y a su amiga. A raíz de esto una gran confusión se apoderó de él, y fue completamente invadido por absurdas fantasías”⁶⁷. A continuación, ciertas representaciones obsesivas de contenido agresivo con respecto a personas amadas lo asaltaron igualmente en otras circunstancias.

Otro ejemplo: una paciente viene a consulta con su marido, trabajador agrícola. Ambos cuentan con menos de treinta años; están casados desde hace algunos años, y tienen un hijo pequeño. Ambos se sienten desesperados. Por otro lado, el marido no puede esconder la desilusión y la cólera que siente con respecto a su esposa, la que mina y paraliza, según él, toda su vida conyugal. Cuenta que hace algunos meses, lo sorprendió un poco el que ella le exigiera, luego de regresar del trabajo como de costumbre, que se quitara la ropa en la entrada, la pusiera en la lavadora, y lo mandara a tomar una buena ducha. Un tanto estupefacto por esta petición, tan súbita como resuelta de su esposa, hubiera encontrado perfectamente justificada tamaña preocupación de higiene y limpieza si no fuera porque, una vez instaurado ese nuevo ritual de bienvenida, ella no hubiera mostrado una repugnancia apenas disimulada con respecto a él. La mujer tampoco comprendía ese brusco cambio que se había operado en ella. Ni los razonamientos más detallados, ni su convicción íntima de amar realmente a su marido podían explicar esta actitud interior de rechazo que a ella también le apenaba. El resultado es que se ha sentido muy abatida y ansiosa estos últimos tiempos. Ahora ella se pregunta si su estado emocional puede cambiar y si la pueden ayudar, dado que no lo puede lograr por su propia voluntad. Ella y su marido están de acuerdo en un punto: está claro que actualmente apenas puede proseguir con sus actividades cotidianas como de costumbre. La mujer asiste sola a su segunda entrevista. Muy dubitativa, un poco fastidiada, se pregunta sobre las razones de su inacción: mientras

67. H. Stroeken, *Freud en zijn patienten*, s.l., Te Elfder Ure, 1985, p. 78. Igualmente en *Rainbow Pocketboek*, Amsterdam, Maarten Muntinga, 1986, pp. 86-87.

que realiza las labores domésticas es a veces atormentada por la brusca idea de que algo grave podría sucederle a su marido, o a su hijo, a consecuencia de tal o cual de sus gestos. Así, preparar la comida se convirtió en un infierno: “¿Abriendo esta lata de conservas, no habré despegado sin querer un pedacito de metal que habría caído en los frejoles y que el niño podría tragar, lo que le rasgaría fatalmente los intestinos?”; “¿El cuchillo con el que corté la carne estaría totalmente limpio?; ¿no habría bacterias pegadas que pudieran envenenar a toda la familia?” Hasta practicar su hobby favorito –la costura– le es casi imposible, ya que “¿cómo controlar si una aguja, que necesita utilizar para coser, no se ha alojado en el cojín del sillón, o en el tapiz, de manera que su marido, su hijo o algún visitante pudieran herirse mortalmente?” Ella sabe perfectamente que, desde un punto de vista racional, éstas son previsiones de eventuales desastres totalmente desproporcionadas y absurdas. Pero este saber no es de utilidad frente al carácter obsesivo de esas “ideas negras” que le hacen la vida imposible. “Antes” ella era una mujer feliz, emprendedora, que se mostraba llena de solicitud, aunque sin exageración. Ahora se siente permanentemente ansiosa, preocupada, asustada con la idea de cometer algún error, y atormentada por un profundo sentimiento de inseguridad y de dudas incesantes⁶⁸.

Desde el punto de vista de su forma, las ideas o las imágenes obsesivas iniciales son bastante parecidas: se trata de previsiones sin fundamento de imposibles catástrofes, de representaciones agresivas o de inopinadas irrupciones de crueles fantasmas, referidas a personas amadas. O aún, de representaciones sexuales desagradables, sentidas como profundamente inmorales. Ideas –que bajo la influencia de un sistema de defensa todavía en sus inicios están relativamente poco alejadas de representaciones pulsionales originarias–, que pueden igualmente aparecer bajo la forma de cláusulas prohibitivas o de órdenes percibidas como ajenas a sí misma, que

68. El lector puede encontrar algunas descripciones de casos muy ilustrativos en los artículos siguientes de S. Leclaire: “La fonction imaginaire du doute dans la névrose obsessionnelle”, en *Nouvelles Recherches. Entretiens psychiatriques*, (1955) 4, pp. 193-220; “Jerome ou la mort dans la vie de l'obsédé”, en S. Leclaire, *Démasquer le réel. Un essai sur l'objet en psychanalyse*. Con una contribución de J. D. Nassio, Paris, Seuil, 1971, pp. 121-146 (inicialmente publicado en *Psychanalyse* (1956) 2, pp. 111-140; y “Philon ou l'obsessionnel et son désir”, en *Ibid.*, pp. 147-167 (inicialmente publicado acompañado de una discusión en la cual participaron, entre otros, Lacan y Ey, en *Evolución psiquiátrica*, (1959) 3, pp. 383-411).

limitan y modifican brutalmente el comportamiento voluntario y, finalmente, bajo la forma de reproches que uno se hace a sí mismo, o de dudas torturantes que impiden toda espontaneidad.

Desde el punto de vista del contenido, podemos distinguir algunos temas de base. Los temas religiosos y metafísicos son bastante frecuentes; tienen generalmente una coloración negativa: angustia de ser sacrílego, de cometer un pecado mortal o blasfemar, paralelamente con sentimientos de remordimiento y comportamientos anclados en la penitencia y la mortificación. Están estrechamente emparentados con temas morales más generales, donde, como en los casos precedentes, el respeto a la ley y su posible violación se revelan centrales. Por otro lado, encontramos los temas de pureza y protección contra toda impureza que podría llegar al cuerpo, los de orden y simetría, la constante preocupación por el preciso y perfecto "acabado" de las cosas⁶⁹.

La defensa



El yo se opone por todos los medios a las obsesiones insoportables y torturantes. El desplazamiento de la atención hacia otras representaciones más inocentes (por ejemplo preocupaciones socialmente mejor aceptadas) y el cambio de carácter (se vuelve exageradamente concienzudo, escrupuloso) bastan en los casos más benignos para mantener las obsesiones fuera de la consciencia. La utilización de tales medios de defensa no pueden impedir sin embargo que las ideas obsesivas continúen difundiéndose bajo su forma atenuada y más aceptable, y tampoco que ejerzan así una acción fastidiosa manifestándose sobre todo en la inhibición del comportamiento y en una progresiva complicación de las acciones más simples. En los casos más graves, las preocupaciones apremiantes se dejarán debilitar menos fácilmente. Deberán, pues, ponerse en marcha medios de defensa complicados que habrán de ser perfeccionados sin cesar. La red de asociaciones que relacionan las representaciones intolerables originarias con las formas defensivas finales, se establece por operaciones de "desplazamiento" (*Verschiebung*) a menudo repetidas, que sólo pueden aparecer con claridad en el transcurso del análisis. Es imposible comprender la significación de rituales obsesivos por simple empatía. Pensemos concretamente en diversas formas ceremoniales compulsivas: la repetición ritual de ciertos

69. Ver A. Green, *Obsessions et psychonévrose obsessionnelle*, en E.M.C., o.c., p. 4.

actos o de "fórmulas" verbales, la obligación experimentada de controlarlo todo, la compulsión de contar, de lavarse, etc. A veces estos actos pueden alcanzar tal extensión que invaden casi totalmente la vida del paciente. El afecto más marcado que colorea la existencia del neurótico obsesivo es la angustia, que adquiere a veces un aire de pánico. Desde un punto de vista descriptivo, los rituales obsesivos son un medio de controlar la angustia en aumento. Cuando éstos son interrumpidos de improviso por alguien, o impedidos por alguna circunstancia exterior, la angustia resurge con fuerza. Hasta una ligera perturbación puede desencadenar arrebatos ansiosos y obligar al paciente a "retomar desde cero" el ceremonial o el control emprendido.

Después de esta delimitación descriptiva general del campo de la obsesión neurótica, la pregunta acerca de la significación, del sentido psicológico de este universo extraño permanece sin resolver.

Le debemos a la psiquiatría fenomenológica algunos análisis muy finos y profundos del fenómeno obsesivo. Me refiero aquí a las importantes contribuciones de Erwin Straus⁷⁰ y de Freiherr Victor E. von Gebattel⁷¹. Partiendo de las manifestaciones clínicas más impresionantes, estos dos autores intentan penetrar las características estructurales del modo de existir obsesivo. Si bien sus análisis dan, en conjunto, una buena descripción de la problemática obsesiva como tal, debemos sin embargo señalar que su punto de partida es esencialmente la enfermedad obsesiva *maligna* u *obsesión maligna*, en la que los fenómenos obsesivos funcionan, finalmente, como protección última contra la disociación psicótica. Sin preocuparnos ahora por el vínculo entre obsesión y psicosis que ellos establecen⁷², descubrimos aquí los lineamientos principales de los análisis de estos dos autores, que contienen de todas maneras ciertas características del modo de existir del obsesivo neurótico.

Según Straus, es una experiencia de profunda repulsión la que está en el corazón de esta forma de existencia. Los síntomas expresan la defensa

70. E. Straus, "Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangsvorgänge", en *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, (1938) 98, pp. 61-101. Reeditado en E. Straus, *Psychologie der menschlichen Welt. Gesammelte Schriften*, Berlin, Springer, 1960, pp. 187-223, de donde tomamos las citas que nosotros traducimos.

71. V.E. Freiherr von Gebattel, "Die Welt des Zwangskranken", en *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, (1938) 99, pp. 10-74.

72. Ver H.C. Rümke, *Psychiatrie. Deel II. De psychosen*, Amsterdam, Scheltema en Holkema, 1971, pp. 484-485. Ver también A. Vergote, *Dette et désir*, o.c., pp. 89-95.

del paciente contra el mundo, mundo que le parece un universo de degeneración, de decrepitud y de impureza, y en el que toda evolución creativa o toda formulación de un proyecto personal a futuro son imposibles. Esta representación del mundo es necesariamente aterradorante, y los síntomas obsesivos son un medio de oponerse a este “poder de desagregación” (*Macht der Verwesenden*)⁷³ que la atraviesa. La desconfianza hacia tal mundo donde nada es seguro, así como la tentativa de tener un poder sobre él, se manifiestan en la duda paralizante y en el incesante control de todo. La obsesión de la “puesta en orden” es una tentativa de suspender todo devenir (con respecto a la degeneración inevitable). Con sus rituales secretos y sus fórmulas mágicas, el obsesivo intenta controlar ese mundo que se le escapa. Sus actos compulsivos y los rituales de control que se impone, así como su forma de rumiar permanentemente los hechos consumados, que le gustaría poder anular retrospectivamente, todo eso demuestra su impotencia para imponerse con serenidad al simple curso de las cosas⁷⁴. En una palabra, intenta negar el curso del tiempo. Lo provisorio y aleatorio lo horrorizan. Straus pinta este cuadro de la vivencia obsesiva con infinidad de matices, y descubre su lógica interna, sus “propiedades escondidas” (*die verborgene Eigenschaften*)⁷⁵. Demuestra que la enfermedad obsesiva no es la perturbación de una sola función psíquica, que debe comprenderse como una perturbación fundamental del ser-en-el-mundo, con todas las consecuencias que esto implica. Straus describe la esencia de este trastorno como una perturbación radical de las “relaciones de simpatía” (sym-pathéticas) (*sympathetischen Beziehungen*)⁷⁶ entre el paciente y su mundo.

Me parece que esta última fórmula ofrece una clave de lectura que permite descifrar con precisión el universo obsesivo tal como aparece desde fuera, así como comprenderlo desde el interior en su totalidad, en tanto que posibilidad de existencia. Pero la pregunta sobre el origen del trastorno queda aún sin respuesta. ¿Cuál es el profundo motivo, el motor de ese tipo de comportamiento? He ahí una pregunta importante que la psicología no se puede plantear en cada caso. Después del análisis y la

73. E. Straus, o.c., p. 222; ver también p. 198: “Le dégoût est la défense contre l'absorption par la réalité périssable”.

74. *Ibíd.*, p. 208.

75. *Ibíd.*, p. 198.

76. *Ibíd.*, p. 207.

descripción del *cómo* de los fenómenos, se choca irremediablemente con la pregunta del *porqué*. En el psiquismo humano, ¿qué fuerzas y, eventualmente, qué influencias externas llevan a tal perturbación de las “relaciones de simpatía” con el mundo?; ¿o aún, a una “posesión” de todo el ser por la profunda “impureza del mundo” (von Gebsattel)?

Por su rechazo a la aproximación psicoanalítica que, según él, rebusca muy por debajo de la “máscara de los síntomas” en vez de analizar éstas como la expresión de un modo de ser⁷⁷, Straus se corta el acceso a toda otra forma ulterior de análisis propiamente psicológico. ¿No es sorprendente que un investigador deseoso de poner al desnudo la especificidad del modo de existencia obsesivo declare atrevidamente que el análisis de la historia del paciente aporta pocas luces sobre el origen del disturbio?⁷⁸

Sorprende también el contraste que existe entre la extrema fineza de la descripción clínica y de la localización antropológica hecha por Gebsattel, y la imprecisión de las explicaciones globales que da, dejando totalmente sin respuesta la pregunta de trasfondo dinámico. Este autor habla de la *Entweltlichung der Welt* ** del paciente obsesivo y que reenvía a la pérdida del sentido ordinario, dinámico, del mundo, o incluso, a la pérdida de su vida en un *Gegenwelt*, un “anti-mundo”⁷⁹ donde el devenir queda estancado. Al mismo tiempo, von Gebsattel elabora de manera esclarecedora la diferencia⁸⁰ entre los elementos de base del trastorno obsesivo (“el trastorno primario”) y el conjunto de maniobras defensivas (“las reacciones obsesivas”)⁸¹, diferencia que no es siempre fácil de distinguir en las manifestaciones clínicas concretas. De entre las formas obsesivas bien especificadas en cuanto a su tema, será reconocido como trastorno primario la “posesión” ansiosa por una u otra característica negativa del mundo (toda forma de impureza, toda carencia de orden y de medida, etc., que remiten al aspecto efímero de la vida o a eventuales actividades orientadas hacia la destrucción), característica negativa a la que, en tiempos normales, no se

77. Ibíd., p. 192.

78. Ibíd., p. 191.

79. Von Gebsattel, en *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, o.c., por ejemplo p. 68; ver también p. 54.

80. Según H. Binder, *Zur Psychologie der Zwangsvorgänge. (Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten, Heft 78. Suppl. ad Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Berlin, Karger, 1936.*

81. Ver von Gebsattel, en *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, o.c., p 19; desarrollo ulterior en el conjunto del artículo.

** Expresión intraducible al español (N. de T.)

le da tanta importancia como para que toda vivencia subjetiva quede paralizada. Esta posesión es atribuida por el autor, sin mayor explicación, a un cambio de naturaleza en la comprensión que el paciente en cuestión tiene de su existencia (su *Seinsverfassung*)⁸². Como tales, las maniobras de este último deben, dice, comprenderse como reacciones ante esa posesión “mortífera”⁸³. De alguna manera le sirven para evitar, conjurar y combatir con fuerza toda referencia a lo que provoca la posesión ansiosa. Sin embargo, todas esas definiciones de von Gebattel no van acompañadas de ninguna tentativa de desciframiento del funcionamiento mismo del psiquismo humano, que no es después de todo, únicamente el campo de *expresión* de la existencia perturbada, sino igualmente y, sobre todo, el campo donde se enfrentan las fuerzas que desencadenan la perturbación.

Desde esta última perspectiva, el psicoanálisis intenta comprender el sentido, la plenitud de sentido, los innumerables caminos transversales donde se pierde la neurosis obsesiva. Por otro lado, la literatura psicoanalítica dedica relativamente poca atención a esta neurosis⁸⁴.

Conflictos de base

En la neurosis obsesiva se distinguen, por lo general, dos campos conflictuales. El primer conflicto se sitúa entre un deseo sexual a nivel genital

-
82. De hecho, cuando von Gebattel intenta definir más adelante el fundamento de la perturbación primaria, reenvía cada vez a un elemento “X”. En el caso de un paciente que debe evitar compulsivamente toda referencia a la muerte, por ejemplo: “En la manera de ser de la enferma debe haber *alguna cosa* que la vuelve receptiva a este tipo de muerte, a su poder de denegación y de destrucción (...) a su parentesco con la nada, el no, el antieidos, de tal forma que en mil similitudes sólo la encuentre por todos lados, y que esté completamente poseída por su no-ser”. La traducción es nuestra.
83. Esta no es en sí misma la coerción. Ver *Ibíd.*, p. 36: “Todos los actos compulsivos se presentan como reacciones a algo que no es en sí misma la coerción”.
84. A este respecto, encontramos un breve recuento del pensamiento de Freud en P. J. Mahony, *Freud and the Rat Man*, cuyo prefacio escribió Otto F. Kernberg, New Haven and London, Yale University Press, 1986, pp. 151-173; A. Green, “Névrose obsessionnelle et hystérie. Leurs relations chez Freud et depuis. Etude clinique, critique et structurale”, en *Revue française de psychanalyse*, (1964) 28, pp. 679-716. Ver también O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, New York, Norton, 1972, pp. 268-310. Encontramos no poca literatura referida a El Hombre de las Ratas en la obra de Stroecken o.c. La edición –debida a los buenos cuidados de Elza R. Hawelka– de las anotaciones clínicas originales de Freud en paralelo a su texto original publicado inicialmente, es muy importante para el estudio de este análisis: S. Freud, *L'homme aux rats. Journal d'une analyse*, Paris, Presses Universitaires de France, 1974.

y una prohibición del super yo. Se trata, pues, de un conflicto edípico: el deseo sexual personal choca con la prohibición de la instancia paterna. Sobre ese punto, la neurosis obsesiva no se diferencia de la histeria. El punto de partida es idéntico, es decir, "la defensa necesaria contra las reivindicaciones libidinales del Complejo de Edipo"⁸⁵. Son estas implicaciones las que aparecen en primer lugar a menudo durante el análisis. Igualmente, son bien conocidas por todo clínico porque ocupan frecuentemente un lugar importante en el seno de la historia vivida del obsesivo. En todos los relatos de este último, se escuchará hablar del control muy estricto de todo lo que estaba vinculado a la sexualidad durante su infancia, de la rotunda desaprobación y del recelo familiar frente a todo lo que hubiera podido llevar "por el mal camino" y, por supuesto, la atención habrá estado en ese instante, paradójicamente, dirigida de manera privilegiada sobre el terreno, tabú entre todos, de la sexualidad vista como el peligro por excelencia. Todo esto ha conducido a algunos a eliminar casi totalmente el interés sexual de su vivencia consciente: se constata haber evitado todo saber acerca de la sexualidad, habiéndose convencido a la larga de que se trataba de algo inútil y sin interés. O bien sí, se aprendieron "esas cosas" en el curso de biología, pero no se era como los otros que hablaban sin cesar; se contentaba con aprender concienzudamente la lección, hasta verse confrontado a la realidad sexual a una edad más avanzada (durante los primeros coqueteos, por ejemplo) como ante una incongruencia catastrófica. Otros recuerdan esa época de su juventud como un período poco agradable, un tiempo de permanente combate, y nuevamente destinado al fracaso, "contra las tentaciones", contra esos impulsos "más poderosos que uno" a penetrar, en pensamientos o en actos, en el sector prohibido. Uno se acuerda entonces de la atmósfera de angustia y culpabilidad constante, o bien, en el ámbito religioso, de la especie de duelo perdido por anticipado que se libraba con "el demonio" para no perder el estado de gracia. Las primeras peripecias amorosas, por muchas que hayan sido, habían ido paralelas con una guerra desarrollada a menudo en dos frentes: el combate interno con la pulsión que, surgiendo sin ser deseada y súbitamente, como el rayo, viene a perturbar la tranquila belleza del sentimiento amoroso. Y la lucha en "el frente paterno", siendo el padre generalmente citado como el que se oponía abiertamente a todo

85. *Inhibition, symptôme et angoisse*, o.c., pp. 33-34 (GW XIV, 142-143). Ver también *Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense*, OCP III, 129-130 (GW I, 386).

posible “despropósito” o el que bloqueaba toda elección eventual con la desaprobación.

Como hemos dicho, por mucho que haya tenido peripecias amorosas... ya que, frecuentemente en la neurosis obsesiva, el combate es íntegramente interiorizado, la inhibición que se dice “espontánea” del deseo sexual que la acompaña, vuelve superflua toda confrontación directa. El conflicto inicial descubierto por Freud en el transcurso del análisis del Hombre de las Ratas es muy elocuente al respecto. El Hombre de las Ratas estaba enamorado de una joven pobre en contra del deseo de su padre y del ideal perseguido por éste, y se opuso en un primer momento al proyecto de matrimonio –deseado por sus padres y casi arreglado– con una mujer afortunada, que él mismo no encontraba antipática y cuyos medios financieros en el fondo no le eran tan indiferentes... Intentó sustraerse al conflicto por medio de un continuo aplazamiento. Visto desde el exterior, la duda que parecía deberse a la elección entre las dos mujeres, escondía sin embargo el fondo mismo del conflicto inconsciente “entre la influencia del padre y su amor por la mujer de sus sueños”⁸⁶.

Un conflicto edípico constituye, pues, el punto de partida de la neurosis obsesiva: el deseo sexual no es conciliable con la prohibición paterna, la cual tiene manifiestamente tal fuerza amenazadora que el yo pone inmediatamente todo en acción para rechazar la tendencia libidinal. Este curso de las cosas, aparentemente simple, implica sin embargo cierto número de elementos característicos que tomarán, según la situación concreta, una acentuación diferente.

La defensa inmediata y masiva contra la sexualidad está claramente puesta de relieve en los ejemplos anteriores. El mecanismo de esa represión inicial ha sido ampliamente debatido por Freud en sus primeros escritos sobre la neurosis obsesiva. Se trata esencialmente de una represión por desplazamiento de la “creciente de afecto”, desde la representación prohibida hasta un grupo de representaciones que tienen un vínculo asociativo inconsciente con ella: se produce lo que Freud llama “una falsa unión” (*eine falsche Verknüpfung*)⁸⁷. Es así como se constituyen los sín-

86. “Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle. L'homme aux rats”, en *Cinq psychanalyse*, o.c. p. 253 (GW VII, 453).

87. *Les névropsychoses-de-défense*, OCP III, 9 (GW I,66); ver también *Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense*, OCP III, 128-135 (GW I, 385-392) y *L'hérédité et l'étiologie des névroses*, OCP III, 119-120 (GW I, 420-422 [Original en francés]).

tomas obsesivos primitivos. Representaciones o actividades físicas sin relación con la sexualidad son investidos con la intensidad, la obstinación a veces, de la tendencia libidinal originaria. Será aquí totalmente típica la aparición de un escepticismo generalizado, concentrado casi siempre en cosas para las que cualquier duda parece precisamente injustificada y superflua (en la escuela psiquiátrica francesa se habla de “locura de la duda”): esta duda va a investir las actividades cotidianas de rutina tales como la nutrición, la higiene, el camino que conduce a la escuela, o al trabajo. Un escepticismo paraliza igualmente toda elección: ¿Vamos a comprar esto o aquello, comenzar por hacer esto o aquello, visitar a tal amigo o terminar tal pequeño trabajo? Estas dudas frente a las elecciones aparecen como un *ersatz*, un sustituto –bastante lejano por cierto– del conflicto originario: elegir entre la prosecución de los propios deseos libidinales o la seguridad del amor aprobador del padre. El escepticismo convertido en síntoma no es más que la consecuencia de un proceso masivo de desplazamiento. Este mecanismo juega igualmente un papel central en otro grupo de representaciones obsesivas típicas, que comprenden, entre otras, el incesante tormento debido a reproches dirigidos a uno mismo. En el ejemplo que vimos de la joven esposa del trabajador agrícola, la paciente quedaba paralizada en la ejecución de su *hobby* favorito –la costura– por la idea autoacusadora de que no era lo suficientemente prudente y que podría “involuntariamente” herir a sus prójimos dejando tirada alguna aguja.

El primer período defensivo contiene frecuentemente, junto a la represión, otra medida complementaria: una transformación esencial del carácter, que Freud describe como formación reaccional. Lo llama también un “síntoma de defensa primario”⁸⁸. Para mejor servir a la represión del deseo prohibido, de la representación “culpable”, el sujeto se vuelve exageradamente concienzudo, hiperpreocupado, puntilloso hasta en lo concerniente al orden y a la limpieza. A veces, ese rasgo de carácter conoce gran éxito con respecto al sujeto, por lo que por un tiempo bastante largo convierte en superfluo cualquier otro trabajo de represión (y de formación de sín-

88. Descrito por primera vez en *Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense*, OCP III, 130 (GW I,387). Ver también, entre otros, *Inhibition, symptôme et angoisse*, o.c., p. 35 (GW XIV,144). Luego, en el mismo texto, Freud subraya que esta formación reaccional tiene el mismo sentido y el mismo valor que un contra-investimiento. En el yo, lo contrario de los impulsos (frecuentemente agresivos) reprimidos es reforzado. Ver *Ibid.*, pp. 85-86 (GW XIV, 190).

tomas)⁸⁹. Sin embargo, esta transformación de carácter frecuentemente no conlleva ninguna paz real: el hecho de ser concienzudo degenera en un constante tormento de la consciencia, cargada de angustia; la exageración del cuidado y de la exactitud vuelven imposible toda acción eficaz.

Pero debemos retomar la pregunta sobre el motivo de esa urgencia con la que la defensa es puesta en marcha, luego de lo que podríamos llamar un conflicto edípico "normal". Otra pregunta no resuelta: ¿por qué esa misma defensa en la neurosis obsesiva es un asunto que lleva tan lejos?

Dos constelaciones conflictuales que destacan constituyen generalmente el preámbulo a la neurosis obsesiva. Por una parte, encontramos sobre todo el vínculo persistente del deseo sexual con el objeto incestuoso, de manera que todo deseo sexual se mantiene y queda como un deseo prohibido. El sujeto se estanca y enreda en la primera etapa de la fase edípica: la orientación incestuosa hacia la madre. La prohibición proveniente de la instancia paterna suscita una oposición y una rivalidad a las que se termina generalmente por renunciar, no sólo por miedo al castigo (angustia de castración), sino también sobre la base de una identificación con el padre lo suficientemente prometedora para el futuro. Esta prohibición paterna es a todas luces insuficientemente operante aquí. Dos factores de la historia vivida, imbricados uno en otro, juegan un decisivo papel en este campo: una fuerte fascinación del niño por la insatisfacción neurótica de la madre en la relación con su marido, va generalmente de la mano con la muy débil "marcación" que da el padre a la ley simbólica. En su estudio de 1959, Serge Leclair muestra cómo la madre de "Philón" bloquea la evolución edípica normal de su hijo, al no responder a su deseo con un "no", una *Versagung* que viene a confirmar la prohibición paterna. Por el contrario, ella refuerza notablemente el deseo del niño para que responda a su propio deseo, deseo que no ha sido satisfecho por el padre. Está claro que esta concordancia de deseos no es premeditada, sino que "fluye de la ternura inconsciente y turbia de una mujer neurótica insatisfecha"⁹⁰.

89. Más explicaciones sobre la relación entre formación del carácter y neurosis, en "La disposition a la névrose obsessionnelle. Une contribution au problème du choix de la névrose", en *Névrose, psychose et perversion*, o.c., p. 195 y ss. (GW VIII, 449 y ss.). Traducción al español en *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 62, Madrid.

90. S. Leclair, "Philon ou l'obsessionnel et son désir", en *Démasquer le réel*, o.c. A propósito de la formación de la neurosis religiosa de culpabilidad en la que la severidad del super-yo es volcada a Dios, A. Vergote, en *Dette et désir*, o.c., pp. 85-86, subraya igualmente la importancia de la debilidad del padre en cuanto representante de la ley simbólica.

Por otro lado, encontramos frecuentemente una exagerada severidad en el padre como jefe. La prohibición paterna se graba en la memoria del sujeto con trazos violentos u oscuros deseos de revancha. A veces, todo sucede como si el padre actuara a partir de su propia insatisfacción o con la dedicación de un guardián de la ley que se sentiría víctima del "sistema" que debe cuidar. La prohibición edípica pierde entonces su fuerza de referente simbólico. Toda la atención estará concentrada en la agresividad y la rivalidad, de manera que una identificación liberadora y positiva se tornará igualmente imposible. Pero esos sentimientos hostiles serán reprimidos con fuerza por miedo a un contraataque del padre, juzgado como demasiado peligroso por el sujeto. Este estado de sorda oposición es pronto insostenible para el sujeto, no sólo porque teme la reacción del padre, sino igualmente porque en el fondo admira y ama a ese padre a pesar del miedo y a veces del odio que le inspira. Como sobre todo no quiere correr el riesgo de perder su amor..., pone todo en acción para seguir fielmente sus leyes. Ese movimiento pendular es la tela de fondo y el terreno fértil de un conflicto psíquico secundario que aparece a menudo en el trasfondo de la neurosis obsesiva: *el conflicto de ambivalencia*.

No se trata aquí del conjunto habitual de los sentimientos –positivos y negativos– que sobrevienen normalmente en las relaciones afectivas⁹¹. En el conflicto de ambivalencia neurótica, los sentimientos son muy intensos y se sitúan en un *nivel* totalmente diferente del punto de vista tópico. El violento odio que surge con respecto al padre amado es rechazado con fuerza. El amor vivido conscientemente no puede disolver ese odio ni hacerlo volatilar "como por encanto": sólo puede reprimirlo. En el inconsciente, este odio va a continuar imperturbablemente causando estragos, y hasta podría aumentar llegando incluso a fantasmas de asesinato, por ejemplo (proceso primario). Simultáneamente en el nivel consciente, la intensidad de la actitud amorosa es puesta en escena⁹² a manera de contra-investimento. En la neurosis ulterior, este conflicto de base que caracteriza la relación con el padre no es consciente, y sólo el trabajo analítico tendrá la posibilidad de hacerlo surgir. Sin embargo, puede exteriorizarse de manera

91. "La dynamique du transfert", en *La technique psychanalytique*, o.c., p. 59 (GW VIII, 373). Traducción al español en *Psicoanálisis aplicado y técnica psicoanalítica*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 359, Madrid.

92. "Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle", en *Cinq psychanalyses*, o.c., pp. 253-255 (GW VII, 454-455).

sintomática en la relación con una persona amada, como en el caso del Hombre de las Ratas. Ideas o imágenes obsesivas repentinas, de temática algunas veces muy agresiva o destructiva, atravesarán entonces de manera inquietante los sentimientos de amor mejor intencionados para con la pareja o el hijo. Algunos comportamientos obsesivos pueden igualmente traducir esta profunda ambivalencia: la compulsión de lavarse y el miedo al contacto (delirio de tocar) no remiten siempre a un tabú que reposaría sobre deseos sexuales prohibidos, pero pueden significar igualmente, por desplazamiento, la represión de la tentación de "tocar" al otro con una violencia destructiva⁹³. Diversas formas de compulsión de querer controlarlo todo van igualmente en ese sentido.

La problemática de la culpabilidad ocupa un lugar importante en cada uno de los conflictos de base de la neurosis obsesiva. En el primero, se refiere a los deseos y aspiraciones libidinales prohibidos, y en el segundo, a la agresividad inaceptable. Pero esta culpabilidad no está siempre presente como sentimiento consciente. Frecuentemente sólo se experimenta una vaga angustia que acompañará hasta a los síntomas más alejados del conflicto inicial.

Esta ausencia de sentimiento manifiesto de culpabilidad es uno de los efectos de la represión. Hay que señalar aún, para terminar, que en la neurosis obsesiva de temática religiosa, sentimiento y angustia de culpabilidad ocuparán por el contrario un lugar central⁹⁴.

La regresión

En caso de neurosis obsesiva, la prohibición (*innere Versagung*) referida a la libido genital, provoca siempre la regresión de la libido hacia un estadio de desarrollo anterior. La regresión principal se hace sobre todo en dirección de la etapa sádico-anal. Esta regresión debe ser comprendida como un elemento necesario de la defensa, puesta en acción por el yo, contra la tendencia genital prohibida durante la etapa inicial del Complejo de Edipo. La creciente de afecto, retirada de la aspiración prohibida para servir a la represión, refluye hacia "los investimentos destructores de la

93. Sobre estos puntos, Freud compara la neurosis obsesiva a los tabúes basados en el "comercio" con el tótem; *Totem et tabou*, o.c., p. 41 y ss. (GW IX).

94. A. Vergote, *Dette et désir*, o.c., Cap I54 I, . p. 69 y ss. La problemática de la culpabilidad es abordada *in extenso* en la contribución sobre la ética y la religión.

etapa sádica”⁹⁵. La fuerza del impulso erótico tierno está relacionado con la tendencia a dominar a otros, a dominarlos de manera agresiva y a apropiárselos de manera violenta. Vemos inmediatamente el peligro que resulta de ello: la agresión, incluida habitualmente en la hostilidad “normal” y en la rivalidad con el padre, recibe aquí una fuerza suplementaria, independientemente de la eventual severidad que este último pondrá a prueba en el ejercicio concreto de la “potencia paterna”. Por el hecho de la regresión, la tendencia hostil toma una apariencia agresiva y destructiva. Podemos así comprender que el conflicto de ambivalencia esté siempre presente en cualquier forma de la neurosis obsesiva. Este reforzamiento de la agresión provoca a su vez, obligatoriamente, un reforzamiento de la represión. Puede resultar de ello un simple reforzamiento de las transformaciones reaccionales del carácter (inquietud, sensiblería exagerada), pero la mayoría de las veces, este incesante aumento de la presión agresiva va a necesitar la articulación de medidas de protección (*Schutzmassregel*)⁹⁶, las que se complejizarán sin cesar. Representaciones de prohibiciones y fórmulas conjuratorias (por ejemplo, la compulsión de contar) pueden producirse para este efecto. Ellas trasladan para más tarde la acción o la reemplazan casi enteramente por el hecho de que *deben* acompañar las actividades cotidianas más banales. La acción en sí misma es a menudo completamente paralizada.

La libido no retrocede siempre en su integridad hacia la etapa sádico-anal. Otros momentos de fijación pueden igualmente servir de punto de atracción: así, la pulsión escópica y el deseo de saber sexual (*Schau-und Wisstrieb*) son componentes pulsionales parciales pregenitales que pueden ser nuevamente investidos con fuerza. Este sobreinvertimiento regresivo se manifiesta sintomáticamente en la rumiación incesante o en la compulsión de querer “comprenderlo todo”. Esto constituye al mismo tiempo una válvula para la agresividad reprimida. Importunamos sin cesar al prójimo con “no lo comprendo bien, ¿podría volver a explicarlo?” a propósito de todo y de nada, a veces por frases de lo más banales. Esto se comprende como la libidinización de la actividad ideativa. El placer que va normalmente acompañado del contenido de la idea —esto es, entender acerca de

95. *Inhibition, symptôme et angoisse*, o.c., p. 34 (GW XIV, 143).

96. Entre otros, *Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense*, OCP III, p. 141 y ss. (GW I, 398 y ss.) y “Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle”, en *Cinq psychanalyses*, o.c., p. 258 (GW VII, 459).

lo que se habla—, parece aquí satisfacerse solamente siguiendo el desarrollo de las actividades del pensamiento, por más vanas que éstas sean. La transferencia de energía de la actividad (prohibida) hacia la actividad del pensamiento (preparatoria) procura igualmente un *ersatz* de satisfacción. Se “divierte” pensando⁹⁷ y, por el mismo hecho, el rechazo del campo prohibido se confirma. El mecanismo de defensa, llamado “intelectualización” por los autores postfreudianos, tiene aquí su origen. La relación de esta compulsión de saber con la posición sádico-anal es frecuentemente apenas disimulada: se trata de un brote de la pulsión de control (*Bemächtigungstrieb*)⁹⁸.

Finalmente, queda por mencionar la posibilidad de una regresión más profunda en la neurosis obsesiva, es decir, una regresión a la etapa del narcisismo que precede a la del erotismo sádico-anal. Freud llama la atención sobre este destino de la pulsión, que da sobre todo lugar a síntomas, con carácter de conjuraciones mágicas, de la tendencia prohibida: estas construcciones ideales compulsivas, cuya absurdidad es evidente incluso para quien las construye, o estos conjuntos compulsivos de palabras hacen que la neurosis obsesiva, en un estadio ulterior de su evolución, se convierta en un verdadero tormento. Esas fórmulas conjuratorias deben mantenerse escrupulosamente como en un ritual, la menor perturbación obligaría a comenzar de nuevo, a veces hasta el infinito. La importancia otorgada a esas fórmulas remite a la creencia, ligada a la potencialidad narcisista, de que con una palabra o pensamiento se puede ejercer una influencia determinante sobre los acontecimientos. Detrás de esa creencia en el poder total del pensamiento se esconde una parte del antiguo delirio de grandeza infantil⁹⁹.

Como conclusión de esta exposición sobre los momentos de regresión corresponsables del sobreinvertimiento y de la erotización de la actividad del pensamiento en la neurosis obsesiva, mencionaré brevemente otros dos mecanismos de defensa típicos de esa neurosis. No se trata realmente de

97. “Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle”, en *Ibíd.*, pp. 258-259 (GW VII, 460-461).

98. “La disposition a la névrose obsessionnelle”, en *Névrose, psychose et perversion*, o.c., p. 196 (GW VIII, 450). Traducido al español en *Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de la neurosis*, Alianza Editorial, El Libro de Bolsillo, 62, Madrid.

99. “Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle”, en *Cinq psychanalyses*, o.c., p. 251 (GW VII, 450), y sobre todo *Totem et tabou*, o.c., pp. 101-102 y 183 y ss. (GW IX, 106 y 192 y ss.).

mecanismos de defensa en el estricto sentido del término; son más bien medios auxiliares de formación de síntomas que el yo puede utilizar en vista de realizar sus designios¹⁰⁰.

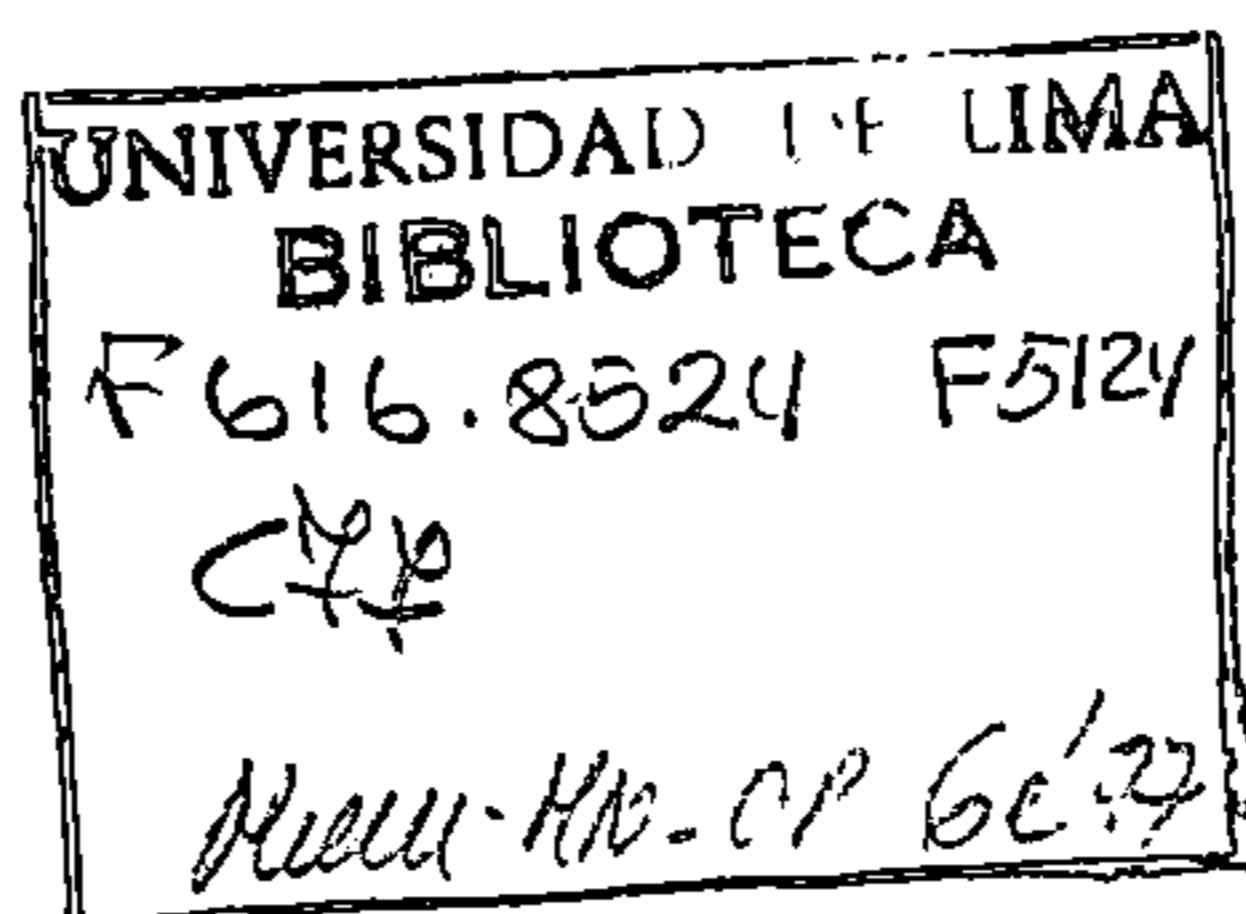
La anulación retroactiva (Ungeschehenmachen) es una técnica que se emparenta estrechamente con la creencia mágica en el poder total del pensamiento que acabamos de evocar. Inicialmente, Freud utilizó este término para designar síntomas motores, especie de actos ceremoniales que se desarrollan en dos tiempos. En un primer tiempo, se plantea un acto que tiene una vaga relación con el deseo prohibido, y un segundo acto sigue inmediatamente como para suprimir al primero de manera conjuratoria. O bien, un acto de anulación es planteado obligatoriamente cada vez que es realizada una actividad cotidiana determinada, la cual, por vía de asociaciones de desplazamiento inconscientes, mantiene un vínculo con lo que está prohibido. Una paciente debe, por ejemplo, tocar (frotar) sus otros dedos con el pulgar cada vez que pone un vestido en la lavadora. La anulación puede igualmente jugar un rol en el plano del contacto social. Así, cada vez que dicen algo poco gentil a propósito de un tercero, o que se hace alguna crítica prudente orientada a su interlocutor, puede verse obligado a hacer que su enunciación sea seguida de una "contra-enunciación" correctiva. En este sentido, algunos hablan de *Wiedergutmachungs-Tendenz*, la tendencia a la reparación.

El *aislamiento* puede igualmente ser descrito como una técnica defensiva del yo. En primer lugar, esta técnica es sorprendente en ciertos síntomas que hemos llamado "motores". Luego de un incidente banal, pero que visto a la luz del complejo neurótico tiene una significación inconsciente primordial para el sujeto, una breve pausa es intercalada: la acción queda como suspendida un instante. A veces se inserta allí una corta acción de distinto orden o fórmula conjuratoria. Después, la primera acción retoma su curso. La actuación puede ser recortada en secuencias, interrumpida por intervalos, irregular y rígida, y perder en ese caso su desarrollo espontáneo, vivo y fluido. En este comportamiento sintomático se manifiesta nítidamente lo que von Gebattel denomina *das saccadierte Handeln* del paciente obsesivo¹⁰¹. La pausa que evocamos sirve para privar de su creciente de afecto aquello que es "prohibido". Por una especie de con-

100. Ver sobre todo *Inhibition, symptome et angoisse*, o.c., pp. 41-42 y 92-93 (GW XIV, 149-152 y 196-197).

101. Von Gebattel, en *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, o.c., p. 62.

centración interna que desvía el curso de sus ideas, el paciente separa y aísla esta prohibición, la que sin embargo no es verdaderamente separada de la consciencia o del recuerdo consciente. Pero el aislamiento impide su infiltración en el proceso de pensamiento ulterior. El aislamiento es "la garantía de la ruptura de las conexiones del pensamiento"¹⁰². La consecuencia eventualmente embarazosa es directamente interrumpida. Para asombro del observador, gracias a la técnica del aislamiento, los neuróticos obsesivos cuentan con el mayor candor los fantasmas más horribles ("Una vez, en una película vi..."; "Fulano de Tal me contó que...; Figúrese que..."), o hablan de la terrible agonía de su padre con una perfecta impasibilidad y un lujo de detalles inaudito, o hacen con una aparente frialdad el relato detallado de la enfermedad de su hijo.



102. *Ibíd.*, p. 51.

Este libro se terminó de imprimir en octubre de 1996
en el Departamento de Impresiones
de la Universidad de Lima