



Experto en psicología clínica y psicoterapia en adultos

MÓDULO I. SALUD Y APARATO PSÍQUICO



www.isfap.com - info@isfap.com

TEMA III. ESTRUCTURAS CLÍNICAS. NEUROSIS, HISTERIA Y OBSESIÓN

Neurosis. Origen y definiciones

El término neurosis fue introducido en 1777 en la bibliografía médica, por WILLIAM CULLEN, en su libro llamado FIRST LINES IN THE PRACTICE OF PHYSICK, -. En una segunda parte de su obra, la titula Neurosis or nervous Diseases, tratando las enfermedades mentales o vesanias junto a la dispepsia, las palpitaciones cardiacas, el cólico, la hipocondría y la histeria. Considera que las enfermedades provienen de exaltaciones o depresiones del sistema nervioso dividiéndolas en cuatro categorías principales fiebres, caquexias, desórdenes locales y neurosis. Dentro de esta última incluía a afecciones de los sentidos, y de los movimientos, no siendo parte de la enfermedad la fiebre, sino de alteración más general del sistema nervioso y de aquellas fuerzas del sistema de las que dependen como los órganos sensoriales y los movimientos.

Ya en el siglo XIX, se incluyen por lo general bajo la denominación de neurosis toda una serie de afecciones que se podrían caracterizar de la siguiente forma:

- Se les reconoce una localización orgánica precisa, de ahí los nombres de neurosis digestiva, neurosis cardiaca, neurosis gástrica, etc... o se les supone una tal localización en el caso de la histeria – útero, tubo digestivo, y de la hipocondría.
- Se trata de afecciones funcionales: sin inflamación ni lesión estructural del órgano interesado.

Se consideran como enfermedades del sistema nervioso.

La noción de neurosis en el siglo XIX puede relacionarse, desde un punto de vista de la comprensión, con los conceptos modernos de afección psicósomática y de neurosis de órgano.

Desde el punto de vista de la extensión nosográfica, el término neurosis incluiría afecciones que hoy en día se reparten en los tres campos de las neurosis:

- 1.Histeria.
- 2.Psicosomático (neurastenia, afecciones digestivas...).
- 3.Neurología: Parkinson, epilepsia.

En este periodo, la mayoría de los autores se percatan del carácter heterogéneo de las afecciones clasificadas bajo la denominación de neurosis, desprendiéndose afecciones en las cuales se supone como fundamento la existencia de una lesión del sistema nervioso – correa, epilepsia, enfermedad de Parkinson -. De otro lado, en la frontera móvil que lo separa de las enfermedades mentales, el grupo de las neurosis tiende a anexionarse cuadros clínicos – obsesiones, fobias, que algunos autores clasificaban entre las psicosis, las demencias o los delirios.

En Francia, a finales del siglo XIX Janet distingue dos tipos fundamentales de neurosis: La histeria y la psicastenia – en Freud corresponde a las neurosis obsesiva-.

En este tiempo, para Freud, la importancia residía en evidenciar el mecanismo psicógeno en toda una serie de afecciones. El eje de su clasificación es entre las neurosis actuales, cuya etiología se busca en una disfunción somática de la sexualidad, y las psiconeurosis, en las cuales el factor determinante es el conflicto psíquico. Estas psiconeurosis, llamadas de defensa incluyen neurosis como la histeria, y psicosis que se designan con el término de psicosis de defensa – como la paranoia.

Dentro de esta perspectiva, Freud intenta imponer el término “Psiconeurosis narcisista” para designar lo que, en psiquiatría, en la misma época, se designaba como psicosis. Finalmente, vuelve a la clasificación psiquiátrica usual y reserva la noción de neurosis -o psiconeurosis – narcisista para nombrar a la psicosis maniaco-depresiva.

Definitivamente, fue Freud quién se ocupó de darle un sentido estrictamente psíquico al término neurosis, y a desgranarlas según la etiología y su producción sintomatológica, como indicaremos posteriormente.

Definiciones de la neurosis

A pesar de ser unos de los términos más usados, el término neurosis no es unívoco y consigue imprecisiones:

Henry Ey dice que es una enfermedad menor de la personalidad, cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes del individuo y sus defensas contra la angustia, que inhiben las conductas sociales.



Juan Conderch la define como el resultado de la incapacidad del yo para resolver adecuadamente los conflictos inconscientes que existen en el psiquismo del enfermo.

Adler sostiene que “la neurosis es una especial

manera de situarse a vida”.

Philip Solomon dice:

“La neurosis constituyen una exageración de lo que todos sentimos a veces, síntomas debidos a emociones en lugar de enfermedades orgánicas”.

Para la APA-American Psychiatric Association la neurosis “se caracteriza por una preocupación ansiosa que se extiende hasta el pánico y que frecuentemente se halla asociada con los síntomas somáticos”.

Pierre Solignac, en su libro Neurosis Cristiana refiere que la

“neurosis es una afección psicógena cuyos síntomas son la expresión simbólica de un conflicto psíquico que tiene sus raíces en la historia infantil del sujeto y comprende entre sí el deseo y la defensa”.

Otto Fenichel señala que “el conflicto neurótico tiene lugar entre el yo, y el ello. Es una reacción particular del yo frente a ciertas exigencias pulsionales. Bajo la influencia del superyó, el yo intenta defenderse contra los impulsos prohibidos por aquel, de una manera característica para tipo de neurosis”.

Según Lopez Ibor, las neurosis son “enfermedades del ánimo”.

El psicoanálisis dice que “la neurosis es un fracaso ante el conflicto interno o externo”. El conflicto interno nos lleva a la dinámica de la personalidad, mientras que el conflicto externo nos induce al trauma psíquico y al estudio de la influencia de lo social y humano. El psicoanálisis llega a considerar la neurosis como un problema existencial: se trata de una forma de la subjetividad – de ahí que para algunos psicoanalistas la modalidad de la histeria, de la obsesión se trate de formas subjetivas de existir -. El síntoma vendría a ser la expresión simbólica de un conflicto interno teniendo sus raíces en la infancia - Laplanche y Pontalis en Diccionario de Psicoanálisis - e implican una pugna entre los impulsos inconscientes y los mecanismos de defensa, control del yo, falla en la represión de los impulsos sexuales.

La neurosis en Freud

A continuación vamos a hacer un recorrido de la neurosis en la obra de S. Freud., y paralelo a ello, aquella afección – la histeria – que permite profundizar en el concepto.

La teoría de las neurosis es quasi-sinónimo de la teoría psicoanalítica freudiana. La insistente preocupación de Freud acerca de la neurosis residió en definir sus manifestaciones, a la vez que encontrar las causas que la determinaban.

Refiriéndose al origen de la neurosis, Freud señala a Fliess, -carta 18 – que tiene “la sensación de encontrarme frente a uno de los grandes secretos de la naturaleza -referido por Mannoni, 1985-.

Este secreto estribaba en que los traumas sexuales infantiles que habían sido olvidados, enigmáticamente se convertían en síntomas. Éstos habían sido desalojados al inconsciente por fuerza de la represión, mecanismo central en el desarrollo de una neurosis.

Con la palabra secreto, Freud nos revela su perseverante deseo epistemológico en relación a la neurosis, palabra que apunta desde entonces a rescatar lo incógnito y desconocido del mundo neurótico.,

La fuerza del pensamiento freudiano se convierte en una apasionada búsqueda que lo lleva a descubrir el psicoanálisis. A través del diálogo epistolar con Fliess quedaron revelados tanto el inconsciente como la sexualidad infantil y el origen funcional de las neurosis.

Hasta 1895, el interés por las neurosis, tanto en Viena como en Salpêtrière – Paris - era puramente clínico y se denominaba neurosis a todo lo que no eran patologías psicóticas, las discriminaciones eran ligeras y superficiales y estaban desordenadas.

A través de sus hallazgos Freud rescató los fenómenos histéricos de los prejuicios que los circundaban: la posesión demoníaca que se le atribuyó en la Edad Media; Ya en el siglo

XVIII, la literatura médica inglesa hablaba de la histeria como una afección del sistema nervioso en forma de localización orgánica; los alemanes postulaban la teoría fisiológica de la histeria; al tiempo que Charcot infería conjeturas neurológicas de las observaciones clínicas con sus pacientes histéricas.

Con sus descubrimientos, Freud y Breuer consiguieron liberar a estos padecimientos de los infructuosos tratamientos que hasta entonces se usaban: la electroterapia, la hidroterapia y la hipnosis para darle lugar a la cura por medio de la palabra.

El psicoanálisis es el heredero de la cura por la palabra y su nacimiento se liga a la histeria, en ella estaba la clave para los postulados teóricos y recursos técnicos. En Comunicación Preliminar y en Psicoterapia de la histeria, Breuer y Freud trabajaron la hipótesis de la histeria como neurosis traumática. “En ambas el síntoma desaparece cuando el paciente consigue detallar el suceso traumático y expresar en palabras el afecto”. En estos escritos, también se agrega que los recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente abreaccionados; la tarea del terapeuta consiste entonces, en superar la resistencia para llegar a los recuerdos patógenos.

En los Estudios sobre la histeria (1893-1895), Freud observa que en la raíz de todos los síntomas neuróticos se encuentran reprimidos, contenidos sexuales penosos e intolerables de la época infantil, lo que lo lleva a descubrir en 1897 el complejo de Edipo concomitante a la sexualidad infantil.

En la Etiología de la histeria (1896) la histeria se piensa como la consecuencia de un “conflicto psíquico”, es decir, una representación intolerable que pone en movimiento las defensas del yo, e induce a la represión a desalojar el recuerdo penoso hacia el inconsciente y en su lugar se crea un síntoma histérico. Freud destaca que las experiencias traumáticas son de origen sexual.

En 1907, es la repetición deformada de fantasías sexuales a partir de fijaciones de la libido, donde tiene un doble fin: descargarse y destrabarse de las fijaciones traumáticas históricas.

Ya en 1912, sobre las causas ocasionales de la neurosis, Freud enfatiza el papel del conflicto y de la fijación de la libido. Se contrae una neurosis cuando se pierde el objeto y la frustración ejerce una influencia patógena. La libido insatisfecha y estancada fuerza los caminos de la regresión hasta un objeto fantaseado y desde él a un objeto reprimido.

En 1914 se descubre la importancia de la compulsión a la repetición de los síntomas neuróticos y sus manifestaciones en la transferencia. Más adelante, Freud (1916-17) remarcará la necesidad de encontrar el significado del síntoma, que al igual que los actos fallidos y los sueños poseen un sentido que conducen a un nexo histórico en la vida del paciente; mediante ellos podemos orientar para la formulación de un diagnóstico. Tiempo después, en 1919 emerge en su obra, el efecto de lo siniestro en la repetición de síntomas, el que puede doblegar el principio del placer.

Para Freud, otro aspecto importante es cómo se construye el mundo neurótico frente a la realidad. Para ello, plantea, en 1924, que la neurosis confrontada a la realidad, el yo sofoca un fragmento del ello – la vida pulsional -, emprendiendo la represión de la pulsión. Así, la neurosis consiste en una reacción contra la represión y en el fracaso de ésta. De tal manera que lo que caracteriza a la neurosis es el resultado de una represión fracasada. Tenemos entonces que la neurosis se somete al mundo real, intentando sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo; buscándolo en un mundo de fantasía a través del camino de la regresión, en una prehistoria real más satisfactoria. El yo al emprender la represión obedece a los dictados del superyó, el que tiene su origen en el mundo real exterior: Freud remarca que “el yo ha entrado en conflicto con el ello, al servicio del superyó y de la realidad externa, siendo esta descripción válida para todas las neurosis de transferencia”.

Desde el Proyecto (1895) hasta el fin de su obra, Freud declara que la neurosis se constituye retroactivamente en la pubertad, ya que la causa antigua y profunda sucedió en la niñez, pero no tuvo significación en aquel entonces. El recuerdo reprimido deviene traumático con retroactividad (a fortiori), constituyendo el après-coup, trauma en dos tiempos.

En cuanto a la conceptualización nosográfica, y en paralelo a los descubrimientos que realiza Freud con respecto a las neurosis, diferencia las psiconeurosis y las neurosis actuales en el periodo de 1896 a 1910. Éstas últimas son: las neurosis de angustia y la neurastenia.

Entre 1910 y 1922 se ocupó de separar las neurosis actuales, a las que le había agregado la hipocondría, de las neurosis de transferencia y de las neurosis narcisistas – psicosis -. Las neurosis de transferencia quedan ocupadas por la histeria, la obsesión y las fobias.

Hacia 1923, Freud establece cuatro categorías psicopatológicas:

1. El grupo de las neurosis actuales.
2. El grupo de las neurosis que corresponden en la clasificación anteriormente descrita de las neurosis de transferencia
3. Neurosis narcisistas: depresión y melancolía.
4. Psicosis: paranoia y esquizofrenia.

A partir de 1925, Freud tiene interés en profundizar en la patología del narcisismo y en la perversión.

En el recorrido de Freud, la neurosis siempre está como punto central de su interés, desde 1895 a 1939; y aunque modificaba, señalaba, introducía cambios a medida que se producían ante él nuevos descubrimientos, sus hipótesis psicodinámicas acerca de los

mecanismos neuróticos no cambiaron substancialmente; los puntos centrales se basaron en los factores triangulares del modelo edípico y en lo referente a la angustia de castración.

Para Freud las dos fuerzas que están en conflicto en la neurosis son la sexualidad y una instancia represora, debido a que las representaciones sexuales son incompatibles para el yo. También se habla de conflictos entre las diferentes instancias, en una misma instancia, y entre las pulsiones; por ejemplo, la de vida y la de muerte. Para el psicoanalista, el problema del conflicto nuclear desemboca en el complejo de Edipo que marca los ejes del conflicto entre el deseo y la prohibición.

Desde un punto de vista dinámico, Freud atribuye al conflicto neurótico el origen de la represión de la representación displacentera y deseada, a la vez, y el de la resistencia que mantiene la representación reprimida, prohibiéndole el acceso a la conciencia. Así, la tarea del psicoanálisis consistirá en la investigación del conflicto etiológico, entre el deseo y la defensa y del síntoma como elemento de compromiso entre los dos.

Desde el punto de vista tópico se habla de la diferenciación del funcionamiento del aparato psíquico, a través de los conceptos de la energía libre que contiene las representaciones inconscientes y de la energía ligada a la que pertenecen las representaciones conscientes.

Los sucesos dolorosos que se contraponen al principio del placer no se ligan y no son capaces de tener acceso al proceso secundario. La energía libre queda a cargo del proceso primario en una desligadura donde impera la pulsión de muerte. La importancia de ligar los impulsos instintivos estriba en que toda energía ligada tiene la posibilidad de transformarse de proceso primario a secundario, pudiendo de esta manera ser manejada por el yo. De aquí que la ligazón sea un acto preparatorio que asegura el dominio de Eros en el aparato psíquico. La energía libre tiene una descarga inmediata. El fracaso de esta descarga origina la neurosis y el síntoma – 1970, Laplanche -.

Los síntomas neuróticos son el resultado del conflicto y a través de la formación de compromiso conforman un proceso de transacción para ser admitidos al consciente el que se observa también en el sueño, el acto fallido y el recuerdo encubierto.



“Los síntomas se explican por un retorno de lo reprimido y se produce por medio de la formación de compromiso entre las representaciones reprimidas y las represoras”, Freud, 1938.

La formación de síntomas neuróticos es un término que se encuentra muchas veces a lo largo de toda la obra freudiana y se considera como una fase específica en la génesis de la neurosis y va unida al retorno de lo reprimido.

El síntoma neurótico demanda ser escuchado – para aquel que lo quiera oír - y mantiene una relación estrecha con la palabra. El síntoma es un lenguaje que habla e intenta hacerse escuchar. Las relaciones entre síntoma y lenguaje quedan establecidas como elementos indispensables para la cura de la neurosis. La situación analítica pone en evidencia la relación de dos interlocutores en un diálogo destinado a superar la neurosis por medio de la palabra (D. Anzieu, 1979). El síntoma es el equivalente del recuerdo displacentero y olvidado. La neurosis substituye con el síntoma al recuerdo intolerable del traumatismo inicial. La cura deshace el síntoma permitiendo la rememoración del recuerdo.

Hemos visto que toda repetición es sintomática, que es una formación de compromiso, de tal manera que el síntoma como el trauma y el deseo son una transacción entre lo

repressor y lo reprimido. Freud (1938) expresa que “los síntomas e inhibiciones son las consecuencias de esas represiones. Vale decir que son el sustituto de eso olvidado”.

La necesidad del paciente neurótico de borrar, negar y olvidar lo vivido en el pasado perpetúa las vivencias traumáticas, lo que en realidad es otra manera de repetir para no olvidar. De aquí, que la neurosis es un eterno reprimir y repetir, convirtiéndose en la historia de un fracaso, de una falla que intenta una y otra vez volver a inscribirse porque quedó inconclusa. En los encuentros analíticos se intenta poner en palabras las partes de esa historia que quedó desalojada por la fuerza de la represión. Se trata de reconstruir las piezas faltantes de las escenas traumáticas que el dolor expulsó. También de escuchar los deseos inhibidos que por mucho tiempo constituyeron el “deseo del otro” (Bar-On, 1996).

Ser neurótico es estar atrapado en la escenificación del deseo de un tercero, al cual aparecemos destinados en una prehistoria. El proceso analítico pretende cumplir el destino propio. El síntoma de las neurosis se presenta en la compulsión a la repetición. Repeticiones que son la insistente presencia de vivencias de dolor y desamparo primarias. Para Plá, 1996, La neurosis marca, repite y re-pide un deseo que insiste en ser reconocido. En su destello repetitivo el síntoma habla por sí solo en un empeño malogrado para evitar la vuelta de lo traumático frente al repetitivo triunfo de la repetición, de su compulsión.

El desamparo que acompaña a la repetición traumática en la neurosis es como diría Freud (1919) “aquel sentimiento de lo siniestro que debió quedar en la sombra y ha salido de ella”. “Superar lo traumático (en la neurosis) es una producción que posee valor artístico, supone recrear la experiencia inicial de desamparo. Algunos logran trasponer el terror en creación, merced a un deseo de reparación, otros siguen prisioneros del trauma sufrido, repitiéndolo monótonamente” – Mannoni, 1993 -.

Elección de neurosis

¿Se elige la neurosis?

Siguiendo el desarrollo de Freud, nos encontramos con que piensa que el síntoma, como producción neurótica, le aporta algún beneficio al sujeto. Cierta satisfacción ignorada por el sujeto, y que resulta ser una solución de compromiso respecto de un conflicto pulsional. Hay un conflicto que resolver y una solución: la solución neurótica.

Inicialmente lo desarrolla en términos de defensa, defensa frente a una representación intolerable. Hay una representación que resulta inconciliable con el yo, se plantea un conflicto y la represión la separa del resto de las representaciones para hacerla inofensiva. Y como retorno de eso reprimido, una formación del inconsciente: un síntoma, un lapsus, un sueño. Más adelante dirá que las representaciones que se reprimen, por su intorrorabilidad, son aquellas que entran en conexión con el Complejo de Edipo y que despiertan angustia de castración.

Representación que es intolerable por su carácter sexual, resultado de una sexualidad que llegó antes de tiempo para el sujeto, resultando de ello traumática.

Algo de la relación entre el cuerpo y la palabra parece necesitar de alguna resolución, algo no cierra en sí mismo. Lo que queda por fuera de la simbolización inaugura el circuito del deseo y retorna en fenómenos de intentos de recuperación de goce.

Colette Soler nos dice que aquello que S. Freud llamó en algún momento elección de la neurosis, Lacan lo nombra elección forzada, introduciendo la idea de un forzamiento, como si no quedara otro camino.

Para C. Soler, elección de neurosis es sinónimo de elección sobre el goce, nadie elige como queda atrapado en un goce de más, aunque pueda o no el sujeto hacerse responsable de su posición.

David Nasio nos dice que “el neurótico es un ser de miedo”, que padece por no poder acceder a un goce que lo volvería loco, goce del incesto. El deseo como imposible o como insatisfecho, formas que toman la neurosis obsesiva y la histeria respectivamente, serían entonces estrategias frente a lo intolerable. Deseo que remite a los deseos incestuosos infantiles, siendo que lo particular de la constitución subjetiva del sujeto humano es constituirse con relación a un adulto. Y deseo que, de realizarse, volvería loco al sujeto por el arrasamiento de la legalidad instaurada por la prohibición del incesto.

En este punto, nos podemos plantear el por qué una forma de neurosis y no otra, esto es, por qué una neurosis histérica, obsesiva o fóbica. David Nasio rescata que hay tres tipos de desenlaces respecto del conflicto: en el caso de la neurosis obsesiva, la carga, el afecto, abandona la representación penosa para instalarse en el pensamiento. Una idea sin importancia toma la vida del obsesivo, idea fija obsesiva, la carga se retiró de la representación penosa para dirigirse a esa otra representación que, por carecer de importancia y nexos con aquella, no le molesta - o le molesta, pero no se atiene a la lógica, esto es, no hay correspondencia entre el relato y la angustia.

En el caso de la neurosis histérica la carga irá a parar al cuerpo constituyendo un síntoma somático, dando lugar a la conversión. Y en el caso de las fobias, esa carga que en un primer momento queda libre en el yo, luego se proyecta al mundo exterior instalándose y fijándose en un elemento que habrá que evitar para que no aparezca la angustia.

Se define, pues, cierto desplazamiento del goce inconsciente; el obsesivo sufre conscientemente en el pensamiento: sufrimiento del pensar. El histérico sufre conscientemente en el cuerpo, convierte el goce intolerable en sufrimiento corporal. Y el fóbico sufre conscientemente de la amenaza del mundo exterior, proyecta hacia afuera el goce intolerable. Son estrategias, formas de no encontrarse con la angustia.

Diferentes formas de poder solucionar el conflicto, desenlaces posibles, sin elección allí. Cada estructura tendrá entonces, sus posibilidades de resolución de conflictos. Aunque no pueda elegir las.

Nasio establece otra distinción respecto de la modalidad fantasmática en estos tres tipos de neurosis, como respuesta que organiza la vida del sujeto, frente a la angustia de castración: en el fantasma del obsesivo ubica que la amenaza de castración entra por el oído y la angustia inconsciente que de ella resulta, se desplaza al pensamiento. En el del histérico, la amenaza de castración entra por los ojos y la angustia resultante se convierte en una erotización general del cuerpo a la que se suma una inhibición localizada de la zona genital. Y en el fantasma fóbico dicha amenaza entra por todos los orificios del cuerpo, la angustia se desplaza al mundo exterior.

Entramos, pues, en el punto de inflexión de si el sujeto puede elegir aquello que lo determina como sujeto deseante y hacerse responsable de ello. Atravesar su fantasmática lo posiciona sabiendo algo acerca de como se ofrece al Otro en su fantasma, de cómo se hace objeto para el Otro. Intentos de evitar la castración. Castración que Lacan ubica como producto del lenguaje, siendo que desde su posición de sujeto hay una falta: se trata de un ser en falta.

El sujeto está determinado por el inconsciente. Y con esto se lo intentará confrontar en un análisis y no con haber elegido el tipo de neurosis con que habrá de defenderse. Tampoco eligió tener que defenderse, más bien no puede hacer otra cosa respecto de lo que le resulta intolerable.

Podemos pensar la neurosis como una respuesta frente a la castración- podemos observar como señala Gerard Pommier que el sujeto en análisis no hace otra cosa que defenderse contra la castración -. Habiendo atravesado por el registro de la castración, el neurótico reprime lo visto, lo oído, lo que entró por sus orificios – referido a que el Otro está castrado- y no quiere saber nada de ello.

La neurosis, entonces, ofrece una respuesta posible frente al conflicto a que da lugar lo insoportable de la castración en el Otro.

El neurótico no ha elegido, más bien ha sido determinado por la elección de una no elección, como resolución del conflicto.



No elección acerca de la manera con la que habrá de defenderse frente a lo intolerable para el yo, de esa respuesta singular que es la defensa.

El síntoma

El término síntoma proviene del discurso de la medicina, y el psicoanálisis se ha apropiado de él para referirse a los trastornos que no poseen una causa orgánica, y que caracterizan a los diferentes malestares psíquicos. Pero la distinción entre el síntoma médico y el síntoma en psicoanálisis no se reduce al modo en que cada disciplina establece y localiza la función de la causa. Para la medicina, el síntoma es un signo visible que conduce a una causa. La eliminación de esta última, cuando ello es posible, hará desaparecer el síntoma, cuya exclusiva finalidad es la de informar sobre la causa, por lo general más invisible.

Para el psicoanálisis, el síntoma tiene un valor en sí mismo, un valor de verdad. Algo desconocido para el sujeto, algo que le concierne en lo más íntimo, pero a lo que no puede tener acceso debido a la represión, se halla cautivo en el síntoma, bajo la forma de una verdad, de un mensaje cifrado que el sujeto deberá descifrar por sí solo, guiado por la escucha de un analista, quien lo auxiliará en la labor de saber sobre la verdad de la que se encuentra separado.

Si bien existe una variedad de definiciones del síntoma en psicoanálisis, habremos de manejarnos con la idea de que el síntoma es la manifestación de algo que no funciona, y que “ello” posee un sentido, y expresa una verdad desconocida, ignorada o negada. Esta sencilla manera de pensar el síntoma tiene la ventaja de que nos permite referirnos tanto al sujeto individual, como al grupo social, a la colectividad humana en su conjunto

Al igual que, anteriormente, vamos a tomar como referencia a Freud, bajo el texto de inhibición, síntoma y angustia.

Nos dice que los enfermos histéricos sufren de reminiscencias. Sus síntomas son residuos y símbolos conmemorativos de determinados sucesos traumáticos. Los síntomas, que para emplear una comparación tomada de los dominios de la química son los precipitados anteriores de sucesos eróticos, en un sentido amplio, que no pueden disolverse y ser transformados en otros productos psíquicos más que a la elevada temperatura de la transferencia.

Todo síntoma posee un sentido y se halla estrechamente enlazado a la vida psíquica del enfermo. Como analistas, aspiramos a comprender e interpretar algunos de los síntomas de la enfermedad que los aqueja. La sola posibilidad de atribuir, mediante la interpretación psicoanalítica, un sentido a los síntomas neuróticos constituye ya una prueba irrefutable de la existencia de estos procesos.

Los síntomas tienden unas veces a procurar una satisfacción sexual al sujeto y otras a preservarle contra la misma, predominando en la histeria el carácter positivo, o sea el de satisfacción, y el negativo o ascético en la neurosis obsesiva.

Los síntomas son efectos de transacciones resultantes de la interferencia de las tendencias opuestas, y expresan tanto lo que ha sido reprimido como lo que ha constituido la causa de tal represión y ha contribuido de esta manera a su génesis. La sustitución puede efectuarse más en provecho de una de estas tendencias que de la otra, y raras veces se hace en provecho de una sola. En la histeria, las dos intenciones se

expresan, la mayor parte de las veces, por un único síntoma, y, en cambio en la neurosis obsesiva existe una separación entre ambas, consistente en que el síntoma aparece en dos tiempos y se anulan uno al otro.

Sabemos que, partiendo del análisis de los síntomas, llegamos al conocimiento de sucesos de la vida infantil a los cuales se halla fijada la libido, y que constituyen el nódulo de las manifestaciones sintomáticas. Muchas de estas escenas infantiles no son siempre verdaderas – con lo cual nos impone la prudencia en casos donde se aducen abusos sexuales infantiles por alguna persona allegada al sujeto -.

La sexualidad infantil vencida por la represión es la fuerza impulsora principal de la formación de síntomas, y el elemento principal de su contenido, el complejo de Edipo, el nódulo central de la neurosis.

Lacan tratará de ir más allá que Freud. Tomando como punto de partida el texto de Más allá del principio del placer conceptualizará esa energía suelta de la pulsión reprimida como goce, como objeto a, como ese resto que cae del significante, y al síntoma como goce en tanto hay una satisfacción que insiste en la compulsión a la repetición.

Haciendo un paréntesis, señalamos que el objetivo de un análisis, más que liberar al analizante de sus síntomas, es poner al sujeto en posición de hacerse responsable de su goce. El atravesamiento del fantasma supondrá, por ello, admitir la castración desde el significante de la falta en el Otro.

Al describir los fenómenos patológicos, empleamos dos términos, el síntoma y la inhibición. La inhibición presenta una relación especial con la función y no significa necesariamente algo patológico. Aunque, una inhibición puede constituirse también en síntoma. Para diferenciarlos tendremos que decir que una inhibición sería una simple disminución de la función, mientras que un síntoma implicaría una modificación extraordinaria de la función o una función nueva.

El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo. La represión parte del yo, quien, eventualmente por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello.

Tomemos el caso Juanito de Freud, donde distingue el síntoma de la inhibición: “el miedo incomprendible al caballo sería el síntoma, y la incapacidad de salir a la calle un fenómeno de inhibición.” Esta última es, entonces una restricción impuesta al yo para no despertar el síntoma. A partir de esta distinción deja de lado el problema de la inhibición. Y centrará la observación tanto en Juanito como en el caso del hombre de los lobos en delimitar, focalizar la formación sintomática pertinente a un psicoanálisis y que justifica, a su vez, el diagnóstico de fobia.

Satisfacción en el síntoma

Casi todo el mundo entiende que el síntoma es sufrimiento, que el síntoma es dolor, por eso resulta paradójico hablar de la satisfacción del síntoma, ya que es difícil sostener que el dolor satisface a alguien.

La mayor parte de la gente, gracias al psicoanálisis, sabe que aquellas personas que se satisfacen con el dolor son los/las masoquistas, pero esto es tan general que no nos sirve para hablar de satisfacción del síntoma.

El problema, entonces, es más complicado de lo que parece a primera vista, pues del dolor no sabemos demasiado, incluso los más modernos avances en la fisiología del dolor no nos aportan datos concretos para entender el sufrimiento.

El aporte freudiano para entender el problema del dolor lo encontramos en “Inhibición, síntoma y angustia”, donde el último apartado está dedicado a este tema. Allí Freud nos habla del dolor como reacción a una pérdida, y pone el ejemplo del niño al separarse de la madre. Este tipo de dolor lleva por camino la tristeza y como consecuencia el duelo que permite elaborar esa pérdida.

Otros dolores, aquellos que se originan en el cuerpo, son debidos a la presencia de un estímulo que no se puede evitar con la huida y que aparece como un estímulo que presiona en forma permanente. Estos estímulos pueden venir del exterior del cuerpo, o bien provenir del interior del cuerpo. La hipótesis freudiana, nos habla del aumento de tensión que no puede eliminarse, este aumento de tensión que tiene una fuerte carga narcisista: alguien con dolor de muelas no puede hacer otra cosa, cuando el dolor es muy intenso, que ocuparse del dolor que lo captura, sin que le sea posible otra actividad.

El síntoma puede ser sin dolor, como en los rituales obsesivos, o con dolor, como el que acarrea cualquier trastorno corporal, y vemos que por este camino no nos aproximamos a la satisfacción que el síntoma conlleva.

Entonces, por qué no interrogar a la satisfacción. Tomemos esa vía. Esta es una pregunta que, por ejemplo, se puede hacer después de una comida abundante, pero a la inversa también puede hacerse después de una comida frugal, donde la satisfacción se ha desplazado de la ingesta alimenticia a la falta de ingesta, como en los regímenes para adelgazar, donde a pesar de la insatisfacción que produce la falta de alimentos existe la satisfacción del poco comer, de lo cual es posible deducir que existe una satisfacción en la insatisfacción.

Como podemos ver, el problema de la satisfacción se nos complica ya que llegamos a la conclusión de que puede haber una satisfacción en la insatisfacción.

De esta manera, nos acercamos al uso específico que Freud hizo de la satisfacción, esto es, “la satisfacción freudiana”.

En una lectura sobre los textos freudianos anteriores a “La interpretación de los sueños”, es posible encontrar tres grandes vectores sobre la satisfacción.

Podemos llamar al primer vector “clínico”, puesto que se basa en observaciones clínicas sobre las cuales Freud intenta entender. Este vector clínico se encuentra en la correspondencia con Fliess y en los diversos manuscritos que escribe bajo transferencia. Como es sabido, estas cartas tienen la ventaja de que no fueron escritas para su publicación, lo cual permite seguir el recorrido freudiano con todas sus dudas, sus avances y sus retrocesos.

El segundo vector está plasmado en el “Proyecto de una psicología para neurólogos”, que es un intento de formalizar el saber adquirido en la clínica con el utensilio de la neurología de su tiempo. Sabemos que Freud se adelanta a la neurología de finales del siglo XIX al conceptualizar su esquema en base a la sinapsis, es decir, la separación interneuronal. Esta diferencia le permite formalizar series neuronales diferenciadas por sus funciones, a las que Freud adscribe una letra.

El tercer vector lo encontramos en los “Tres ensayos para una teoría sexual”, donde la sexualidad es ordenada desde el concepto de pulsión.

La satisfacción en la clínica

En el “Estudio preliminar” realizado por Ernest Kris como prólogo a los trabajos freudianos agrupados bajo el título de “Los orígenes del psicoanálisis”, encontramos una de las primeras definiciones de un invariante que atraviesa toda la obra freudiana nombrado y teorizado desde distintos ángulos y de diversas maneras. Este invariante, citado por Kris y extraído de un borrador freudiano previo a la Comunicación realizada con Breuer, se puede leer: “El sistema nervioso tiene la tendencia de mantener constante, en sus condiciones funcionales, algo que cabe denominar suma de excitación. Procura mantener esta precondition de la salud resolviendo asociativamente todo incremento sensorial de la excitación o descargándola por medio de una reacción apropiada”.

De la cita anterior podemos deducir que la tendencia a mantener constante la cantidad o suma de excitación, al ser colocada en el rango de una “precondición” de la salud, está designando una condición necesaria para el buen funcionamiento del aparato psíquico. Sigamos, pues: fijada una constante “x”, cualquier desviación será considerada como anómala



Esta afirmación se ve corroborada en los sucesivos trabajos al modo de un invariante bajo distintas construcciones: satisfacción-insatisfacción, placer-displacer, principio de constancia, etc. Es una piedra angular del edificio freudiano.

Pero antes de proseguir con esta constante, vale la pena recordar que la aproximación a la histeria, por parte de Freud, es vía síntoma. Las distintas formas de agrupación de los síntomas producen la aparición de discusiones diagnósticas, cuya validez llega hasta nuestros días. En el comienzo freudiano, el diagnóstico estaba relacionado con la etiología.

Sabemos que fue Charcot quien aisló la histeria de otras enfermedades -como se las designaba en aquel entonces- adjudicándole una etiología hereditaria. Freud, discutiéndole, postula una etiología sexual. Sentada esta base, el problema consiste en delimitar el campo preciso de la sexualidad.

Lo que podemos afirmar es que, al apostar por una etiología sexual de la neurosis, Freud lo hace desde una perspectiva precisa: las neurosis son producidas por una satisfacción anormal, anómala, o desviada en su fin que produce alteraciones en la constante energética, ya sea por sobrantes de energía sexual, de libido, o ya sea por déficit.

Esto se lee en el Manuscrito A, probablemente a finales de 1892. Discutiendo los problemas que suscitan las neurosis de angustia, podemos formular: ¿un coito con preservativo puede tener efectos nocivos? Esta pregunta, que en la actualidad parece extravagante, tiene su razón de ser si entendemos que la etiología de la neurosis de angustia es adjudicada a una satisfacción anómala en el sentido energético del término.

Lo anterior puede confirmarse en el mismo Manuscrito A, donde podemos leer las causas etiológicas de la neurosis de angustia: 1) agotamiento por satisfacción anormal, 2) inhibición de la función sexual, 3) efectos que acompañan estas prácticas, 4) traumas sexuales anteriores a la edad del raciocinio.

Se entiende que, en aquellos momentos de la obra freudiana, la etiología de la neurosis estaría dada por una satisfacción anormal, posición que reenvía a su contraparte: la existencia de una satisfacción sexual normal. El problema, de esta manera, se desplaza hacia el concepto de normalidad.

Un poco más tarde, en febrero de 1893, en el Manuscrito B trata de demostrar que la etiología de la neurastenia es siempre y únicamente sexual. Para fundamentar esta posición divide a esta entidad clínica en su lado masculino y en su lado femenino. Del lado del hombre, Freud afirma: “La neurastenia masculina es adquirida en la época de la pubertad y se manifiesta entre los veinte y los treinta años. Su fuente es la masturbación, cuya frecuencia es absolutamente paralela a la frecuencia de la neurastenia en el hombre”.

El lado mujer se iguala en razón de su etiología a la del hombre, y en las mujeres casadas es relativa a la neurastenia del marido: es decir, por insatisfacción sexual. Para decirlo en términos extremadamente simples: porque no existe una descarga de energía sexual adecuada.

Siguiendo la línea que venimos trazando podemos leer el Manuscrito D, fechado en Mayo de 1894, cuyo título es sumamente sugestivo: “Sobre la etiología y la teoría de las grandes neurosis”. En él, Freud insiste en su idea de una descarga anómala productora de insatisfacción, pero da un paso más al incluir un factor cuantitativo referido a los incrementos internos y externos de la excitación sexual.

El trasfondo de la novedad anterior, una vez más, es el problema diagnóstico, puesto que en ese momento de su obra está realizando la diferencia entre neurosis actuales y neurosis de defensa.

Otro paso más y, tan sólo un mes después, en el Manuscrito E adscribe la etiología de la angustia a diversas formas de insatisfacción sexual, manteniendo su línea de pensamiento. En este Manuscrito intenta construir puentes sobre la hiancia causal entre insatisfacción y angustia. Estos primeros puentes son escritos sobre la noción de “tensión endógena”, tensión que puede aumentar en forma constante o en forma discontinua y que para ser elaborada psíquicamente debe alcanzar cierto umbral.

El razonamiento freudiano de aquellos momentos puede sintetizarse de la siguiente manera: el aumento de la “tensión sexual física”, al traspasar un cierto umbral, comienza a ser elaborado psíquicamente al entrar en contacto con grupos de ideas.

Esta manera de articular la tensión sexual física y su elaboración psíquica, como pudo escucharse, Freud la resuelve apelando a la noción de umbral que se demuestra precaria.

Sin embargo, esta precariedad de la solución nos muestra una de las dificultades fundantes del psicoanálisis, es decir, la sexualidad y su inscripción en los desfiladeros del inconsciente.

El Manuscrito G, que data probablemente de enero de 1895, tiene dos vertientes. La primera es el estudio de la melancolía desde la perspectiva de una etiología sexual, a lo

que agrega como característica principal el duelo por un objeto perdido y su anhelo, que se traduce por anhelo y que prefigura al término deseo.

La segunda parte del Manuscrito G. nos presenta el “Esquema Sexual” en el que aparece la noción de “acción específica adecuada”, que sería la descarga psíquica adecuada para la eliminación del estado de tensión libidinal.

En este mismo esquema puede leerse como etiologías: el exceso de masturbación, el “coito interruptus”, la anestesia sexual... de una larga serie de noxas que, colocadas en el rango etiológico, intentan dar cuenta de algo que cogía en relación a la causa y que la clínica no sostiene adecuadamente.

Esta forma de entender la etiología de las neurosis - como satisfacciones sexuales anómalas- da lugar a una agrupación crítica: las neurosis actuales, cuyas marcas de origen sitúa en la insatisfacción actual sobre el trasfondo de una presunta satisfacción normal, que siempre esperada por el paciente no alcanza nunca a llegar.

En el Manuscrito K, 1896, titula “Las neurosis de defensa”, el eje del problema satisfacción-insatisfacción toma otros derroteros, al alcanzar las nociones de defensa, por un lado, y de trauma, por otro, un desarrollo teórico importante.

Freud va construyendo la clínica analítica al mismo tiempo que desarrolla su propio concepto. Desde esta perspectiva, puede rescatarse la diferencia de los traumas en la histeria y en la obsesión: “La histeria es consecuencia de un shock sexual presexual, mientras que la neurosis obsesiva es la consecuencia de un placer sexual presexual, que más tarde se transformará en autoreproches”.

En el Manuscrito K. Aparece, en primer lugar, la idea sostenida hasta ese momento de una satisfacción normal y otra anormal, que sería causa de neurosis. Freud lo escribe de esta manera: “Las neurosis son aberraciones patológicas de estados psíquicos normales porque no llevan a una resolución, sino a daños en el yo, y aparecen en las mismas

circunstancias que sus prototipos afectivos siempre que su determinación incluya otras dos condiciones: que sean de índole sexual y que ocurran antes de haber alcanzado la madurez sexual”.

En segundo lugar, introduce una tendencia defensiva normal que define como una “aversión a dirigir la energía psíquica de manera tal que ocasione displacer”. Esta -un poco enigmática- tendencia defensiva normal, según Freud, no puede ser dirigida contra la percepción por tener esta última un carácter consciente, y sólo puede actuar frente a los recuerdos y las representaciones cogitativas.

Esto es lo mismo que decir que hay una tendencia defensiva normal contra las representaciones cogitativas y los recuerdos que ocasionan una sensación displacentera y, como es lógico, Freud agrega que estas representaciones que producen un afecto penoso son las representaciones sexuales.

En dicho Manuscrito, Freud, reconoce no saber por qué las representaciones sexuales son patogénicas. A pesar de ese no saber, Freud continúa su obra basada en los efectos de una causa desconocida.

En el Manuscrito L, 1897, se dan los primeros pasos para la construcción de las fantasías y su ubicación precisa en el entramado teórico. Aquí hay dos puntos a resaltar: Sirven para sublimar los recuerdos y, segundo, “están construidas con cosas oídas y sólo ulteriormente aplicadas”.

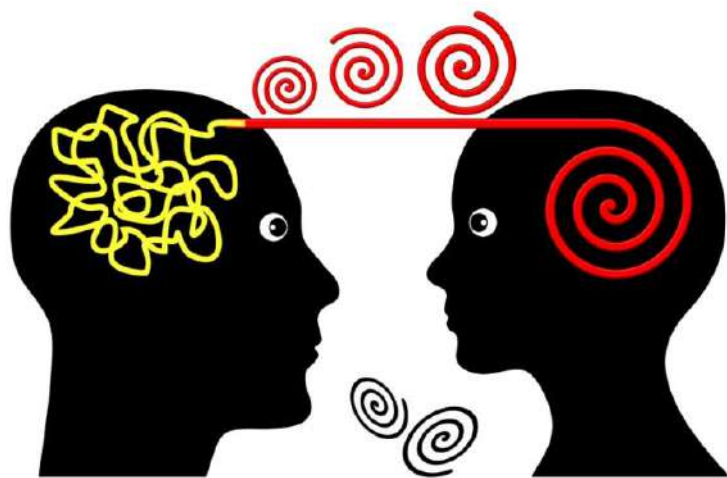
Estos primeros pasos en la construcción de las fantasías son demasiado vacilantes para sacar consecuencias importantes sobre la satisfacción, pero dejan la impresión de que las coloca en el rango de la defensa -bloqueo lo llama Freud- contra los recuerdos.

La satisfacción en los “Tres ensayos”

En este texto, Freud continúa afirmando que la etiología de la neurosis es sexual, pero ahora esto queda referido a las pulsiones. Agrega que el síntoma es una sustitución o transcripción de una serie de “procesos, de tendencias y deseos anímicos afectados a los que un particular proceso psíquico, la represión, ha impedido llegar a su normal exutorio por medio de la actividad psíquica consciente”.

Lo que se mantiene como un invariante es la idea de una descarga normal y que la represión produce una satisfacción sustitutoria que obviamente es anormal. Pero hay que entender con suma precisión que lo normal y lo anormal están referidos a cantidades de energía, lo que clásicamente se llama el factor económico.

Es preciso atender el apartado, en este texto, que lleva por título “Pulsiones parciales y zonas erógenas”. Allí podemos leer: “La fuente de la pulsión es un proceso excitante en un órgano y su fin más próximo está en hacer cesar la excitación de dicho órgano”.



A partir de esta cita, está aparentemente claro que la satisfacción consiste en hacer cesar la excitación, esto es, la satisfacción consiste en la disminución de la tensión de un proceso de excitación de la zona erógena. Al ser el objeto lo más lábil de la pulsión,

podemos recalar en el recorrido de la pulsión para su satisfacción, como lo dice Lacan en el Seminario 11.

Sin embargo, el desarrollo freudiano no es sin contradicciones. En el apartado “Fuentes de la sexualidad infantil”, Freud afirma: “Antes de analizar las sensaciones de placer producidas por las excitaciones mecánicas, haremos observar que en lo que sigue emplearemos indistintamente los términos excitación y satisfacción, reservándonos para más adelante el sentido de cada uno”.

Pocas explicaciones podemos aportar a esta contradicción cuyos polos son: la satisfacción como caída de la tensión y, por otro lado, la satisfacción como sinónimo de excitación.

Para delimitar esta contradicción, tomemos el texto de “pulsiones y sus destinos”. Comienza con una afirmación contundente: el aparato anímico está gobernado por la serie placer-displacer. El displacer es consecuencia de un aumento de tensión y el placer es una disminución de la tensión.

Sobre la plataforma placer-displacer, Freud construye sus conceptos fundamentales, es decir, las pulsiones. Este concepto le permite ordenar todo lo relativo a la sexualidad, tarea que ya había comenzado en los “Tres ensayos”.

La perentoriedad de la pulsión es su factor motor. La fuente de la pulsión “es un proceso que se desarrolla en un órgano o en una parte del cuerpo y es representado en la vida anímica por la pulsión”.

El fin de la pulsión, que sólo puede ser alcanzada “por la supresión del estado de excitación de la fuente de la pulsión”.

Sin embargo, hay un destino de la pulsión que no pasa por la represión: la satisfacción pulsional en la creación. Por este motivo, dentro de los destinos posibles de la pulsión introduce la sublimación, que en rigor es una desviación de la satisfacción pulsional y que Freud designa como pulsiones coartadas en su fin. De otra manera: la sublimación es un destino de la pulsión que no está sujeto a la represión.

Satisfacción de la pulsión.... quién se satisface....

Introducimos un condicional: si la pulsión es acéfala, si la pulsión tiene como punto de arranque la excitación de su fuente, ello, eso, se satisface en la satisfacción pulsional. El resto es demanda.

La respuesta a la cuestión de que la pulsión se satisface está en la clínica: cuando alguien nos consulta es porque está insatisfecho. A pesar de que nosotros podamos decir que hay un goce en el síntoma, lo cierto es que ese malestar que el sujeto lleva consigo, ese displacer que está ligado al placer en el displacer, es un goce que retorna una y otra vez en la repetición para marcar una vida de sufrimiento, y lo sabemos, el sufrimiento no sirve para nada.

Este sufrimiento, este malestar, esta insatisfacción es una satisfacción sustitutiva que el síntoma porta en su seno por represión de la pulsión. Podemos retornar a los “Tres ensayos”, donde es posible ubicar una de sus primeras definiciones: “Los síntomas neuróticos son satisfacciones sustitutivas... para poder dar esta categoría tenemos que incluir en el concepto de insatisfacción sexual la de los deseos llamados perversos”. Es decir, la pulsión que es parcial.

Los síntomas neuróticos son satisfacciones sustitutivas de la satisfacción pulsional que ha sido reprimida. Para entender un poco mejor esta afirmación conviene precisar sobre algunos síntomas en particular, y para ello tomamos los síntomas de la neurosis obsesiva.

Aquellas personas, en su mayoría hombres, que padecen de una neurosis obsesiva presentan impulsos extraños a su personalidad, realizan actos compulsivos que no les proporcionan ningún tipo de placer. Por otro lado, padecen de una invasión de pensamientos que se le imponen, que no pueden evitar, pensamientos que van desde problemas laborales hasta pensamientos catastrofistas. Muchas veces estos pensamientos impuestos tienen un contenido absurdo.

Estas cavilaciones agotan al paciente, y muchas veces son productoras de insomnio. También tienen distintos rituales, como apagar la luz dos veces, comprobar reiterativamente el orden de los objetos, lo cual los suele presentar como maniáticos del orden, de la limpieza. Estos rituales pueden no tener demasiada importancia, es decir que no son obstáculos a la vida cotidiana, pero en ciertas ocasiones pueden obstaculizar seriamente la vida o llevar a situaciones peligrosas.

Estos pacientes obsesivos suelen presentar dudas permanentes sobre los más diversos aspectos de la vida, por lo que en muchas ocasiones se transforman en personas pusilánimes, todo el tiempo dudando y sin poder realizar una vida normal. Por el contrario, otras veces las dudas se interrumpen con los más diversos y extravagantes pasajes al acto que muestran, por su reverso, la angustia que padecen.

Es difícil pensar que alguien con tanto sufrimiento experimente satisfacción en el sentido habitual de este término, sin embargo, desde la teoría psicoanalítica este sufrimiento, este malestar que el síntoma porta, es una satisfacción al disminuir la tensión psíquica producto del empuje pulsional. De esta manera podemos pensar que el mantenimiento del síntoma, ya sea este mantenimiento voluntario o involuntario, es una forma de sostener el sufrimiento como una satisfacción. De otra manera: el síntoma es una forma de mantener el placer en el displacer, por eso se puede decir que hay un regodeo en el malestar, un goce en el síntoma.

Lo anterior tiene consecuencias en la clínica. Por ejemplo, cuando alguien consulta con la idea de tener un alivio sintomático puede encubrir la demanda de que lo consolidemos en una posición de enfermo para mantener el síntoma. Esto se puede manifestar de distintas maneras, la más común es la demanda de una receta mágica que cure el síntoma sin que quien demanda haga el menor esfuerzo por subjetivizar su situación. Coloca la responsabilidad de su curación en el Otro y, de esa manera, consolida su malestar.

Definitivamente podemos alcanzar la idea de que la satisfacción del síntoma, el goce del síntoma, el usufructo del síntoma surge debido a que el síntoma es producto de la represión de una pulsión.

Frustración y síntomas contemporáneos

Como hemos señalado, la frustración en términos de rechazo es la operación que caracteriza la relación entre el sujeto y el Otro en el mundo moderno. Entonces, podemos interrogarnos del por qué el Otro contemporáneo hace una mueca de rechazo, en lugar de una sonrisa y del por qué, frente a un Otro del acogimiento, encontramos este Otro que no termina de decir sí.

El Otro Primordial, más allá de la distinción entre madre y mujer, es un sujeto determinado por el discurso de la época. La madre, atravesada por los imperativos laborales, sanitarios, nutricionales, etc., debe ser una “madre ejemplar” y, más allá de su particularidad, se ve empujada a estar atenta a la satisfacción de las necesidades. El Otro contemporáneo, en lugar de dar amor, juego, tiempo, intenta satisfacer la necesidad, procurando el objeto de goce.

Esta consideración nos permite destacar que las dos acepciones del término frustración son importantes y están vinculadas. Tiene dos caras: la frustración y el rechazo. La frustración, que concierne a la relación madre-niño-objeto, implica fundamentalmente la transmisión de la falta, que permitirá la emergencia del deseo en el sujeto. En los casos de anorexia-bulimia, la madre, incapaz de transmitir la falta, confunde el don de amor con la satisfacción de la necesidad y obtura la vía del deseo. Por lo tanto, la *Versagung* como operación, como marca del rechazo del Otro, es el reverso de la *Versagung* como transmisión de la falta.

Para comprender los síntomas contemporáneos que se caracterizan por estar bajo la égida de un no a lo vital y por llevar a los sujetos a una destructividad muy radical, nos

interrogamos acerca de cómo afectan los ideales - el ideal de delgadez propio de la época- a la pulsión y Cuál es la relación entre la mueca del Otro y el ideal monstruoso de belleza de la anoréxica.



La mueca, en tanto que rechazo del Otro, obstaculiza la regulación pulsional porque el Otro no pone en juego la demanda - que transmite la falta y el deseo-, sino imperativos. El sujeto se ve empujado al ideal monstruoso, y queda

atrapado en un circuito de goce sin salida aparente.

Una de las características de la época es la caída de los ideales y una cierta debilidad de lo simbólico, que comporta su aplastamiento sobre lo imaginario. Los ideales devienen imperativos de goce, ya que el mundo moderno está gobernado por unos ideales que no están al servicio de la orientación del deseo.

La tarea del análisis consiste en tratar el goce de la mueca, del rechazo, del ideal monstruoso, por la vía del amor. porque sólo éste puede horadar algo del goce.

Frente a la amplia oferta de tratamientos punitivos o reeducativos centrados en la relación con el objeto, que sostienen el goce, nuestra experiencia nos orienta a privilegiar la dimensión de la *Versagung*, en tanto que frustración, en el sentido de que dar lo que no se tiene - la fórmula del amor - puede abrir la vía de la división subjetiva y de una correlativa pérdida de goce.

Señala Lacan: "(...) nosotros, analistas, sólo operamos en el registro de la *Versagung*. El psicoanalista, con los medios propios del dispositivo, tiene la posibilidad de ponerla en

juego por la vía de la transferencia, e introducir algo del orden de la falta, en un “preeliminar a todo tratamiento posible” de la anorexia y de los síntomas contemporáneos.

Sinopsis de la neurosis en Freud

1893- Hipótesis de la histeria como neurosis traumática. En ambas el síntoma desaparece cuando se detalla el suceso traumático y se expresa en palabras el afecto. La tarea del terapeuta es superar la resistencia para llegar a los recuerdos patógenos.

1895- En la raíz de todos los síntomas están reprimidos contenidos sexuales intolerables de la época infantil.

1896- La neurosis queda ligada al trauma sexual infantil inconsciente. La histeria se basa en un conflicto psíquico: una representación intolerable pone en movimiento la defensa del yo y la represión desaloja el recuerdo penoso al inconsciente creando en su lugar un síntoma.

1897- Se descubre el complejo de Edipo y la sexualidad infantil.

1900- El síntoma neurótico repite desfiguradamente el trauma con el solo fin de la descarga.

1905- El síntoma neurótico es un deseo sexual perverso deformado.

1907- El síntoma es una repetición deformada de fantasías sexuales a partir de fijaciones de la libido, donde el síntoma tiene un doble fin: busca descargarse e intenta destrabarse de las fijaciones traumáticas históricas.

1912- Papel del conflicto y de la fijación de la libido. La libido insatisfecha y estancada fuerza los caminos de la regresión. Se contrae una neurosis cuando pierde al objeto, la frustración ejerce una influencia patógena.

1914- La compulsión a la repetición de los síntomas neuróticos y sus manifestaciones en la transferencia.

1915- La represión niega a las representaciones rechazadas en la neurosis la traducción en palabras, con lo que permanece en estado de represión en el sistema inconsciente.

1916-17- Los síntomas neuróticos tienen un sentido tanto como los actos fallidos y los sueños y hay un nexo entre ellos.

1919- La repetición de síntomas pueden doblegar al principio del placer, haciendo retornar lo siniestro.

1923- Se descubre la presencia de un sentimiento de culpa, el que desempeña un papel económico decisivo en un gran número de neurosis levantando serios obstáculos en la curación.

1924- Planteamiento de las diferencias de la pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis. En la neurosis, el yo sofoca un fragmento del ello y emprende la represión de la pulsión. Se rinde al mundo real, intentando sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo, regresando en la fantasía a una prehistoria real más satisfactoria. Por otro lado, el yo al emprender la represión obedece a los dictados del superyó.

1926- Las experiencias traumáticas están centradas en experiencias de pérdida (de la madre del amor de la madre, del amor del superyó). En la transferencia aparece como un deseo de repetir los síntomas.

1939- Los síntomas se explican por el retorno de lo reprimido a través de la formación de compromiso entre las representaciones reprimidas y las represoras

La histeria en la antigüedad

Desde la Antigüedad fue resaltado el carácter florido y proteiforme de la histeria, cuestión que condujo a dudar de si se trataba de una o de varias enfermedades. Galeno decía de

ella: “Passio hysterica unum nomen est, varia tamen et innumera accidentia sub se comprehendit”, eso es, “La afección histérica es - o tiene - un solo nombre, pero comprende bajo sí variados e innumerables accidentes”. La exuberancia sintomática aparece desde el inicio como la nota sobresaliente. “Muchos accidentes” quiere decir “sólo accidentes”, lo cual indica “nada sustancial”. Lo que se dirá más tarde que se trata de una afección sine materia, apuntando a lo mismo: en un plano - el de la apariencia - hay mucho y en otro plano - el del ser - no hay nada.

La palabra histeria proviene del griego hysteron y significa “matriz”, razón por la que Hipócrates la consideraba una enfermedad exclusiva de las mujeres y que diagnosticaban socráticamente las comadronas. El supuesto popular recogido por Hipócrates sindicaba al útero como causante del mal y se atribuía a Pitágoras la idea de que la matriz poseía cualidades propias de los animales, a saber, movimiento espontáneo y sensibilidad. Como en un embarazo, un animal alojado en otro. De tal modo, el útero, insatisfecho en sus deseos genitales, atormentaba a su propietaria desplazándose por su interior: de ahí que los tratamientos de la época recomendaran técnicas tales como la fricción seductora de la vagina o la aplicación local de sahumeros atrayentes y fragantes a fin de persuadir a la paseandera víscera de retornar a su aristotélico lugar natural.

La diferenciación de Charcot es que la histeria podía, y puede, ser confundida con cualquier otra enfermedad porque imita todo. Por ello, debe ser distinguida ante todo de la simulación. El gran Charcot creyó muy necesario diferenciarla cuidadosamente de la epilepsia, pues en ambas “neurosis” aparecen ataques convulsivos generalizados, y llamó “histeroepilepsia” a la gran histeria, aquella en la que se daban los ataques convulsivos. Charcot cuenta que, luego de ver pacientes en La Salpêtrière durante muchos años, “se trataba siempre de lo mismo”, y concluyó que se hallaba ante pacientes con una enfermedad especial: la histeria mayor o histeroepilepsia. Esta afección comenzaba por “un ataque epileptoide muy poco diferente del verdadero ataque epiléptico... aunque nada tenga en común con la epilepsia”. Si “siempre se trata de lo

mismo”, entonces la histeria es una enfermedad que puede diagnosticarse a los sujetos que la padecen. En otros términos, la histeria pasa a ser algo que permite subsumir una multiplicidad de individuos bajo un nombre y, en consecuencia, se puede operar conceptualmente con ella.



Y Charcot advierte que es necesario aprehender el tipo correspondiente bajo la variedad aparente de fenómenos histéricos, pues el tipo es aquello que “contiene lo más completo que hay en la especie”. En toda enfermedad hay un tipo, algo que se produce siempre del mismo modo, que se repite y que confiere a las enfermedades una peculiar originalidad y una unidad que nos permite llamarlas especies. Si no hubiese especies mórbidas, nada podría ser diagnosticado.

Debe pensarse que hasta Charcot no era seguro que el histerismo fuese una verdadera enfermedad, sino que era a menudo visto como la manifestación desorganizada de una débil constitución nerviosa, en resumen, poco menos que una naturaleza corrupta. Con este paso - la aceptación de la existencia de especies mórbidas en el campo de lo que entonces se llamaba Neuropatología - Charcot funda la Nosografía en el sentido moderno, es decir, un conjunto de afecciones o especies mórbidas que contienen cada una algo peculiar y específico y que no se confunden una con otras. Claro está, nada impide, según Charcot, que un mismo individuo padezca simultáneamente de histeria y epilepsia o de histeria y neurastenia. En estos casos de neurosis mixta reza el apotegma de los escolásticos *denominatio est a fortiori* - (la denominación es o se hace desde lo más fuerte) - que también Freud hace suyo en los *Studien über Hysterie* - Estudios sobre la histeria -.

Charcot hacía una distinción entre gran ataque histérico y ataque epiléptico. Este último consta de dos fases precedidas por un aura, siempre o casi siempre el mismo para cada paciente; es fugaz y puede consistir en una sensación olfativa o dolorosa, o bien inefable y deleitosa, como cuenta Dostoievski.

Después del aura sobreviene la fase tónica, en la que el paciente cae en inconsciencia y sufre una contractura generalizada de la musculatura. Luego de un lapso variable pasa a la fase clónica, caracterizada por los movimientos desorganizados y convulsivos. A su término, el paciente queda en un coma de profundidad variable, del que se va recuperando gradualmente. En estos ataques epilépticos hay dos cosas que pueden ocurrir que casi nunca o nunca ocurren en un gran ataque histérico:

- a) La pérdida de la conciencia es súbita e incontrolable y puede ocasionarle lesiones al paciente como fracturas óseas.
- b) Es frecuente la incontinencia de esfínteres, especialmente urinario.

En el gran ataque histérico el aura es infaltable y de larga duración y consiste principalmente en malestares más o menos difusos en abdomen y epigastrio. Charcot señalaba que el enfermo se “prepara” para su ataque. Luego sobreviene una fase epileptoide con dos subfases, tónica y clónica. A esto le sigue un “silencio” típico y prolongado con relajación de la musculatura al que sucede la fase de grandes movimientos, en la que predominan los saludos y el arco circular – llamado arco de Charcot - seguida por la fase de las actitudes pasionales en la que aparecen los llamados movimientos intencionados, de neto corte sexual, acompañados de alucinaciones – ya referidas al trauma, según Breuer y Freud - y termina con el delirio final en el que el paciente da muestras de terror, de alegría....

Además, Charcot divide el tipo histeroepiléptico en dos subtipos: hay histéricas ováricas, en las que el ataque puede ser frenado por compresión de los ovarios, y no ováricas, en las que este fenómeno no se produce. Paralelamente, hay hombres testiculares y no testiculares. Así como el ataque puede ser suprimido por compresión de las gónadas, también puede ser desencadenado por compresión de lo que Charcot llama placa histerógena, la cual puede localizarse en cualquier región de la superficie corporal.

También Charcot distingue el estado de mal epiléptico del estado de mal histérico, cuyo elemento común es que en ambos se registra una sucesión de ataques, eslabonado cada uno con el anterior y que puede prolongarse horas y aún días. Dice que el estado de mal epiléptico es peligroso, pues sube la temperatura y puede culminar con la muerte del enfermo, mientras que un histérico emerge de un episodio de muchas horas apenas fatigado.

Finalmente, Charcot insiste en que no hay simulación en la histeria y agrega que el ataque constituye una suerte de recurso terapéutico, pues es frecuente observar la desaparición de algún síntoma previo, verbigracia una contractura, después de un ataque - vide infra la noción freudiana de abreacción -. En síntesis, si se trata de una enfermedad, ha de haber, en consecuencia, una causa que intervenga. Estamos en la era del descubrimiento

de los agentes infecciosos, lo cual constituye todo un modelo a seguir. Las causas a las que los autores preanalíticos atribuían la histeria, descartando el útero, se vieron forzados a buscar en aquello que sus respectivas épocas podían ofrecerles. Así Sydenham la refería a una debilidad constitucional de los espíritus animales. Éstos eran partículas materiales sutilísimas imaginadas por Descartes que circulaban por el torrente sanguíneo y que, calentadas a su paso por el corazón, pasaban al cerebro y de allí, por los nervios, a los músculos.

Acorde con esto, el tratamiento propuesto por este autor apuntaba a fortificar la sangre y los espíritus animales que contenía, dando a sus pacientes un jarabe con limadura de hierro de su invención. Sydenham encarnaba la perfecta logicidad del asunto: según la causa que cada cual atribuyera al morbo, indicaba o no algún tratamiento, ya que, como decían los escolásticos, *cessante causa, cessat effectus* - habiendo cesado la causa, cesa el efecto-. Pero Charcot, y con él prácticamente todos los autores del siglo XIX, sindicaba a la herencia como causa de la histeria y, por lo demás, de toda otra neuropatología. No quedaba, por tanto, más que aplicarse a los síntomas aislados, sin abrigar esperanzas respecto de la enfermedad misma.

La degeneración era entendida entonces como una degradación que progresaba con las sucesivas generaciones de individuos y derivaba casi directamente - al igual que la concepción de las enfermedades como especies mórbidas - de las ideas biológicas de Aristóteles reelaboradas por la escolástica. La degeneración es un concepto afín al concepto aristotélico de corrupción, esto es, pasaje del ser al no ser. No es sino hasta Breuer y Freud bajo los conceptos de trauma y defensa que se da un avance firme en la elucidación de la génesis de la histeria.

Sin embargo, sigue pendiente disponer de un concepto bien preciso de la histeria, de una definición. Charcot había logrado aislar su histeria mayor del *maremagnum* de manifestaciones de la enfermedad, la cual parecía resistir graciosamente todo intento de

ordenación conceptual. Lasège había dicho taxativamente que “la definición de la histeria nunca ha sido dada, ni se dará jamás”.

Pero nadie puede diagnosticar un mal a menos que posea, aunque sea sólo de manera preconceptual, una idea aproximada de lo que diagnostica. Y la histeria era algo que efectivamente se diagnosticaba a multitud de personas, llegándose a la paradoja de que habría muchísimos pacientes que padecen una enfermedad indefinible, casi como decir inexistente.

Babinski se propone buscar qué es lo que tienen en común todas las manifestaciones de la histeria y si en ello hay algo propio y específico de ella. Como dirá Husserl más tarde, busca lo invariante en las variaciones. Encuentra varios atributos comunes a los diversos padecimientos histéricos:

- ◆ Las perturbaciones son puramente funcionales, mentales.
- ◆ Son susceptibles de ser provocadas por causas psíquicas.
- ◆ Se suceden bajo formas diversas en los mismos pacientes.
- ◆ Nunca repercuten gravemente sobre la nutrición general ni sobre estado mental de los pacientes que la viven.

Esto parece que no alcanza para definir la histeria porque no es la única enfermedad mental susceptible de ser provocada por causas psíquicas - susto, pavor, etc. -, así como tampoco es la única que no altera la nutrición ni el estado mental de los pacientes. En suma, hasta aquí, nada hay de específico en lo tocante a la histeria. Babinski halla dos características que sí son específicas:

- Es posible reproducir los síntomas histéricos por sugestión o hipnosis.
- Los síntomas desaparecen “bajo la influencia exclusiva de la persuasión”.

Hay que distinguir celosamente, según Babinski, la persuasión de la sugestión. Sugestión significa en el lenguaje corriente “insinuación maligna”, como dando a entender que lo que se insinúa o se pretende insinuar no es razonable, que está en desacuerdo con la observación o que es contrario al buen sentido. De tal modo, “decir a alguien que se encuentra en un rincón oscuro que está rodeado de llamas deslumbrantes es una sugestión”. Pero si lo que se insinúa es sensato y razonable, se trataría, en cambio, de una persuasión, tal como “declarar a un enfermo afectado de una parálisis psíquica que su trastorno es puramente mental, que puede desaparecer instantáneamente por un esfuerzo de su voluntad y obtener así la curación”. Y agrega que “el médico, actuando de este modo, lejos de querer sugestionar al enfermo, tiende a aniquilar la sugestión o autosugestión, causa de la enfermedad”.

El hallazgo que ocupa la atención de Babinski es que no hay perturbación histérica que no pueda ser reproducida por sugestión experimental – la hipnosis -, hecho que torna indistinguible el verdadero fenómeno histérico del experimental, de lo cual deberá deducirse que ambos provienen de una única y misma causa: la autosugestión. Con esto y con el hecho de que es posible hacer desaparecer la enfermedad por la influencia de la persuasión, queda cumplido el propósito inicial de Babinski - dar una definición de la histeria -, pues “ninguna otra enfermedad se comporta de tal manera”. La persuasión, admite, sería ineficaz con los pacientes aquejados por la enfermedad de la duda, porque las obsesiones resisten su influjo, cosa que obliga a pensar que la autosugestión no concurre a su génesis.

Babinski propone, entonces, una definición de la histeria: es “un estado psíquico que torna capaz de autosugestionarse al sujeto que se encuentra en él”, mientras que define al hipnotismo como “un estado psíquico que torna al sujeto que se encuentra en él susceptible de ser sugestionado por otro”. Por eso Babinski no recurre a la hipnosis para aliviar a sus pacientes, sino a una psicoterapia basada justamente en la persuasión, que

es para él el antídoto de la autosugestión, renovando en otro contexto ese logicismo y coherencia entre lo que se reputa como causa y lo que se propone como solución.

Su psicoterapia se limitaba a hacer un llamamiento a la buena voluntad y al buen juicio del paciente, tratando de convencerlo de que nada tiene, nada hay de enfermo en su cuerpo. “Nada” quiere decir aquí “nada real” en el sentido vulgar, esto es, algo meramente psíquico, imaginario, que desborda la mente del sujeto, quien tomaría por real lo que solamente es producto de su imaginación. Babinski, por último, propone un neologismo, pitiatismo, en sustitución del término tradicional histeria, que “ya no tiene para nadie su significado primitivo y etimológico”.

Examinemos ahora someramente el origen de la hipnosis, floreciente en la época de Charcot y Babinski. La cosa comienza hacia 1778 con la llegada de Anton Mesmer, 1734-1815, a París procedente de Viena, donde había comenzado a realizar curas casi milagrosas por medio de lo que denominaba “magnetismo”, fluido universalmente distribuido cuyo desequilibrio en el organismo provocaría toda una cantidad de enfermedades. El magnetizador lograba restituir el perdido equilibrio por medio de ciertos pases y maniobras. Mesmer publicó en 1776 un artículo titulado “De planetorum influxu”, donde combinaba descubrimientos newtonianos y fantasías astrológicas.

El desarrollo del Mesmerismo fue rápido y su popularidad inmensa debido a las curaciones prodigiosas que a través suyo se alcanzaba, bien que los ambientes médicos académicos lo rechazaron desde el principio. Hacia 1820 Bertrand intentó interpretar psicológicamente los fenómenos que se le presentaban, y en 1843 Braid introduce los neologismos “hipnotismo”, “hipnotizar” e “hipnótico”. Pero no fue sino hasta 1864 que Liébeault comenzó en Nancy un estudio serio, sistemático y desinteresado de la hipnosis, instalando un consultorio gratuito al que concurrían personas de todos los estratos sociales. Liébeault insistía en su teoría de “l'action de la morale sur le physique “ y ensayó

la primera psicoterapia hipnótica que se registra. En 1882 se le une Bernheim, quien se hace discípulo suyo, y surge la famosa Escuela de Nancy.

Por su parte, Charcot funda en La Salpêtrière otro centro de estudios de la hipnosis de 1878, cuyos cursos visita el joven Freud en 1885. Se difunde velozmente los estudios científicos de los fenómenos hipnóticos por toda Europa y América y en 1889. Forel publica su libro *Der Hipnotismos*, de fuerte difusión hasta 1930.

Casi todas las teorías psicopatológicas de los autores de la segunda mitad del siglo XIX giran alrededor de la vedette del momento, la hipnosis. No escapará a esa influencia Joseph Breuer, mecenas, maestro y amigo de Freud. Todo lo que sigue está extraído de un texto conjunto, la “Vorläufige Mitteilung” - Comunicación Preliminar - que encabeza los Estudios sobre la Histeria escritos en 1893 y publicados dos años más tarde.

Para Breuer lo característico de la histeria es algo que él denomina estado hipnoide, estado de la mente en el cual se produce una escisión – Spaltung - en la vida psíquica del sujeto de modo tal que las representaciones y/o afectos que surgen en él no pueden ser integrados al resto de las representaciones, con el agregado de que dichas representaciones escindidas -e inconscientes- pueden resurgir y provocar efectos patológicos. Por estar aisladas y separadas del comportamiento actual del sujeto “, son imposibles de elaborar.

El estado hipnoide consiste básicamente en un vacío en la conciencia, en el que una representación que emerge no encuentra resistencia alguna de otras representaciones. Este vacío es lo que también se llama “estrechamiento” de la conciencia o “estado crepuscular”. Cuando aparece en él una representación o un afecto, se desencadena un estado de autosugestión. Hay una concentración en un solo objeto, con lo cual se reproducen las condiciones de la hipnosis.

Ciertas situaciones especiales, como el enamoramiento o el atender a un familiar enfermo - Isabel de R. -, y las típicas tareas hogareñas femeninas propiciarían la unión de

dichos factores. Breuer afirma que en toda histeria hay un estado hipnoide y que éste es “su base y condición”. La disociación de la conciencia es un efecto del estado hipnoide. En este punto, discute Pierre Janet, para quien la disociación de la conciencia es un rasgo primitivo de la histeria y se debe a una debilidad congénita de la capacidad de síntesis psíquica, constituyendo el estigma psíquico de la degeneración en los individuos histéricos.



En un texto del año siguiente, *Die Abwehrneuropsychosen - Las neuropsicosis de defensa -*, Freud conserva esta importancia otorgada al estado hipnoide y clasifica las histerias en tres grupos:

- La histeria hipnoide, causada por la aparición de un grupo de representaciones aisladas del resto de la vida anímica.
- La histeria de retención, en la que por condiciones exteriores desfavorables el sujeto se ha visto

impedido de descargar por reacción los afectos displacenteros suscitados en él por la situación traumática, la cual debe su condición de tal precisamente a la imposibilidad de descarga por parte del sujeto.

- La histeria de defensa, en la que el sujeto mismo lucha contra el surgimiento de representaciones capaces de despertar afectos penosos.

Más tarde, Freud abandona la teoría del estado hipnoide - también abandona a Breuer - y juzga que la retención es debida a una defensa, con lo cual toda histeria pasa a ser de defensa y, por eso mismo, se vuelve innecesaria la aclaración.

Sin embargo, más allá del debate acerca del estado hipnoide como causa de la histeria, lo que concurre a su génesis es el trauma. Lo primero que se dice en la “Comunicación Preliminar” es que hay un factor accidental nada desdeñable en la causación de la histeria, que eso es el trauma y que en cada ataque el paciente “vive de nuevo” aquel proceso que provocó el primer ataque. Charcot ya había esbozado la idea de que “en los grandes ataques, la enfermedad recuerda en forma de sueño sucesos que ocurrieron con anterioridad”, y citaba a una paciente que recordaba en sus ataques un “rudo examen ginecológico” sufrido otrora y una “maldición que le dirigió una tía “.

Freud compara la histeria con la neurosis traumática, de la cual hay que distinguirla, habida cuenta del rol que el trauma juega en ambas afecciones. En la histeria, el trauma produce síntomas y ataques que, en forma encubierta, remiten a la situación traumática en que se asientan. En la neurosis traumática, hay “fijación al trauma”: después de que el sujeto ha padecido la situación traumática aparecen paroxismos angustiosos acompañados de recuerdos directos del trauma o partes de él. También las pesadillas cuyo tema es el accidente traumático son la regla.

La neurosis traumática encuentra en dichos paroxismos angustiosos y pesadillas un exutorio, una vía de descarga por la que el sujeto va ligando paulatinamente la energía libre, “elaborando” así el trauma. De esta elaboración es, justamente, de lo que se ve privado el histérico, pues no tiene más que un acceso deformado a la situación traumática que origina sus ataques y síntomas. El histérico se defiende de la rememoración o reviviscencia del accidente traumático eternizándose en él, de suerte que el trauma se vuelve capaz de ejercer su acción patógena indefinidamente.

Lo traumático en la histeria resulta ser con regularidad un episodio de seducción por parte de un adulto. Con frecuencia dichos sucesos traumáticos se remontan a la infancia, vale decir que hay un lapso en el que el suceso traumático es ineficaz y no genera síntomas. Aparece la noción de a posteriori o resignificación para explicar cómo un

suceso en su momento indiferente adquiere con posterioridad carácter traumático o patógeno.

Los afectos generados en el trauma que luchan por su expresión son básicamente cuatro: miedo, angustia, vergüenza y dolor psíquico. Además, al decir de Breuer y Freud, un trauma único puede verse sustituido por varios traumas parciales que se vuelven eficaces por acumulación. El trauma - o su recuerdo - no es un mero “agente provocador” del síntoma, sino que actúa directamente, como un cuerpo extraño cuya acción puede durar años, pues su recuerdo no se desgasta. Empero, todo síntoma histérico desaparece inmediata y definitivamente “en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con el afecto concomitante... dando el paciente expresión verbal al afecto”, dado que el mero recuerdo intelectual del trauma carece de todo efecto terapéutico.

El histérico padece de reminiscencias y la labor analítica - se habla ya de analizar - consistirá en convertir reminiscencias en recuerdos acompañados de afecto. “Los recuerdos que son causa de fenómenos histéricos son conservados con gran nitidez y acompañados de su afecto correspondiente por años”, pero los pacientes no disponen de ellos: faltan completamente en la memoria del sujeto en estado de vigilia y sólo surgen intactos bajo los efectos de la hipnosis.

Por ello se la utiliza en el método catártico ideado por Breuer, dado que, de otro modo, no se ve cómo se podría acceder al recuerdo traumático. Más tarde, Freud logrará idéntico resultado mediante el apremio y, finalmente, por medio de la asociación libre. Según Breuer, la catarsis o abreacción implica dos momentos: la liberación del afecto retenido y su posterior elaboración, esto es, verbalización.

Vale la pena compararla con la catarsis que, según Aristóteles, se opera en el espectador de una tragedia. La tragedia ática siempre trata de la hybris - término intraducible: exceso, ultraje, desmedida -en que cae un personaje. Hay un crescendo emotivo hasta

que se llega al momento culminante de la obra, donde el personaje en cuestión reconoce su hybris y acepta la pena que conlleva. Este reconocimiento lo reconcilia con sus semejantes y restablece el orden cósmico y social subvertido en la hybris. El espectador ha ido “identificándose” con las vicisitudes del personaje central y se libera de los afectos en él suscitados - Aristóteles menciona el temor y la compasión – con la anagnósis del protagonista.

Es importante señalar la importancia que Freud le atribuye al hecho de que el trauma sea un factor accidental, algo que pudo haber ocurrido de otra manera pero que ocurrió como ocurrió, aunque bien pudo no haber ocurrido. Freud está adherido todavía a la idea de que hay una verdad histórica en el trauma y que la finalidad del análisis es sacarla a la luz para de ese modo curar al paciente, transformando sus reminiscencias en verdaderos recuerdos. Lo accidental es potencialmente infinito y ello explica aquello que impresionara en su momento a Galeno: lo florido de la sintomatología histérica, quizá su nota más relevante.

El encuentro de Freud con la histeria

Freud deduce que los síntomas histéricos entrañan un sentido que tiene una significación desconocida, extraña para el sujeto que las padece, no siendo de ningún modo accidentales. En la Salpêtrière las histéricas habían sido liberadas de las consideraciones religiosas, para pasar a ser una enfermedad como cualquier otra. Freud no encontró ninguna referencia psicológica que le permitiera ir más allá de la visión de las crisis que las histéricas desarrollaban en sus cuerpos. Se alejó del espectáculo visual, para captar la escisión de la conciencia de esas mujeres, pero desconocía, al igual que ellas, las causas por las cuales escenificaban su sufrimiento. Por ello, Freud queda prendado de un deseo que es el de construir una teoría psicológica de la histeria. Isabel de R, paciente de Freud, le reprocha sus frecuentes intervenciones, que interrumpían el discurrir de su

pensamiento. Ya no se ofrecía a la mirada del médico, y Freud la invitaba a asociar libremente. “Puede hablar de todo aquello que acuda a su mente, aunque le resulte vergonzoso, incoherente o trivial”. Éste fue el surgimiento del método psicoanalítico.

Así, Freud disponía de un abundante material que, si bien no aportaba los elementos olvidados, posibilitaba la reconstrucción a través de determinadas Interpretaciones; quedaba en evidencia que el sujeto luchaba contra una resistencia constante e intensa. El estudio de estas resistencias posibilitó la formulación de la teoría de la represión. Lo reprimido tiende a expresarse por medio del cuerpo en la histeria de conversión: parálisis, cegueras; también en síntomas psíquicos como delirios, alucinaciones y evitaciones.



La represión refiere un deseo, una idea relacionada con un deseo, que el sujeto descarta en la medida en que la considera éticamente intolerable, no triunfa totalmente, fracasa, permaneciendo en inconsciente a la espera de poder activarse- el

retorno de lo reprimido -. Cuando lo hace lo realiza a través de formaciones sustitutivas, disfrazadas, que son las que se encuentran en los síntomas. Lo más relevante es que Freud consideró que los hechos más importantes debían ser buscados en factores de la vida sexual, en sucesos que tuvieron lugar en la infancia, llevándole a abordar un tema tabú para la sociedad vienesa de aquel momento; esto es, la sexualidad infantil.

Son algunos incidentes sexuales, cuyo recuerdo el sujeto no pudo simbolizar, que se transforman en patógenos, favoreciendo la formación sintomática. Las histéricas no sólo recuerdan los dolorosos momentos que tuvieron en la infancia, sino que parecen adheridas a ellos. Su pasado está muy presente, muy actual, descuidando, por ello su vida

presente. La fijación a los traumas patógenos permite afirmar que las lesiones corporales no son las causantes del horror, sino más bien que se trata de las vivencias que suscitan los afectos penosos, realizando una construcción fantasmática, y que pasarán a formar parte de las reminiscencias neuróticas.

El recuerdo del trauma, psíquico, trabaja como un cuerpo extraño al sujeto – no se hace cargo el sujeto de él -, no lo reconoce como propio. Posteriormente Freud da cuenta de la repetición, de esa tendencia a reproducir el mismo tipo de tensión al que estaba enlazado el sujeto, buscando la satisfacción bajo el suceso fracasado que se había constituido originalmente – Ahí, Lacan lo tomará con el nombre de goce -.

En su carta a Fliess, 61, Freud le aporta que las tres neurosis – histeria, obsesiva y paranoia – presentan los mismos elementos: fragmentación de recuerdos, impulsiones, ficciones, pero siendo lo que los diferencia su inscripción en la conciencia, y esto le llevó a decir que una cura nunca es igual a otra porque el análisis de los síntomas sólo tiene valor si se articula a una estructura.

Hablar psicoanalíticamente de la histeria es hablar de una estructura donde se mantienen el estatuto del sujeto dividido, entre la conciencia y la inconsciencia, y no de un objeto de investigación. Para la histérica el campo del inconsciente es su propio cuerpo, que a través de sus síntomas descifra como una inscripción. Por ello lo realmente importante para el sujeto no es sólo la toma de conciencia, sino la verbalización, por decir aquello que no había podido enunciar por vergonzoso, por prohibido, y que le llevará a hacerse cargo de su deseo inconsciente.

El carácter histérico

El carácter se forma precozmente. Está destinado a hacer que el sujeto tolere las condiciones de su existencia, pudiendo ocurrir que esas condiciones se modifiquen hasta resultar angustiantes; será entonces cuando aparecerán los síntomas, lo que sucede

particularmente con los síntomas histéricos. La conversión que determinan esos síntomas es precisamente la transformación de la angustia en manifestación inscrita en el cuerpo.

Es probable que al comienzo los rasgos del carácter no sean más que síntomas; su paso a la continuidad los desafecta, es decir, dejan de dar lugar a la movilización de estados afectivos y ello no sucede con los síntomas. Los síntomas son un intento de resolver los conflictos que entrañan un sufrimiento personal, mientras que el carácter haría sufrir al entorno. Los rasgos del carácter se traducen en actos o acciones, en esfuerzos para modificar la situación y el medio.

Existe la expresión neurosis de carácter; la definición sería la de una neurosis sin síntomas, y por tanto reducida al hecho del carácter, con un especial desarrollo de la aptitud no ya para transformar los conflictos en síntomas sino en acciones. Acciones que le medio va a sufrir y que las sentirá generalmente como hostiles.

Resulta complejo aportar una definición sobre el carácter, aunque nos apoyemos en Freud en su descripción exhaustiva del carácter en su modalidad anal. Siempre está salpicada, cualquier definición a la cual nos acerquemos, de adjetivos, de adverbios, en definitiva, de juicios de valor, de atribuciones, etc... Los vocablos falsedad, mentira, duplicidad y trampa abundan en los trabajos dedicados a la histeria. Frecuentemente se trata de auténticas sartas de insultos, en los que difícilmente se puede dejar de oír lo que el médico, históricamente, ha dedicado a sus histéricas. Y aquí, existe una confusión - aunque ya sabemos que para el psicoanálisis no existe este término, sino que se produce por lapsus o por actos fallidos - y se trata de si esa descarga que el médico realizaba contra las histéricas - y después popularizado hasta llegar al lenguaje corriente, ocurriendo de ello una desvalorización flagrante - la hacía contra la mujer. En el principio, podemos decir - y eso ha sido un debate importante -, se igualaba la histeria con la mujer,

de tal forma que aquello que se aproximaba al conocimiento de una mujer era tanto como hablar de la histeria.

Así, Grasset aporta su confirmación al respecto:

“sin querer faltar a la galantería, haré constar que la mayoría de los rasgos del carácter de las histerias no son más que la exageración del temperamento femenino: el temperamento femenino convertido en neurosis “.

De ahí, lo popular que surge: cuando un hombre piensa que tiene razón para quejarse de una mujer, es fácil, la tacha de histérica. Cuantas veces el psicoanalista ha escuchado en las quejas varoniles sobre sus mujeres la acepción de que los malestares referentes a ellas y que inciden en ellos es debido al carecer devenido de la menstruación.

Desconfianza y desprecio hacia las mujeres se perciben frecuentemente en los escritos de los médicos, no solamente sobre la histeria, sino sobre todas las afecciones ginecológicas. Así esos hombres de ciencia, de saber, hacen entrar las cosas del amor en el llamado saber, y legislan acerca de la forma adecuada de amar y desear; parecen saber lo que es bueno y lo que está bien. De esta forma proponen que todo lo que se sustrae a su definición debe de ser combatido mediante la terapéutica.

La subversión freudiana cambia este modelo, aunque en buena medida sigue vigente en la actualidad. Freud hace hablar a los enfermos, cuestión que por ejemplo la medicina no dejaba hablar a sus pacientes y no intentaba escucharles. Y es aquí donde se supera el modelo médico por el psicoanalítico, dando paso a interesarse por un discurso en el que nadie reparaba, el de las enfermas de Charcot.

Un rasgo de carácter más o menos aceptado por los autores es el de histrionismo. Es un neologismo que no figura ni en el diccionario Littré ni en el Larousse ni tampoco en el Robert. Podemos señalar que el origen de histrión proviene de la Roma antigua. Era un

actor que representaba farsas bufonas o groseras. En el Littré encontramos que se señala que el término comporta un matiz peyorativo de desprecio, que es en cierto modo la ilustración a la que hacíamos referencia anteriormente y lo que se hallará en numerosas descripciones del carácter histérico. Así, pues, la histérica es cómica. Y es evidente que si no se precisa cual es la comedia representada, o incluso qué es una comedia, se tiende a la subjetividad del observador que no puede sino afirmar que ella ha representado una comedia, que ella se reía del médico.

Pero si alguien puede reírse del médico, también podría admitirse que ese otro se engaña. De ahí la variante frecuente concerniente al juego histérico, juego escénico puesto que lo consideramos realizado por una actriz. Ya no se hablará, pues, solamente de comedia sino de engaño y superchería que será preciso desbaratar. El teatro y la gente del teatro obtienen una dimensión de mala fama que no han perdido nunca desde la Antigüedad, cuando la función del actor se encomendaba frecuentemente a los esclavos.

La representación de la histérica suele decirse de que es la imitación de otra persona. Los estudiosos de su carácter suelen añadir que el discurso y la conducta de la histérica no son naturales, que son afectados; la histérica finge. Esto viene a decir de que se trataría de una actriz muy mala, puesto que lo que caracteriza normalmente al buen actor estriba en que no se note que está copiando, que no está representando un modelo que puede ser el personaje encarnado en el rol.

Esta dimensión de histrionismo, de teatralidad, de hiperexpresividad no serían posibles sin que existieran espectadores dispuestos a observar tal despliegue. Es decir, parece necesario un público. Este comportamiento teatral es variable en el tiempo y según las circunstancias y ello se observa fácilmente en el curso de su análisis. La analizada propone al analista, en un primer tiempo, los distintos lugares en los que se colocan o han sido colocados por ella los distintos personajes de su entorno y ella adopta un discurso distinto según el personaje que asigna al analista. Hasta que no desaparecen por

agotamiento las distintas posibilidades, no aparece la que se ocultaba tras esos discursos, esto es, la auténtica persona histórica.

La histórica representa “la mujer”; en primer lugar, si ella la representa es porque no está segura de serlo, sino al contrario. De ahí la exageración de los criterios femeninos tal como han sido espigados en el entorno familiar y social, vehiculizados por la publicidad, la prensa, y el conjunto de los mass media. Ello determinará que en unos casos la representación insista en la diferencia sexual mientras que en otro se hará hincapié en la tendencia a la abolición de la diferencia, es decir, aquella tendencia denominada unisex.

La hiperfeminidad es lo más frecuente, lo que más se espera de una histórica, lo que espera el médico tradicional. Esta hiperfeminidad se traducirá en el vestido siempre importante en algún aspecto, sea ya por el excesivo recargamiento de su decoración o por una sencillez que destacará porque no encaja. Pero lo que atraerá más la atención de la mirada, será la función de máscara despenada por el vestido. El vestido muestra que esconde alguna cosa, no demuestra lo que esconde, pero indica que hay una cosa escondida o por esconder. El vestido adquiere en este caso la función muy adecuadamente denominada del maquillaje.

La etimología del término maquillar no carece de interés. Aparece por primera vez a mediados del siglo XVI con el sentido de su raíz holandesa maken: hacer; próximo a su equivalente alemán machen; se trata de una producción. Ya en el siglo XVII se utiliza en el sentido de trabajar, y sólo a comienzos del siglo XIX adquirirá su significado actual, comenzando por el trabajo y siguiendo por la histeria.

La histeria produce un juego, una representación, todas las facetas del juego con el que el hombre intenta describir, cercar, poseer a una mujer. Juego de la debilidad y de la desesperación, que permitirá al hombre ser fuerte, protector, en suma, el salvador. Juego del amor y de la ternura, adulator y tranquilizador de las habituales dudas del hombre en torno a su virilidad. Juego también de la cólera en la que el hombre

olvida precisamente esta dimensión de juego que sin embargo reprocha a la histérica. Juego de la desesperación, a veces también representado que lleva hasta el suicidio.



Otro lugar importante en la histeria es el hacer ver. Es una fórmula no demasiado utilizada, empleada por Eluard, para celebrar la representación, aunque sólo sea de palabras, resume el teatralismo histérico y

también ciertos síntomas descritos y que ya habían abocado a la significación común con el maquillaje. En fin, se trata de exhibir lo que la histérica no tiene, cuya ausencia tanto le hace sufrir. La máscara, el maquillaje, la representación tienden hacia un límite, en el sentido matemático de la expresión, límite que sería la belleza absoluta si se quiere; el más allá de ese límite merecerá un interés por lo que sigue; de momento esta belleza implicada exige que junto al hacer exista una demanda de mirar.

Causas sobre la histeria. Conversión y elección de órgano

Cómo se hace un histérico, cual es la causa de las manifestaciones histéricas, cual es el mecanismo por el que se forma un síntoma histérico son algunas de las preguntas que siempre se encuentran cuando nos encontramos con un caso de histeria.

Según la primera teoría freudiana, la neurosis histérica es provocada por la acción patógena de una representación psíquica, de una idea parásita no consciente y cargada fuertemente de afecto. Freud tomó la senda dejada o instaurada por Charcot y Janet en tanto que la histeria es una enfermedad por representación. Después se apartó de ella, introduciendo una serie de modificaciones. La más decisiva fue la de considerar la idea parásita, generadora del síntoma histérico, como una idea de contenido esencialmente sexual.

En los inicios de la obra de Freud, está persuadido de que el enfermo histérico sufrió en su infancia una experiencia traumática. El niño tomado de improviso fue víctima impotente de una seducción sexual proveniente de un adulto. La violencia de este acontecimiento reside en la irrupción intempestiva de una efusión sexual excesiva, que inunda al niño y de la que no tiene la menor conciencia. El niño queda petrificado, no ha tenido tiempo para comprender lo que sucede ni para experimentar la angustia que se hubiera apoderado de él.

La violencia del trauma consiste en el surgimiento de un plus de más de afecto sexual, no sentido en la conciencia sino recibido inconscientemente, Trauma quiere decir demasiado afecto inconsciente en ausencia de la angustia necesaria que, al producirse el incidente, hubiese permitido al yo del niño amortiguar y soportar la tensión excesiva. Si hubo trauma, fue precisamente porque la angustia faltó. Así, se instala en el inconsciente del niño un exceso de tensión inasimilable y errabunda que no llega a descargarse en una llamada de socorro, o en la acción motriz de la fuga. Este plus de más de afecto subsistirá en el yo a la manera de un quiste, y pasará a constituir el foco mórbido generador de los futuros síntomas histéricos.

La excitación brutal provocada por el acto seductor del adulto introdujo en el seno del yo una energía que, transferida de lo exterior a lo interior del yo, se encierra aquí de una forma intensa tensión sexual a la deriva. Podemos reconocer en semejante exceso de

afecto sexual el equivalente de un orgasmo inconsciente en un ser inmaduro. Comprendemos así que el trauma ya no es un acontecimiento exterior sino un violento desarreglo interno, que se sitúa en el yo.

El trauma psíquico no es solamente un exceso de tensión errante, es una imagen sobreactivada por la acumulación de este exceso de energía sexual. La huella psíquica del trauma, representación intolerable comprende dos elementos inconscientes: una sobrecarga de afecto y una imagen sobreactivada. El yo del niño, futuro histérico, sobre el que recaería el impacto sintomático de la seducción, es una superficie psíquica compuesta de diferentes imágenes corporales que se organizan como un cuerpo imaginario, caricatura del cuerpo anatómico. El yo histérico es un cuerpo formado a la manera de un traje de arlequín, donde cada rombo corresponde a la imagen deformada de un órgano particular, de un orificio de cualquier otra parte anatómica.

En el momento del trauma, el impacto de la seducción suelta, digamos, uno de esos rombos, toca puntualmente una de estas imágenes, precisamente la que corresponde a la parte corporal puesta en juego en el accidente traumático. El excedente de tensión psíquica se concentra en esta imagen y la inviste de tal manera que esta se desolariza de las demás imágenes el cuerpo imaginario o se desolariza del yo histérico. Lo que decimos en llamar representación inconsciente o idea parásita cuando calificamos a la histeria de “enfermedad por representación”, es esta misma imagen inconsciente, desconectada del cuerpo imaginario – yo – remitiendo a la parte del cuerpo que estuvo en juego en la escena traumática y altamente investida por una carga sexual.

Lo que hay que tener presente es que el trauma que el niño sufre no es la agresión exterior, sino la huella psíquica que queda de la agresión. Lo importante no es la naturaleza del impacto, sino la señal que deja, impresa en la superficie del yo. Esta imagen altamente investida de afecto, aislada, penosa para el yo, debe de ser

considerada como la fuente del síntoma histérico e incluso, la fuente de cualquier síntoma neurótico.

Según Freud, la neurosis histérica es provocada por la torpeza con que el yo pretende neutralizar ese parásito interno que es la representación sexual intolerable. Esta adquiere su verdadero poder patógeno cuando se ve atacada por un yo recalcitrante a ella. Cuanto más ataca el yo a la representación, más la aísla. Este sobresalto defensivo del yo es lo que exactamente lo que Freud llama represión. Reprimir quiere decir ante todo aislar. Lo que hace radicalmente intolerable a la representación es el hecho de quedar fundamentalmente separada de las otras representaciones organizadas en la vida psíquica, y precisamente esto hace que conserve, en el seno del yo, una actividad patógena inextinguible. Mientras esta representación penosa permanezca apartada – reprimida - el yo conservará en sí un traumatismo psíquico interno y larvado.

Lo que enferma a un histérico no es tanto la huella psíquica del trauma como el hecho de que esta huella, bajo la presión de la represión esté sobrecargada de una demanda de afecto, que en vano quisiera fluir. La razón esencial de la histeria es el conflicto entre una representación portadora de un exceso de afecto y una defensa desafortunada, represión, que hace aún más virulenta la representación. La represión cuanto más se ensaña con la representación, más la aísla y más peligrosa la vuelve. La represión es una defensa hasta tal punto inadecuada, que la podemos juzgar como malsana para el yo como la representación patógena la que pretende neutralizar.

Para Freud fue decisivo el papel de la defensa en la etiología de la histeria, hasta el punto en que la llamó “histeria de defensa”; después la denominará histeria de conversión.

Nos encontramos, entonces, en presencia de un conflicto en el seno del yo entre una representación sobrecargada que intenta liberar su exceso de energía y, por el otro, la presión constante de la represión, la cual aislando a la representación, le impide dejar fluir su sobrecarga. No habrá ninguna solución radical a ello, no habrá flujo liberador sino únicamente soluciones de compromiso, consistentes en las investiduras de otras representaciones menos peligrosas que la representación intolerable.

Es un desplazamiento de energía, más bien se trata de la transformación de una energía de un estado primero en un estado segundo. Con el fin de poner en fuera de juego a la represión, el exceso de energía pasa de su estado primero a ese otro estado de carga que es el sufrimiento corporal. Por eso, la especificidad de cada tipo de neurosis, -obsesión-histeria-fobia – dependerá de la modalidad que adopte el desenlace final del conflicto.

Este se decide en dos estados distintos. Tenemos la sobrecarga energética en su naturaleza de exceso, pero esta sobrecarga adopta dos estados distintos y sucesivos: el estado primero corresponde al momento en que ella invierte a la representación intolerable – la escena traumática -, y el estado segundo corresponde al momento en que invierte a una representación cualquiera correspondiente al pensamiento – obsesión -, al mundo exterior- en el caso de la fobia -, o al cuerpo – en la histeria -.

Uno de los desenlaces de la lucha contra la represión consiste en la transformación de la carga sexual excesiva en influjo nervioso igualmente excesivo que, actuando como excitante o inhibidor, alcanza un sufrimiento en el soma. La conversión, desde el punto de vista económico se define como la transformación de un exceso constante de energía que pasa del estado psíquico al estado somático. Podemos admitir que el sufrimiento de un síntoma somático es una energía equivalente a la energía de excitación del trauma inicial o a aquel exceso de afecto sexual que poder hacer equivalente a un orgasmo. Por ello se justifica la expresión sustitutiva de una manifestación somática de carácter

histérico por un orgasmo sexual. Más concretamente, de un orgasmo obtenido por masturbación, ya que la sexualidad del histérico es una sexualidad de corte infantil.

Vómitos, enuresis, crisis de llanto, afonía o una parálisis histérica de la marcha constituyen, en definitiva, la manera irregular y neurótica de que se vale el histérico para vivir su sexualidad infantil. Por tanto, los síntomas de conversión han de ser tenidos en cuenta como equivalentes corporales de satisfacciones masturbatorias infantiles. Este desarrollo le sirve a Freud para definir la histeria como histeria de conversión, quedando a un lado la anterior denominación de histeria de defensa.

La región somática afectada por el síntoma de conversión corresponde a aquella parte del cuerpo alcanzado inicialmente por el trauma, pasando así a constituir una imagen determinada. En la conversión, la carga energética abandona la imagen inconsciente para ir a energizar el órgano cuyo reflejo es esta imagen.

La elección de asiento somático se explica en la secuencia siguiente: parte del cuerpo percibida en la escena traumática – digamos que el brazo – da como resultado una imagen inconsciente del brazo que a su vez conlleva una parálisis conversiva del mismo. Estos tres estados sucesivos del cuerpo – cuerpo percibido-cuerpo en imagen- cuerpo sufriente – no siempre se refieren al cuerpo de una misma persona. La zona corporal percibida en ocasión del trauma puede pertenecer tanto al cuerpo del niño como del adulto que seduce, o también puede alcanzar a un testigo de la escena. Lo importante es conocer qué parte del cuerpo percibió el niño más intensamente en el momento del trauma. Pongamos la hipótesis de una escena en la que el trauma deviene a partir de un adulto, en la forma adoptada de seducción, se dirige a una niña, y consiguientemente la madre grita de horror al comprobar la escena; esto conllevará que los gritos se transformarán, conversivamente, en afonía en el sujeto-niña que ha experimentado el trauma. Los gritos de la madre, percibidos e inscritos en el inconsciente de la niña, resurgirán ulteriormente en ella como pérdida de su propia voz.

Sabemos que la conversión, digamos, es una mala solución porque no resuelve la dificultad causante de la histeria, esto es, el encierro del exceso de carga energética en un elemento asilado y desconectado del conjunto. Nos podemos interrogar si puede existir una manera más conveniente de tratar dicho exceso. Podemos sugerir que la cosa pasaría por distribuir este exceso en una multiplicidad de representaciones, digamos, colectivizar el exceso, diseminarlo para alcanzar su desactivación. La escucha psicoanalítica puede ser considerada como una diseminación del exceso, como una vía posible para curar al sujeto de aquello inconciliable.

Del trauma al fantasma

Desde 1892, Freud propone la sexualidad como causa principal del desencadenamiento de la neurosis histérica. Empezó considerando la disposición hereditaria como la causa de la enfermedad, más tarde el inadecuado uso de las mismas que hacen las mujeres célibes para finalmente asentarse en la causalidad traumática de los síntomas. Un accidente sexual anterior a la pubertad, padecido con temor y asco se transforma en patógeno, precipitándose en forma de síntoma. En un primer momento la niña no lo había vivido como tal, no existen recuerdos de carácter sexual; ya un segundo incidente en la pubertad le suscita la primera escena, y ya con un contenido sexual. Freud nos habla de Emma: "... era una joven mujer que no podía ir sola a ningún comercio. Recuerda que, a la edad de doce años, estando en una tienda, vio a dos empleados que se reían entre ellos, y sin saber por qué se aterroriza y sale corriendo. Sugiere que se reían de ella por su vestido y que uno de ellos le había gustado". Freud no encuentra en la vestimenta actual motivos para esa reacción, ya que se viste como una dama.

Aparece una nueva asociación que hace aparecer otro recuerdo, uno segundo; a la edad de ocho años fue a una pastelería a comprar golosinas y el tendero le pellizcó los genitales a través del vestido. Emma acude una segunda vez, y es esta vez lo que se reprocha, ya

que podría haber evitado su vuelta a la pastelería y es por eso que la joven se acusa de haberlo provocado. Freud llama a este estado de mala conciencia oprimiente. Se trata de un rasgo frecuente en la histeria, que se culpabiliza de sus deseos inconscientes a través de sus síntomas.



Es a través de la risa que Emma relaciona las dos escenas; los empleados quedan unidos a la risa del pastelero, e igualmente por el vestido inadecuado que no la protege. El recuerdo tiene como producción un

desprendimiento sexual, que en un primer momento no se había producido, alcanzando posteriormente la angustia. Emma teme que los jóvenes puedan volver a repetir el atentado. De nuevo se encuentra sola en el negocio con un hombre, con un vestido que no encubre la excitación sexual que la escena produce, pero esta vez sí puede escapar. Es el encuentro con su goce que Emma ni puede elaborar, transformándose après-coup en patógeno, y es lo que lo convierte en trauma.

Freud escucha en sus pacientes histéricas un relato parecido al de Emma, denunciando haber sido víctimas de una seducción. Y en principio pensó en la seducción de la niña por un familiar cercano, un tío o el propio padre, como iniciador y causante del trauma sexual. Así en la carta 52 relata que la histeria se le insinúa cada vez más como consecuencia de una perversión del seductor, y la herencia como seducción por parte del padre. Encuentra a veces en la misma neurosis un primer momento perverso para seguirle una reacción histérica a partir de un periodo de angustia, lo que le lleva a definir la histeria como una

estructura compleja cuya sexualidad desautorizada puede mostrarse con el ropaje de una perversión que tampoco está autorizada.

Definir si las histéricas son víctimas o impostoras de la seducción de la que se quejan llevó a posiciones extremas no sólo a la medicina y a la psicología – véase el DSM-IV, donde se las define cercanas a la simulación profesional – sino también a movimientos sociales relacionados con las teorías feministas, donde la queja histérica encuentra su lugar de expresión. Cien años después de Freud en muchos debates sobre temas relacionados con las mujeres resurgen las diferentes posiciones que las consideran o bien seductoras o bien seducidas, sin poder considerarlas en su diferencia, esto es, una a una.

Pero Freud también presenta en la carta 52 nuevos conceptos. Descubre en los síntomas que expresaban sus pacientes que el llanto, el ataque de vértigo, el mutismo estaba dirigidos a otro, a alguien a quien reclamaban su interés, pero la mayoría de las veces es a ese Otro, a quien nadie podrá equipararse, ese Otro al que Lacan localiza como anterior y a la vez exterior al sujeto, y que lo determina, diferente del semejante imaginario, donde la histeria pone en juego su deseo por siempre insatisfecho.

Freud construye una articulación teórica que define la fantasía como un funcionamiento transindividual. Las fantasías se establecieron por cosas oídas a los padres y los antepasados y que posteriormente se valorizaron, unidas a lo visto por el sujeto – tómese nota de la pulsión escópica -, y a la vez relacionadas con un deseo pasado y proyectado en el futuro. Pasado, presente y futuro relacionados por el deseo, conexionadas por una palabra, que es un significante. No se trata de experiencias individuales deformadas, sino que dan cuenta de una estructura inconsciente que sólo a través de sus manifestaciones se pueden conocer.

En la carta 69 Freud declara que ya no cree más en su neurótica debido a las continuas desilusiones producido por las dificultades que encontraba para llevar a buen término los análisis, ya que eran interrumpidos en momentos en que parecía próximo el

esclarecimiento del síntoma y sobre todo la sorpresa de que en todos los casos el padre hubiera de ser considerado como el seductor perverso. Freud señalaba que “ sin excluir a mi propio padre “ -, y esto le hizo pensar que la perversión contra los niños no era tan frecuente como parecía en la queja de sus pacientes. Sostenía Freud que era imposible de distinguir la verdad de la ficción investida con afecto, ya que en el inconsciente no hay signos de realidad. Esta construcción teórica produjo el abandono de la teoría de la seducción por el padre como causante fundamental de la histeria.

El salto cualitativo importante es que Freud empieza a considerar las fantasías como causantes de valor patógeno en el psiquismo tanto como los acontecimientos acaecidos. Así: “Las vivencias infantiles construidas en análisis o recordadas son unas veces irrefutablemente falsas, otras veces son con certeza verdaderas, y en la mayoría de los casos una mezcla de verdad y falsedad “. De esta forma se inscribe el concepto de “realidad psíquica”, opuesto al de realidad material, pues al estar soportada por deseos inconscientes produce a través de fantasías una singular forma de existencia. La fantasía es, pues, correlato del deseo.

Aristóteles articula la “proton pseudos”, premisa mayor falsa en un silogismo que da como consecuencia una conclusión falsa. Fue utilizada por Freud para referirse al mecanismo de la “proton pseudo histérica “que se trata de un falso enunciado a continuación de un falso supuesto. La mentira histérica tiene la particularidad de surgir de un falso enlace que trata de ordenar dos escenas en las que los histéricos se encuentran, convocados desde sus propios fantasmas.

Para Freud, el vocablo trauma ya no se refiere a la idea de un acontecimiento exterior, sino que designa un acontecimiento psíquico cargado de afecto, auténtico microtrauma local, centrado en torno a una región erógena del cuerpo y consistente en la ficción de una escena traumática que desde el psicoanálisis llamaos fantasma. Que el fantasma sea un trauma no quiere indicar que todos los traumas sean fantasmas.

En la vida cotidiana del niño pueden producirse choques traumáticos reales provocados por agentes externos; estos choques existen y son frecuente motivo de consulta en el psicoanálisis de niños. En estos casos, el afecto provocado por el trauma real es un sentimiento de pavor que, sin ser reprimido, quedará inscrito, de una u otra manera, en la vida fantasmática de la psique infantil. Esto nos lleva a decir que todos los traumas, sean reales o psíquicos, se inscriben necesariamente en la vida de los fantasmas.

Si señalamos que los fantasmas son traumas es porque en ese foco del fantasma que es el lugar erógeno brota una sexualidad excesiva, autoerótica, sometida a la presión de la represión. La sexualidad infantil nace siempre mal, ya que es exorbitante y extrema. Este fue el gran descubrimiento que hizo abandonar a Freud la teoría del trauma real como origen de la histeria.

La sexualidad infantil es un foco inconsciente de sufrimiento, ya que es siempre desmesurada en relación con los limitados recursos, físicos y psíquicos, del niño. El niño será siempre irremediamente prematuro, no preparado en relación a la tensión que aflora en su cuerpo; y también, esta tensión libidinal será siempre demasiado intensa para su yo.

Origen de futuros síntomas, la sexualidad infantil es traumática y patógena porque es excesiva y desbordante. Por eso aportamos la idea de que es el propio cuerpo erógeno del niño el que produce un acontecimiento psíquico, ya que es el foco de la sexualidad desbordante, y que asienta el deseo. Un deseo que entraña la idea de que algún día podría realizarse en la satisfacción de un goce ilimitado y absoluto.

Lo insoportable para el sujeto es justamente esta posibilidad de un absoluto cumplimiento de deseo – es lo que Lacan apunta como goce -. Este goce es insoportable porque si lo viviera pondría en peligro la integridad de todo su ser. Es tan intenso el surgimiento de este exceso de sexualidad llamado deseo, con la eventualidad de su

cumplimiento que, para atemperarse, necesita la creación inconsciente de fabulaciones, escenas y fantasmas protectores.

Estas formaciones fantasmáticas producidas inconscientemente, ignorándolas el sujeto, son la respuesta psíquica obligada para contener el exceso de energía que el empuje del deseo conlleva. Una escena fantasmática tan “verdadera” como la antigua escena traumática ocurrida en la realidad, y que dará formas y figuras dramáticas a la tensión deseante. Esta tensión atemperada por el fantasma sigue siendo una tensión igualmente insoportable, pero ahora está integrada en la escena del fantasma, y a ella se circunscribe. La podemos denominar angustia fantasmática. Ésta es el nombre que adoptan el deseo y el goce una vez que ya están inscritos en el marco del fantasma.

Sostenemos la tesis de que la causa principal de la histeria reside en la actividad inconsciente de una representación sobreinvertida. Con la salvedad de que el contenido de esta representación ya no se reduce a la imagen delimitada de una parte del cuerpo – la primera teoría del trauma -, sino que se despliega respondiendo a un libreto dramático que denominamos desde el psicoanálisis fantasma. Este se desarrolla en una breve secuencia escénica que contiene siempre los siguientes elementos: una acción principal, protagonista, y una zona corporal excesivamente investida, fuente de angustia. Este fantasma es inconsciente y está tan sometido a la represión como la representación intolerable de la primera teoría; y también es portador de un exceso que señalamos como angustia que, al desbaratar la acción de la represión, hallará su expresión final en un trastorno del cuerpo. Y es por este despliegue que hemos realizado, que aportamos la idea de que el psicoanalista ya no deberá buscar detrás del síntoma un acontecimiento traumático fechable y real, sino el traumatismo de un fantasma angustiante.

La sexualidad en la histeria

El desajuste de la sexualidad histérica se explica como la manifestación más directa, como la conversión somática más inmediata de la angustia que domina en el fantasma originario de la histeria. Así podemos observar que el mecanismo de conversión transforma a la angustia de este fantasma inconsciente en un desorden general de la sexualidad.



Existen dos clases diferentes de conversión que no se oponen, se complementan. Una conversión global que transforma la angustia en un estado general del cuerpo, y una conversión local que transforma la

angustia en un trastorno somático limitado a una parte definida del cuerpo.

La angustia del fantasma se transforma en una perturbación de la vida sexual del histérico en un estado de sufrimiento causado por una erotización general del cuerpo; erotización – paradoja donde la haya – que se acompaña de una inhibición concentrada en el nivel de la zona genital. Así, la conversión global de la angustia del fantasma da lugar a un sorprendente contraste: un cuerpo globalmente erotizado que coexiste con una zona genital anestesiada.

La inhibición genital se traduce en la vida sexual del histérico por una indiferencia hacia la sexualidad, o digamos que por una aversión, que le lleva a una repugnancia a todo contacto carnal. La inhibición sexual histérica significa un movimiento activo de repulsión. Freud la formuló así: “No vacilo en considerar histérica a toda persona a quien

produce asco cualquier ocasión de excitación sexual, manifieste o no esta persona síntomas somáticos”. En los Tres ensayos sobre la teoría sexual añade que “el contradictorio enigma que plantea la histeria es la pareja de opuestos formada por una necesidad sexual excesiva y una repulsa exagerada de la sexualidad”. Así existe una hipererotización global del cuerpo no genital que se le opone una profunda aversión por el coito genital.

La impotencia, la eyaculación precoz, el vaginismo o la frigidez son trastornos característicos de la vida sexual del histérico que expresan de una forma u otra, esa angustia inconsciente del hombre a penetrar en el cuerpo de la mujer, y esa angustia inconsciente de la mujer a dejarse penetrar.

La paradoja, una vez más, es que hay hombres y mujeres excesivamente preocupadas por la sexualidad, intentando erotizar cualquier relación social; y por el otro, sufren de tener que pasar la prueba del encuentro genital con el otro sexo.

Entre estas inhibiciones descritas figura una, esencial y secreta, que alcanza a la histérica en lo más profundo de su ser de mujer. Mientras vive una relación carnal aparentemente dichosa, la mujer histérica puede requisar abrirse a la presencia sexual del cuerpo del otro. Esto es, la histérica se ofrece, pero no se entrega, puede tener relaciones sexuales orgásmicas sin por ello comprometer su ser de mujer.

En el momento del acto, cuando se enfrenta a la amenaza de perder su virginidad fundamental, se repliega en el umbral del goce del orgasmo, preservándose de experimentar un goce radicalmente distinto, enigmático y peligroso, que Lacan denominó goce lo abierto. La histérica puede pues ofrecerse al orgasmo, pero no se entrega al goce de lo abierto.

Al rehusar entregarse, la histérica se ve irremediabilmente arrastrada a la insatisfacción. Se trata del hombre que se niega a penetrar a la mujer o de la mujer que, aceptando la penetración, se niega a perder su virginidad fundamental, los dos vivieran sin escapatoria

un estado latente de insatisfacción. Dicha insatisfacción no se inscribe solamente en el registro sexual, sino que alcanza al conjunto de la vida. A pesar de este dolor, el histérico se empeña en su insatisfacción; deseo con el cual Lacan marcó para siempre lo propio de la histeria. El histérico desea estar insatisfecho porque la insatisfacción le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser. Cuanto más insatisfecho está, mejor protegido queda contra la amenaza de un goce que él percibe como riesgo de desintegración y locura.

Fantasma histérico

Ya hemos indicado que el origen de esta escisión de la sexualidad histérica residía en un fantasma inconsciente, y ahora nos invita a desarrollar el contenido del fantasma.

El fantasma que da origen a la neurosis histérica, el fantasma fundador de la histeria se resume en la escena que describimos a continuación: Un niño se sobrecoge de horror al ver la imagen del cuerpo sin ropas de una mujer, del cuerpo desnudo, castrado de la madre. Decimos de la madre o de cualquier otra mujer con la que ha existido un lazo de amor. La visión de un cuerpo femenino, percibido como un cuerpo privado de pene, provoca angustia porque el niño piensa que él mismo puede ser víctima de una castración igual. Basta que haya visto a su madre desnuda, percibiéndola castrada, para que de inmediato le asalte el temor de alcanzar el mismo destino. Recordemos que la interdicción del incesto proferida por la voz del padre es complementaria de esta otra interdicción, visual y silenciosa, impuesta por la desnudez del cuerpo materno. Las dos amenazas, una que entra por los ojos, referida al cuerpo materno, y la otra que entra por los oídos, la voz paterna, convergen y desencadenan la angustia de castración.

La vida psíquica del histérico se organiza alrededor de este fantasma visual cuyo argumento sigue el trazado de una línea que parte de los ojos del niño, se dirige al agujero sexual del otro castrado, y que retorna al pene del propio niño. La mirada del niño es de

placer y horror a la vez; placer para el sujeto de revelar la falta en la madre, y a la vez, horror de deducir que si la falta ha afectado a la madre, también él puede ser alcanzado por el mismo destino.

Este horror, que es el afecto dominante del fantasma histérico del varón alcanza el nombre de angustia de castración, rigurosamente llamado “angustia frente a la amenaza de castración, aludiendo al temor de percibir la amenaza de sufrirla. En última instancia hace referencia al temor de la amenaza de castración visualmente percibida, y no miedo de ser realmente castrado. Así pues, en el libreto fantasmático de la histeria el único personaje verdaderamente castrado es la figura de la madre; la castración es siempre la castración del Otro.

Por supuesto ni qué decir que esta observación es de carácter inconsciente, no debiendo ser confundida con la que vemos aparecer en los niños a través de miedos diversos como las pesadillas, terrores nocturnos, etc. Estas perturbaciones que se caracterizan por una angustia que el niño vive y siente en forma de miedo son manifestaciones clínicas de una lucha invisible que el yo libra contra la angustia inconsciente de castración, inherente al fantasma. Por tanto, la angustia vivida y consciente que llamamos miedo es la expresión de la defensa del yo – la represión – contra esa angustia no vivida, fantasmática e inconsciente, que ya llamamos angustia de castración. Por ello sostenemos que la angustia de castración es la fuente de estos miedos fóbicos, pero también de las manifestaciones neuróticas en su conjunto.

Es conveniente realizar una precisión acerca de la diferencia entre la intolerable angustia de castración y el intolerable goce. Una cosa es el miedo y la repulsa de un goce ilimitado que amenaza la integridad de todo el ser, y otra la angustia ante la amenaza de una castración dirigida a una parte limitada del cuerpo, el falo. O bien el niño tiene miedo de perder su ser al cumplir el deseo incestuoso, o bien se angustia ante la idea de arriesgar el falo.

La escena del fantasma visual de la histeria corresponde en todos sus detalles a una escena ficticia, a partir de algo real ocurrido a partir de lo escópico del cuerpo materno. Es una escena que habría sido vivida por un niño de cinco años en la fase llamada fálica de su evolución libidinal. El histérico sería, pues aquel niño que no habiendo podido remontar psíquicamente esta fase, quedando coagulado en ella. Si la llamamos fase fálica es porque la parte sexual que le falta a la madre en la imagen de su cuerpo desnudo no es el pene, a los ojos del niño, sino el ídolo del pene, la ficción de un pene potente cargado de una extrema tensión libidinal, un semblante del pene que conceptualizamos como falo.

Cuando el varón descubre angustiada que su madre está desprovista de falo, su universo que hasta ahora era habitado por sujetos portadores de falo – por supuesto, todos – se escinde a partir de ahora en dos clases de seres; aquellos que son portadores de un falo, y los que están desprovistos de él., independientemente de su sexo anatómico. En la fase fálica, la diferencia sexual entre el sexo masculino y femenino no está adquirida; el universo infantil sigue esta repartición de seres provistos y desprovistos de falo, o bien, de seres potentes y seres impotentes – léase desde aquí la importancia que soporta esto cuando el psicoanalista se encuentra ante demandas sobre la impotencia, por ejemplo -; no, pues, entre hombres que tienen un pene y mujeres que tienen una vagina. Esto es, el niño no sabe si es un varón o una niña. Exactamente de esta incertidumbre sexual sufre el histérico.

Hasta ahora nos hemos referido al fantasma histérico en el niño. Ahora nos referiremos a la niña, al fantasma histérico en la mujer.

Según Freud, el afecto que domina en el fantasma femenino de castración, como origen de la histeria, no es la angustia como en el caso del varón, sino el odio y el resentimiento hacia la madre. La mujer no podría tener angustia de castración en el auténtico sentido del término. ya que se encuentra castrada. No hay peligro de castración para ella. Sin

embargo, si existe un fantasma femenino de castración, en el cual la castración no es una amenaza sino un hecho ya consumado. En su fantasma, la niña no tiene la idea del pene, sino de un falo que le han sustraído, robado.

Tampoco tiene la idea de la vagina como concavidad positiva sino de la falta de un falo, que hubiera debido estar ahí. Señalemos a esta altura la escena fantasmática en la niña: una niña descubre visualmente el cuerpo desnudo de su madre, cuya visualización le lleva a igualarse ante ella; se encuentra castra como la madre. Señalar que ya antes de esta visualización, la niña ya había tenido otra en la que, si descubría el pene en el varón, creyendo que todos los seres humanos poseen la misma cosa, que ya bautizó Lacan con el nombre de falo. Sorprendida ante el cuerpo castrado de su madre, cosa que le confirma su propia castración, se ve asaltada por la incontenible apetencia de tener ese falo que le falta, o de ver un día que su pequeño falo clitorídeo ha crecido.

La niña se encuentra invadida por dicha apetencia, irrumpiendo en ella un odio reivindicativo respecto de su madre, considerándola responsable de haberla hecho mujer – faltante, pues – y de no haber sabido protegerla garantizándole la permanencia de una fuerza fálica.

Precisamos que es un fantasma femenino de confirmación de una castración ya consumada, al contrario del varón que es una amenaza de castración temida y venidera. Añadimos que la hostilidad de la niña con respecto de la madre castrada de reactualiza con un sentimiento de odio más antiguo; se trata del rencor que acompañó a la separación dolorosa del destete.

Con anterioridad al descubrimiento de la madre castrada – y aquí seguimos a Jones –, cuando la niña atribuye a todos los seres humanos un falo universal, experimenta ya unas confusas sensaciones en el bajo vientre y en la vagina, con la misma mezcla de sensaciones físicas, narcisismo y ensoñaciones que despierta el pene en el niño varón. Mientras que, para Freud, en cierto momento de la evolución de la niña el falo podría

localizarse esencialmente en el clítoris, nosotros pensamos que podríamos ampliar su localización a los demás órganos genitales femeninos, en particular al útero. Así, la niña invertiría su clítoris y sus órganos sexuales internos como el niño invierte su órgano peneano, esto es, con la misma potencia fálica y con el mismo temor se sentirlos amenazados, Por lo tanto, asó como el niño considera su pene como un falo que no habrá de perder jamás, la niña toma sus órganos genitales por un falo que habrá de preservar de cualquier ataque. Por ello, la visión de la madre desnuda e impotente despertaría en la niña la inquietud de un peligro que amenazaría la integridad de sus órganos genitales, en particular de su útero. El cuerpo de la madre se ofrece a los ojos de la niña como un cuerpo inmenso, soberbio y monstruoso, todo el falo inquietante.



Sin necesidad de negar la experiencia de rencor y decepción con respecto de su madre, hacemos existir la angustia provocada por ese falo desmesurado e invasor que es el cuerpo de la madre-falo. Madre-falo y no madre fálica; no se trata

de una madre poseedora de un falo sino de una madre enteramente homologada, identificada con el falo insuperable.

En este aunar experiencias de la niña, la angustia primera suscitada por el peligro de una madre-falo es la fuente inconsciente de la angustia que puede experimentar una mujer histérica ante la penetración sexual, captada ésta como riesgo de desgarradura y de estallido de su vagina, su útero y más allá, todo su ser. En su fantasma, el pene del hombre representaría, para la mujer histérica, el equivalente inconsciente del cuerpo desmesurado y peligroso de la madre.

Retomamos ahora la versión histérica masculina o femenina del fantasma. Lo cierto es que el histérico queda pretrificado en ese fantasma. Presa de la angustia de perder lo que tiene por lo esencial de sí mismo, su falo, se sume en la confusión de no saber si es hombre o mujer. El universo fálico constituye el mundo angustiante en el que el sujeto histérico se debate. Cuanto más indeterminado está en su identidad sexual, más le importará su falo, y más se acrecentará su angustia hasta transformarse en síntomas y sufrimiento.

Esta obsesión permanente de los peligros fantasmáticos que acechan la integridad de su falo, más allá de la integridad de todo su ser, es una angustia intolerable, que precisa quitárselo de encima. Si el histérico es histérico es por la manera que tiene de quietarse la angustia que le acecha. Sabemos que la conversión de la angustia de castración da lugar a un doble efecto clínico: una excitación que afecta al conjunto del cuerpo de manera global, y una inhibición que afecta estrictamente a la región genital. También observamos que el cuerpo entero, toda la tensión libidinal del cuerpo fantasmático, se concentra en un solo lugar que es la región genital., y que en el fantasma se llama falo.

No debemos de olvidar que los ojos, zona erógena, está marcadamente investida y hemos señalado que el niño del fantasma siente con los ojos el placer y el horror de percibir la castración de la madre. Pero los ojos no son sino un afluyente que canaliza la libido hacia ese núcleo central que es el falo. Toda la energía está puesta en el falo. ¿Entonces como el yo podría desembarazarse de esta energía, al igual que se desvía el curso de un río? El fenómeno de conversión puede ser comparado con un movimiento de vasos comunicantes; la libido fálica contenida en un vaso – que sería el fantasma inconsciente de castración – fluye hacia otro vaso representado por el cuerpo real sufriente del histérico.

Acumulada hasta entonces en el nivel del falo fantasmático, la libido abandona su fuente central y va balizando progresivamente el cuerpo real; se expande por todas las partes del cuerpo, con la excepción puntual de la zona genital. Mientras que en inconsciente el

cuerpo se condensa reduciéndose a ser nada más que el falo, por contraposición, en la realidad el cuerpo real del histérico es invadido por el fenómeno de la falicización. El cuerpo real pasa a ser un cuerpo que sufre de ser un inmenso falo. El mecanismo de conversión se hace comprensible: se trata de un fenómeno de falicización del cuerpo no genital y, a la vez, de desafección del cuerpo genital. El cuerpo del histérico sufre de ser un falo desmesurado y embarazoso en el que se abre, en el nivel de la región genital, un agujero.

La zona genital pasa a ser entonces un lugar vaciado y desafectado, mientras que el cuerpo no genital se excita y se erige como falo potente, lugar de veneración narcisista, objeto de todas las seducciones y también de sufrimientos. El cuerpo no genital se convierte en ese falo que el histérica pasa a ser. Para el histérico tener el falo es serlo. El falo que es el histérico es aquel que le faltaba a la madre, al Otro castrado en el fantasma de castración. El sujeto sufre por haber pasado a constituir ese falo del que el Otro está castrado. Es lo que el Otro no tiene – de ahí la tendencia, imposible por supuesto, de construir en algunos sujetos un Otro del Otro -.

De esta forma, un ligero murmullo, el mero roce un vestido, la inflexión de una voz, o una mirada, son captados por el histérico-falo como estimulaciones sexuales que se renuevan incensantemente; a la manera de un sexo que se extenua queriendo responder a las excitaciones pero que nunca se descarga, el histérico permanece en la anarquía libidinal; es un cuerpo-falo que sufre de un narcisismo en demasía, y de una nada genitalidad. Vive la sexualidad en todas las partes de su cuerpo, menos donde tendría que vivirla.

El fantasma de castración que da base a la histeria siempre va acompañado de otro fantasma en el horizonte del universo histérico, un fantasma que podemos llamar fundamental. La escena es simple; un hombre y una mujer con sus cuerpos enlazados conciben un hijo sin ninguna penetración vaginal. El histérico sería el artesano y actor de este sueño, desempeñando tanto el papel de la Virgen Inmaculada, como el del padre

Todopoderoso y también sería el lugar contenedor de este encuentro procreador y divino -el histérico qué es ¿hombre o mujer? -

Resulta de ese fantasma una identificación primordial: encarnar el útero, órgano matricial en hueco que contiene el encuentro real en el que se genera la vida. En el fantasma de castración, es el órgano amenazado de mutilación al producirse la penetración sexual; y en el fantasma fundamental, el receptáculo ideal que da cobijo al encuentro feliz divino de un hombre y una mujer, sin sexo. El histérico se identifica por tanto con dos clases de útero-falo. O bien es el útero como órgano interno que habrá de preservar y no exponer nunca; o bien es el tercero asimilado al cuerpo del propio histérico, receptáculo que encierra dos cuerpos enlazados, los de un hombre y una mujer sin sexo.

Se suele decir y, con cierto sostén, que los histéricos son seres bisexuales. En un universo donde no existe la oposición de sexos y donde la mujer se confunde con el hombre; ambos resbalan fácilmente del papel masculino al papel femenino y viceversa. En realidad, no es que sean bisexuales, se trata de otra cosa; podríamos decir que son extrasexuales, fuera del sexo. No sólo ignoran la diferencia de sexos, sino que encarnan el límite, el marco neutro y exterior contenedor de una unión sexual procreadora y sin penetración. Subiste un hecho de fondo; el histérico ignora de si es un hombre o una mujer, no ha logrado tomar para sí el sexo de su cuerpo. Así, la expresión histeria masculina es en sí misma una contradicción en los términos, pues el sustantivo histeria, significa incertidumbre sexual - ni hombre ni mujer -, mientras que el adjetivo masculino decide y elige allí donde la elección muestra ser imposible.

Un acercamiento conceptual a la neurosis obsesiva

Henri Ey define la neurosis obsesiva como el 'carácter forzado, compulsivo, de los sentimientos, de las ideas o de las conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible, sin que, no obstante, él mismo deje de considerar irrisorio este parasitismo incoercible'.

De esta definición derivan los caracteres clásicos de las obsesiones: incoercibilidad, automatismo, lucha y conciencia de la enfermedad.

Según el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), no la considera como una entidad aparte, sino que la enumera dentro de los 'trastornos de ansiedad', y allí se encuentra enmarcado el llamado 'trastorno obsesivo - compulsivo'. En dicho trastorno se presentan obsesiones y compulsiones que son reconocidas por las personas como excesivas e irracionales provocando un malestar clínicamente significativo e interfiriendo con la rutina del individuo, sus relaciones laborales, académicas o su vida social.

El manual indica determinar si hay poca conciencia del trastorno. Además, que las obsesiones se definen por pensamientos, impulsos e imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Estas situaciones no se reducen a simples preocupaciones excesivas, sino que la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos e imágenes o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos, porque reconoce que son producto de su mente. Las compulsiones en cambio se definen por comportamientos - lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones... - o actos mentales - rezar, contar, o repetir palabras... - de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar para reducir el malestar o prevenir algún acontecimiento no relacionado directamente.

Pero la neurosis obsesiva, dice Ey, debe definirse por la estructura propia de la persona del obsesivo, enteramente sometida a las obligaciones que le prohíben ser él mismo.

Características

Se definen por la emergencia de fenómenos obsesivos - obsesiones de limpieza, de lo infinito, de culpabilidad, de verificación...- que se refieren a tal o cual idea, representación o situación, convertida en preocupación exclusiva.

Por lo medios de defensa del obsesivo contra su propia obsesión, medios que a su vez se convierten en obsesivos

Se incluyen una clase de trastornos intelectuales y afectivos - la duda, abulia, perplejidad, sentimiento de irrealidad, de extrañeza o artificio... - que constituyen los estigmas psicasténicos del obsesivo.

A modo general, Henri Ey explica que la escuela psicoanalítica estudia el tema poniendo en evidencia:

- Una regresión de los sistemas pulsionales al estadio sádico-anal
- Las excesivas defensas del Yo contra las pulsiones instintivas
- Los imperativos inconscientes del superyó.

La fuerza de esta infraestructura inconsciente es lo que constituye el dinamismo propio del pensamiento compulsivo que molesta, traba al sujeto y contra la que él lucha. De ahí el carácter simbólico de las obsesiones que representan, en el plano de lo imaginario, las exigencias de un sistema pulsional o libidinal anacrónico - referido a complejos arcaicos contemporáneos de las primeras relaciones objetales -.

Síntomas

Siguiendo a Henry Ey, describe los síntomas tal como aparecen en el cuadro clínico, y los agrupa en:

- El sujeto es invadido por ideas obsesivas que se le imponen a pesar de él: es el pensamiento compulsivo.
- Experimenta una tendencia a los actos agresivos, impulsivos, particularmente temidos o no deseados: es la actividad compulsiva.
- Se siente forzado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico: son los ritos del pensamiento mágico.
- Esta lucha agotadora es a la vez el efecto y la causa de una astenia psíquica – psicastenia -.

El carácter y la personalidad del obsesivo

Desde la Psiquiatría, la Neurosis Obsesiva tiene por condición y como infraestructura una forma patológica de organización del yo. Habría una debilidad en las operaciones de síntesis psíquica de estos neuróticos abúlicos, fatigados y desorientados; ya sobre las fuerzas inconscientes y represivas del superyó que se martirizan con un cierto goce.

Tanto los estigmas psicasténicos del obsesivo como los rasgos del carácter sádico anal van a permitir un análisis estructural de la persona del sujeto. Esta, en efecto, no consigue construirse como tal más que a través de una abusiva sumisión a una construcción ideal y abstracta que hace del obsesivo el dueño absoluto de su propia esclavitud. Él no puede ser ' él mismo ', pues está preso en el imperativo categórico de una ley ideal que le reduce a no ser nada.

Estos rasgos han sido puestos en primer plano en el análisis de la personalidad obsesiva por Freud y su escuela. Ha basado la caracterología especialmente en su sordidez y en su tendencia a “retener”.

Desde esta perspectiva, se pone de manifiesto un mecanismo de defensa especialmente importante: la formación reactiva, como oposición sistemática a las pulsiones inconscientes. El comportamiento afectivo del sujeto es simbólico, ya que mantiene, bajo disfraces aparentes, las conductas arcaicas del periodo sádico-anal. De esta regresión pueden resultar, teóricamente, las siguientes combinaciones:

- Satisfacción regresiva (erotismo anal): la dificultad de abandonar objetos ante las demandas da lugar a conductas, hábitos o estereotipias como obstinación, coleccionismo, angustia ante la separación.
- Su contrario - formación reactiva opuesta a esta satisfacción -: la lucha contra la tendencia hacia la retención dará rasgos que se mezclan con los precedentes en forma de una inversión momentánea de la actitud – véase la prodigalidad a veces explosiva -.
- La rebelión contra el adiestramiento en la limpieza - agresividad sádica -: la suciedad y la agresión son los rasgos de este sadismo, a veces puede convertirse en ´ voluntad de poder ´, en busca de las posiciones y de los medios de autoridad y de prestigio, en intolerancia, rigidez, ferocidad, o en juegos que disfrazan la agresividad en bromas. Por otro lado, la sexualidad se vive como una lucha cruel, puede conducir a trastornos psicómotores, como tics, tartamudeo o a través de cólera impulsiva.
- Su contrario, ya señalada como formación reactiva opuesta a esta agresividad: aparece así la meticulosidad y los escrúpulos compensadores. El superyó reprime las tendencias sádicas dando lugar a la súper limpieza, sumisión, conformismo. Se manifiesta un respeto escrupuloso por las reglas. Obediencia, sumisión, conformismo y buenos modales dan lugar a rasgos de puntualidad, métodos y rigidez moral. Como se expuso antes, estos rasgos están siempre mezclados con otros: la moralidad podrá coexistir con pequeñas

indecorosidades, hurtos, que alimentarán grandes conflictos morales entre la gratificación por el robo, prueba de fuerza y la desaprobación moral, castigo de la agresividad.

De la Psiquiatría clásica a Freud

Vamos a desentrañar el concepto de neurosis obsesiva a partir de la psiquiatría clásica, para reconducirlo hacia los contemporáneos de Freud, alcanzando la formulación freudiana.

Se trata de un recorrido fenomenológico que culmina en su esencia en su establecimiento a partir de la neuroastenia, cuya explicación, también confusa, se atribuía a una degeneración nerviosa y que finalmente Freud va desagregando hasta llegar a la particularización de la neurosis obsesiva con una etiología psíquica basada en el conflicto y la defensa.

La neurastenia es un cuadro creado por Beard, 1869, anteriormente denominado por Sandras, 1851, como status nervosus y por Cerise como neuropatía proteiforme en 1842. Sandras lo presentaba en los siguientes términos: “- *El estado mental constituido por irritabilidad, susceptibilidad, emotividad extrema, tristeza, taciturnidad; es de señalar la gran sensibilidad a las circunstancias del humor de estos enfermos, sus accesos de entusiasmo y energía; los síntomas físicos que afectan a la totalidad del cuerpo. Estos últimos abarcan en primer lugar la cabeza: cefaleas, accesos de calor, aturdimiento, sensaciones singulares (vacío, pesadez, apretamiento, punzadas, pulsaciones). A continuación, los trastornos sensoriales -obtusión, hiperestesia dolorosa, parestesias diversas-, motores -astenias, tics diversos-, los accesos de calor o de frío, los dolores agudos erráticos - punzadas, quemazones, frío, entumecimiento, picazón, hiperestésias dolorosas -, los trastornos del sueño. Después están los trastornos viscerales: respiratorios - tos nerviosa, opresión, sofocación -, circulatorios - palpitación, arritmia, trastornos*

vasomotores locales -, bucales - sequedad de la boca, ptialismo, perversiones del apetito -, de la faringe y gástricos -vómitos, dispepsias, acidez, eructos, dolores -, abdominales- hinchazón, constipación-, urinarios - disuria, polaquiuria, poliuria límpida -. Finalmente, el pujo rectal o vesical, los cólicos nerviosos que afectan el estómago y el vientre con evacuaciones paroxísticas en la parte de abajo o de arriba, los espasmos uterinos dolorosos.”

Este cuadro así descrito sufre sucesivas modificaciones, en la medida que los autores enfatizan uno u otro aspecto, realzan los componentes físicos o psíquicos, hasta el momento en que Beard lo presenta con el nombre de neurastenia, incluyendo de modo particularmente relevante los componentes de la depresión y la astenia psíquica y muscular, lo que hace de esta no sea una conceptualización muy clásica de aceptación universal.

Pero de manera particularmente llamativa, Beard incorporará las fobias a su cuadro, elevando finalmente también la hipocondría al estatuto de miedo mórbido. Señala que “en realidad la hipocondría consiste en el miedo infundado a una enfermedad ... así entendida, la hipocondría es una forma de fobia”. Y continua: “En la mayoría de los casos de la llamada hipocondría, existe una enfermedad real que es la base del trastorno mental”. Esta enfermedad es precisamente la neurastenia, que se concebirá en adelante como una enfermedad de base, en un sustrato, soporte de un conjunto diverso de manifestaciones sintomáticas.

Falret, 1854, define nuevas entidades de los trastornos mentales, como la locura circular, delirio de persecución y locura de la duda con delirio del tacto, este último trastorno nombrado luego neurosis obsesiva por J. Falret hijo, 1890. Esta distinción de las locuras - locura de duda, locura de tacto - toma un rumbo particular hacia la neurastenia de la mano de Morel, 1866, locura por obsesiones y de Westphall, 1877, nombrada paranoia rudimentaria. Morselli, 1880, lo que muestra es la cercanía que siempre tuvo la psiquiatría

clásica entre las obsesiones, locura de duda y de tacto con la paranoia, otro de los problemas que Freud heredaría.

De esta manera Morel sigue ampliando la concepción de Beard. El concepto de neurosis obsesiva corresponde a Falret hijo, pero su delimitación casi definitiva es lo que corresponde a Freud, producto y síntesis de dos entidades bien detalladas por el primero: “La hipocondría moral, en la cual, sobre un fondo de pesimismo y de postración, se desarrollaba un estado en el cual el mundo exterior parecía descolorido, cambiado, sin atractivo, mientras que el sujeto se sentía transformado, insensible e indiferente a todo, incapaz de actuar o de querer, sin iniciativa, sin gusto, sin energía. La inteligencia estaba poco perturbada; el sujeto tenía conciencia de su estado permanente de ansiedad. Esos enfermos padecían de crisis de terror y obsesiones impulsivas cercanas al vértigo - atractivo y horror al suicidio, del asesinato, de actos incongruentes u obscenos -.

Finalmente, un cortejo de trastornos neuropáticos - cenestopatías, equivalentes ansiosos - completaban ese cuadro. Y de otro lado, “la alienación parcial, con predominio del miedo al contacto con los objetos exteriores - locura de duda y locura de tocar -”.

Finalmente es preciso mentar el movimiento final realizado por Janet al conducir las obsesiones hacia su cuadro de la psicastenia, que, pese a todas las discusiones clínicas que se orientaron hacia consideraciones etiopatogénicas, sostiene su fundamento en el estatus nervosus de Sandras. Esta final descripción del cuadro fue declarada la enfermedad del siglo XIX, pues para estos clínicos se correspondía en sus manifestaciones y en su frecuencia, con la evolución social e industrial que se venía desarrollando y con la aparición de las grandes ciudades industriales con sus presiones y exigencias, que implicaba la pérdida del mundo bucólico que el campo proponía, y que modificaba de manera radical las condiciones de vida de las personas en este proceso de urbanización. Es pues un cuadro que, de un lado, se liga a esas nuevas condiciones socio - culturales y económicas de vida, de las que va a recibir su fundamento en el estrés producido por esas

nuevas condiciones, y de otro lado, mantiene la condición etiológica de la degeneración neuropática.



Este término se volvió popular y confuso, inclusive en nuestros tiempos, porque aún es común en el uso popular utilizar el término de manera peyorativa, como ocurre con la histeria. Muestra inclusive las confusiones entre neurastenia e histeria, y aún con melancolía, y es esta confusión la que Freud encuentra en el cuadro de la

neurastenia. No debido a que los clínicos de su época se sintieran perdidos, sino que es más bien Freud el que se va a encontrar desorientado por efecto de la dimensión clínica que va construyendo. Entonces, esta definición fue una gran aceptación en la medida en que daba unidad a una multiplicidad de fenómenos, resolvía discusiones entre la Psiquiatría clásica entre histeria, hipocondría y paranoia

Freud y la neurastenia

Empezamos con una cita de Freud: “Tuve la ventura de llegar en tiempo relativamente breve a unos resultados viables. En primer lugar, se me impuso este discernimiento: hasta donde se podía hablar de una causación por la cual las neurosis fueran adquiridas, la etiología debía buscarse en factores sexuales. A ello se enhebró el hallazgo de que, universalmente, factores sexuales diferentes producían cuadros también diversos de contracción de neurosis. Y entonces, en la medida en que esta última relación se corroboraba, uno podía atreverse a emplear la propia etiología para una caracterización de las neurosis y trazar una separación nítida entre sus respectivos cuadros clínicos.

Ello era lícito en tanto los caracteres etiológicos coincidieran de una manera constante con los clínicos. De esta manera llegué a la conclusión de que la neurastenia respondía en verdad a un monótono cuadro clínico en el que, como los análisis lo demostraban, no desempeñaba ningún papel un mecanismo psíquico. De la neurastenia se separó tajantemente la neurosis obsesiva, la neurosis de las auténticas representaciones obsesivas, en la que se pudieron discernir un complejo mecanismo psíquico, una etiología semejante a la histérica y una vasta posibilidad de reducirla mediante psicoterapia. Es cierto que esta neurosis de angustia, como yo la entiendo, se superpone parcialmente con la neurosis que bajo el nombre de hipocondría suele reconocerse en tantas exposiciones junto a la histeria y la neurastenia; sólo que en ninguna de las elaboraciones ofrecidas hasta hoy puedo juzgar correcto el deslinde de esa neurosis, y hallo que la viabilidad del término hipocondría se perjudica por su referencia fija al síntoma del miedo a la enfermedad.

Freud empezó su clínica de modo inverso al proceder de la psiquiatría clásica, particularmente de la psiquiatría alemana. Es decir, en lugar de ir agregando, va diferenciando y desagregando. Hemos de señalar que Freud no era ajeno a las discusiones semiológicas de su época, y que se sintió influenciado por referencias externas en el método del análisis nosológico, principio básico de cualquier clínica y que se aplicó desde Pinel hasta Clérambault. En este sentido, resulta notorio el método de diferenciar las formas puras de las formas mixtas, y en esa dirección metodológica Freud procede trabajando intensamente con la propuesta de Beard, hablando incluso de neurosis mixtas -histeria acompañada de neurastenia, neurosis de angustia y neurastenia-, y otras formas mixtas que él va nombrando de modo general.

Por otra parte, los términos de estructura y tipo son utilizados por Freud desde muy temprano en su obra. El de estructura, sin embargo, no debe confundirse con la doctrina lingüística, antropológica o lacaniana del término, sino más bien ver en ella una inspiración de la biología y la química, de la anatomía y la histología. Y el de tipo,

proveniente de Charcot, apunta más bien a un método para la construcción fenomenológica con miras a la diferenciación de distintas formas de la enfermedad. Al respecto señala Bercherie: “...

Charcot retomó la muy rigurosa metodología definida con mucho éxito a partir de sus trabajos anteriores - sobre la enfermedad de Parkinson, la esclerosis en placas, etc. -. De entrada, denominó “método nosológico” a una cierta concepción del procedimiento clínico, para lo cual retomó y aplicó a la neuropatología los principios de Duchenne de Boulogne. Esa concepción apuntaba a la constitución de un tipo, forma completa de una enfermedad en la que agrupaba todos los elementos sintomáticos posibles, versión perfecta, canónica del cuadro patológico, “indispensable y la única eficaz para hacer surgir, del caos de nociones vagas, una especie mórbida determinada. (...) Pero una vez constituido el tipo, le llega el turno a la segunda operación nosográfica: hay que aprender a descomponer dicho tipo, a fragmentarlo. En otros términos, es preciso aprender a reconocer los casos imperfectos, desdibujados, rudimentarios.”

Se trata de la noción de rasgo propio o diferencial de una nosa, que puede hallarse presente en otra estructura sin constituirla. Y el propio Freud hace el siguiente comentario respecto de la psiquiatría francesa: “He puesto de relieve aquí los conceptos de entité morbide, de serie, de tipo y de formes frustes porque en su empleo reside un rasgo capital de la manera francesa de hacer clínica.

La manera alemana es en verdad ajena a ese abordaje; en ella, el cuadro clínico, el tipo, no desempeñan ningún papel rector, y en cambio se destaca otro rasgo que tiene su explicación en la historia de la medicina alemana: la tendencia a interpretar fisiológicamente el estado patológico y el nexo entre los síntomas. Es indudable que, al empujar a un segundo plano los puntos de vista fisiológicos, la observación clínica de los franceses gana en autonomía.

Ahora bien, tal vez se deba en lo esencial a esta ausencia de consideraciones fisiológicas la impresión extraña que la clínica francesa produce en el no iniciado. Por lo demás, ella no supone ninguna omisión, sino una exclusión deliberada, que se juzga conveniente”.

Así Freud se separa de la psiquiatría alemana, no sólo por la concepción de la enfermedad, sino también por el método de la investigación nosológica que va incorporando a su práctica. Siguiendo esta metodología, Freud entrega una primera síntesis de su trabajo semiológico:

A. Morfología de las neurosis

1. Neurastenia y pseudoneurastenias.
2. Neurosis de angustia.
3. Neurosis obsesiva.
4. Histeria.
5. Melancolía, manía.
6. Las neurosis mixtas.
7. Estados emisarios, de salida de las neurosis, y transiciones a lo normal.

Este pequeño cuadro muestra claramente los efectos de la manera de proceder de Freud y las consecuencias sobre el discernimiento de las neurosis desde el punto de vista fenomenológico. En este momento no se ve una renuncia de Freud al concepto de neurastenia. Es un proceso que se va consolidando en la medida que avanzan los propios conceptos psicoanalíticos - defensa, resistencia, síntoma, libido, objeto, pulsión, etc.- y así presenta en su texto Nuevas aportaciones a las neuropsicosis de defensa, un modelo casi definitivo, una propuesta nosológica que estará basada de modo decisivo en una profunda consideración de los factores etiológicos en estrecha relación con la separación

de los fenómenos al estilo de lo aprendido con Charcot sobre el tipo. Propone entonces las neurosis actuales -angustia y neurastenia- y las psiconeurosis -histeria y neurosis obsesiva-.

Luego, en Inhibición, síntoma y angustia, nos presenta las fobias bajo la forma de la histeria de angustia, aunque esta última consideración de la neurosis de angustia tiene algunas dificultades. Si bien es cierto no es completamente original en la búsqueda, como método nosológico, si lo es al presentar el asunto como una búsqueda esencial de un mecanismo psíquico para su explicación fenoménica y etiológica. Puede decirse que ya no le satisface ni encuentra en la clínica que va desarrollando, una manera de sostener una teoría de la degeneración. Esto constituye la base de toda su polémica con la psiquiatría de la época.

Freud finalmente introduce la sexualidad como factor etiológico y la defensa como mecanismo psíquico. Queda excluida cualquier idea de una degeneración progresiva o de herencia, que lo separa también de uno de sus más lúcidos contemporáneos, Janet, y toma la vía definitiva de las explicaciones a partir de una concepción y un método basados en lo psíquico, así Janet hubiese transformado la neurastenia en psicastenia, término utilizado por este para enfatizar los componentes psíquicos, no para la construcción de un enfoque etiológico diferente a la tradición.

En esa enorme búsqueda inicial que puede verse reflejada en su correspondencia con Fliess y en los diferentes manuscritos, la sexualidad va y viene a la manera de un tanteo, pero finalmente puede extraer ese modelo inicial ya mencionado y una conclusión impresionantemente definitiva y oculta en su tiempo: la sexualidad es patógena y traumática. Y a partir de allí, todo el trabajo se orientará a trabajar este asunto en su relación con los cuadros que le eran más familiares. “Sólo en las neurastenias el examen de los enfermos permite descubrir factores etiológicos pertenecientes a la vida sexual; es que aquí, desde luego, ellos son consabidos para los enfermos y pertenecen al presente

o, mejor dicho, al período de la vida que comienza con la madurez genésica – si bien este deslinde no permite abarcar todos los casos). (...) A pesar de ello, la etiología de las psiconeurosis se sitúa siempre en lo sexual. Por un curioso rodeo, del que luego hablaremos, uno puede llegar a tomar noticia de esa etiología, y a concebir que el enfermo no sepa decirnos nada de ella.

Y es que los sucesos e injerencias que están en la base de toda psiconeurosis no corresponden a la actualidad, sino a una época de la vida del remoto pasado, por así decir prehistórica, de la primera infancia, y por eso no son consabidos para el enfermo. Este los ha olvidado –sólo que en un sentido preciso. O sea, hay una etiología sexual en todos los casos de neurosis, pero en las neurastenias ella es de índole actual, y en las psiconeurosis son factores de naturaleza infantil: he ahí la primera gran oposición en la etiología de las neurosis.”

Freud reconoce luego que perdió interés en las neurosis actuales, sin embargo, más adelante llega al convencimiento de que nada podría justificar una separación tan tajante entre ambos tipos de neurosis.

Si bien es cierto que Freud no se retracta de manera contundente, si ve una relación entre los estados sintomáticos existentes en las llamadas neurosis actuales y las psiconeurosis. De hecho, ve los síntomas de las neurosis actuales como el preámbulo de un desencadenamiento de una psiconeurosis.

Podría incluso llegarse a la afirmación de que no volvió a ocuparse de ellas, en la medida en que ya no podía sostener en un momento de su trabajo ningún cuadro neurótico que no fuese una psiconeurosis, aunque parezca curiosa la polémica con Steckel, en medio de la cual lo acusa de abuso del punto de vista psicogenético; pero lo que causa curiosidad es justamente por la época en que la polémica se realiza, ya que la propuesta de Steckel es justamente que todas, absolutamente todas las neurosis, tienen una causa similar a las de las psiconeurosis, gozan de los mismos conflictos y están anudados a los

mismos complejos. Por supuesto, esto sólo es parte de tan agria polémica. Esto equivale a decir que no se hallará ninguna neurosis que no tenga como antecedente una neurosis infantil, y que los eventos actuales –las frustraciones, inhibiciones, en general, los desencantos y dificultades de la sexualidad- sólo son factores desencadenantes. Todas las neurosis se establecen a partir de un mecanismo psíquico, no somático.

Es conveniente introducir una consideración que justifique en algún sentido el recorrido que se ha realizado. Una de las consecuencias que se desprende de la forma como Freud procede, es ya una estructura para el psicoanálisis. Etiología, semiología o estructuras clínicas y asunción de las consecuencias terapéuticas de estos dos elementos iniciales.

No existe por tanto para Freud una clínica coherente que no esté involucrando los tres niveles mencionados Y ese es el límite que Freud va constituyendo para su método, apoyándose decididamente en lo que le dicta el avance de su investigación -de la hipnosis a la asociación libre, por ejemplo- hasta la regla de la abstinencia que partiendo de una prohibición de cualquier comercio sexual con los pacientes, va llevando hacia un cuidado de la palabra. Así, por ejemplo en la exposición del caso del Hombre de las ratas hace la recomendación de no entrar en discusión con los pacientes cuando no aceptan nuestras sugerencias, lo que conduce a dos puntos esenciales: la preservación del dispositivo analítico en tanto espacio para el análisis y no de una conversación cualquiera, y la justeza de las intervenciones prudentemente realizadas contando con un corpus teórico que en el caso de Freud se basa en la estructura clínica consecuencia de los factores etiológicos.

La neurosis de angustia, como ya se mostró, sufre una primera separación del cuadro de la neurastenia. La histeria, por su lado, que parecía ser el cuadro más conocido, mejor delimitado, no deja de presentar una multiplicidad de confusiones que se aclaran cuando Freud definitivamente la pone en relación con la sexualidad y a partir de allí, de modo particular con el cuerpo, haciendo especial énfasis en el fenómeno conversivo. Y es que

también la neurastenia había arrastrado hacia sí diversidad de fenómenos que desde Freud se entenderán como histéricos, por ejemplo, ciertas maneras de deprimirse, que se entienden mejor cuando se colocan del lado de la insatisfacción del deseo.

Lo cierto es que la histeria se comprende mejor después de pensar la sexualidad. Es un asunto diferente después de Freud, y hasta podría decirse que es desde la concepción de la histeria que el psicoanálisis se acerca a la psiquiatría, llegando a la constitución de la psiquiatría dinámica inaugurada por Henri Claude.



Respecto de la hipocondría, una breve consideración de momentos diversos en el tratamiento fenomenológico que Freud realiza. Formando parte de una neurosis de angustia como uno de sus síntomas permanentes, es decir, como una angustia referida

al cuerpo, la trata como una neurosis actual en la que Freud ve unos mecanismos relativos a montos de sexualidad no tramitados adecuadamente. Significa entonces que ha sufrido una separación de la neurastenia, siguiendo la consideración de Krafft-Ebing pero en el interior de lo que denominó las neurosis actuales. Después de realizar algunas consideraciones sobre el destino del afecto-reproche y el retorno de lo reprimido, muestra como uno de sus destinos puede ser, en el marco de la neurosis obsesiva, “la hipocondría - miedo a sus consecuencias corporales -”.

Esta misma consideración la sostiene en Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa, en el apartado dedicado al análisis del mecanismo psíquico de la neurosis obsesiva, y dirá: “Muchos casos que tras una indagación superficial se tendrían por una hipocondría común – neurasténica - pertenecen a este grupo de los

afectos obsesivos; en particular, la llamada «neurastenia periódica» o «melancolía periódica» parece resolverse con insospechada frecuencia en afectos y representaciones obsesivos, discernimiento este que no es indiferente desde el punto de vista terapéutico.”

A partir del caso Schreber, desde los relatos sobre la primera crisis, Flechsig se refirió a esta como un estado de “hipocondría grave”, lo que es tratado por Freud como un estado previo neurótico antes del desencadenamiento de la psicosis. Este análisis resulta de una enorme importancia porque sugiere que una neurosis puede evolucionar hacia una psicosis.

Freud examina lo normal y lo patológico y lo entrama inicialmente en términos de cantidades: “Y aun nos hemos acostumbrado a atribuir a todo hombre de cultura un cierto grado de represión de mociones perversas, de erotismo anal, de homosexualidad, etc., así como un fragmento de complejo paterno y complejo materno, y de otros complejos todavía, de igual modo como en el análisis de los elementos de un cuerpo orgánico esperamos pesquisar con seguridad carbono, oxígeno, hidrógeno, nitrógeno y algo de azufre. Lo que distingue entre sí a los cuerpos orgánicos es la proporción en que se mezclan estos elementos y la constitución de las combinaciones que forman. De igual modo, la diferencia entre normales y neuróticos no reside en la existencia de tales complejos y conflictos, sino en que estos hayan devenido o no patógenos y, en tal caso, qué mecanismos siguieron para ello.”

Cantidad, pero también mecanismo, hacen a la disposición, a la elección de neurosis, también de la psicosis. Finalmente, en Introducción al narcisismo, realiza una serie de consideraciones alrededor de lo normal y lo patológico, y el reconocimiento de que la verdadera vía de acceso al estudio del narcisismo son las parafrenias. Examina la enfermedad orgánica, el amor y se detiene de modo interesado en la hipocondría, la relaciona con las diversas formas de las psiconeurosis, la reconoce como una neurosis actual para terminar diciendo de ella que “...la hipocondría es a la parafrenia,

aproximadamente, lo que las otras neurosis actuales son a la histeria y a la neurosis obsesiva; vale decir, depende de la libido yoica, así como las otras dependen de la libido de objeto; la angustia hipocondríaca sería, del lado de la libido yoica, el correspondiente de la angustia neurótica.

Además, si ya estamos familiarizados con la idea de que el mecanismo de la contracción de la enfermedad y de la formación de síntoma en las neurosis de transferencia – el pasaje de la introversión a la regresión - ha de conectarse con una estasis de la libido de objeto, podemos aproximarnos también a la imagen de una estasis de la libido yoica, vinculándola con los fenómenos de la hipocondría y de la parafrenia”. Es decir que, en el movimiento libidinal, desde el mecanismo psíquico que hace al movimiento libidinal, la hipocondría recibe por parte de Freud la misma consideración que la parafrenia. Después ya no vuelve a ocuparse de la hipocondría, y lo que sugiere finalmente, es que no la considera más una neurosis actual, puesto que le atribuye un mecanismo psíquico.

La Neurosis Obsesiva

El término obsesión proviene del latín *obsessio* - *onis*, y aparece en el diccionario definido como: "Idea, preocupación o deseo que alguien no puede apartar de la mente". Este término, obsesión, es utilizado por primera vez por Jules Falret, psiquiatra francés interesado en difundir las ideas de su padre, Jean-Pierre Falret. Su tesis de 1853 agrega dos categorías más a las ya descritas hasta ese momento; éstas son: la "hiponcondría moral" y la "alienación parcial" - o "locura de duda y locura de tacto" -.

Nos encontramos finalmente con relación a la neurosis con una sola estructura, tres tipos: la neurosis histérica, la neurosis obsesiva y la histeria de angustia o neurosis fóbica. Lacan toma un punto de vista diferente respecto de las fobias, pero no completamente alejado de los criterios freudianos, y este punto de vista es el de la fobia como una

plataforma giratoria en conexión con las diversas formas de la estructura neurótica y psicótica. Así pues, el psicoanalista se las ve con la neurosis, la psicosis y la perversión.

Estas estructuras son las mismas sobre las que trabaja Lacan, entendiendo que ellas se explican a partir del propio concepto de estructura creada por él. Lo primero es la consideración de que Freud siempre la llamó neurosis obsesiva, en cambio a la histeria simplemente histeria. Es que se producían confusiones en los nombres a partir de las consideraciones etiológicas, de tal manera que decir neuropsicosis o psiconeurosis cambia completamente el sentido último. Sin embargo, da la impresión de que no repara en la denominación de neurosis obsesiva. Puede entenderse que hallado el punto de vista psíquico aportado por la defensa no se preocupa por más. También cuenta el hecho de que vio en la neurosis obsesiva una cosa primera que es la compulsión -zwang-, de las que se desprenden los fenómenos diversos que se presentan, desde la idea hasta el acto.

En la lección 17 trae la idea, que a nuestro modo de ver, es la más precisa y rica presentación de la neurosis obsesiva, que es posterior al hombre de las ratas, caso en el cual Freud pone los cimientos definitivos para la comprensión de su propia creación con esta neurosis: la agresividad, la homosexualidad, la culpa, el padre, la duda, el ritual, etc. : “La neurosis obsesiva se exterioriza del siguiente modo: los enfermos son ocupados por pensamientos que en verdad no les interesan, sienten en el interior de sí impulsos que les parecen muy extraños, y son movidos a realizar ciertas acciones cuya ejecución no les depara contento alguno, pero les es enteramente imposible omitirlas. Los pensamientos - representaciones obsesivas - pueden ser en sí disparatados o también sólo indiferentes para el individuo; a menudo son lisa y llanamente necios, y en todos los casos son el disparador de una esforzada actividad de pensamiento que deja exhausto al enfermo y a la que se entrega de muy mala gana. Se ve forzado contra su voluntad a sutilizar y especular, como si se tratara de sus más importantes tareas vitales.

Los impulsos que siente en el interior de sí pueden igualmente hacer una impresión infantil y disparatada, pero casi siempre tienen el más espantable contenido, como tentaciones a cometer graves crímenes, de suerte que el enfermo no sólo los desmiente como ajenos, sino que huye de ellos, horrorizado, y se protege de ejecutarlos mediante prohibiciones, renunciaciones y restricciones de su libertad. Pero, con todo eso, jamás, nunca realmente, llegan esos impulsos a ejecutarse; el resultado es siempre el triunfo de la huida y la precaución.

Lo que el enfermo en realidad ejecuta, las llamadas acciones obsesivas, son unas cosas ínfimas, por cierto, harto inofensivas, las más de las veces repeticiones, floreos ceremoniosos sobre actividades de la vida cotidiana a raíz de lo cual, empero, estos manejos necesarios, el meterse en cama, el lavarse, el hacerse la toilette, el ir de paseo, se convierten en tareas en extremo fastidiosas y casi insolubles. Las representaciones, impulsos y acciones enfermizas en modo alguno se mezclan por partes iguales en cada forma y caso singular de la neurosis obsesiva.



Más bien es regla que uno u otro de estos factores domine el cuadro y dé su nombre a la enfermedad; pero lo común a todas estas formas es harto inequívoco. (...) La psiquiatría da nombres a las diversas obsesiones, y fuera de eso no dice otra cosa. En cambio, insiste en que los portadores

de tales síntomas son «degenerados». Esto es poco satisfactorio, en verdad un juicio de valor, una condena en vez de una explicación”.

Este es pues el laberinto del obsesivo que tantas inquietudes le causaron a Freud. Sin embargo, no se pretende con algunos de los elementos de esta cita crear un estereotipo de obsesivo. Esto no se puede hacer sin traicionar el espíritu riguroso de Freud. Y en este sentido, el mismo concepto de tipo, ahora aunado al de rasgo impide construir un modelo único de neurosis obsesiva. Tipo no es modelo. Tipo se refiere a un desprendimiento clínico, lógico, de una estructura, la neurosis, de igual manera que rasgo coloca la solidaridad de la que se habla entre tipos de la misma estructura. Esto, sin olvidar que además de síntomas únicos, también encontramos los fenómenos, por ejemplo, las fobias en la esquizofrenia o en la histeria, o aún en la neurosis obsesiva. No se trata pues de decir que cuando se conoce a un obsesivo se los conoce a todos, puesto que tal derivación a un plano único fenoménico de signos es absolutamente contrario al concepto de estructura y fenómeno, y más aún al de fantasma.

Tenemos pues en esencia cuatro síntomas fundamentales de la neurosis obsesiva de carácter compulsivo: representaciones, impulsos, acciones y duda. Esto debe ser suficiente para no establecer diferencias entre neurosis obsesiva y neurosis obsesivo-compulsiva, ya que estructuralmente responden a lo mismo.

Para Freud será neurosis obsesiva, neurosis de compulsión. Hoy en día, el DSM IV lo presenta con la sigla de TOC - trastorno obsesivo compulsivo -, muy en la línea de lo dicho fenomenológicamente por Freud, pero sabemos que este tratado sólo se ocupa de describir y agrupar elementos sintomáticos sin ocuparse de los factores etiológicos, sólo epidemiología comparativa, y sin el respaldo de una perspectiva teórica particular. Además, le coloca como un cuadro de ansiedad, justo en contrario de lo que hizo históricamente la clínica clásica.

La neurosis obsesiva se convierte para Freud en un puntal clínico en la medida que la ve mejor y la diferencia. Diríase incluso que se convierte en el paradigma de lo que es la neurosis, y en dichos desarrollos conceptuales de su obra se la ve presente de manera

clara. Si la histeria entregó el inconsciente, la neurosis obsesiva entregó la metapsicología, la pulsión. Muestra la importancia de los fenómenos obsesivos desde el mismo momento en que los constituye como parte de las neuropsicosis de defensa, y puede decirse que es el modelo de lo que buscaba como cuadro eminentemente psicológico. Pero no significa lo dicho una separación tajante clínica con la histeria. De hecho, siempre vio la solidaridad entre uno y otro tipo, y lo resalta permanentemente: “El medio por el cual la neurosis obsesiva expresa sus pensamientos secretos, el lenguaje de la neurosis obsesiva es por así decir sólo un dialecto del lenguaje histérico, pero uno respecto del cual se debería conseguir más fácil la empatía, pues se emparenta más que el dialecto histérico con la expresión de nuestro pensar consciente.

Sobre todo, no contiene aquel salto de lo anímico a la inervación somática – la conversión histérica - que nunca podemos nosotros acompañar conceptualmente” Expresa pues Freud en esta cita la cercanía, pero al mismo tiempo la enorme diferencia que existe entre uno y otro cuadro, y en esa dirección hace la declaración de una sola estructura neurótica de la que la histeria y la neurosis obsesiva solamente eran tipos. No significa esto que neurosis obsesiva e histeria sean y se presenten como lo mismo, sino que son solidarias, y que participando de la misma estructura, se diferencian.

Pero la declaración de Freud llega incluso más lejos cuando declara que toda neurosis obsesiva tiene como sustrato a una histeria. Ahora bien, resaltado el hecho de que la sexualidad porta las condiciones de ser patógena por ser traumática, y permitir una vía explicativa de corte psicogenético, la pregunta que resulta en relación a los distintos tipos de neurosis es la siguiente: ¿Cómo se establece, en la dirección del mecanismo psíquico que hace a las psiconeurosis, la diferencia entre histeria, neurosis obsesiva y fobia? Es la modalidad de la defensa.

La defensa en la neurosis Obsesiva

Vamos a situar en la obra de Freud tres momentos en su conceptualización de la neurosis obsesiva.

La noción de defensa es utilizada como debilitamiento de una representación, inconciliable con el yo, despojándola de su afecto.

Es utilizando como criterio la noción de defensa - debilitamiento de una representación, inconciliable con el yo, despojándola de su afecto - como Freud ordenara su primera clínica dando a luz en consecuencia su primera gnosisografía: neurosis actuales donde no opera la defensa, siendo su causa un desorden actual de la vida sexual del sujeto. Distingue: la neurastenia, la neurosis de angustia, y neurosis de defensa, que al contrario, donde si opera la defensa; aquí distingue entre histeria, neurosis obsesiva y psicosis alucinatorias.

Este mecanismo psíquico de la defensa opera tanto en la histeria como en la neurosis obsesiva del mismo modo, siendo lo que las diferencia el particular destino que en cada una de ellas tendrá el monto de afecto. En el caso particular de la neurosis obsesiva el afecto queda reducido al ámbito de lo psíquico, a falta de capacidad convertidora que distingue a la histeria, adhiriéndose en consecuencia a otra representación, tolerable esta sí para el yo, la cual cobra el título de sustituta, tornándose obsesiva, en lo que tiene de coacción, de forzamiento, en virtud del falso enlace a partir del cual nace.

En 1896 en sus Nuevas Puntualizaciones sobre Neuropsicosis de Defensa Freud, diferenciará etiológicamente a la histeria de la neurosis obsesiva, haciendo referencia a que en ésta se trata de unas agresiones ejecutadas con placer y de una participación placentera en actos sexuales. Es este placer experimentado como exceso, el que retornara como reproche anudado al recuerdo, el que el neurótico obsesivo intentara controlar, dominar mediante repetidos procedimientos defensivos.

Atendemos aquí a un desdoblamiento de la causa que implica reconocer un hecho primero, situado en la infancia del sujeto, hecho con carácter de trauma referido siempre a la vida sexual del sujeto, y un hecho segundo, ocasional, causa eficiente, que mueve, por la vía asociativa, a despertar a aquel primero, comportándose, éste, paradójicamente como un recuerdo actual, actual en lo que tiene de efectivo. Freud atendiendo a esto inscribe a la neurosis obsesiva en un eje diacrónico en referencia a sucesivos tiempos que marcan la trayectoria típica de la misma.

Cuando nace Tres ensayos de una Teoría Sexual, Freud puntualizará entre otras cuestiones los estadios de la evolución libidinal, evolución que no es sin tropiezos, tropiezos que implican inhibiciones, fijaciones y regresiones en ese mismo desarrollo. No teniendo, ahora, lo accidental mas peso determinante en sí mismo sino en relación de complementariedad con la disposición libidininal.

Freud no obstante descubre tardíamente el valor de la regresión en su esquema etiológico. Es con el historial clínico del El Hombre de las Ratas y en sus Conferencias de Introducción al Psicoanálisis que avizora la determinante importancia de ésta. Si la histeria se caracteriza por una regresión de la libido a los primeros objetos libidinales, la neurosis obsesiva se diferenciará por una regresión libidinal a la fase sádico-anal. Regresión que implica un cambio real a nivel de la satisfacción.

Freud distingue y separa en este momento la represión y la regresión. La primera es un mecanismo de defensa, proceso puramente psicológico que nada tiene que ver con la sexualidad y la segunda es un proceso netamente orgánico que concierne a la sexualidad en cuanto tal.

En Inhibición, Síntoma y Angustia, mas allá del giro de los años 20, es donde Freud logrará articular represión y sexualidad situando al padre en el lugar de la causa. Es allí que también sintetiza los síntomas obsesivos como negativos: prohibiciones, medidas precautorias, penitencias y positivos: satisfacciones sustitutivas disfrazadas

simbólicamente. Señala que es por la tendencia propia del yo a la síntesis que el enfermo consigue añadir, enlazar, al significado originario de sus síntomas su opuesto más directo. Testimonio este del poder de la ambivalencia tan característico de la neurosis obsesiva. Siendo así el síntoma de dos tiempos en donde el segundo cancela al primero.

La configuración interior de la neurosis obsesiva depende estrictamente de un factor constitucional ligado a lo endeble de la organización genital de la libido. Así, siendo ahora la angustia de castración el motor de la defensa planteada por Freud como regresión - ubicada ahora sí como un mecanismo de defensa más entre otros como la represión - a lo sádico anal el primer éxito de del yo en su lucha defensiva secundaria contra las exigencias de la libido. Etapa esta en la que no se plantean como tales las diferencias sexuales.

Freud ahonda en el concepto de regresión y la explica metapsicológicamente por una desmezcla de pulsiones. Regresión ésta que el superyó no logra esquivar, volviéndose en consecuencia más duro y martirizador en su trato. Así el yo como consecuencia de su clausuración ante el ello se ha vuelto más accesible a los caprichosos designios del superyó. Superyó que exige, haciéndose escuchar con la fuerza del ello, yo que responde obteniendo, de acuerdo a su particular tendencia, satisfacción a partir de la renuncia.

Es en el estudio de las condiciones de angustia donde Freud afirma que los neuróticos siguen aferrados durante toda su vida a una particular condición de angustia: la angustia ante el superyó. El neurótico se diferencia del hombre normal por sus desmedidas reacciones frente a estos peligros.

Al final de Inhibición, Síntoma y Angustia, Freud destaca tres factores que participan a modo de condiciones causales de las neurosis. El factor biológico, el factor psicológico y el factor filogenético. Destacamos en este último, la acometida en dos tiempos de la sexualidad humana. La significatividad patógena de este factor, dice Freud, obedece a que la mayoría de las exigencias pulsionales infantiles son tratadas como peligrosas por

el yo, quien se defiende de ellas en consecuencia. Así las mociones sexuales propias de la pubertad que deberían ser acordes con el yo corren el riesgo de sucumbir a la atracción de los arquetipos infantiles y seguirlos a la represión. Nos topamos, concluye Freud, con la etiología más directa de las neurosis.

Lacan y la neurosis obsesiva

Hay múltiples referencias y aportes de Lacan a la teoría de la neurosis obsesiva. Nos atrevemos a decir que Lacan introduce en el análisis de la obsesión la dimensión de la particularidad del modo que asume el deseo en ella y su relación con el síntoma. En sus trabajos influidos por el estructuralismo - el análisis sobre Hamlet en 1958, Seminario de las “Formaciones del inconsciente”, “La dirección de la cura” y el Seminario “El deseo y su interpretación”, entre otros -, Lacan articula el síntoma con la estructura y lo define como metáfora. El síntoma neurótico es una lengua que expresa la represión - Seminario III. 1955-6 -. Describe al síntoma obsesivo como un dialogo interior en sus relaciones con el narcisismo.

Ahora bien, al igual que el síntoma el deseo del obsesivo adquiere un modo particular, diferente al de la histeria. Si en la histeria existe la pregunta sobre el deseo, en la obsesión, en cambio, hay lo que Lacan formula como deseo cero. Así como la histeria necesita de un deseo insatisfecho más allá de la demanda, el obsesivo también lo necesita, y lo hace produciendo un deseo prohibido.

La obsesión, dice Lacan, se caracteriza por la función de un “deseo imposible” - Seminario 6, 1958-9 -. Señala que el vinculo del obsesivo con su deseo esta determinado por el hecho de que ante al primer acceso a su deseo y el paso por el deseo del Otro, su deseo fue destruido, anulado. Por lo cual, experimenta el deseo como algo que se destruye, lo que implica que en todo acercamiento a su deseo éste se desvanece. Es imperioso que se mantenga a distancia de su deseo para hacerlo subsistir.

Además, su deseo implica la destrucción del deseo del Otro y su estrategia para realizarlo es degradando al Otro al lugar de objeto, pero al mismo tiempo retrocede para conservarlo. El obsesivo no quiere saber nada del deseo del Otro, por lo cual, reduce el deseo del Otro a la demanda, mortificándose por el pedido del Otro. La duda y la procrastinación, garantizan la dificultad del obsesivo para realizar su deseo, él se anticipa siempre demasiado tarde y sufre por ello, protegiéndose de esta manera de poner en juego su deseo. “Debe” – imperativo - realizar proezas, hazañas, ubicando al Otro como espectador, buscando de esta manera el permiso del Otro, “pedir permiso es ponerse en la más extrema dependencia con respecto a él” – Lacan, Seminario V -.



En el Seminario X, ya con la introducción del objeto a, Lacan hablará del deseo anal del obsesivo, en tanto deseo de retención. Es alrededor de la demanda del Otro, de la madre, que entra el excremento en la subjetivación. Al niño se le pide retener y soltar las heces.

Él podrá reconocerse en un objeto alrededor del cual gira la demanda de la madre. “Lo que está allí en esa primera relación con la demanda del Otro, es a la vez él y no debe ser él; por lo menos, e incluso más allá: no es de él. Este es el origen de la ambivalencia del obsesivo, el objeto a excremental es la causa de la ambivalencia, de ese si y no; es de mi —síntoma— pero sin embargo no es de mi. Es en función del objeto cesible, del objeto anal causa del deseo que se podrá concebir el mecanismo del deseo del neurótico obsesivo.

En el texto de la dirección de la cura, 1958, el síntoma y el deseo adquieren una forma particular, siendo posible obtener algunas coordenadas para la dirección de la cura. Ésta va, dixit Lacan, de las rectificaciones del sujeto con lo real hacia la transferencia y de ella hacia la interpretación.

En primer lugar, tanto Freud como Lacan, parten de la idea de que el síntoma queda constituido solo cuando el sujeto de percata de él. Ahora bien, ¿qué sucede con el obsesivo? porque “no tienen noticia del texto de sus propias representaciones obsesivas” – Freud -, por lo cual, es importante orientar al obsesivo a la constitución de su síntoma, es decir, que ya no forme parte del rasgo de carácter. Así, el síntoma será un efecto del dispositivo analítico. Para que ello acontezca debe dirigir su pregunta al Otro y no hacia si mismo, de esa manera podrá comenzar a inscribirse en la cura. En este sentido, Lacan dice que en la cura “solo se dan los primeros pasos, cuando se consigue que el sujeto dé a sus síntomas todo su desarrollo, lo cual puede presentarse como un agravamiento clínico” –Seminario V, Lacan -; al igual podríamos referirnos en el pasaje de una neurosis infantil a una neurosis ya constituida en el adulto, esto es, un avance.

Igualmente, es preciso hacerlo reconocer como espectador invisible de la escena, “a quien le une la mediación de la muerte”. No hay que desculpabilizarlo, tampoco realizar comentarios interpretativos adelantados, porque entonces tendríamos que ir más lejos,

y nos encontraremos accediendo y concediendo para nuestro prejuicio, al mecanismo a través del cual nos quiere hacer comer su propio ser, su mierda – Lacan, Seminario VIII -.

Además, es importante cernir la angustia anal en el obsesivo, la cual se vincula directamente con el borde pulsional. Lacan manifiesta que perseguirlo “hasta la emergencia de esa angustia delimitada en lo somático no ocurre casi nunca, pero cuando ocurre “revela la verdadera dominancia, el carácter de núcleo irreductible y en ciertos casos casi indomable de la aparición de la angustia, al extremo de parecer un punto terminal del análisis”. Se trata entonces, de histerizar al obsesivo, es decir, de intentar que el síntoma se presente en la dimensión del cuerpo, esto es, ligar el síntoma a los bordes pulsionales – al decir de Lombarda - y resituar al sujeto en su posición deseante.

¿Qué es un obsesivo?

Lacan nos dice que en la neurosis obsesiva el sujeto es sólo testigo alienado del propio yo. Es un actor que desempeña su papel y cumple cierto número de actos como si estuviera muerto. "Se trata de un juego viviente incluyendo todas sus características ilusorias-- que consiste en mostrarse invulnerable -. Con este fin, se consagra a una exhibición de dominación que condiciona todos sus contactos con los demás. Es decir, hasta donde puede llegar con los demás, el otro con minúscula, que es sólo su alter ego, su propio doble.

Su juego se desarrolla delante de un Otro que asiste al espectáculo. El mismo es sólo un espectador, y en ello estriba la posibilidad misma del juego y del placer que obtiene. Sin embargo, no sabe que lugar ocupa. Lo que hace, lo hace a título de coartada. Esto si lo puede entrever y por eso casi nada de lo que ocurre tiene para él verdadera importancia”.

En el no la relación con el objeto se produce en la reciprocidad y en una potencia imaginaria del yo, respecto a la realidad.

Con relación al otro, el neurótico obsesivo no está jamás donde el instante parece designarle. Los objetos, en tanto que objetos de deseo, están puestos en función de una cierta equivalencia erótica: erotización de su mundo, especialmente de su mundo intelectual, pues la estructura de su deseo implica una equivalencia permanente – en el Hombre de las ratas: rata-florines - por un goce ignorado - el suplicio de las ratas -. Y la desaparición del obsesivo como sujeto es tangible, cuando está en vías de realizar su fantasma, con simulacros de agudeza erótica.

Esta consistencia fantasmática entra en contradicción con su genitalidad que es más bien corriente. Y esto se puede notar en los avatares y los tormentos que infligen al obsesivo los resortes ocultos de su deseo, pues en el horizonte de la experiencia del neurótico obsesivo, hay un cierto temor de desinflarse en relación con la inflación fálica. Fábula de la rana que se infla tanto que revienta.

Hay una alienación al falicismo en el no, de modo que el obsesivo sólo se siente a sí mismo ante otra mirada. Pero ser sujeto, es otra cosa diferente que ser una mirada ante otra mirada. Ser sujeto es tener lugar en Otro. Esto se expresa en las dificultades del pensamiento en el neurótico obsesivo.

Las relaciones del obsesivo con el deseo, el otro y el falo

La relación del obsesivo a su deseo está sometida a ser evanescente. El obsesivo no se mantiene en una relación posible con su deseo sino a distancia. Pero hay también otra cara, la que muestra que el obsesivo, establece una relación con el otro, una relación que se articula en pleno al nivel de la demanda, ya se trate de su madre primero y a continuación con respecto a su partenaire.

En las relaciones del obsesivo con su partenaire el obsesivo se empeña en destruir el deseo del otro. Es en este terreno donde se juega el destino del deseo del obsesivo, y se articula la relación, el lugar del significante falo en cuanto al ser y al tener en el obsesivo.

Es sobre lo que se puede llamar la fortaleza de su yo que el obsesivo se sitúa para tratar de encontrar el lugar de su deseo. El falo no aparece bajo una fórmula significativa, simbólica, sino imaginaria, de complemento de una imagen de potencia y el surgimiento de la angustia está ligado al temor de la pérdida del falo. Es en ese punto que nace la angustia; la angustia tonta del obsesivo, pues el sujeto no conoce sus insignias, es decir, de que va disfrazado; no sabe lo que es como objeto del Otro. El falo, entre demanda y deseo. Ese falo, que para que pueda servir al campo del deseo, va a ser necesario que lo pida para tenerlo.

Fuera de esto en el obsesivo la angustia no aflora más que de tiempo en tiempo, cada vez que no puede ser repetido hasta la saciedad todo el arreglo que le permite entenderse con el deseo del Otro, ve resurgir, de una manera más o menos desbordante el afecto de angustia.

A fin de cuentas, la solución que percibimos del problema de la relación del sujeto al deseo en su fondo radical se propone así: el sujeto demanda el falo y el falo el deseo. Es tan tonto como eso. Es de ahí al menos que hay que partir como fórmula radical para ver efectivamente lo que se ha hecho de esto en la experiencia.

El obsesivo y el deseo del Otro

La histérica sabe que el deseo del hombre es el deseo del Otro, y que en consecuencia el Otro puede perfectamente suplantarla, a ella, la histérica, en esta función del deseo. La histérica vive su relación al objeto fomentando el deseo del Otro por este objeto.

El obsesivo es más astuto, se las arregla haciendo el muerto y creándose un deseo prohibido. El sujeto tiene el falo, puede incluso exhibirlo en la oportunidad, pero es el muerto a quien se le ruega servirse de él. Se ve en la historia del "Hombre de las Ratas" cuando luego de haberse largamente contemplado en erección en el espejo, va a la puerta de entrada, abre al fantasma de su padre, le ruega constatar que todo esta listo para el supremo acto narcisístico que es para el obsesivo ese deseo masturbatorio.

La obsesión siempre es algo verbalizado. El obsesivo es un hombre que vive en el significante sólidamente instalado. El obsesivo pide permiso para ocultar su intención de dominación y cuando lo obtiene del otro, desfallece la consideración que ese otro merecía. Pedir un permiso, es justamente tener como sujeto una cierta relación con su demanda, por cuanto la relación al otro se articula en el ámbito de la demanda y el deseo es evanescente en la neurosis obsesiva. Un permiso para el obsesivo es a fin de cuentas restituir al Otro, es meterse en la más extrema dependencia con relación al Otro. Muchos conflictos con el partenaire, con los semejantes, en los colectivos, se originan ahí.

La forma en que el obsesivo se comporta con sus semejantes pasa por la fantasía, la hazaña, el acting out. Sus cristalizaciones identificatorias pasan por estos registros. La fantasía tiene que ver con la imagen narcisista, es polivalente y funciona en el plano de la relación agresiva y de la relación erótica. Esto es lo que designa precisamente la agresividad del obsesivo, que se articula en el plano de sus intenciones: no son puras.

La hazaña. El obsesivo necesita la presencia del tercero, al que dedicar su actuación, ya sea en el campo intelectualizado de su mundo, en el campo de su genitalidad, o en el campo de la guerra abierta con el semejante.

El acting-out, es algo que se produce y que viene de otra parte y no de la causa sobre la cual se acaba de actuar. Esencialmente, el acting-out es algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting-out debe ser destacado.

El pasaje al acto, en cambio es la puesta en acto del síntoma, pero actuado sin saber lo que se hace. "Dejar caer" es el correlato esencial del pasaje al acto. Este ver ese dejar caer es del lado del sujeto. El pasaje al acto está articulado, en el fantasma, pues el deseo no presenta una relación subjetiva simple con el objeto. En el momento del mayor embarazo, el sujeto se precipita desde el lugar de la escena donde sólo puede mantenerse como sujeto historizado, y cae esencialmente fuera de la escena: implica la fuga del sujeto en busca de la ocasión para darse importancia. El resultado es la repetición, nos dice Lacan.

Contrariamente al pasaje al acto, todo lo que es acting-out se presenta con ciertas características que nos permiten aislarlo. Si en el caso de Freud de la homosexual femenina, la tentativa de suicidio es un pasaje al acto, mientras que toda la aventura con la dama de dudosa reputación, y que es llevada a la función de objeto supremo, es un acting-out. Si la bofetada de Dora es un pasaje al acto, podríamos decir que todo el paradójico comportamiento de Dora es un acting-out.

Podemos señalar dos formas que fenomenológicamente expresan la estructura clínica. En el caso de las representaciones obsesivas típicas lo que llega a la conciencia es el contenido anémico de la acción-reproche, en las que el contenido es aparentemente conocido y como afecto se siente sólo un displacer impreciso. El contenido de la representación obsesiva está doblemente desfigurado porque algo actual reemplaza a lo pasado y porque lo sexual está sustituido por un análogo no sexual: una representación obsesiva que parece absurda.

Cuando lo que llega a la conciencia es el afecto-reproche a ella anudado y reprimido, el afecto de reproche puede transformarse en un afecto displacentero de cualquier otra índole. Entonces el reproche - por haber llevado a cabo en la infancia la acción sexual - se muda fácilmente en vergüenza, en angustia hipocondríaca, en angustia social, en angustia religiosa, en delirio de ser notado, en angustia de tentación, etc.

Junto a estos síntomas de compromiso, que significan el retorno de lo reprimido y, con él, un fracaso de la defensa originariamente lograda, la neurosis obsesiva forma una serie de otros síntomas que se pueden agrupar bajo el título de defensa secundaria. Los efectos de esa defensa secundaria permanecen en el inconsciente - papel en el fantasma obsesivo del odio, del erotismo anal, de la homosexualidad latente, la agresividad ligada a la relación narcisista -, a excepción del carácter donde la represión no entra en acción, sustituyendo lo reprimido por formaciones sustitutivas y sublimaciones.

En *Las pulsiones y sus destinos*, 1915, Freud se refiere la articulación sadismo-masoquismo - humillación y sojuzgamiento desde la identificación con el objeto que sufre -, ver-ser visto -autoerotismo, --narcisismo--pasaje por el objeto y retorno al cuerpo propio -, actividad-pasividad - del cuerpo del otro al cuerpo propio - en la neurosis obsesiva y de la excitación sexual que acompaña estas manifestaciones fantasmáticas.



En estos casos el sujeto es permutado por identificación con un yo otro, ajeno. Excepto en la transformación de amor en odio, que se presenta dirigido simultáneamente al mismo objeto sin abandonarlo en tanto que otro, ya que el obsesivo tiene como objetivo matar el deseo del otro.

Esta estrategia no exenta de laberintos y recovecos, se presenta bajo una fachada de actitudes seductoras, insurgentes, impasibles, donde también hay que captar las angustias anudadas a las realizaciones, los rencores que no impiden las generosidades. Lacan, comenta que nos engañaría gustoso con una menopausia para excusarse de una impotencia sobrevenida. De hecho, las redistribuciones de la libido no se realizan sin costarles a algunos objetos su puesto, incluso si es inamovible.

El neurótico obsesivo mantiene su deseo como contrabando para preservar las condiciones de metonimia. De nada le sirve tener un falo, puesto que su deseo es serlo. Tal coexistencia ofrece también el ejemplo más significativo de una ambivalencia de sentimientos. Por eso el deseo del 'no' se mantiene en lo clandestino, no puede manifestarse sino por artificio, degradación, como significante imaginario pues de lo que se trata en su deseo se sitúa a nivel del discurso, entre el fantasma ligado a la función del falicismo y el síntoma. Y bajo esta forma implica al objeto, al Otro, al falo, a las condiciones de la identificación, es decir a sus cristalizaciones.

El amor en el obsesivo

Para el obsesivo, el amor cobra formas de lazo exaltado porque lo que el obsesivo entiende que uno ama es una cierta imagen de él; a su vez, entiende que esa imagen él la da al otro, al punto de imaginar que si esa imagen viniera a faltar, el otro ya no sabría de qué agarrarse. Pero el mantenimiento de esa imagen lo ata a toda una distancia de sí mismo con lo cual todo lo que hace nunca es para él, en última instancia, sino algo que percibe como un juego que finalmente sólo benefició a ese otro, a esa imagen.

Que el obsesivo sostenga su deseo como, imposible, quiere decir que sostiene su deseo en el ámbito de las imposibilidades del deseo. De lo oral a lo anal, de lo anal a lo fálico, de lo fálico a lo escópico y de lo escópico a lo invocante, eso no vuelve jamás sobre sí mismo sino volviendo a pasar por su punto de partida.

La raíz y la estructura de la neurosis obsesiva es la tensión agresiva, la fijación pulsional. Lo que vemos que sucede en el neurótico obsesivo es algo aproximadamente así: cada vez que el sujeto triunfa, o tiende a obtener éxito, en el sentido de que el sujeto asume en cierta medida sus responsabilidades, el partenaire se desdobra en una relación narcisista de orden mortal. Y basta con entrar, no ya en la fantasía, sino en la vida real del sujeto

para palpar la cuestión. Esto conecta con la deuda paterna y con la mujer vinculada al síntoma y a la primera identificación.

Lo que se evidencia claramente en el 'no' con relación al amor es el aura de anulación con que rodea a la compañera sexual que tiene el máximo de realidad, -la misma hacia la que en otro tiempo puede haber manifestado la máxima exaltación del amor- y, por otra parte, la idealización de un personaje que desdobra al primero, perseguido de manera fantasmática, y que impulsa a la identificación en una vivencia de relación narcisista para el sujeto. Es decir, anula el deseo de la compañera sexual y se introduce en una relación narcisista mortal.

Respecto a este desdoblamiento en el amor y la sexualidad, respecto a ese objeto del amor desdoblado, el sujeto obsesivo se vive excluido de sus propias vivencias, extraño al rasgo perverso, al punto de sentirse "ofendido" cuando le retorna del partenaire privilegiado un límite a su acción. En esta forma muy especial de desdoblamiento narcisístico reside el drama personal del neurótico. En el siglo XXI las formas de pagar las consecuencias se han adecuado a la realidad social, al menos en occidente. Por otra parte, las relaciones complejas entre amor e identificación y amor y pulsión no pueden dejar de ser consideradas.

El amor expresa el intento por alcanzar los objetos en tanto fuentes de placer y cuando el vínculo de amor con un objeto determinado se interrumpe, no es raro que lo reemplace el odio. En tales casos el odio, que tiene motivación real, es reforzado por el sadismo fantasmático del obsesivo, de suerte que el odiar cobra un carácter erótico y se garantiza la continuidad de un vínculo de amor. En esta dialéctica, este odio puede después acrecentarse convirtiéndose en la inclinación a agredir al objeto, con el propósito de aniquilarlo.

Podríamos decir que el amor y la pulsión se excluyen. Del lado pulsional, el objeto puede resultar placentero: me gusta, lo aprecio, lo encuentro agradable, o displacentero cuando amenaza al yo, pero del lado del amor - incluido el odio - se trata de otra cosa. Amor y odio, no mantienen entre sí, por consiguiente, una relación simple.

El neurótico obsesivo permanece ligado a sus objetos por una infidelidad constante: presenta a la vez imposibilidad de abandonar ninguno de sus objetos y tiene extrema dificultad de mantenerlos. Apoyémonos en el texto de Freud de Inhibición, síntoma y angustia: el 'no' vive en el espejismo de su amor propio, creyendo que él sería mejor que otros. Esto repercute en sus actos.

El yo incorpora el síntoma y refuerza la fijación del mismo. Cuando el 'no' entra en análisis, el yo lucha para incorporar el síntoma o librarse de él. El vínculo del 'no' con el objeto femenino está alterado de origen por una seducción prematura, de aspecto pasivo para el 'no' que es reconducida en su contrario.

Los síntomas de la neurosis obsesiva son en general de dos clases, y de contrapuesta tendencia. Bien son prohibiciones, o por el contrario son satisfacciones sustitutivas, con disfraz simbólico.

En el 'no' se ha producido en algún momento una desvalorización real de la vida genital. En el 'no' se ve con más claridad que en la histeria que el complejo de castración es el motor de la defensa, y que la defensa recae sobre las aspiraciones del complejo de Edipo. La pubertad introduce un corte tajante en el desarrollo de la neurosis obsesiva. Por una parte, se reaviva la agresividad y por la otra, la libido sufre una regresión.

La tendencia general de la formación de síntomas en el caso de la neurosis obsesiva consiste en procurar cada vez mayor espacio para la satisfacción sustitutiva a expensas de la denegación. Para ello el 'no' emplea todos sus recursos intelectuales; y más aún, la actividad de pensamiento aparece erotizada. Las tres técnicas que emplea son la

formación reactiva, el anular lo acontecido y el aislar. El 'no' en el curso de su trabajo de pensamiento tiene que defenderse de la injerencia de fantasías inconscientes y la exteriorización de las aspiraciones ambivalentes.

En tanto procura impedir asociaciones, conexiones de pensamientos, el yo obedece a uno de los más antiguos y fundamentales mandamientos de la neurosis obsesiva, el tabú del contacto. La angustia no es cosa simple de aprehender, es un afecto que no engaña y tiene que ver con la castración. Lo característico de la neurosis obsesiva es justamente el aflojamiento de los vínculos de objeto, la facilidad para el desplazamiento en la elección de objeto.

Ideal y neurosis obsesiva

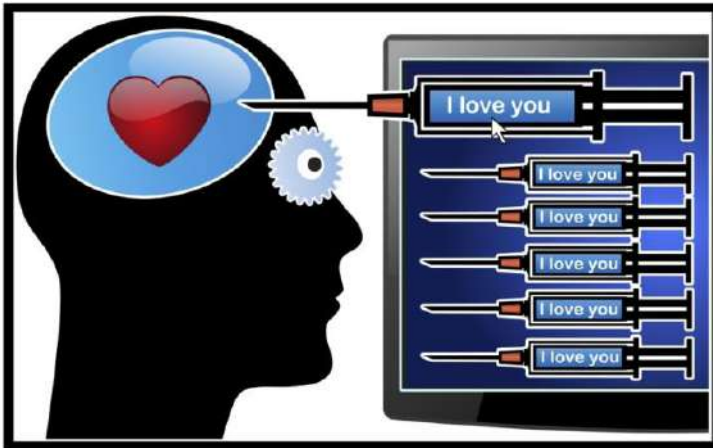
Es importante para la clínica de la neurosis obsesiva entender con cierta precisión las relaciones entre identificación e ideal.

Es conocido que la revelación del inconsciente, es decir el punto inaugural del psicoanálisis, comienza con el encuentro entre la histeria y Freud; sin embargo, es menos sabido el resultado del encuentro entre la neurosis obsesiva y el discurso analítico, cuyas consecuencias son las distintas teorizaciones alrededor del ideal. Es decir, que dicho encuentro pone en evidencia todo lo relacionado con lo patógeno del complejo paterno, y todo lo que de ello se deriva: los ideales, la conciencia moral, la culpa, etc.

Realizando un recorrido freudiano podemos leer que la patogeneidad de este complejo no había escapado a Freud ni en el "Hombre de los lobos", ni en el "Hombre de las ratas"; sin embargo, le falta un articulador teórico que le permita seguir con su indagación sobre esta neurosis y también sobre la psicosis.

Este articulador teórico lo formaliza a través del mito de Tótem y tabú, en donde la esencia simbólica del mito, el parricidio y el festín totémico, sostiene una presunta ley

reguladora y pacificadora en la imposible relación entre el deseo y el lenguaje. En esta comida totémica introduce un artificio que luego será abierto en todas sus teorías sobre la identificación primaria: la incorporación canibalística, es decir la ingesta del cuerpo del padre muerto. Este padre del significante, que no es el significante del padre, posibilitará a Freud resolver distintos aspectos de la neurosis obsesiva.



Este articulador encuentra una expresión más adecuada en Introducción del narcisismo, donde se construye el ideal del yo, con la particularidad de quedar unido a la represión y separado radicalmente de la sublimación. El ideal del yo

derivado del complejo parental queda unido a la censura onírica por vía de la conciencia moral, que en este texto aparece como el verdadero censor. De esta manera, Freud coloca al ideal del yo como causa primera de la escisión del aparato psíquico, es decir de la radical diferencia entre inconsciente y preconscious-consciente. Coloca, de esta manera, al ideal del yo en una función de estructura.

Se desliza una contradicción lógica: por un lado, el ideal como heredero del complejo paterno y por otro cumpliendo una función estructurante. Esto tiene su repercusión en Duelo y melancolía. Recordemos que en ese escrito la única diferencia firme que establece entre el duelo y la melancolía, y más concretamente entre la elaboración del duelo en la neurosis obsesiva y la imposibilidad de elaboración del duelo en la melancolía, está determinada por la regresión narcisista.

Esta regresión narcisista tiene algunas implicaciones que son importantes de aclarar. La melancolía queda situada desde el comienzo del artículo como una enfermedad producida por la conciencia moral, donde Freud introduce dos condiciones: la relación de objeto es de base narcisística, y la catexia de objeto es poco resistente.

Estas condiciones son exigencias lógicas para poder formular el paso siguiente, que la retracción de la libido ante la pérdida de objeto en vez de buscar un nuevo objeto sirve para establecer una identificación del yo al objeto abandonado. Aquí encontramos la frase freudiana que Lacan puso de relieve: “la sombra del objeto cae sobre el yo, que en ese momento es considerado como una instancia especial, como el objeto abandonado”.

La condición de posibilidad para esta identificación narcisista es la elección narcisista del objeto. Freud agrega que es una regresión al narcisismo primitivo que es correlativo a la fase oral de ingesta y devoración, y para complicar más las cosas, afirma que esta fase es previa a toda elección de objeto. Esto último es un punto importante que resolverá Lacan en su Seminario 9 sobre La identificación.

En Introducción al narcisismo encontramos al ideal como heredero del complejo paterno y, al mismo tiempo, como estructurante en relación a su determinación en la censura. En Duelo y melancolía nos encontramos para explicar esta neurosis narcisista los siguientes pasos: primero, elección de objeto narcisista; segundo, regresión al narcisismo, cuya característica es la de ser una identificación sin objeto, o previa a la elección de objeto; tercero, esta identificación es en la fase oral de incorporación canibalística de Tótem y tabú. Esta última conexión es vía la conciencia moral, sinónimo del ideal del yo.

En el texto de Psicología de las masas, el alma de las masas está compuesta por dos tipos de enlaces afectivos distintos, el lazo al líder, considerado como el más importante, y el lazo entre los distintos individuos de la masa. Estos lazos son de orden libidinoso, es decir que quedan colocados bajo la rúbrica del amor y del odio. Sin embargo, Freud se pregunta por la posibilidad de la existencia de otro tipo de vínculo que no implique un

objeto, cuya base sería las pulsiones coartadas en su fin. La respuesta es afirmativa, y este tipo de lazo especial está conformado por las identificaciones.

La primera modalidad identificatoria, es decir la primera manifestación más temprana de la modalidad de enlace al Otro, es la identificación al padre que marcará la prehistoria del complejo de Edipo. Esta identificación es ubicada en el registro de Tótem y tabú, es decir la primera fase de la organización libidinal, que es oral, en la cual el sujeto incorpora al objeto ansiado y temido comiéndoselo y, de esta manera, destruyéndolo. El término freudiano es incorporación y que cuando usa “introyección” casi siempre aclara que no es de su pluma, lo cual marca un registro diferente. Antes del Edipo, nos dice Freud, hace de su padre un ideal, por lo cual se lo come.

Dentro de las coordenadas edípicas, Freud diferencia el querer ser como el padre en el registro de la identificación y el querer tener al padre que es del orden de la elección de objeto. La consecuencia de lo anterior para Freud es importante: la identificación es siempre posible antes de toda elección de objeto. Es por esta vía que vuelve a hacer presente Duelo y melancolía al poner de relieve una identificación previa a la elección de objeto, teorizada como identificación melancólica.

Lacan en el Seminario sobre La identificación afirma que esta primera identificación freudiana no será abordada por él. Una de las razones de esta posición es debida a que se ha girado desde el padre del significante freudiano al significante del padre lacaniano. De esta manera el Nombre del Padre es reubicado en una función estructural, conservándose en la identificación al rasgo unario la característica de ser sin objeto.

La segunda identificación freudiana es la que está ligada a la producción del síntoma, la tos de Dora, que es altamente específica, y de donde Lacan extrae el rasgo. La tercera, llamada histérica, tiene la particularidad de ser independiente de toda actividad libidinoso, es analógica y está determinada por un punto de encuentro que debía mantenerse reprimido. Esta identificación que explica las ‘ epidemias psíquicas ’ es la

que constituye el vínculo entre los individuos de la masa sobre el fondo de la modalidad de enlace al líder. Como este último lazo no está explicado con las identificaciones precedentes agrega dos modalidades identificatorias más: la homosexual y la melancólica.

La identificación homosexual está determinada por una intensa fijación del niño a la madre que con la llegada de la pubertad se transforma en identificación al objeto perdido - madre -. Esta identificación tiene la particularidad de producir una profunda transformación de las características del yo, que cambia su orden sexual.

De la melancolía toma esencialmente la escisión del yo, en su vertiente ideal del yo, que ya no es sinónimo de conciencia moral. El ideal aparece como causa de la conciencia moral y también como causa de la censura onírica y es, al mismo tiempo, la principal fuerza represora. De esta manera se sostiene la paradoja de Introducción al narcisismo: es por un lado una instancia heredera del complejo de Edipo y por otro aparece en una función estructurante. Adscribirle al ideal un origen narcisista es una forma de intentar resolver la paradoja, que deja no aclaradas sus condiciones.

La necesidad freudiana es la de explicar el lazo de los individuos con el líder; por esta vía encuentra la solución en Tótem y tabú con una cita a pie de página, afirmando que en la masa el objeto ocupa el lugar del ideal del yo. De esta manera se construye el líder.

El siguiente paso freudiano es producir su separación entre identificación e idealización. La primera se caracteriza porque el yo se enriquece con las cualidades del objeto, incorporación, el objeto desaparece o es abandonado reconstruyéndose en el yo de acuerdo al modelo del objeto perdido, y el objeto es situado en el yo. Por el contrario, el enamoramiento que conlleva una tendencia a la idealización produce un empobrecimiento yoico ya que éste se da a los objetos, el objeto subsiste y el objeto va al lugar del ideal del yo. De esta manera se puede constatar que en la identificación el yo es

modificado, mientras que en el enamoramiento el yo permanece igual, aunque empobrecido.

Por el lado del ideal se aclara el vínculo sobre el cual reposa la relación entre la masa y el líder, que es del orden de “todos los individuos quieren ser iguales bajo el dominio del caudillo”. La tendencia a la idealización es una tendencia a la esclavitud, que es la posición del goce del esclavo.

Freud agrega que el amor al padre reposa sobre el temor al padre, conclusión que extrae de Tótem y tabú. Este temor lleva a la masa, pero también al obsesivo, a una actitud masoquista y pasiva. Esto explica la fortaleza del ideal, las más de las veces encarnado en ideales sociales sean estos nacionales o centrales.

Por el lado de la identificación queda abierta una dificultad, ya que en el conjunto de los puntos por los cuales Freud la definió, quedó afuera la identificación previa a la elección de objeto, que está teorizada en la línea de Tótem y tabú como incorporación, y al mismo tiempo desplegada en Duelo y melancolía como esa identificación narcisista previa al objeto, y que en Psicología de las masas retorna en la modalidad de “ser” el padre.

Lacan resuelve esta dificultad por una doble vía. Por un lado, da al padre una función de estructura al colocarlo en el registro del Nombre del Padre y de la metáfora paterna. La importancia de este articulador teórico es indudable, permite resolver la dificultad planteada por la psicosis. Por otro lado, introduciendo a partir de la segunda identificación freudiana el rasgo unario, es decir, lo más diferenciado de la identificación y que, a su vez, es llevado hasta sus últimas consecuencias al aplicar en toda su crudeza el rasgo como diferencial. Lo cual implica que la identificación al rasgo no tiene nada que ver con la unificación. De esta manera, Lacan al introducir la identificación por la lógica del significante le quita el peso que arrastraba por su enclave narcisista desde Duelo y melancolía.

El rasgo unario es el significante de la pura diferencia, diferencia que hace a lo real, es decir que el significante rasgo unario no manifiesta sino la presencia de la diferencia como tal; es en definitiva el soporte de la diferencia. Este rasgo, que es del Otro, se constituye como el teniente del sujeto al mismo tiempo que completa al Otro. Ésta es una de las razones por las cuales un análisis no finaliza hasta que no haya caído este significante identificadorio, dificultad que deviene extrema en el caso de la neurosis obsesiva.

Una consecuencia lógica de introducir la identificación por este sesgo implica que el sujeto está excluido del significante que lo determina. Por eso Lacan afirma en múltiples lugares que el sujeto es el error en la cuenta. Si al identificarse el sujeto se excluye como tal, algo viene a su lugar, y esto que viene a su lugar, esto que hace las veces de “ser” el padre es un significante ideal, es el significante amo, que como tal, y esta vez no por la vía del amor, produce una tendencia a la idealización cuyas consecuencias van a ser manifiestas en la neurosis obsesiva.



Del mito freudiano a la lógica lacaniana, la identificación significante deviene idealización por efecto de la estructura misma de la cadena significante, ya que dada ésta, su consecuencia es la suposición de un sujeto. Sin

embargo, lo que escapa a esta lógica es la referencia al **a**, que también va a ocupar el lugar de la falta. Esto hace referencia al tercer tipo de identificación freudiana, la llamada identificación histérica, que puede resumirse en la identificación al deseo del Otro. Aclarando que en el Seminario de “La identificación” no se trata del **a** en cuanto causa del

deseo sino del **a** como objeto del deseo, es decir que se trata de su aspecto más imaginario.

Al lugar de la división del sujeto van por un lado el **S₁** y por el otro **a**. Esta relación problemática entre la lógica del significante y el objeto **a**, fuerza a Lacan a introducir en el Seminario mentado, ya que esto no puede ser imaginado, la topología para resolver esta dificultad.

Nos encontramos por un lado con la tendencia idealizante del S_1 y, por otro, con el costado imaginario del fantasma que va a dar consistencia a la tendencia idealizante del significante, y que por supuesto produce un formidable tapón a la inconsistencia del Otro. De esta manera, nos volvemos a encontrar con la solidez de la demanda obsesiva para consolidar su ser, para ser eso que es en la repetición; allí cualquier atributo es válido.

Sin embargo, lo anterior tiene otra consecuencia, ya que este lado imaginario del fantasma queda abrochado con el S_1 , lo que en la dirección de la cura implica que cada franqueamiento identificatorio conlleva una depuración fantasmática, o a la inversa, que cada travesía parcial del fantasma implica franqueamientos de los planos de la identificación. Todo lo cual indica la dirección a seguir, ya que más allá de la identificación está la fijación pulsional.

Bastaría agregar que esa relación entre el rasgo unario y el **a** como objeto del deseo, relación que lleva a Lacan casi todo el Seminario de La identificación, está mediatizada por el falo, que se erige en patrón de medida de esa relación. Es por eso que se puede decir que el final de análisis implica eso que de la demanda ya no puede ser dicho, y donde lo que queda como resto es lo inarticulable de la demanda, es decir el silencio pulsional que no deja de ser parlante.

Se puede afirmar que toda identificación es una identificación ideal, idealizante, pero para dejarlo abierto agregaríamos que más adelante Lacan definirá lo ideal de una manera un tanto enigmática: lo ideal es todo lo que de real hay en lo simbólico.

La duda

La duda ha sido considerada en la historia de la teoría psicoanalítica desde una perspectiva sintomática, en general vinculada a la neurosis obsesiva y a la postergación del acto que sume al sujeto en la inhibición. La duda es aquí paralizante. En el cálculo contable, el obsesivo reestablece el principio de que las cuentas den siempre cero, que nada se pierda y que nada se pague con el cuarto de libra de carne, pago que es necesario para que el acto se produzca. Este requiere entrar en él sin certidumbre, a la cual se accederá en todo caso como efecto del acto y no como condición.

La clínica que excede lo clasificable porque es de lo singular, del caso por caso, nos da a pensar que la duda, no es sólo patrimonio de la neurosis obsesiva. O por lo menos que nos perdemos la verdad que ella aporta como precondition del acto, es decir como tiempo de comprender previo y necesario para cortar con la fijación de un goce parasitario

Si reducimos el concepto de duda a la inhibición y a la postergación del acto, nos perdemos un dato esencial que nos presenta la riqueza de lo real de nuestra clínica. La duda implica al otro y su deseo, movimiento que requiere ´no haber sido totalmente la falta del Otro ´, en la medida en que es esperable en la constitución del sujeto que haya un resto real, irreductible, que excede lo identificable del sujeto. Es la distancia entre el falo al que el sujeto por venir se identifica, y el objeto irreductible a la identificación es la que posibilitará, mediando la intervención del falo, el clivaje entre el yo y el objeto.

En el otro polo de la estructura, en el caso de la paranoia, nos encontramos que en esa posición subjetiva domina la certeza absoluta, el sujeto carece de dudas. Cabe mencionar que esto no es exclusivo de la paranoia. También ciertos actings o pasajes al acto tendrían como antecedente la falta de duda, de pregunta; nos referimos a que la duda obsesiva, sintomática, no supone una pregunta o bien pone en juego una pregunta retórica que en realidad recubre afirmaciones que no implican una verdadera pregunta. Sería la

intervención analítica la que posibilitaría que se transforme la pregunta retórica en pregunta verdadera.

Camus, en uno de sus personajes, Mersault, lo señala como 'ajeno y extranjero a los sentimientos, al amor, al odio y a sí mismo, no se adueña de su vida, de sus trazos'. Ha muerto su madre y Mersault no sufre dolor. Piensa que nada ha cambiado, y que va a reanudar el trabajo. El pasaje al acto de disparar - en lugar del acto esperado, el del duelo - se torna inevitable en aquel que se encuentra exiliado de su subjetividad.

Podemos afirmar que la duda introduciría en el sujeto la hiancia, el intervalo necesario para liberarse del efecto letal del significante binario, en un primer movimiento de separación articulable al "Che vuoi?", interrogación al Otro inicial de la constitución de una respuesta fantasmática. Dicha pregunta supone una duda respecto al deseo del Otro.

En esta línea se trata entonces de que la duda abre al campo de la subjetividad, de la pregunta, del trazo, posibilitando que el sujeto se efectúe en el acto. En ese sentido es que podemos considerar un lugar donde la duda no lleve a la inhibición ni falte de tal manera que impida pensar 'gastando el ser' y por tanto la palabra del Otro que se presentará allí como absoluta.

Dudar proviene del griego 'amfisbeteo' que quiere decir 'poner en duda'. Tiene que haber un dicho que se ponga en duda y al hacerlo, la palabra del Otro se relativiza, pone de relieve sus contradicciones.

En latín el verbo 'dubitare' reconoce la raíz duo, dos. Así como el amfi de amfisbeteo quiere decir dos, si se trata de por lo menos dos, estamos en el campo del significante, que no se significa a sí mismo.

Descartes, en la historia de la filosofía, se replantea el problema del ser. Descartes hace un salto al articular el ser al pensar, ser cuya certeza se funda en la duda: 'Pienso-dudo, luego existo'. Así pensar es dudar. Para él, el pensamiento debe ser cauteloso, prudente,

desconfiado, pero también reflexivo y metódico en un intento de evitar el error y obtener una sola verdad cierta a dudosas. La modernidad se concentró a partir de Descartes en la actividad del pensar, invitando a 'redefinir el error, rectificar las verdades'. Cuando Descartes erosiona todo el saber que tenía, arriba a una única certeza: que dudaba, pensaba, por lo tanto, el sujeto de la certeza se funda en la duda. El ser se articula al pensar, pero no a sus contenidos.

Freud subvierte el centramiento cartesiano del sujeto en el pensar, desplazando el pensamiento al inconsciente, pero lo subversivo es que los pensamientos inconscientes encuentran su límite, su roca. Es en la hiancia, en la discontinuidad del discurso, en el tropiezo donde encontramos la certeza del sujeto del inconsciente.

Cuando hay duda, hay pensamiento, y en ese lugar, se revela el sujeto que piensa antes de entrar en la certeza. Pero el descentramiento en Freud pasa por ponerle un borde al cogito, no todo se puede pensar, hay un residuo no identificable, el saber está debilitado por la falta de objeto.

Si bien logra un punto de certeza, en 1649 a un año de su muerte, Descartes publica 'Las pasiones del alma'. Allí a la fuerza innegable de la razón, le opone las pasiones, que serían indeseables si no se lograra encaminarlas.

Situando algo que molesta al dominio absoluto de la razón, Descartes amplía infinitamente el campo de la subjetividad, inaugurando la formalización de la imposibilidad de situar un sujeto inequívoco. Plantea que los hombres se equivocan cuando manifiestan con precipitación su asentimiento o disentimiento frente a cosas que no comprenden, escogidas según ideas concebidas de manera no suficientemente clara y distinta.

¿Qué es pensar? El pensamiento es una operación subjetiva que requiere de pequeñas cargas, en el pensar el yo tiene que desplegar normalmente un considerable trabajo de aislamiento para guiar el recurso del pensar. El pensar interrumpe las actividades vitales

normales, exige detenerse, es decir, es ya un primer movimiento de separación del Otro, porque mientras uno piensa no se encuentra donde está y el Otro y su goce en su aspecto sombrío, se contornea, se escribe, se cifra.



Es importante diferenciar el pensar de la 'habladuría' o la mera 'curiosidad', conceptos sellados por Heidegger. En el primero, no hay interrogación ni discusión de aquello que se piensa, la palabra se cierra. Sería pura comunicación, y no significantes que muerden lo real. En

la curiosidad ocurre algo parecido, en el punto en que se trata de ver, buscando la excitación de lo nuevo, pero no la pregunta que conmueve.

Podemos preguntarnos, en este punto, si no es demasiado limitado reducir la duda a la inhibición patológica. Es el analista quien posibilita al modo socrático, el pensar, el dudar o armar enigmas de ciertos enunciados justamente porque al igual que el maestro no tiene nada que enseñar.

El analista pone en duda ciertos dichos del paciente que lo condenarían a hacer de lo real de su vida un destino, posibilitando que se descongelen ciertas verdades establecidas, al contradecir de alguna manera ciertos enunciados del Otro que opaca al sujeto. Se trata de que el sujeto se encuentre con ese significante sin sentido, irreductible, abierto a todos los sentidos pero que a la vez cancela todos los sentidos. Le debemos a Sócrates la posibilidad de pensar que la contradicción no es estéril, es motor; hasta decir que esto implica una ruptura epistemológica en la medida en que el saber implica un no saber incesante.

Las servidumbres del obsesivo

Lacan definió el sujeto obsesivo como aquel que en la infancia se sintió fuertemente amado por la madre o, en otras palabras, que tuvo estatuto de objeto privilegiado del deseo materno. Ello hace que se presente nostálgico de ser ese objeto junto al que la madre encontraría lo que era supuesto esperar del padre. En razón de la ambigüedad del discurso materno, surgiría en el niño un dispositivo de suplencia a la satisfacción del deseo de la madre, sobre lo que estaría construida la lógica del sujeto obsesivo, y tal privilegio despertaría en el niño una inversión libidinosa precoz.

Así como el deseo de la madre hace referencia a la investidura del Padre simbólico, convocando al niño a asumir la castración que de ello resulta, igualmente la satisfacción insuficiente de este deseo materno constituye una llamada regresiva al mantenimiento de la identificación fálica del niño. De ahí la nostalgia de un retorno al ser, vivamente codiciado, pero nunca plenamente realizado.

De esa forma tan particular de inscripción de la función paterna resulta la problemática del obsesivo con relación al deseo y a la ley, generando incluso rivalidades y competencias con la figura paterna.

En Historia de una neurosis infantil, Freud mencionó un episodio clásico sobre la actitud del obsesivo:

“Por la tarde acostumbraba a hacer una ronda por todas las imágenes sagradas colgadas en la sala, llevando consigo una silla sobre la que subía para besar píamente cada una de ellas. Lo que era totalmente discordante de ese ceremonial devoto – o, por otro lado, tal vez fuese bastante coherente – es que se recordase de ciertos pensamientos, determinadas blasfemias que le venían a la cabeza como una inspiración del diablo. Era obligado a pensar “Dios-cerdo” o “Dios-mierda”.”

Como señala Leclaire en *Desenmascarar lo real*, 1977, ese conjunto de presiones y límites asedia el sujeto obsesivo, haciendo vigorar el imperativo de la necesidad y arrastrándolo para el infierno del deber. En esencia, él no se dispone a correr el riesgo de confrontarse con su deseo inconsciente, de ahí resultando una pasividad masoquista. El obsesivo presenta una tendencia a constituirse como todo para el otro. Para ello, debe ejercer control sobre todas las cosas, con fin de que el otro no se le escape. En realidad, el obsesivo permanece encarcelado al temor de la castración pues, una vez que hubo inscripción paterna, él sabe que el lugar del Padre es imposible de conquistar. Así, pasa toda la vida convocando el padre para asegurarle el lugar, empeñándose en actualizarlo a cada instante y a cada acto, mismo que eso implique en una posición sumisa.

La neurosis obsesiva presenta una carencia de reconocimiento paterno. Para hacer valer este reconocimiento, el sujeto obsesivo se obliga a pagar un precio extraordinariamente alto. Su drama reside precisamente en el hecho de que tiene el reconocimiento, pero se juzga bajo riesgo permanente de perderlo. El reconocimiento le fue concedido anticipativamente, como una especie de adelantamiento: el padre lo reconoció para hacerlo representante de su deseo.

La dificultad es que, en la falta de reconocimiento posterior, el primordial queda amenazado. Lacan acentuó que el sujeto obsesivo está atraillado al juego petrificador que se establece entre el maestro, señor, y el esclavo, mostrándose rigurosamente limitado a las normas, a las reglas y a los dictámenes de la ley. Él juzga necesario asumir esta posición sumisa de no tener voz – deseo –, dedicándose a servir voluntariamente a ese maestro, pues él necesita alguien a quien pueda idolatrar. D. Lachaud en su libro *El infierno del deber*, 1995, afirma que es por ello que el sujeto obsesivo se hace esclavo del maestro, o mejor dicho, de un padre-maestro y de su discurso.

En la neurosis obsesiva la función paterna es representada por el otro de la ley: su papel es prohibir y punir duramente el deseo incestuoso. El obsesivo teme la ley, y por ello

solicita que ella le sea recordada a cada paso, a través de órdenes, prohibiciones y hasta castigos. El obsesivo reivindica un maestro, un padre ideal que haga la ley y que sostenga, en la exterioridad, la ilusión de la unicidad, la no castración.

Por medio de la teoría de los cuatro discursos, se nota que la neurosis obsesiva busca defenderse de la castración anulando las diferencias, en una búsqueda incesante de uniformización. El objetivo del sujeto obsesivo es anular la subjetividad, intento nunca realizado, puesto que, en toda estructura neurótica, el padre es la ley. Si ocurre el retorno de lo reprimido, es porque el padre es fallido, castrado. Así, en su búsqueda por el fin de la diferencia, el sujeto obsesivo termina por preservarla y a la vez acentuarla por medio de sus normas particulares.

La experiencia psicoanalítica no cesa de demostrar que el discurso del obsesivo elide la falta en el campo del sujeto. En otras palabras: el obsesivo cree que debe ser amado por el otro por su entereza, por todo lo que él es y dedica su vida a enseñarle como tal. Su fantasía es que, esforzándose para atender siempre la demanda del otro, en una posición servicial, obtendrá reconocimiento y, por lo tanto, será amado.

Bibliografía

- AA.VV.: Diversidad del síntoma, "El concepto de síntoma en Freud" de A. Rubinstein; "Entre inhibición y angustia" de F. Leguil, "Selección de fragmentos relativos al concepto de síntoma en la obra de S. Freud" de Diana Yassin y otros. Edita EOL, Bs.As. 1996.
- Anzieu, D. (1979) "Elementos de una teoría de la interpretación". La práctica psicoanalítica. Imago.
- Bar-On, L. (1996) "Sobre la repetición, la transferencia y la actitud interpretativa." Trabajo presentado en el XXXV Congreso Nacional de Psicoanálisis. San Miguel de Allende, Guanajuato, México.
- Bercherie, P. Génesis de los conceptos freudianos, Paidós, Bs. Aires, 1988.
- Bergeret, J. (1992) "Ensayo crítico sobre la noción de neurosis para un psicoanalista." Rev. de Psicoanálisis. Número especial. Trad. J. L. Etcheverry.
- Breuer S. y Freud, S. (1893-95) Estudios sobre la histeria. Obras completas I. Trad. J.L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu.
- Descartes, R. El Discurso del método. Bruguera, 1995.
- Deswaene Bruno (1996). Inceste et traumatisme, Le Journal des Psychologues. Paris N°136.
- Díez Cuesta, Amelia. Los laberintos de la neurosis obsesiva. Edit. Grupo Cero. Madrid, 1993.
- Droehnle Corinne-Breit. (1996). Quand l'inceste peut se lire a travers d'autres symptomes.
- Freud, S. Obras Completas. Amorrortu, Bs Aires, 1990.
Las neuropsicosis de defensa, 1894.
Nuevas Observaciones sobre las psiconeurosis de defensa, 1896
Actos obsesivos y prácticas religiosas, 1907.

Carácter y erotismo anal.1908

Tótem y Tabú. 1912.

La disposición a la neurosis obsesiva, 1913.

Lecciones Introductorias al psicoanálisis, 1916-17.

Inhibición, síntoma y angustia. 1926.

El hombre de las ratas. Análisis de un caso de neurosis obsesiva. 1909.

Proyecto de Psicología, 1895. Biblioteca nueva. B.N.

Etiología de la histeria, 1896. B.N.

La Interpretación de los sueños, 1900. B.N.

Fragmento de análisis de un caso de histeria, 1905. B.N.

Acciones obsesivas y prácticas religiosas, 1907. B.N.

Sobre las causas ocasionales en las neurosis, 1912. B.N.

Recordar, repetir, elaborar. 1914. B.N.

Doctrina general de la neurosis, 1916-17. B.N.

Lo ominoso, 1919. B.N.

El yo y el ello, 1923. B.N.

La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis, 1924. B.N,

Inhibición, síntoma y angustia, 1926. B.N.

El malestar en la cultura, 1930. B.N.

Moisés y la religión monoteísta, 1939. B.N.

- Gerez-Ambertin, Marta. Las voces del Superyo. Manantial. Bs. Aires, 1993.
- Gull, W. (1874). Anorexia Nervosa (Apepsia hysterica, Anorexia hysterica). Transact. Clin. Soc. London, 7.

- Laplanche, J. (1970) Vida y muerte en psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1968) Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Editorial Labor, 1983.
- Lacan, Jacques, El Seminario VIII, La Transferencia, Paidós, Buenos aires, 2003.
- Lacan, J.: Seminario X La Angustia [1962- 1963], (inédito).
- Seminario V Las Formaciones del inconsciente. Paidos, Bs As, 1999.
- Lacan, J. Seminario IV “La Relación de Objeto. Paidós, Bs Aires, 1995.
- Lacan, J. Seminario V “Las Formaciones del Inconciente”. Paidos. Bs. Aires, 2000.
- Lacan, J. Escritos Tomos I y II. Siglo XXI, México, 1975.
- Variantes de la cura tipo.
- La dirección de la cura y los principios de su poder.
- Del Trieb de Freud y del deseo del psicoanalista.
- Función y campo de la palabra.
- Lachaud, D. El enfermo del deber. Denoël, Paris 1996.
- Leclaire, S. Desenmascarar lo real. Editora Assírio e Alvim, Lisboa, 1997.
- Leclaire. S. El obsesivo y su deseo. Paidos. Bs Aires, 1988.
- Mannoni, M. (1985) Un saber que no se sabe. La experiencia analítica. Buenos Aires: Gedisa, 1986.
- (1993) Amor, odio, separación. Reencontrarse con la lengua perdida de la infancia. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Melman. Ch. Clínica psicoanalítica. Ágalma – Ed.Ufba, 2000.
- Pichot P. La neurasthenie, hier et aujordhui. L´encephale, revue de psychiatrie clinique, biologique et therapeutique. Paris. Vol. XX No III. 1994.

Cuestiones

1. Aporta tu opinión acerca de la elección de neurosis.
2. Articula La posición del neurótico histérico y obsesivo con el Otro.
3. Señala los puntos más relevantes en la neurosis obsesiva y de la histeria.
4. Qué tienes que decir sobre la elección de la neurosis y la satisfacción del síntoma.
5. Indica tus aportaciones personales sobre el tema tratado.