

EDULP (La Plata).

El campo de la neurosis en la obra de Freud.

Napolitano, Graziela.

Cita:

Napolitano, Graziela (2013). *El campo de la neurosis en la obra de Freud*. La Plata: EDULP.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/graziela.t.napolitano/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pxhm/OcQ>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Libros de **Cátedra**

El campo de la neurosis en la obra de Freud

Graziela Napolitano (coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales


Editorial
de la Universidad
de La Plata



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

EL CAMPO DE LA NEUROSIS EN LA OBRA DE FREUD

Graziela Napolitano

(coordinadora)



2013

Graziela Napolitano

El campo de la neurosis en la obra de Freud / Coord. Graziela Napolitano. - 1a ed. –
La Plata : Universidad Nacional de La Plata, 2013.

E-Book. ISBN 978-950-34-0993-0

1. Psicoanálisis. 2. Neurosis. 3. Fobias. I. Graziela Napolitano, coord.

CDD 150.195

Fecha de catalogación: 20/08/2013

Diseño de tapa: Dirección de Comunicación Visual de la UNLP

Organización de interiores: Lic. Nicolás Campodónico



Universidad Nacional de La Plata – Editorial de la Universidad de La Plata

47 N° 380 / La Plata B1900AJP / Buenos Aires, Argentina
+54 221 427 3992 / 427 4898
editorial@editorial.unlp.edu.ar
www.editorial.unlp.edu.ar

EduLP integra la Red de Editoriales Universitarias Nacionales (REUN)

Primera edición, 2013
ISBN 978-950-34-0993-0
© 2013 - EduLP

"El acontecimiento Freud no ha de aprehenderse actualmente en ninguna otra parte sino en los escritos trazados por la mano de Freud: sus obras, como se dice.

Por ello mismo, queda fuera del alcance de los que se contentan con hojear dichas obras, caso, por demás, confeso y muy corriente entre los psicoanalistas: no hay por qué dar razón de esto, ya que lo demuestra de sobra su producción común.

Como esta incapacidad de leer no es privilegio suyo, nos vemos en la obligación de advertir que estos escritos no representan la historia del acontecimiento. Los escritos son el acontecimiento: participan, desde luego, de la temporalidad inherente al discurso, pero el acontecimiento es un acontecimiento de discurso, y con toda adecuación, ya que no hay acontecimiento que no se sitúe respecto de un discurso. La práctica de los escritos de Freud permite apreciar que la relación con el acontecimiento es una relación de resguardo, como si se tratase de una brasa: porque son el acontecimiento, puede decirse que lo cobijan."

J. Lacan

Reseña con interpolaciones del Seminario de la Ética.

AGRADECIMIENTO

Este libro es el resultado, como lo decimos en el prólogo, de un esfuerzo de elaboración colectiva, en el que han participado docentes, adscriptos y colaboradores de la cátedra. No hubiera sido posible sin considerar los principales destinatarios de lo que hemos escrito, los alumnos de las diferentes generaciones de la carrera de Psicología. Son ellos los que han contribuido con su participación, sus interrogantes e incluso sus equivocaciones, a mantenernos en forma permanente en una revisión de la forma y los contenidos de nuestra enseñanza. Es también del ámbito estudiantil de donde proceden numerosos participantes de la cátedra, aquellos que han continuado con su formación de posgrado no solo en el ámbito de la Universidad, sino también en su entrenamiento clínico en las residencias hospitalarias, creadas a fines de los años 80, por iniciativa de un grupo de docentes universitarios.

Por otro lado, nuestro agradecimiento a las Secretarías de Posgrado y de Investigación de la joven Facultad de Psicología, que han colaborado con numerosas iniciativas académicas para favorecer la exposición y el desarrollo de nuestras actividades de enseñanza de posgrado y de investigación, desde hace mucho tiempo. Hubiera sido difícil realizar este trabajo, si no hubiéramos construido progresivamente un espacio de producción destinado a la comunicación de los resultados de nuestra tarea, comunicación que ha encontrado un lugar propicio para realizarse en Jornadas y Congresos y también en la Especialidad de Clínica Psicoanalítica que dictamos en la Facultad.

Por último, nuestro agradecimiento a la iniciativa de la presidencia de la UNLP por la creación de esta colección Libros de Cátedra, y a los integrantes de EDULP, que hacen posible la realización de los libros digitales y su oferta a la comunidad universitaria.

ÍNDICE

Presentación. <i>Gabriel Lombardi</i>	6
Prólogo. <i>Graziela Napolitano</i>	9
Capítulo 1. Categorías clínicas y teoría psicoanalítica: puntuaciones en la obra de Freud. <i>G. Napolitano</i>	18
Capítulo 2. Las neurosis antes de Freud. <i>G. Piazzese; M. Moreno; N. Campodónico</i>	59
Capítulo 3. La histeria en el psicoanálisis freudiano. <i>J. De Battista; G. Napolitano; M. Machado; A. López Bonanni</i>	102
Capítulo 4. La neurosis obsesiva en la obra de Freud. <i>L. Volta; A. Erbetta; S. Zanassi; D. Lozano</i>	131
Capítulo 5. La fobia según Freud. <i>N. Carbone; M. Fernández Raone; J. Varela</i>	164
Capítulo 6. El problema del carácter en la economía libidinal de la neurosis, <i>E. Soengas; J. Martín; M. Kopelovich; M. García; G. Sosa Córdoba</i>	186
Capítulo 7. Histeria y neurosis obsesiva: dos historiales freudianos. <i>S. Zamorano; M. Fogola; N. Maugeri</i>	210
Capítulo 8. Neurosis infantil - Neurosis en la infancia: consideraciones sobre su tratamiento en la obra de Freud. <i>M. Piro; M. Romé</i>	244
Capítulo 9. Neurosis de Transferencia, la neurosis del psicoanálisis. <i>G. Sosa Córdoba; L. Volta; M. Bolpe</i>	264
Los autores	292

PRESENTACIÓN

El análisis freudiano de los padecimientos del ser hablante produjo una rápida y profunda reelaboración en las concepciones etiológicas y nosológicas. Un método simple en apariencia, que consta de una única regla fundamental, abre de un modo sorprendente las determinaciones en que se basan los síntomas y los sueños, las inhibiciones y los actos involuntarios, las angustias y las fantasías. El método incide y pasa por el buen lugar, por el acto propio del ser hablante, el decir, y tiene como horizonte ético la satisfacción inherente y transformadora de ese acto.

Ahora bien, la vía analítica, por libertaria que sea, no progresa en la singularidad del caso sin pasar por las incomodidades de lo particular. Como todos somos singulares, la singularidad por sí sola nada puede, se diluye en lo universal. De allí el cuidado de Freud en atender a las consecuencias que el análisis produce a nivel de la particularidad del síntoma, su tipo clínico en referencia al lazo social. Por eso desde el comienzo de su investigación, Freud se vio llevado a apelar a antiguas categorías clínicas, reformularlas, agruparlas de otro modo, juntar padecimientos del cuerpo con otros de la mente o de la conducta, revisar luego esos agrupamientos durante décadas. Finalmente la nosología psicoanalítica logró, con Freud y Lacan, estabilizar algunos tipos clínicos que hoy resultan tan sólidos e indestructibles como el deseo inconsciente.

Ahora algunas de esas categorías tomadas por Freud, tales como la histeria, la paranoia y algunas perversiones hoy legalizadas, han sido suprimidas de esos manuales psiquiátricos que el discurso dominante promueve para reducir el síntoma a un simple desorden, que puede ser tratado con fármacos y reducción emocional, sin el recurso a la palabra. El psicoanálisis en cambio no se interesa en dominar o suprimir un desorden, sino en ubicar y cuidar las determinaciones reales que conciernen al sujeto en su dignidad de ser todavía electivo; lo preserva en su estatuto freudiano originario donde el síntoma es

desgarramiento del ser moral, que se inscribe en las variantes de la causalidad subjetiva discernidas por Freud y por Lacan.

Esta publicación sobre las neurosis en el psicoanálisis freudiano, investigativa en su espíritu, universitaria en su marco de inscripción, muestra la profundidad y la actualidad de la elaboración freudiana en los planos nosográfico y etiopatogénico; muestra que una psicopatología analítica es posible como lógica del pathos del sujeto que incluye sus ficciones – que el término psique reúne -. Muestra que esa elaboración no es sólo historia, sino una marca vigente en cada una de las elaboraciones actuales del psicoanálisis, como lo ha propuesto Lacan, que por eso la clínica psicoanalítica consiste en volver a interrogar todo cuanto Freud ha dicho. Es clínica en acto, no reparación de mecanismos estropeados.

En esta indagación psicopatológica del psicoanálisis se estudian rigurosamente los modos en que Freud fue elaborando los determinismos que su método le permitió descubrir luego de otorgar los poderes de la palabra al analizante en la asociación supuestamente “libre”. Lo cual es de enorme importancia para la clínica, ya que sienta la base a partir de la cual luego podrá hacerse el movimiento inverso y propiamente analítico, consistente en devolver al ser hablante su participación, merced a los márgenes de libertad que le restan, en su determinación en acto, renovando sus opciones repetidas, pero con conocimiento de causa. ¿Cuál será la causa en juego? La determinación por fijación se completa en la determinación de un ser digno del acto, de decir, capaz de cambiar su posición en lo real. Porque finalmente, el real en juego en psicoanálisis es el real etimológico, el real del reus, del sujeto dividido y culpable, cuyas primeras declinaciones fueron la neurosis obsesiva (culpable), la histeria (falsa inocencia), la paranoia (inocencia cierta, la culpa es del Otro), la melancolía (la culpa recae sobre el yo, que expande sus límites, hasta ser sin Otro).

El horizonte ético de la propuesta freudiana resulta ser el pasaje del sujeto en análisis, desde la complacencia moral y somática del síntoma a un decir apoyado en lo que se repite como por azar, pero que concierne a sus preferencias de deseo y de goce. La lectura lacaniana de la psicopatología

freudiana implica que en lo que le toca vivir, en su suerte, en lo que viene al caso, el sujeto es afortunado, encuentra la ocasión de mantenerse, de repetirse; es decir que depende de la estructura, a su manera. El psicoanálisis le abre tal vez otra posibilidad que la de padecer/gozar divididamente de eso que acaece, si otra posición es posible en el decir.

Las “supuesta” libertad asociativa lleva a discernir determinaciones que limitan a esa libertad, pero esas “determinaciones” rígidas no finiquitan la determinación esencial, la que está en juego cuando interviene el deseo y la causalidad por libertad en su encuentro con lo real, que por fortuna es sin ley.

Una psicopatología que deja margen para la ética, he allí la mejor enseñanza para la clínica psicoanalítica. Los lectores podrán disfrutar de lo que en este texto les sale al encuentro.

Gabriel Lombardi, 12 de marzo de 2013.

PRÓLOGO

Inauguramos con la presente obra la edición digital de nuestra producción académica. Hasta ahora, y desde hace más de 15 años, el equipo de docentes investigadores hemos publicado en formato papel nuestros trabajos en libros y revistas. Se abre en esta ocasión una nueva posibilidad de ampliar el alcance de nuestra enseñanza para los alumnos y lectores interesados en los problemas del campo de la Psicopatología. Celebramos por eso la iniciativa de la presidencia de la UNLP, por las importantes consecuencias que implica especialmente para los que participan en el ámbito universitario.

Hemos elegido preparar en primer lugar una obra que lleva por título “Las neurosis en el Psicoanálisis freudiano.” Tema central en nuestro programa de estudio, nos ha parecido una prioridad para introducirnos en el campo de la Psicopatología y clínica psicoanalíticas. Los fundamentos que Freud nos ha transmitido en sus textos constituyen una lectura necesaria para poder acceder a los desarrollos posteriores y a las diferentes orientaciones de estos desarrollos en el Psicoanálisis que continuó después de Freud. Como Lacan lo ha subrayado en sus primeras intervenciones en el campo psicoanalítico, no se trata de un regreso a los orígenes, sino de propiciar una lectura que contemple la novedad del descubrimiento freudiano, y los problemas que progresivamente se presentaron como obstáculos, interrogantes y desafíos ante los que la producción teórica de Freud surge como intentos de respuesta y elaboración, en la búsqueda de una certeza que se le revela siempre provisoria. Nuestra lectura metódica de los principales momentos de esta obra se propone no olvidar que se trata de una elaboración de los resultados de una práctica, y que deben ser considerados en el marco de una dimensión tanto epistémica, como ética y política, dimensiones que se conjugan permanentemente en la obra de Freud, y que se nos ofrecen como referencia para nuestra actualidad en los diferentes ámbitos en los que enseñamos Psicoanálisis. En este caso, el ámbito universitario, que responde a coordenadas propias vinculadas al lazo

social específico que reúne a los participantes, ámbito que tiene como misión privilegiada la transmisión de conocimientos y su actualización permanente a partir de la investigación. Desde hace ya muchos años el Psicoanálisis ha tenido una importante inserción en las carreras de Psicología de nuestro país, de las que han salido gran parte de los que han iniciado y continuado el camino abierto por Freud. Sin embargo, es necesario reconocer que la enseñanza del Psicoanálisis en el campo universitario implica una serie de problemas que obligan al que enseña a mantenerse alerta contra los riesgos de una divulgación que distorsione el saber mismo que se intenta transmitir. Desde nuestra cátedra intentamos articular permanentemente enseñanza e investigación para evitar estos riesgos, proponiendo una lectura crítica de los textos, y ofreciendo a los alumnos un primer contacto con la clínica, como punto de partida para iniciar una interrogación del pathos, que atienda tanto a la singularidad del caso como a la elaboración de la lógica que organiza sus manifestaciones fenoménicas.

Esta obra se inscribe en esta dirección, resulta de una elaboración colectiva, reúne a docentes investigadores que se encuentran en momentos diferentes de su trayectoria, tanto en el campo del Psicoanálisis como de la enseñanza universitaria. Su producción ha resultado una experiencia compleja que nos ha obligado a revisar el contenido mismo de nuestro programa, y que ha decantado en trabajos que, convertidos en capítulos, pretenden abarcar aspectos centrales del legado freudiano en lo que se refiere al campo de la neurosis, ese mismo campo que las clasificaciones actuales de la patología mental han dejado afuera, reconociendo su marca de origen, es decir, que las neurosis son freudianas. El método de exploración inventado por Freud ha inaugurado la experiencia del inconsciente, ese inconsciente, que precisamente, como lo señala Lacan, no existía antes de Freud. ¿Podríamos decir también, que la neurosis “no es” fuera de una práctica que utiliza los recursos de la palabra de una manera inédita? Y así participa en la fundación de una nueva clínica en la que el operador forma parte de lo que se dice, en principio porque es el destinatario de esa comunicación equívoca, en la que la transferencia pone de relieve lo que Freud llamaba la etiología sexual de las neurosis. A partir de esto último, los capítulos que componen este libro, no

dejan de contemplar la solidaridad que mantienen los hallazgos freudianos en el campo de las neurosis y el método de exploración, así como de los principales problemas teóricos que permiten situar la diacronía de un recorrido cuyas puntuaciones tratamos de establecer.

El capítulo I se dedica al problema de las categorías clínicas en el campo freudiano. El lector encontrará en la secuencia del trabajo los diferentes momentos en los que Freud establece con criterios propios los tipos clínicos de acuerdo a una articulación que reúne la noción de defensa y la etiología sexual partiendo de las manifestaciones sintomáticas. Esta doble causa recibe diferentes tratamientos en el curso de la elaboración freudiana, y condiciona la apertura de nuevos interrogantes, tales como la diferencia entre neurosis y perversión, neurosis narcisísticas y neurosis de transferencia, y por último la distinción en continuidad de las neurosis y las psicosis en relación a la pérdida y reconstrucción de la realidad. Se subraya finalmente la importancia que Freud atribuye al reconocimiento de lo que denomina “el campo unificado y homogéneo” de su clínica, así como la ruptura de la oposición patología-normalidad, a partir de contemplar los principales factores que condicionan la causación de las neurosis, entre los que propone como de especial relevancia uno de ellos: la relación disarmónica que caracteriza la relación del sujeto con el sexo.

El capítulo II aborda “Las neurosis antes de Freud”, de interés para situar el contexto en el cual se produce el descubrimiento del inconsciente y el viraje inédito que Freud supo dar a la exploración de las neurosis. Los nombres de Charcot, Legrand du Saulle y Janet figuran como pioneros en la atención prestada a la histeria, a la neurosis obsesiva, y a las fobias, de acuerdo con una perspectiva médica, intentando elaborar una fina semiología. La figura de Charcot adquiere una especial importancia en su camino progresivo para establecer el tipo clínico de la histeria, convirtiéndose para algunos historiadores de la Psiquiatría en “el hombre bisagra”, antecedente no casual de los desarrollos freudianos. Janet, filósofo y médico, a pesar de otorgar una importancia fundamental a las representaciones y a la disociación de la conciencia en la histeria, y describir con cuidado las manifestaciones sintomáticas de la denominada psicastenia, no puede más que concluir en una

concepción deficitaria como fundamento de ambas condiciones clínicas. Se medirá la distancia de estos antecedentes para situar la discontinuidad que el surgimiento del Psicoanálisis introduce en el campo de las neurosis.

El capítulo III se propone establecer una relación estructural entre el nacimiento del Psicoanálisis y la presentación del síntoma en la histeria, a partir del método de exploración novedoso y complejo que Freud inventa. Después de situar diferentes momentos en el abordaje de la histeria, así como de los obstáculos, errores y problemas que se presentan en el camino de la exploración freudiana, el capítulo estudia “lo que la histérica enseña”, delimitando aspectos fundamentales del campo de las neurosis del Psicoanálisis. En primer lugar, el paso del síntoma patológico al relato del síntoma, que permite establecer una cuidadosa fenomenología de la represión. En segundo lugar, el establecimiento de los dos tiempos del síntoma, considerando que la histeria abre la dimensión del pasado, en una verdad que tiene estructura de ficción. Por último, la transferencia, descubierta como obstáculo en el tratamiento de Dora, y más tarde reformulada como producto ineludible de la relación analítica como amor que se dirige al saber. El trabajo culmina intentando responder al problema del desvanecimiento progresivo de la histeria en los textos freudianos después de la primera época heroica del descubrimiento del inconsciente, concluyendo con la hipótesis de que existe una íntima relación de este derrotero con la importancia que adquieren las respuestas que Freud elabora sobre la pregunta histérica en sus trabajos sobre la sexualidad femenina.

A continuación, el capítulo IV se ocupa del estudio de la neurosis obsesiva en Freud. Antes de precisar las particularidades del síntoma obsesivo, los autores hacen referencia a los señalamientos de Freud en los que subraya las dificultades para cernir la fenomenología de la obsesión “es tan enorme la diversidad de los fenómenos que ofrece la neurosis obsesiva que ningún empeño ha conseguido todavía proporcionar una síntesis coherente de todas sus variaciones. Uno se afana por distinguir nexos típicos, pero siempre con el temor de pasar por alto otras regularidades no menos importantes”. Seguidamente, puntualizan los diferentes momentos en que Freud analiza la estructura y la génesis de los síntomas obsesivos, hasta llegar a situar sus

relaciones con la angustia en Inhibición, Síntoma y Angustia. Resultan particularmente de interés las referencias que el texto establece con respecto a la intervención analítica del síntoma obsesivo, en las que destacan sus dificultades, vinculadas con la misma formación del síntoma y las defensas empleadas. Al respecto, los autores diferencian dos momentos en el abordaje de la obsesión, que denominan “el optimismo de los orígenes” y “el tiempo del desencanto”, este último centrado en la apertura del giro de los años 20, del cual la neurosis obsesiva se ha constituido en uno de los principales paradigmas clínicos, especialmente en lo que concierne a esa satisfacción paradójica que se produce en el más allá del principio del placer. Por último, de particular interés resultan los desarrollos del capítulo centrados en algunos aspectos de un caso que Freud utiliza en diferentes artículos sobre la neurosis obsesiva y cuyo diagnóstico ha sido últimamente cuestionado, considerando el fracaso de su abordaje psicoanalítico así como su fase terminal. Es un tema que ha sido objeto de su revisión exhaustiva en la investigación de la cátedra y que será publicado a la brevedad.

Después de la histeria y la obsesión, el capítulo V nos presenta la fobia, y se inicia con una pregunta, vinculada al estatuto problemático que Freud le asigna en sus primeros trabajos. La denominación “histeria de angustia” y el abordaje de las particularidades de la agorafobia, son las que conducen al reconocimiento de la especificidad de las defensas empleadas y a situar la fobia como una categoría clínica con derecho propio. Después, es el caso Juanito, primer análisis de un niño, en el que Freud puede seguir los pasos de la formación del síntoma y que continúa siendo de importancia más adelante, en 1925, cuando reelabora la teoría de la angustia. Recordemos el papel privilegiado que Freud le otorga en esa ocasión, por lo cual es el punto de partida de las autoras para estudiar las relaciones del síntoma con la angustia así como a las precisiones sobre sus diferentes orígenes. Se puntualizan los problemas que engendra la fobia infantil, algunos de ellos destacados por Freud, y más adelante, abiertos por los interrogantes planteados en la enseñanza de Lacan en los seminarios IV y XVI. En esta perspectiva, se hace referencia a la especial consideración de Lacan de la fobia como “la más radical de las neurosis”, lo que destaca su carácter elemental, tal como Freud

lo estableció, al otorgarle un papel específico como núcleo de las demás formaciones neuróticas. Es por esta razón que las autoras puntualizan el valor del síntoma fóbico por su inserción unas veces en el contexto de la histeria, otras en la neurosis obsesiva, teniendo en cuenta que más allá de los tiempos de la infancia, la neurosis se caracteriza por el modo de goce que la consolida, la ganancia secreta del síntoma a partir de la retórica del inconsciente.

El capítulo VI presenta el problema de la oposición síntoma-carácter, de acuerdo al recorrido realizado por Freud, quien no ha dejado de incluir al último dentro del campo de aplicación del Psicoanálisis. Sin embargo, mantiene sus diferencias, así como sus relaciones, si recordamos cómo caracteriza a la neurosis obsesiva “como un conjunto heterogéneo de síntomas y rasgos de carácter.” La diferencia estructural fundamental entre el síntoma y el carácter es que en la conformación de este último falta algo fundamental, el tercer paso de la represión, tal como lo precisa en el historial de Schreber: el fracaso de la represión. En la formación del carácter la represión logra una nueva tramitación, que en ocasiones son sublimaciones, otras veces defensas o formaciones reactivas. Como podemos constatar, el rasgo de carácter no hace sufrir, el sujeto lo experimenta como un modo de ser, en ocasiones es valorado y procura importantes ventajas narcisísticas. Sin embargo no deja de constituirse como problema clínico para el Psicoanálisis y Freud lo explora en diferentes trabajos, vinculando por un lado el carácter con la satisfacción pulsional o con las formaciones defensivas que se le oponen, y por otro con el concepto de identificación como modo de mantener al objeto o aspectos parciales del mismo. Los rasgos de carácter son considerados en la esfera del Yo, pero ampliamente dependientes del Ello y Superyo. La segunda tópica y el más allá del Principio del Placer otorgan una importancia crucial a la labor sintética del Yo, sobre todo en la neurosis obsesiva, con la incorporación del síntoma y su empobrecimiento consiguiente. Sin embargo, este proceso de asimilación es diferente de lo que Freud había descripto como “carácter anal”, el que no es presentado como un derivado del síntoma, sino como un arreglo logrado y consecuencia de alteraciones que se emprenden sobre las disposiciones pulsionales, cuya satisfacción es la tarea económica de nuestras vidas. El texto realiza una revisión de las diversas conceptualizaciones de los

posfreudianos, teniendo en cuenta la importancia concedida al tema utilizado como fundamento de los cambios en la técnica analítica en los años 30. Freud había diferenciado en “Análisis terminable e interminable”, el análisis didáctico, el terapéutico y *del carácter*, sin precisar su especificidad. El texto desarrolla la torsión que Lacan logra producir en el análisis de la personalidad o el carácter, en los primeros años de su enseñanza, y por último señala las relaciones de homología que pueden encontrarse entre los denominados “síntomas actuales” y los problemas planteados por el análisis del carácter.

Los historiales clínicos de Dora y el Hombre de las Ratas son el tema central del que se ocupa el capítulo VII. Escritos en los albores del siglo XX, podría parecer un anacronismo prestar atención a estos casos, contemplando los cambios que la época introduce particularmente en la histeria, y su ductilidad a las transformaciones del Otro. Sin embargo, los dos historiales freudianos continúan ofreciéndonos su enseñanza, sobre todo cuando contamos con la relectura que Lacan supo hacer con ellos. Lejos de convertirse en una pieza del museo psicoanalítico, Dora y Ernst logran elevarse entonces a la dimensión de paradigmas clínicos de las dos neurosis. Nos introducen en un camino jalonado por errores, prejuicios e ignorancia que ha desembocado en una ganancia de saber para las generaciones posteriores a Freud en lo que respecta a los problemas de la dirección de la cura, la transferencia y la estructura del síntoma en el campo freudiano. Los historiales presentan la particularidad de articular el método de exploración y la estructura de la neurosis, y más allá de esto, descubrir la singularidad de cada caso, en un abordaje fragmentario y a su vez completo, cuando se convierten en objeto de lectura. Siguiendo la exposición metódica de la escritura freudiana, el capítulo se propone delimitar los tiempos lógicos de la cura analítica y las transformaciones del sujeto operadas por las intervenciones de Freud, lo que se constata especialmente en el establecimiento de los denominados “motivos ocasionales”, de carácter traumáticos que acompañan la emergencia de las crisis sufridas por Dora y Ernst. Se trata en ellas de esas palabras cruciales, cuyas resonancias se producen en el contexto de la transferencia analítica, y que nos muestran una vez más, de qué manera las palabras pueden tomar cuerpo, en la “expresión

de un goce ignorado”, o en la angustia que surge por la pérdida de un soporte identificador necesario para el equilibrio neurótico.

Es otro binomio el que se constituye como principal problema para el estudio que leemos en el capítulo VIII. Nos referimos a las relaciones y diferencias entre los términos “neurosis infantil” y “neurosis en la niñez”, oposición que Freud no establece, pero que las autoras consideran de importancia por sus repercusiones en la clínica psicoanalítica con niños. Surge así la neurosis infantil como fantasía reconstruida en los análisis de adultos, particularmente en el caso del Hombre de los Lobos, en el que Freud llega a recuperar los recuerdos que le permiten hacer una “historia de una neurosis infantil.” En el historial esta neurosis está organizada a partir de discontinuidades y una lógica de transformaciones que autorizan a Freud a elaborar la dependencia de la neurosis del adulto de una formación precoz que pudo ser descifrada por el análisis del célebre sueño de los lobos. Este último también se constituye como la matriz de la fobia y la neurosis obsesiva en el curso de la niñez del paciente. Surge entonces la pregunta sobre las relaciones y diferencias de esta formación dependiente del trabajo analítico, y las neurosis en la actualidad de la infancia y la niñez. El ejemplo del caso Juanito inicia un nuevo camino en el derrotero freudiano, en la medida en que abre la posibilidad de asistir a “una fobia en marcha” (Lacan), a pesar de las condiciones especiales de ese análisis realizado por el padre con la supervisión de Freud. El capítulo prosigue puntualizando las razones por las cuales podemos concebir la fobia infantil como un intento de lograr una suplencia de un término necesario para que el sujeto niño pueda escapar del atolladero en el que lo sitúa su identificación con el objeto que obtura la falta materna. En esta dirección, el trabajo se pronuncia por la especificidad de la neurosis del niño y su diferencia con los síntomas fóbicos del adulto, aunque reconociendo que tanto la primera como los últimos se nos presentan como una apelación al padre, cumpliendo en ambos casos una función de nominación y localización que evite la emergencia de la angustia.

Como lo destacan los autores del capítulo IX, no podía faltar en este libro un capítulo dedicado a “la neurosis de transferencia”, con el que finalizamos nuestro recorrido. El trabajo señala la duplicidad del término “transferencia” en

la obra de Freud, que designa tanto una neurosis artificial creada por el dispositivo analítico, como una categoría clínica en la distinción neurosis de transferencia – neurosis narcisísticas, de importancia en el diagnóstico clínico. Prosiguen estableciendo los diferentes momentos en los que Freud elabora el concepto y los problemas que introduce en la dirección de la cura en Psicoanálisis. De especial interés resulta el análisis que realizan de la transferencia en los casos freudianos y las enseñanzas que ofrecen tanto los aciertos como los errores transmitidos por Freud. Al respecto, se detienen en el problema de la transferencia en el caso del denominado Hombre de los Lobos, considerando el relato de la “Historia de una neurosis infantil”, así como las publicaciones que conciernen al análisis posterior y el relato del mismo paciente. Por su parte Freud retoma el caso en “Análisis terminable e interminable”, para señalar los riesgos del establecimiento de un plazo para la finalización del análisis, de acuerdo a las consecuencias que pudieron ser constatadas en su paciente. Recordemos que el problema ha planteado numerosas publicaciones que abordan hasta la actualidad tanto la cuestión del diagnóstico del caso, como la dirección de la cura y sus repercusiones en la aparición tardía de un episodio paranoide analizado por Mack Brunswick. El segundo caso que merece atención de los autores es el de la denominada “Joven homosexual” de 1920. Les ha servido de orientación de lectura los desarrollos que Lacan ha realizado, especialmente referidos al estatuto de la verdad y la mentira en los productos del inconsciente y su dependencia del lazo transferencial. Los autores concluyen “Los historiales freudianos nos permiten encontrar un punto en común a todos ellos en lo que atañe al manejo transferencial. Freud, es convocado en la transferencia a insertarse en la serie paterna y responde en gran medida con su subjetividad”, subrayando de esta manera la importancia de la posición analítica en la determinación de los avatares de la transferencia.

Graziela Napolitano

CAPÍTULO I

CATEGORÍAS CLÍNICAS Y TEORÍA PSICOANALÍTICA: PUNTUACIONES EN LA OBRA DE FREUD

Graziela Napolitano

*"Tan solo aquellos que piden a la ciencia un sustituto del abandonado catecismo
podrán reprochar al investigador el desarrollo o modificación de sus opiniones."
Freud "Más allá del principio del placer."*

En este capítulo introductorio intentaremos revisar el problema que plantean las denominadas nosografías freudianas, o sea las variedades clínicas que Freud delimita en el campo del Psicoanálisis, a partir de hipótesis que lo conducen a formalizar sus hallazgos. En esta dirección, debemos recordar que nociones tales como morfología clínica, síntoma, etiología y patología, son utilizadas por Freud en el curso de su obra. Nos interesa subrayar el nuevo sentido que estos términos adquieren en Psicoanálisis, términos que Freud utiliza para organizar las novedades que encuentra a partir de la originalidad de su práctica. Por otro lado, es de importancia no olvidar que la elaboración teórica que nos ha legado en su obra, el saber psicoanalítico acumulado desde fines del siglo XIX hasta la mitad del siglo XX no deja de presentarnos paradojas y dificultades, teniendo en cuenta los términos en que se formula, conceptos provisorios y convencionales, extraídos de la termodinámica, la biología y una antropología evolucionista. Este recurso a instrumentos de pensamiento propios del contexto científico de su época y que no han dejado de hacer obstáculo a la transmisión misma del Psicoanálisis, se vincula con la importancia que otorgaba a la inserción de sus descubrimientos en el campo de la ciencia. La adscripción de Freud a los ideales del cientificismo del siglo XIX y XX otorgan una marca a la obra freudiana, marca que, como lo señala Lacan “no es contingente sino que sigue siéndole esencial” (Lacan, 1966) Sin embargo, como Freud lo afirma en diferentes textos, la novedad fundamental que se instaura en la intervención del síntoma en Psicoanálisis reside en la invención

del método, que otorga todos los poderes a la palabra a fines de descubrir el determinismo que preside la libertad de la supuesta “libre” asociación. Suposición fecunda que funda una nueva clínica tributaria de una práctica y que nos enseña que es la materia misma que le concierne como punto de partida, “lo que se dice en un Psicoanálisis” (Lacan, J. 1977. P 7) Esta clínica inaugurada por Freud requiere un esfuerzo sostenido para formalizar tanto sus hallazgos, como los obstáculos y las lagunas que se le presentan, a fin de hacerla transmisible en una elaboración de saber. Con respecto al problema del campo de aplicación de la práctica analítica, en el curso de la obra freudiana asistimos a una constancia en la distinción de las estructuras clínicas desde los comienzos del Psicoanálisis, pero con cambios de importancia que se producen de acuerdo a problemas específicos que emergen en su progreso, y que se convierten en nuevos puntos de partida, y requieren nuevas perspectivas, categorías y conceptos que reorganizan lo hasta entonces establecido. Trataremos de analizar el modo en que estos cambios repercuten en el abordaje de Freud de las variedades clínicas que se desprenden de las formas de presentación del síntoma, la morfología clínica de las neurosis y psicosis, para utilizar una terminología freudiana. Dos conceptos sin embargo se mantienen en la diacronía de su recorrido, conceptos que permiten formalizar las diferentes categorías clínicas a partir del descubrimiento del inconsciente: los mecanismos de defensa y la etiología sexual de las neurosis y psicosis. Términos estos que reciben importantes modificaciones en diferentes períodos de la obra freudiana, referidos a una duplicidad y heterogeneidad en el orden de la causa, y cuyos puntos de intersección llegarán a ser precisados considerando los avances producidos. Abordaremos en este capítulo las novedades que se presentan en diferentes momentos de la obra freudiana concernientes a la diferenciación de las tipos clínicos a partir del paradigma de la neurosis, “nuestra tierra natal”, tal como lo Freud lo recordaba en numerosas ocasiones. Si atendemos a este origen, será de interés revisar el sentido que adquiere la misma noción de “categoría clínica” en Psicoanálisis, solidaria de una ruptura de la oposición normal-patológico que se encuentra en el fundamento de las perspectivas psicopatológicas previas a Freud y que persiste hasta la actualidad. Por último, nos parece de importancia recordar el problema de las relaciones entre la generalidad de los tipos clínicos

establecidos por Freud con la singularidad de cada caso que desafía toda generalidad y plantea obstáculos para inscribirse en el orden del concepto. Contamos con los historiales clínicos que Freud nos ha transmitido: en la mayoría de ellos su título concierne al tipo clínico: histeria, neurosis obsesiva, fobia, demencia paranoide neurosis infantil. Son casos particulares de un tipo de neurosis o psicosis, como categorías generales. Pero más allá de lo particular que representan, cada uno de ellos introducen la singularidad que Freud atribuye a la dimensión de la fantasía: “Pero sobre este fondo uniforme, cada enfermo presenta sus condiciones individuales, o como pudiéramos decir, sus fantasías, que son a veces diametralmente opuestas en los diversos casos” (Introducción al Psicoanálisis. 1917. P. 198.)

1. El concepto de defensa y las primeras nosografías freudianas

Dos son los textos que Freud escribe con dos años de distancia, en 1894 y 1896 en los que presenta inicialmente su nosografía, con algunas modificaciones. El primero, titulado “Las psiconeurosis de defensa. Ensayo de una teoría de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas y de ciertas psicosis alucinatorias”, privilegia la noción de “defensa” para unificar el campo de su intervención y subrayar la originalidad que lo caracteriza. Este término “defensa” es el que permite establecer la relación entre las dos neurosis, la histeria y la neurosis con obsesiones y la psicosis alucinatoria. Toma distancia en esta perspectiva de los planteos de Breuer y particularmente de Janet, con respecto a la formulación de una teoría psicológica que explique el origen de los síntomas histéricos. Freud cuestiona la concepción de este último que subraya el carácter pasivo de la disociación de la conciencia considerada como un déficit que se encuentra en el fundamento de la formación de los síntomas, las denominadas “ideas fijas emancipadas.” Se vale de los hallazgos extraídos de su investigación con las histéricas, que lo conducen a sostener, por el contrario, que se trata de una

actividad del sujeto a la que denomina “defensa”, entendida como un modo de huida de una representación que despierta un afecto penoso. No debe confundirse, aclara, con un rechazo intencional, sino que se produce porque el sujeto no puede resolver la contradicción que se le plantea, entre una representación intolerable y el yo, y “decide” olvidarla, sin lograrlo completamente. En este momento, ¿qué es lo que para Freud otorga ese carácter de penoso e inconciliable con el Yo a la representación rechazada? Se trata siempre de representaciones sexuales, que provocan un afecto desagradable.¹

Freud conjuga aquí los dos términos que habían dado lugar a dos corrientes en el campo psiquiátrico que se diferenciaban por el valor preponderante que otorgaban ya sea a la fuerza de la idea o al poder de la emoción o el afecto en el origen de las manifestaciones de la histeria y las obsesiones (Postel, J. et Quetel, 1994. P. 283- 294) Para Freud, es justamente la separación de la representación del afecto lo que se encuentra en el principio de la formación de síntomas, gobernada por una defensa patológica, que consigue debilitar la representación despojándola de su afecto, impidiendo de esa manera la asociación con otras representaciones. 2

La histeria y las representaciones obsesivas y fobias comparten la separación mencionada, pero son diferenciadas por Freud, porque en la histeria

“la representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de su *magnitud de estímulo en excitaciones somáticas*, proceso para el cual proponemos el nombre de conversión.”

O sea que el destino del afecto, el exceso llamado “magnitud de estímulo” que perdura, es lo que decide la formación del síntoma. Pero no es menor el papel del símbolo mnémico que “habita como un parásito en la conciencia” y preside la inervación motora o sensorial o sensación alucinatoria. La huella mnémica no desaparece, se constituye en el nódulo del denominado segundo grupo psíquico. La disociación de la conciencia en la histeria es secundaria de acuerdo a Freud, resultado de la defensa, y son coherentes entonces los resultados logrados con el método hipnótico que buscaba ampliar la restringida conciencia de los histéricos, para lograr el acceso al grupo psíquico separado.

Las representaciones obsesivas y las fobias son caracterizadas por otro modo de separar la representación del afecto, defensa que no impide que el afecto permanezca en el terreno psíquico, aunque apartada de toda asociación en la conciencia. Esta separación conduce a que el afecto que ha quedado libre se adhiera a otras representaciones no intolerables, dando lugar a un “falso enlace”, que las convierte en obsesivas. Freud caracteriza entonces el carácter obsesivo de ciertas ideas a partir de la fuente de la que provienen, fuente siempre vinculada a las representaciones de la vida sexual. Las representaciones obsesivas y las fobias son en realidad sustitutos o subrogados de la idea original. El tratamiento buscará conducir el afecto “dislocado o transpuesto” a su origen, “su trasposición regresiva a lo sexual” (P. 177).

Freud incluye dentro de las psiconeurosis de defensa en tercer término la denominada “locura alucinatoria”, o “psicosis alucinatoria” **3** y la diferencia de las otras dos condiciones clínicas previamente abordadas porque implica una pérdida de la realidad, condicionada por el modo en que opera la defensa. En este caso la defensa actúa en forma más enérgica y conlleva que el yo rechace tanto la representación como el afecto y se conduce como si la representación no hubiera existido nunca. El resultado es un estado de ensueño alucinatorio en el que el sujeto desecha la realidad y su vinculación con el recuerdo penoso. Si tenemos en cuenta el ejemplo más detallado que Freud presenta, la presencia de la locura alucinatoria logra la desaparición tanto de las manifestaciones histéricas previas como de la depresión que afectaba a la joven después de sufrir una desilusión amorosa. Las alucinaciones son consecuencia de la huida de la realidad, condición necesaria para “reconocer a las propias representaciones vida alucinatoria.” Los tres ejemplos clínicos que Freud ofrece en su artículo se refieren siempre a sujetos femeninos que han sufrido pérdidas significativas, resultando el contenido de la psicosis de breve duración un estado en el que las enfermas ignoran el abandono o la desaparición del objeto amado y los conservan vía alucinatoria como si nunca hubieran faltado.

Interesante resulta destacar que Freud nos aclara que las tres formas patológicas correlativas a tres formas de defensa descriptas pueden coexistir

en una misma persona. Se refiere particularmente a la dificultad de separar la histeria de las demás neurosis, especialmente los síntomas fóbicos que frecuentemente se presentan junto a los síntomas conversivos. Denomina estas presentaciones “neurosis mixtas”, designación que, como veremos más adelante, también utiliza para referirse a otras condiciones clínicas que resultan de etiologías diversas (neurosis actuales-neurosis de defensa). El caso de la locura alucinatoria es diferente, ya que su presentación no coexiste con el mantenimiento de síntomas histéricos ni representaciones obsesivas, pero sin embargo, puede irrumpir en el curso de una histeria. (4) locura histérica y locura alucinatoria)

La doble causa y revisión de la primera nosografía

En 1896, dos años más tarde de haber presentado su nosografía de las neuropsicosis de defensa, Freud escribe “Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa”. (V. I, p.) Son varias las novedades y correcciones que encontramos en este nuevo artículo. Algunos de los interrogantes que quedaban sin respuesta previamente encuentran solución, interrogantes que conciernen particularmente al papel exclusivo de las representaciones sexuales en el origen del displacer que conduce al yo a rechazarlas del flujo asociativo. Es importante aclarar que Freud ha abandonado la hipnosis y la ha sustituido por la técnica de la presión, con la que busca favorecer un estado concentración en la búsqueda de los recuerdos olvidados. Es el momento en que se encuentra con la resistencia, a la que considera solidaria de la represión que impide la recuperación de los recuerdos, como lo señala en Psicoterapia de la histeria (1895)

“Por tanto, el no saber de los histéricos era en verdad...un no querer saber, más o menos consciente, y la tarea del terapeuta consistía en superar mediante un trabajo psíquico esa resistencia a la asociación.”

Los resultados obtenidos con esta técnica no pueden dejar de ser considerados a la luz del deseo de Freud, su pasión por la verdad, tal como lo

sostiene S. Cottet (1984 P.25) Cuestión que abordaremos más adelante, cuando nos ocupemos de los cambios importantes que sobrevienen a partir de 1897 en el modo de teorizar la función de la sexualidad en la etiología de las neurosis.

La carta 30 dirigida a Fliess el 15 de octubre de 1895 nos anticipa lo que será desarrollado en el artículo de 1896:

“... Durante dos semana enteras estuve preso de una fiebre de escribir y creía haber apresado ya el secreto, pero ahora sé que no lo tengo todavía en las manos, y he vuelto a dejar de lado todo el asunto. Sin embargo, pude aclarar, o por lo menos discernir un tanto muchas cosas, y no desespero de alcanzar la meta. ¿Te he revelado ya, verbalmente o por escrito, el gran secreto clínico? Helo aquí: La histeria es la consecuencia de un “*shock*” (o *susto*) *sexual* presexual, mientras que la neurosis obsesiva es la consecuencia de un *placer sexual* presexual, que más tarde se transforma en *autorreproche*. “Presexual” quiere decir, en realidad “prepuberal”, anterior al desprendimiento de sustancias sexuales; los sucesos respectivos sólo entran a actuar *como recuerdos*.” (P.700)

Más allá entonces de los mecanismos de defensa que permite relacionar y diferenciar las formas clínicas de las neurosis, el entusiasmo de Freud reside en que cree haber alcanzado una dimensión que había perseguido desde el comienzo, buscando un real etiológico como tope a la interpretación del síntoma y fundamento sólido de su teoría. Así como comunica sus hallazgos calificándolos de “secreto” develado, es también en la práctica el saber inconsciente el que es arrancado como un secreto que el paciente protege y que no quiere confesar por la acción de las resistencias. Se propone establecer la etiología “específica” de la histeria y se centra en dos cuestiones que considera fundamentales para determinar su función: la naturaleza sexual del acontecimiento traumático, por un lado, y por otro, el período de la vida en el que ocurre. Estas son las coordenadas que le permiten elaborar la denominada “teoría de la seducción”, que conjuga la operatividad de la defensa, con la dimensión traumática de la sexualidad introducida por un adulto “prematuramente”. Pero con una condición que hace a la originalidad del planteo: en realidad, Freud nos aclara, no son los sucesos mismos los que tienen valor de trauma sino su recuerdo, emergente cuando el sujeto ha alcanzado la madurez sexual. La defensa, más precisamente la represión, actúa cuando se despiertan las huellas mnémicas del trauma infantil que no se hace consciente, pero provoca el desarrollo de afectos de displacer. En la carta

46 (30-05-1896) subraya la importancia del excedente de sexualidad que no puede ser tramitado:

“La evocación de un recuerdo sexual de un período anterior a otro ulterior introduce en el psiquismo un exceso de sexualidad que ejerce efecto inhibitor sobre el pensamiento y presta al recuerdo y a sus derivados el carácter compulsivo que los torna inaccesibles a la inhibición” (Freud, V. III p. 733)

Es decir, que el exceso de sexualidad logra causar la represión por la actividad de la defensa, en cuanto ha surgido un afecto intraducible (en imágenes verbales). Esta teoría introduce una novedad de importancia en relación a la operatividad de la causa sexual y de la defensa, particularmente porque destaca una temporalidad que rompe con la relación lineal causa-efecto. Se trata del efecto póstumo del recuerdo del trauma. Retroactividad, efecto apres-coup van a caracterizar la incidencia del factor específico en el fracaso de la defensa, y lo que Freud designa como “retorno de lo reprimido”, tiempo en el que se produce la manifestación de los síntomas, soluciones transaccionales que intentan un compromiso entre las dos fuerzas en pugna.

En este segundo artículo Freud presenta algunas modificaciones de la nosografía previa, sustituyendo la locura alucinatoria por la paranoia y denomina “neurosis obsesiva” a una forma independiente de organización neurótica, aunque estrechamente relacionada con la histeria. Las neuropsicosis de defensa son entonces tres: la histeria, la neurosis obsesiva y la paranoia. Establece una correlación de la morfología clínica de las neurosis con lo que denomina “etiología específica” en cada una ellas: para la histeria experiencia de pasividad sexual en una época presexual, para la neurosis obsesiva agresiones de carácter sexual experimentadas con placer, posteriores al padecimiento de una experiencia pasiva de irritación real de los genitales. Esto último explicaría la presencia frecuente de síntomas histéricos en la neurosis obsesiva. Las fobias son consideradas como formando parte de los síntomas de la neurosis obsesiva, como medidas preventivas contra los afectos obsesivos, en términos de la defensa secundaria, que se dirige a evitar la aparición de los síntomas. En los que concierne a la paranoia, Freud la considera una “psicosis de defensa” en estrecha relación con la neurosis obsesiva, diferenciándola por la manera en que opera la defensa, no así por el contenido de lo reprimido, la actividad sexual experimentada con placer. Se

muestra precavido al referirse a la paranoia, ya que explicita que extrae sus conclusiones a partir del tratamiento de un solo caso, y se limita a indicar “la posibilidad de que en el grupo de la paranoia existan otros de igual naturaleza”. (Freud, S. 1896 P. 225.)

En el manuscrito H (24.1.1895) Freud toma como punto de partida la ubicación del delirio y las ideas obsesivas como trastornos puramente intelectuales en el campo de la psiquiatría. En esto parece no tener en cuenta la reducción operada por Kraepelin en su Tratado, más aún cuando Freud otorga importancia a las alucinaciones verbales como síntoma característico, apartándose así de la descripción de la “verdadera paranoia”. Sin embargo no deja de considerar la importancia del delirio en la paranoia y lo entiende como un intento de solución de fuerzas contrapuestas, según el modelo de la neurosis obsesiva, con algunas modificaciones específicas. Expone un caso de inconfundible delirio de observación y persecución, en el que la paciente había referido años atrás a su hermana una escena de seducción padecida por la acción un hombre que se alojaba en su casa. La paciente no admite posteriormente la realidad de la escena, ni de haberla relatado en el pasado, razón por la cual Freud se propone recuperar su recuerdo, sin conseguirlo. La decidida negativa de la paciente ante la insistencia de las preguntas de Freud es interpretada por éste como una evitación: “no quería que se le recordara aquello, de modo que optó por reprimirlo adrede.”(V. III p. 686). Lo que la paciente evitaba era en realidad el autorreproche de ser “una mala mujer”, nos dice Freud, basándose en el contenido de las alucinaciones verbales, pero el mismo reproche no podía ser suprimido, ahora llegaba a sus oídos desde afuera. Por consiguiente, concluye Freud

“el contenido objetivo quedaba inalterado, cambiando únicamente algo en la localización de todo el asunto. En un principio había sido un reproche interno; ahora era una imputación desde el exterior....habría tenido que aceptar el juicio pronunciado internamente, pero podía rechazar el del exterior. De tal modo, el juicio, el reproche quedaba apartado del “yo”. (P. 686)

En el artículo “Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa” relaciona y diferencia el curso típico de la neurosis obsesiva y el de la paranoia, de acuerdo a la siguiente secuencia temporal de la primera : 1.- inmoralidad infantil, experiencia pasiva que más tarde hacen posible la represión, luego

actos de agresión sexual; 2.- iniciación madurez sexual: el reproche se enlaza al acto placentero y su conexión con experiencias de pasividad que conducen a su represión y sustitución por síntomas primarios de defensa (desconfianza en sí mismo, escrúpulos, vergüenza); 3.- Salud aparente: defensa lograda; 4) Eclosión de la neurosis: retorno de recuerdos reprimidos, reproches transformados, por el fracaso de la defensa. Los síntomas de la paranoia dependen también del contenido de lo reprimido (actos de agresión sexual), pero, aclara Freud, lo específico de la paranoia es la particularidad del mecanismo de la represión: el síntoma primario de defensa es fundamentalmente la desconfianza en los otros. El recuerdo no ha sido admitido, el sujeto no cree en él. La modalidad del retorno depende de este tipo de represión: tal como lo había señalado en el manuscrito H, se trata de las alucinaciones verbales. Las voces alucinadas son pensamientos que se han hecho audibles, deben su origen a la represión de los reproches en ocasión de encontrarse más tarde con un suceso análogo al trauma infantil. Las alucinaciones también se encuentran sometidas a una deformación como modo de transacción entre la resistencia del yo y el poder del retorno. De acuerdo a esta secuencia, Freud nos presenta su hipótesis sobre el proceso que se ha desarrollado y sus consecuencias en la emergencia de los síntomas: la represión en la paranoia se efectúa tempranamente en la secuencia de su desarrollo por el mecanismo de proyección en los denominados síntomas primarios de defensa. En otras palabras, lo peculiar de la paranoia depende del tipo de defensa empleado, el mismo que condiciona que el retorno de los reproches reprimidos se realice en forma de alucinaciones auditivas. Ante este tipo de retorno no opera defensa alguna, ya que las voces obtienen el crédito que no había obtenido el reproche y terminan siendo admitidas en la formación del delirio. La adaptación del yo a las ideas delirantes corresponde a lo que en la neurosis obsesiva es la defensa secundaria, pero en este caso llega a producir una modificación del yo a partir del delirio de interpretación.

El campo de las neurosis: neurosis actuales-neurosis de defensa

En el curso de los años 90 Freud comienza a establecer diferencias en el gran grupo de las neurosis a partir de reconocer las íntimas relaciones entre el factor etiológico, la sexualidad, y la forma de presentación de los síntomas. Junto con la histeria, la neurosis obsesiva, la psicosis alucinatoria y la paranoia, en las que de acuerdo a los hallazgos que se producen en el curso del tratamiento, descubre una causalidad psíquica que interviene en el proceso de formación de síntomas, distingue otro grupo en el que el factor etiológico se traduce directamente en manifestaciones somáticas. Esto lo lleva a sostener en “La sexualidad en la etiología de las neurosis” (Freud. 1985 V.I, P. 148):

“El examen minucioso de los síntomas nos permite establecer siempre un importante diagnóstico diferencial, mostrándonos si el caso del que se trate presenta los caracteres de la neurastenia o los de una psiconeurosis (histeria y representaciones obsesivas).”

No deja de reconocer la existencia de casos mixtos, a los que atribuye diversas etiologías. Recordemos que el diagnóstico de neurastenia era muy frecuente en la época, después de haber sido así reconocida en y designada por el médico americano Beard entre 1881 y 1884. Freud separa del conjunto de síntomas de la neurastenia de los que corresponden a la denominada “neurosis de angustia”, en función de la importancia otorgada a la correlación entre la etiología sexual como causa específica y la morfología de las neurosis: “El factor específico permanece siendo siempre el que determina la forma de la neurosis.” (Freud 1896 La Neurastenia y la neurosis de angustia, P. 188.V.I). El aspecto clínico de la neurastenia propiamente dicha es monótono, cuando se lo separa de la neurosis de angustia: fatiga, estreñimiento, dispepsia, etc., síntomas somáticos que resultan para Freud consecuencia de un exceso tóxico de las prácticas onanistas. Por otro lado, los síntomas de la neurosis de angustia adquieren una especificidad clínica, tal como Freud la describe: episodios de angustia o angustia crónica, vértigo, diversas fobias. El síntoma más característico es la “espera angustiosa”, considerado “nodular” en la neurosis por Freud. Como para la neurastenia, Freud lo atribuye a desordenes

actuales de la sexualidad que carecen de derivación psíquica, pero en el caso de la neurosis de angustia el factor etiológico específico es la “satisfacción incompleta”, relacionada con hábitos de la conducta sexual tales como el coito interruptus o la abstinencia. La angustia es considerada una manifestación de la energía sexual acumulada que no ha tenido descarga apropiada. Teoría fisiológica de la angustia que permanecerá hasta su reformulación en 1925 en el artículo Inhibición, Síntoma y Angustia, en el que adecúa las condiciones de presentación de las neurosis actuales a su nueva conceptualización. Freud sin embargo no deja de reconocer que lo más frecuente es la aparición de “neurosis mixtas”, que reúnen varias etiologías específicas. La separación de las neurosis actuales de las psiconeurosis conlleva diferencias en las indicaciones terapéuticas, dependiendo de si la etiología sexual obedece a causas actuales o pretéritas. En las primeras, se impone una suerte de profilaxis de las prácticas sexuales, mientras que tratamiento psicoanalítico es el indicado en las psiconeurosis. Freud mantendrá esta diferencia de dos grupos de neurosis en el curso de su obra, aportando nuevas precisiones a medida que avanza en su elaboración, como lo veremos más adelante.

2. Los tres ensayos y sus consecuencias en la clínica psicoanalítica.

La frase célebre que Freud escribe a Fliess el 1897: “Ya no creo más en mis neuróticos” (Freud, V. III P. 777) marca el comienzo de un nuevo período, que conduce a Freud a revisar sus concepciones previas sobre la etiología sexual de las neurosis. La teoría del trauma sexual le había servido, a pesar de las dificultades para obtener el recuerdo de las escenas infantiles, como un pilar básico para establecer el origen real de la producción de la neurosis. Cuando abandona su “creencia”, todo parece desmoronarse: “Se me había sustraído el sólido apoyo de la realidad.”, recuerda en Historia del Movimiento Psicoanalítico (1914, V. II P. 894) Este real fáctico al cual se adhería hasta 1897 no podía ser verificado, en términos de una exactitud que el recuerdo no

podía alcanzar más que por “fragmentos de cosas escuchadas y vistas.”, tal como define la fantasía en ese momento. Para E. Kris (1950 P.617) este cambio

“...el primer y quizás el más importante resultado del autoanálisis de Freud, fue sin duda alguna el paso de la teoría etiológica de la seducción a la plena comprensión de la sexualidad infantil.”

Desde otra perspectiva, S. Cottet (1984 P. 28) siguiendo el análisis que Lacan realiza en el seminario XI (Lacan, J. 1964) relaciona íntimamente la pasión de Freud y la formulación de sus hipótesis:

“... la escena de seducción como real a desenmascarar llega en momento oportuno. Se puede fácilmente, en efecto, observar como la sexualidad hace su entrada en la escena analítica: por un pecado original, según la expresión de Lacan, que no es nada menos que el deseo de Freud. Si los traumas reconstruidos de la primera infancia no habían ocurrido, se debía a que el inconsciente no había modo de diferenciar realidad y fantasía. Surge entonces la pregunta sobre qué es lo que fundamenta la presencia invariable de los fragmentos del recuerdo de la escena traumática. Freud se orienta entonces a la búsqueda de un real independiente de lo fáctico y de lo relativo al acontecimiento, y renueva su concepción de la estructura y función de la fantasía. Serán un índice de lo real a descubrir, un real que Freud introduce con su teoría de la sexualidad infantil como fundamento de la etiología sexual de las neurosis.”

E. Jones concede asimismo una importancia fundamental a la teoría sexual

“la publicación de los Tres Ensayos (1905), después de la de “La interpretación de los sueños” (1900) resulta de una elaboración común, y ambos textos representan los dos descubrimientos más importantes de Freud en la época.” (Jones, E. V. II. P. 303)

A diferencia de trabajo sobre los sueños, en los que Freud formaliza los mecanismos de la elaboración onírica y la función del sueño como realización de deseos, de importancia fundamental para la técnica del desciframiento, los 3 ensayos se enmarcan en una perspectiva biológica, privilegiando la noción de desarrollo, desde una concepción evolucionista. Teorización que no dejará de ofrecer paradojas de especial interés para descubrir lo inadecuado de la equiparación de la sexualidad a una función biológica regida por una legalidad natural, cuestión que Freud no puede dejar de reconocer a partir de los años 20, tal como lo explicita en Inhibición, Síntoma y Angustia . 4

A continuación, abordaremos algunos de los problemas vinculados a las distinciones clínicas que surgen en este momento de la obra freudiana y que adquieren una importancia fundamental más tarde, en relación con conceptos centrales de la teoría y la clínica psicoanalíticas. Dejaremos de lado los

cambios que se producen en la ubicación de la fobia, reconocida como neurosis autónoma en los comienzos de 1900, considerando que este problema será tratado extensamente en uno de los capítulos de este libro. Nos detendremos en los interrogantes que suscitan las perversiones, considerando algunas perspectivas de actualidad que señalan el estatuto clínico problemático que resulta de la lectura de los textos freudianos. Sin embargo necesario es recordar que son las particularidades de la perversión las que no dejan de acompañar permanentemente el abordaje que hace Freud de la neurosis y psicosis y más aún de lo que en sus últimos años retuvo especialmente su atención, el problema de la escisión del yo, en una clínica generalizada que cuestiona el principio lógico de no contradicción cuando se trata de las producciones del inconsciente.

Las perversiones y la sexualidad infantil perversopolimorfa

Freud reformula en este período la estructura de la fantasía y su función en el proceso de formación de síntomas neuróticos, “en el mundo de las neurosis la realidad que desempeña un papel predominante es la realidad psíquica” (Freud, Introducción al Psicoanálisis 1916. P.250). Las fantasías son consideradas desde el punto de vista topográfico conscientes, preconscientes e inconscientes: tienen por modelo el ensueño diurno, y cumplen una función de consuelo o compensación por las privaciones o renunciaciones a las que el sujeto debe obedecer, es decir, son satisfacciones imaginarias y placenteras. ¿Cuándo se hacen patógenas y desempeñan un papel fundamental en la formación de síntomas? Freud toma como punto de partida de la neurosis una privación libidinal que obliga a la libido a regresar a posiciones anteriores abandonadas en su camino progresivo, pero que ha dejado adherencias, como modos de satisfacción preferenciales pretéritos. Se constata de esta manera que el desarrollo de la libido implica el mantenimiento de puntos de fijación en objetos y orientaciones, lo que supone introducir una discordancia en el centro

de una conceptualización evolucionista de la sexualidad. Estos objetos pretéritos y las orientaciones de la libido persisten en las representaciones de la fantasía, y solo se tornan incompatibles con el yo cuando adquieren un refuerzo cuantitativo y tienden a su realización. Surge entonces el conflicto y sucumben a la represión. Estas fantasías son formaciones compuestas, razón por la cual Freud utiliza el concepto de “soldadura” para dar cuenta de cómo se conjugan en ellas elementos heterogéneos, “una representación de deseo y la satisfacción de una zona erógena”. La regresión de la libido a la fantasía constituye una etapa intermedia en el camino que conduce a la formación de síntomas. Estas fantasías son fantasías perversas, vinculadas con las diferentes etapas de la sexualidad infantil y rechazadas por el Yo. Surge entonces la necesidad de diferenciar las perversiones sexuales de las fantasías inconscientes del neurótico. En este primer momento de su elaboración Freud considera que “la neurosis es por decirlo así, el negativo de la perversión.” (P. 781) Son en realidad dos avatares del desarrollo libidinal pero relativizando una rígida separación, ya que “no podemos menos de reconocer que la vida sexual de los individuos más normales aparece casi siempre mezclada con algún rasgo perverso. (Freud, S. 1916. P.225) Encuentra que el carácter esencial de las perversiones no reside en ir más allá del fin sexual considerado normal, o sustituir los órganos genitales por otros, tampoco en cambiar el objeto apropiado, sino más bien en su exclusividad, lo que excluye la posibilidad de la realización de un acto sexual vinculado a la procreación. En esta afirmación Freud coincide con Krafft-Ebing (1895) y Alfred Binet (1887), y se centra en una descripción fenomenológica para definir la perversión. Sin embargo, prosigue señalando que en la sexualidad perversa no se trata de una manifestación directa de las pulsiones parciales de la sexualidad infantil, recordando que esta última no presenta ni “centralización” ni organización. La sexualidad perversa, por el contrario, se encuentra “centralizada”, subraya Freud, de “una manera perfecta.” Todas las actividades están gobernadas por un mismo fin, bajo el predominio de una sola de las tendencias parciales, lo que implica excluir a las demás. De acuerdo con este argumento Freud concluye

“Desde este punto de vista no existe entre la sexualidad normal y la perversa otra diferencia que la de las tendencias parciales respectivamente dominantes, diferencia que trae consigo la de los fines sexuales.” (Freud, S. 1916 P.225)

Progresivamente Freud irá despejando las coordenadas que permitan precisar las condiciones que presiden esta “centralización” que caracteriza la perversión y sus diferencias con las manifestaciones perversas de la sexualidad infantil. Para estudiar el período inicial de la elaboración freudiana concerniente a la perversión, contamos con la publicación de las Actas de la Sociedad Psicológica de Viena, y nos resulta de interés el Acta N° 70 de la Sociedad Psicológica de Viena del 24 de febrero de 1909 (Nunberg H. y Federn, E. 1980, p. 225) que lleva por título “Génesis del fetichismo”, en el que parte de la definición del fetichismo de Krafft-Ebing, término inventado por Binet. 5

A partir de la definición de Binet que es a su vez utilizada por Krafft-Ebing, Freud subraya dos caracteres del fetichismo: la importancia del factor infantil y del recuerdo, vinculados a su génesis. Cuestiona la teoría de Binet sobre la importancia otorgada su génesis en una asociación de ideas entre el fetiche y un estado de excitación sexual en la niñez, porque, dice Freud “sigue siendo enigmático que esta conexión azarosa haya obtenido tal poder sobre el individuo.” El recurso a una predisposición patológica le resulta insuficiente, y además un verdadero obstáculo para la investigación del tema. Se interesa por la diferencia con la histeria, a pesar de que tienen en común el recuerdo que parece operar en ambos casos. Sin embargo, destaca la existencia de una relación distinta con el saber en el fetichista, en la medida en que la revelación de este origen no modifica el valor otorgado al fetiche, es decir no tiene ningún efecto. Por esta razón concluye que no se puede considerar el poder de las reminiscencias en el fetichismo sino la intervención de un tipo peculiar de represión de la pulsión producida por lo que denomina “la escisión del complejo”. Término éste, “escisión”, que volverá a utilizar con respecto al problema que plantea la formación del fetiche años más tarde, como lo estudiaremos más adelante.

Tal escisión es definida en este momento utilizando los conceptos de “represión” e “idealización”: una de las partes es verdaderamente reprimida, mientras que otra es idealizada, o sea elevada a la función de fetiche. Freud

concluye que este mecanismo se encuentra en una posición intermedia entre represión completa y sublimación. El mecanismo que determina el fetichismo contiene entonces 3 aspectos: supresión de la pulsión, represión parcial y elevación de la parte no reprimida al rango de ideal. En 1915, en el texto titulado “La represión” (p. 1039) retoma el problema de la génesis del fetiche y lo formula en los mismos términos. ¿Se inicia con el establecimiento de este mecanismo un movimiento en la teoría freudiana para situar a la perversión como una estructura clínica autónoma? Es lo que intentaremos estudiar a continuación.

La perversión en el contexto del Edipo y el complejo de castración

Las referencias a la perversión en la clínica freudiana se desarrollan más tarde en íntima relación con la función del Complejo de Edipo y el complejo de castración en la etapa fálica del desarrollo libidinal, contexto en el que adquiere importancia la percepción de la falta del pene de la madre, “el principal trauma del infantil sujeto.” Las llamadas a pie de página del apartado de Una teoría sexual (Freud, I, P.767- 818) titulado “Desviaciones relativas al fin sexual” (P. 776 y 777) contiene una serie de agregados de épocas posteriores de la elaboración de Freud de esta temática.

No nos detendremos en todos los lugares en los que Freud se ocupa de la perversión en el curso de su obra, sino de algunos de ellos que nos han resultado fundamentales de acuerdo a nuestros propósitos.

De especial interés concerniente al estatuto clínico de la perversión en la clínica freudiana, nos resulta la lectura del texto “Pegan a un niño” (Freud, 1919, V. p.) publicado poco antes del giro de los años 20. Recordemos que no concierne a la perversión manifiesta, sino a una fantasía confesada con dificultades y aislada del resto de la neurosis. Sin embargo, Freud considera que resulta de importancia su análisis para comprender la génesis de las

perversiones sexuales. Se trata en el caso de un “rasgo primario de perversión” masoquista y es considerado, después de los tres momentos del análisis sintáctico al que es sometida la frase de la fantasía, como “una cicatriz del Edipo”. El rasgo perverso así constituido resulta secundariamente a partir del núcleo de lo reprimido. Freud se pregunta por qué la frase es lo que desencadena el goce masturbatorio que acompaña la fantasía, es decir, cuál es el vínculo que hace que una simple frase cause y procure satisfacción. Una vez establecida su génesis, encuentra como última referencia el amor al padre después de reconocer su transformación regresiva. Necesario es recordar que la conocida afirmación de Freud en momentos previos, “la neurosis es el negativo de la perversión”, es la que introduce la diferencia tópica entre fantasía inconsciente neurótica y fantasía consciente perversa. La frase en cuestión “Pegan a un niño” excluye la obtención de satisfacción a partir de su realización, solo cuenta por el poder enigmático que adquiere de la frase. Anteriormente, Freud había abordado las fantasías inconscientes en su implicación en los síntomas, es decir, formando parte del camino de formación de síntomas neuróticos, satisfacciones sexuales sustitutivas que son ignoradas como tales y provocan displacer consciente. Por esta razón opone perversión y neurosis desde el punto de vista de las indicaciones de Psicoanálisis: “Los perversos satisfechos raramente tienen una razón para demandar un análisis.” La fantasía “Pegan a un niño”, introduce algo nuevo en la teoría de importancia para la práctica analítica, ya que se presenta separada de las manifestaciones de la neurosis, y resulta ajena al recuerdo por lo que obliga a la construcción analítica. Nos deja como enseñanza las consecuencias de los hallazgos freudianos a partir del análisis de la frase: la perversión es uno de los resultados del Edipo, en el que se hace presente un resto que ha escapado a la sanción reguladora de la elaboración del complejo, pero éste último es a su vez utilizado como recurso para la obtención de la satisfacción sexual. En este aspecto, Freud no diferencia perversión de rasgo de perversión, considerando su génesis y la ganancia que procuran.

Si tenemos en cuenta que gran parte de la casuística que presenta Freud se refiere a rasgos o conductas perversos en la neurosis o es extraída de la

descripción de casos ofrecidas por otros autores, resulta pertinente preguntarse si Freud ha considerado a la perversión como categoría clínica autónoma. **6**

Recordemos al respecto que los criterios que utiliza para establecer su nosografía son específicos de la práctica psicoanalítica, y del modo de intervención del síntoma. Al comienzo es la diferencia entre neurosis actuales y neurosis de defensa, y dentro de estas últimas es el mecanismo psíquico el que es privilegiado para distinguir las variedades. Esta importancia concedida al mecanismo de defensa se mantiene en el curso de su obra. Al respecto, es instructivo el fragmento de la carta que Freud dirige a Abraham en 1915 (Garma, A. y Raskowsky, L. 1948. P. 45-63) en la que refiere las objeciones que encuentra en los criterios que utiliza el autor para caracterizar a la melancolía y su diferencia con la neurosis obsesiva:

“...Usted pasa por alto la verdadera explicación. El erotismo anal, los complejos de castración, etc. son fuentes ubicuos de excitación que deben estar presentes en *todo* cuadro clínico. En un caso el resultado será tal cosa, en otro caso, tal otra. A nosotros nos corresponde, por supuesto, la tarea de establecer qué es lo que resulta en cada caso, pero la explicación del trastorno solo puede hallarse en el mecanismo, considerado éste desde los puntos de vista dinámico, topográfico y económico.”

Veremos más adelante como esta afirmación se mantiene inclusive cuando Freud establezca una nueva diferenciación nosográfica después de 1914: las neurosis de transferencia y las neurosis narcisísticas.

A fines de continuar intentando responder a la pregunta sobre la autonomía de la perversión como categoría clínica en Freud, a partir de la especificidad del mecanismo que ella opera, nos resulta de interés el análisis de dos textos: “Fetichismo” (1927 P. 510-513) y “Escisión del “Yo” en el proceso de defensa” (1938. P. 389-391) En el primero, Freud aclara que en los casos que ha tenido ocasión de estudiar, el fetichismo aparecía como “una mera comprobación accesorio” (P. 505), ya que los casos de los verdaderos fetichistas, “aunque lo reconocen como anormal, raramente lo reconocen como un síntoma patológico.” Freud subraya, sin embargo, que ofrecerá una explicación analítica para “todos” los casos de fetichismo, es decir, sin diferenciar los rasgos fetichistas en la neurosis y los verdaderos fetichismos. El fetiche es considerado como sustituto del falo de la mujer que tuvo una vigencia fundamental en determinado momento de la infancia y luego fue perdido, es

decir, tuvo que ser abandonado. El fetiche justamente, está destinado a preservarlo de la desaparición. El proceso que ha culminado en la formación del fetiche está gobernado por un mecanismo que se refiere al destino de la idea o representación: es lo que Freud denomina Verleugnung y que ha sido traducido por Ballesteros como “renegación” o “repudiación” y por Etcheverry como “desmentida”. Dos movimientos lo caracterizan: el niño conserva la creencia en el falo femenino, pero también la abandona. Del conflicto que surge entre la percepción de la falta y la fuerza del deseo opuesto se origina una transacción, un compromiso, regido por los procesos primarios. Como resultado, la mujer conserva el pene, “pero este pene ya no es el mismo que era antes”. El fetiche es para Freud el estigma indeleble de la represión efectuada, “un emblema del triunfo sobre la amenaza de castración y como salvaguarda de ésta.” (507) Es importante destacar que Freud subraya la doble actitud del fetichista frente a la castración femenina, de rechazo y de aceptación. Todo en el texto nos llevaría a concluir que el mecanismo específico de la perversión fetichista es la repudiación o renegación, pero no podemos dejar de constatar que Freud relativiza sus conclusiones cuando repara en la eficacia del mismo mecanismo en otros casos, concerniente a un objeto diferente, ya que se trataba de dos sujetos en los que pudo comprobar que habían repudiado la muerte del padre amado. Una corriente reconocía la muerte del padre y otra parecía desconocerlo, coexistiendo ambas paralelamente. Lo importante de señalar es que este mecanismo diferente de la represión (aunque actúe conjuntamente con ella), para Freud no parece caracterizar solo al fetichismo, sino que opera en otro tipo de presentaciones. Es más, dice Freud, “en uno de mis dos casos esta escisión había dado origen a una neurosis obsesiva de mediana gravedad.” (P. 509) Lo que sin embargo se mantiene en la obra freudiana es el objeto al que concierne a la renegación (Verleugnung) en el caso de la perversión fetichista: siempre se trata de un objeto en el que sujeto creyó que existía y constata en algún momento que no existe: el falo materno. De esta manera la escisión del yo como consecuencia de la Verleugnung se refiere exclusivamente a la castración femenina, y el sustituto que aparece contiene las dos posiciones del sujeto frente a ella, de aceptación y rechazo, combinándolas en una suerte de compromiso que en

ocasiones permite mostrar cómo se alternan las dos relaciones incompatibles en el tratamiento del objeto.

El problema de tal “escisión” es el que se encuentra en el centro del análisis de uno de los últimos textos escritos por Freud, “La escisión del “Yo” en el proceso de defensa” (1938. V. III. P.389-391). En este artículo aborda exclusivamente el fetichismo, para señalar de qué manera el rechazo de la castración en él se diferencia del rechazo de la realidad que opera en la psicosis. Freud precisa el mecanismo que interviene en la génesis del fetiche: no se trata en el caso presentado de una alucinación del pene allí adonde no estaba, sino que realizó “un desplazamiento de valores”, transfiriendo la importancia otorgada al pene a otra parte del cuerpo femenino, que se convirtió así en fetiche. Pero por otro lado, persistían los efectos del complejo de castración como miedo al padre, precisamente el miedo a que su padre lo comiera, sirviéndose de una regresión oral. Por otro lado, la escisión del yo en el caso no impedía que se manifestara otro síntoma en el que se expresaba una más clara expresión del miedo al padre. Como podemos notar, la escisión del yo puede presentarse en contextos clínicos diferentes, en este último caso un sujeto neurótico con rasgos fetichistas que no logran evitar las manifestaciones del miedo a la castración. Estas correcciones que Freud introduce a la conceptualización del fetichismo, como perversión paradigmática, nos permite concluir, junto con la breve revisión que hemos realizado, que resulta problemático considerar la perversión como una estructura clínica específica en los textos freudianos, tal como algunos autores lo han sostenido (7 y 8) a pesar del reconocimiento del mecanismo que se encuentra en los fundamentos de la formación del fetiche, pero que no lo especifica ya que opera también en la producción de otros efectos sintomáticos. Lo específico del fetichismo concierne, de acuerdo a Freud, en el modo en que opera este mecanismo concerniente a un objeto siempre el mismo, o más bien a su existencia e inexistencia, pero no recae en los mecanismos que operan en su formación, en estrecha relación con aquellos que intervienen en la constitución del síntoma neurótico. Resultará de especial interés la progresiva elaboración que más tarde realizará J. Lacan en el establecimiento de la estructura perversa partiendo de los desarrollos freudianos sobre el mecanismo de la Verleugnung (desmentida) centrados en

su articulación con una elección subjetiva ante la castración, es decir, en una clínica unificada en la que se diferencian neurosis, perversión y psicosis.

3. La clínica diferencial neurosis-psicosis

Freud escribe en la primera sección del Esquema del Psicoanálisis (V. II p.16 1910)

"La convicción de la unidad y homogeneidad de todas las perturbaciones que se nos muestran como fenómenos neuróticos y psicóticos van imponiéndose cada vez más, a pesar de las resistencias de los psiquiatras."

En el mismo texto, diferencia las denominadas "neurosis de transferencia" de las "neurosis narcisistas", estableciendo una clínica diferencial dentro de "la unidad y homogeneidad" del campo del Psicoanálisis. Las últimas, las neurosis narcisistas, a pesar del reconocimiento de que no se encuentran separadas de las primeras por límites precisos, como tampoco la salud y la neurosis, oponen para Freud sin embargo obstáculos fundamentales para la intervención analítica. Sin embargo, no deja de propiciar los intentos de sus discípulos en el tratamiento de las psicosis, considerados como importantes contribuciones para la investigación analítica de estos casos. Abraham es uno de los discípulos que había formulado en 1908 ("Las diferencias psicosexuales entre la histeria y la demencia precoz"), en un diálogo sostenido con Freud, que el carácter esencial de la demencia precoz consistía en la ausencia de revestimiento libidinoso de los objetos. La libido retirada de los objetos encuentra otro destino, según el autor, en la retracción al Yo, lo que explicaría las manifestaciones frecuentes en la psicosis del delirio de grandeza. El paralelo realizado con la supervaloración del objeto erótico en la vida erótica normal condujo a ambos a la comprensión de uno de los rasgos propio de la psicosis, que resulta una consecuencia de una diferente localización de la libido si se la compara con las neurosis hasta entonces estudiadas en psicoanálisis.

Las parafrenias: paranoia y demencia precoz o esquizofrenia

En 1914 se publica “Introducción al Narcisismo” (P. 1075-1088) y Freud reconoce que el tema se encuentra vinculado al intento de aplicar las hipótesis de la teoría de la libido a lo que denomina “parafrenias” (en las que incluye paranoia y demencia precoz o esquizofrenia), caracterizadas por la manía de grandeza y la falta de interés por personas o cosas del mundo exterior. El término “narcisismo” ya había sido utilizado en el ensayo de Freud sobre Leonardo (Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci, 1910 P.365-401), y en el historial sobre el caso Schreber en 1911 (P. 661-693) para designar un estadio de la evolución de la libido, intermedio entre el autoerotismo y el amor objetivado. El narcisismo consiste en que el individuo “toma su propio cuerpo como objeto amoroso antes de pasar a la elección de una tercera persona como tal”. (P. 684). Freud planteaba entonces la posible fijación al narcisismo de algunas personas, narcisismo que perdura en los estadios ulteriores de la evolución y cobra una importancia fundamental en las psicosis. Reconoce que la diferenciación de las tendencias sexuales y tendencias del Yo tuvo su punto de partida las denominadas “neurosis de transferencia”, y lo hizo descuidar la composición compleja del yo, su estructura y su funcionamiento. Plantea así una modificación de su doctrina, reconociendo un narcisismo primario del que partirían posteriormente cargas libidinales hacia los objetos exteriores. 9

La fijación al narcisismo es considerada la condición de la regresión que se produce en las parafrenias y que designa el factor disposicional. La acumulación de la libido narcisista no puede ser soportada por el sujeto, es un exceso que Freud conceptualiza como estancamiento y que se torna patógeno y podemos constarlo, según Freud, en las manifestaciones del desencadenamiento de las psicosis. De allí que Freud plantee la importancia del retorno de la libido a los objetos como modo de evitar su acumulación insoportable para el yo. En este momento de su argumentación, Freud se pregunta por el mecanismo de defensa que opera, el mismo que obstaculiza que la libido pueda regresar a investir objetos del mundo exterior, y considera que se aproxima a la represión:

“En ambos procesos parece existir el mismo conflicto entre las mismas fuerzas, y si el resultado es distinto al que, por ejemplo observamos en la histeria, ello no puede depender sino de una diferencia en la disposición del sujeto.” (P. 276 Introducción al psicoanálisis, 1917)

Es de señalar que en este aspecto Freud parece contradecirse con lo que lo que hasta ahora le había permitido diferenciar las formas clínicas, la modalidad de la defensa, como lo hemos constatado en las críticas que había formulado a Abraham por los criterios que este último utilizaba en el estudio de la melancolía. ¿Su interés por establecer semejanzas con el proceso de formación de síntomas en las neurosis de transferencias le impide conceptualizar la especificidad de la defensa en la psicosis ya que prefiere situarlo sólo en la disposición libidinal? Por otro lado, ¿Qué designa el concepto de “disposición libidinal”? La respuesta la encontramos en 1911 en el análisis del caso Schreber, cuando Freud reformula las tres fases la represión, sistematización que le permitirá responder a su pregunta por la especificidad de la retracción de la libido en la psicosis. En neurosis y psicosis la represión consiste en: 1. Fijación libidinal, condición de toda represión. 2. represión propiamente dicha, proceso esencialmente activo, a diferencia del primero.

“Sucumben a la represión las ramificaciones de las pulsiones primariamente retrasadas, cuando su intensificación provocan un conflicto entre ellas y el Yo...” (Freud. 1911 P. 687).

Por último, en tercer lugar: la irrupción de lo reprimido o aparición de síntomas de retorno.

“Esta irrupción tiene su punto de partida en el lugar de la fijación, y su contenido es una regresión de la evolución de la libido hasta dicho lugar.” (P.687)

El establecimiento de las tres fases de la represión permite a Freud articular las dos causas que operan en las diferentes formas clínicas, la defensa y la causa sexual, a partir de la primera fase, “la fijación”, conceptualizada en el lenguaje de la evolución, “un instinto o una parte del instinto no sigue la evolución normal y permanece a causa de tal inhibición evolutiva, en un estadio infantil.” Este es el factor disposicional, núcleo de lo que Freud denomina “represión primaria” en la Metapsicología:

“la presentación psíquica del instinto se ve negada el acceso a la conciencia. Esta negativa produce una *fijación*...” (1915 P. 1038)

Resulta de interés por otro lado el análisis de los síntomas más llamativos de la demencia precoz, aquéllos que no dependen del desligamiento de la libido de sus objetos, síntomas interpretados por Freud como intentos de curación, síntomas de retorno en los que se expresa el intento de la libido de volver a investir los objetos. Freud señala que estos síntomas de retorno en la esquizofrenia en ocasiones resultan semejantes a los síntomas de la neurosis obsesiva, pero subraya que se trata de una naturaleza diferente, aunque su apariencia puede llegar a confundirnos. El análisis de los peculiares trastornos de lenguaje en la esquizofrenia, abordado en la “Adición metapsicológica a la teoría de los sueños” de la Metapsicología (1916. P.1061-1067) resulta de particular interés para considerar la naturaleza de estos síntomas. En este texto Freud, a diferencia de numerosos autores, como Bleuler y Kraepelin, cuestiona la equiparación del lenguaje esquizofrénico con los procesos de la elaboración onírica:

“En la esquizofrenia son elaboradas por el proceso primario las palabras mismas en las que aparece expresada la idea preconsciente, mientras que la elaboración onírica no recae sobre las palabras sino sobre las representaciones objetivas a la que las mismas son previamente reducidas.”

En otros términos, las palabras son tomadas como cosas, es decir, se constatan en este aspecto las específicas dificultades con la metáfora que se pone de manifiesto en la esquizofrenia.¹⁰

Las ideas obsesivas son de otra “naturaleza”, observa Freud en los orígenes del Psicoanálisis, si nos remitimos a los comentarios que encontramos en una de las cartas a Fliess en 1897. Freud había analizado

“la particularidad de la irrupción de las ideas obsesivas que se revisten de notable vaguedad verbal en su modo de expresión, con el fin de permitir aplicaciones múltiples...”

Por esa razón concluye que su desciframiento le ha permitido descubrir que las ideas obsesivas tienden a unir las cosas más dispares en una palabra plurívoca, y es necesario analizarlas para descubrir su procedencia, así como el desplazamiento que la carga con la fuerza de la pulsión. (carta 79, 22-12-97. P.797) Diferencias entonces de importancia fundamental en la distinción de los fenómenos restitutivos que se expresan como particularidades del lenguaje en la esquizofrenia y las ideas obsesivas que surgen aprovechando la metonimia

de la cadena y la producción de la significación de acuerdo a los contextos significantes en el que se produce.

Por último, no podemos olvidar que en el caso Schreber Freud modifica la noción de proyección para caracterizar el mecanismo específico de formación de síntoma en la paranoia:

“La peculiaridad de la paranoia (o de la demencia paranoide) reposa en algo distinto, en la forma singular de los síntomas, de la cual no haremos de hacer responsables a los complejos, sino al mecanismo de la producción de síntomas o al de la represión.”

Más adelante le parece necesario diferenciarlos porque considera insuficiente la represión o retracción de la libido como el único elemento patógeno en la paranoia ya que es necesario contemplar también el empleo que recibe la libido retraída del objeto a partir de la regresión al narcisismo. Se tratará entonces del problema que plantea el mecanismo de formación de los síntomas de retorno. Freud corrige su conceptualización de la proyección en la paranoia: “lo interiormente reprimido retorna desde el exterior”, planteando, como en su primera clínica de 1898 una cuestión de localización del retorno, de acuerdo a la distinción interior-exterior. **11**

La melancolía como neurosis narcisista

A diferencia de las indicaciones reiteradas de Freud con respecto a las parafrenias acerca de su carácter refractario al procedimiento analítico, encontramos una indicación que permite separar en este aspecto a la melancolía en sus formas periódicas y cíclicas:

“En condiciones favorables, resulta posible impedir, merced al tratamiento analítico aplicado en los intervalos libres de toda crisis, el retorno del estado melancólico, tanto en la misma tonalidad afectiva, como en la tonalidad opuesta, circunstancia demostrativa de que en la melancolía y en la manía se trata de una forma especial de solución de un conflicto cuyos elementos son exactamente los mismo que en las demás neurosis.” (1917 Introducción al Psicoanálisis, p.280)

Es muy probable que esta nota Freud referida a la posibilidad de “prevenir” las crisis de la melancolía y manía se encuentre influenciada por los resultados obtenidos por sus discípulos, sobre todo Abraham, quien se había dedicado

especialmente a su tratamiento. En 1925 en su “Autobiografía” (p. 944) Freud presenta una perspectiva diferente, reconociendo los avances realizados por Abraham en la explicación de la melancolía, pero advirtiéndolo:

“En este dominio no queda aún transformado el conocimiento en poder terapéutico, pero también las simples conquistas técnicas son importantes y esperamos que hallarán algún día su aplicación práctica.”

De acuerdo con estas consideraciones, no se encuentra ningún historial de un caso de melancolía en la clínica transmitida por Freud; lo que por el contrario constatamos es la presencia de duelos o afectos depresivos, a veces graves, en algunos de sus historiales. Recordemos su rechazo del diagnóstico de psicosis maníaco depresiva con el que acude a su consulta el denominado Hombre de los Lobos, y su reformulación como “un estado consecutivo a una neurosis obsesiva llegada espontáneamente a una curación incompleta.” (1914 Historia de una neurosis infantil, VII. P. 694)

Encontramos sin embargo una serie de referencias a la melancolía en las cartas a Fliess, a fines del siglo XIX, en los manuscritos E y G. En el primero no resulta evidente la diferencia entre melancolía y depresión neurótica. Mientras que en el segundo distingue uno de los grupos de los tres que enumera, la melancolía periódica y cíclica haciendo referencia a lo que sería la psicosis maníaco depresiva. Los otros dos grupos se podrían clasificar dentro de las neurosis, aunque Freud también los denomina “melancolía” (Arce Ross, G., 1997) El texto posterior más importante sobre el tema se encuentra incluido dentro de la Metapsicología (1916. La aflicción y la melancolía) en el que se propone “*esclarecer la esencia de la melancolía*, comparándola con la aflicción, afecto normal paralelo a ella.” (P. 1067) Freud no pretende ocuparse de todo el grupo de las formas melancólicas, sino de un número reducido de casos de naturaleza psicógena. Veremos más adelante como logra extender sus conclusiones a las melancolías denominadas “espontáneas”, o sea aquellas en las que no resulta manifiesto el motivo que ha desencadenado el proceso. En el artículo de 1916 dos son los aspectos que permiten establecer un paralelo entre aflicción y melancolía: su presentación clínica y las causas desencadenantes. Con respecto a estas últimas, reconoce que no siempre pueden conocerse en la melancolía, pero en aquellos casos en que se lo logra,

resulta como en la aflicción una pérdida sufrida ante la cual el sujeto reacciona con estado de ánimo doloroso, pérdida de interés por el mundo exterior e inhibición de todas las funciones y pérdida de la capacidad de amor. En cuanto a las diferencias, Freud destaca la importancia que alcanza en la melancolía la disminución del amor propio, síntoma que se manifiesta en los lamentos y autoacusaciones que formula el paciente y puede llegar incluso a convertirse en ideas delirantes de espera de castigo, de ruina y empobrecimiento. Se propone elaborar un análisis metapsicológico de la melancolía, y establecer la especificidad del mecanismo que la separa de formas neuróticas de la aflicción. Con este propósito llega a enumerar las premisas de la melancolía y lo que la diferencia de los duelos patológicos: pérdida de objeto, ambivalencia y regresión al narcisismo con incorporación del objeto en el yo. El único factor eficaz específico de la melancolía es el tercero, es decir, “la acumulación de la carga con la regresión de la libido al narcisismo.” Freud plantea una diferenciación interna dentro del yo: una parte del yo se enfrenta a la otra y la critica severamente, como si se tomara a sí mismo como objeto. Denomina “conciencia moral” a esta instancia crítica que se diferencia de otra parte del yo, aquella que recibe las sanciones que en realidad corresponden a otra persona u objeto erótico que ha sido perdido pero a su vez conservado mediante el proceso de identificación. La pérdida del objeto pasa a ser pérdida del yo, y el conflicto se establece entonces en el interior del yo.

“Esta sustitución del amor al objeto por una identificación es un mecanismo importante de las afecciones narcisistas.”, generaliza Freud, incluyendo las parafrenias. Las diferencias con respecto a la histeria y la obsesión pueden ser establecidas a partir de lo que ocurre con el lazo libidinal con el objeto. Este último es mantenido en la histeria, en la cual solo se producen ciertos efectos que perturban acciones o intervenciones delimitadas. Freud nos recuerda que la pérdida del objeto erótico tiene consecuencias, en la medida en que es una ocasión propicia para hacer surgir la ambivalencia de las relaciones amorosas. Esto se constata particularmente en la neurosis obsesiva, en las que los duelos patológicos adquieren un marcado acento perturbador: el sujeto obsesivo se reprocha haber sido el causante de la pérdida del objeto amado. La ambivalencia adquiere aquí un peso especial y determina todo el cuadro

clínico, en el que se evidencian la satisfacción de tendencias sádicas hacia un objeto también amado. En el melancólico, la diferencia reside en que la carga erótica tiene dos destinos: por un lado, como ya lo hemos señalado, retrocede hasta la identificación, por otro la conciencia moral se carga con el sadismo de una fase del desarrollo libidinal, bajo el influjo de la ambivalencia. En “El Yo y el Ello” (1923), Freud lo reformula a partir de la segunda tópica, y destaca que el componente de la pulsión de muerte se ha instalado en el superyó y se ha vuelto contra el yo. La diferencia básica con la neurosis obsesiva es que en esta última se conservan el objeto y los lazos libidinales vinculados con él. En 1923 (El yo y el Ello) la seguridad del yo se encuentra conservada por la conservación del objeto, que es tratado de modo ambivalente, por la regresión anal sádica que caracteriza a la neurosis obsesiva y que implica la equiparación “quiero gozarte=quiero matarte”. Predominan las formaciones reactivas contra tales tendencias, así como las medidas defensivas de precaución. Recordemos por otro lado, que desde el punto de vista fenomenológico, el sentimiento de culpabilidad en la neurosis obsesiva es experimentado como ajeno al yo, el sujeto se rebela por lo injustificado de los reproches, y padece un tormento cuyo origen ignora. El melancólico por el contrario, no opone ningún reparo, y asume las acusaciones de la instancia crítica doblegándose ante su poder absoluto.

Freud plantea también el problema del carácter cíclico de los episodios melancólicos, que desaparecen sin consecuencias, ya que el sujeto recupera aparentemente la salud, no sin pasar en ocasiones por una fase de manía, en la cual el yo parece emanciparse del objeto y puede dar diferente aplicación la energía empleada anteriormente. Logra posteriormente así investir nuevos objetos en la realidad. Temática que había abordado anteriormente en Tótem y Tabú, recurriendo, como sabemos a una elaboración mítica en una perspectiva filogenética para explicar la fase maníaca, como una manifestación del triunfo logrado tras el asesinato del objeto.

En “Neurosis y Psicosis” (1924. P.407-409 Freud intenta reordenar su nosografía de acuerdo a las novedades aportadas por la segunda tópica. Considera que hay motivos para separar a la melancolía de las demás psicosis, razón por la cual mantiene su designación de “psiconeurosis narcisista”, a partir

de situar el conflicto entre el Yo y el Superyo, lo que la diferencia de las parafrenias en las que prevalece el conflicto entre el Yo y el mundo exterior, así como también de las neurosis, en las que conflicto se plantea entre el Yo y el Ello. Esta distinción será reformulada en el artículo del mismo año “La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis” (Freud, S. 1924 V. II, 412-414) en el que llamativamente la melancolía no es mencionada, y solo cuenta la distinción neurosis-psicosis. Resulta de interés preguntarse por las razones de esta omisión, cuestión a la que volveremos a continuación.

La distinción neurosis-psicosis en relación con la pérdida de la realidad

El artículo se presenta como una corrección de sus tesis sobre las diferencias bien definidas entre neurosis y psicosis en relación las instancias psíquicas concernidas, a las que se agrega la noción de “realidad”. Freud matiza sus afirmaciones previas a partir de otorgar importancia a la secuencia de los procesos que se desarrollan en las neurosis y psicosis. Es por esta razón que sostiene una continuidad entre neurosis y psicosis consideradas en su relación con “la pérdida de la realidad.” Las diferencias son dependientes del orden que establece en los diferentes pasos, por un lado, y del tipo de extrañamiento en juego en unas y otras. Pero lo que sostiene como novedad es que hay en neurosis y psicosis una “pérdida de la realidad”, siempre que consideremos tanto los efectos de la represión como las compensaciones o modos de reparación del daño producido por el surgimiento del conflicto. En “El Yo y el Ello” Freud presenta la eclosión de la neurosis y el desencadenamiento de la psicosis, como lo había hecho años anteriores, a partir de una privación, “siempre de origen exterior aunque parezca provenir del Superyo.” P. 407. Privación libidinal, que resulta insoportable para el sujeto, y lo obliga a procurarse otro tipo de satisfacciones. Neurosis y psicosis coinciden en el aspecto productivo que se opera al servicio de la satisfacción pulsional. Pero el orden de los procesos establece su diferencia: en la psicosis, la privación

libidinal conduce a la negación de la realidad insoportable en provecho del Ello. Este primer paso se continúa en un segundo momento en que se presentan los intentos de reparación de la supresión operada: es la creación de una nueva realidad acorde con los deseos no satisfechos por la realidad anterior. Este avance reparatorio también se efectúa en la neurosis, ya que si el primer paso implica el fracaso de la represión, que se había producido por la demanda de la realidad en detrimento del Ello, el segundo paso es un intento de resolver el conflicto, dando nuevos poderes a la satisfacción de la pulsión. Es en este momento cuando Freud plantea que en la neurosis se evita la realidad, en una huida, un escaparse de la percepción de un trozo de la realidad. La neurosis no niega la realidad, “se limita a no querer saber nada de ella”, destaca Freud, y en el intento de sustituir el fragmento de la realidad indeseado por otro apela al recurso de la fantasía, que le provee elementos del pasado, cuando la realidad era más satisfactoria. La neurosis se apoya a partir de aquí en cierta realidad satisfactoria y en esto se diferencia de la psicosis, que busca sustituir la realidad, con la creación de un mundo exterior fantástico más tolerable. En la neurosis el “no querer saber nada de ella”, introduce el registro del saber, lo que supone un juicio de existencia previo que condiciona la negación. La realidad del fantasma neurótico adquiere una significación especial que permanece inconsciente, remitiendo a la ficción de una satisfacción posible. En la psicosis, tal ficción es en realidad el delirio mismo, en el que no hay otra apoyatura que permita la solución del conflicto iniciado con la realidad externa.

Si volvemos a considerar ahora las razones por las cuales Freud no menciona a la melancolía dentro de la psicosis, en el texto “La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis”, tal vez podamos responder a partir de recordar la función escasamente restitutiva del delirio melancólico, y el modo de resolución condicionado por factores estrictamente económicos tal como plantea Freud, “el complejo melancólico se conduce como una herida abierta. Atrae energías de carga y empobrece al yo.” (La aflicción y la melancolía. P.1072) La pérdida de la relación con la realidad en la melancolía se relaciona con las consecuencias de la identificación narcisista y el combate que se libra entre el yo y el Superyo, lo que impide cualquier formación sustitutiva que emerja como modo de invertir nuevos objetos en una nueva realidad o recurriendo al apoyo

de la fantasía. Queda por establecer el carácter limitado del proceso melancólico y su aparente curación, o sea la recuperación de un estado de salud aparente después de un tiempo de iniciado el proceso patológico. ¿Cómo se desprende el sujeto del objeto incorporado, qué es lo que posibilita liberarlo de ese gasto de energía permanente que lo aparta de la realidad? En “La aflicción y la melancolía” (P. 1074) Freud intenta aproximar la solución del episodio melancólico al de la aflicción:

“Por analogía con la aflicción podemos atribuir a la parte inconsciente de la labor melancólica tal influencia modificadora. Del mismo modo que la aflicción mueve al Yo a renunciar al objeto, comunicándole su muerte y ofreciéndole como premio la vida para decidirle, así disminuye cada uno de los combates, provocados por la ambivalencia, la fijación de la libido al objeto, desvalorizándolo, y en definitiva, asesinándolo. Es muy posible que el proceso llegue a su término en el sistema Inc., una vez apaciguada la cólera del yo, o abandonado el objeto por considerarlo carente ya de todo valor.”

Freud concluye sin decidir cuál de estas dos posibilidades resulta más plausible, reconociendo que no ha llegado a un esclarecimiento del problema.

Resulta de interés subrayar para concluir este apartado, centrado en las distinciones efectuadas en la nosografía freudiana entre neurosis y psicosis, recordar la íntima vinculación que Freud consideraba entre la morfología clínica de estas dos condiciones clínicas así como su análisis metapsicológico y las indicaciones de la cura analítica. Al respecto, son reiteradas las ocasiones en las que se refiere a la importancia del diagnóstico en el período de prueba previo al tratamiento, considerando además, las dificultades para establecerlo en los contactos iniciales con el paciente. En 1932, establece una correlación de importancia entre los resultados de la terapia psicoanalítica y la forma de la enfermedad. En esta dirección señala

“... el sector de aplicación de la terapia analítica está constituido por las neurosis de transferencia, las fobias, las histerias, las neurosis obsesivas y aquellas anormalidades del carácter que se han desarrollado en lugar de tales enfermedades. Todo lo demás, los estados narcisistas y psicóticos, caen fuera de su alcance.” (1932. Aclaraciones, aplicaciones y observaciones. Apartado 7 de Nuevas aportaciones al Psicoanálisis. P. 860)

Sin embargo, no dejaba de reconocer las posibilidades que podrían surgir en el futuro, a partir de modificaciones técnicas que permitieran un acceso al tratamiento a condiciones clínicas hasta entonces “fuera de su alcance”.

4. La ruptura de la oposición salud-enfermedad y las condiciones universales de la causación de las neurosis y psicosis

Sería erróneo pretender equiparar la distribución de las diferentes formas clínicas que Freud realiza en el curso de su obra en continuidad con otras nosografías pertenecientes al campo psiquiátrico, ya sea contemporáneo a su elaboración en el siglo XX o incluso posteriores o de la actualidad. Por el contrario, nos parece necesario subrayar su inclusión en una perspectiva más amplia en la que se borran las diferencias normalidad-patología que caracterizan las clasificaciones surgidas de otras prácticas. Freud en principio asume por un lado una posición pragmática al respecto:

“La diferencia entre salud nerviosa y la neurosis no es, pues, sino una diferencia relativa a la vida práctica, y depende del grado de goce y de actividad de que la persona es todavía capaz, reduciéndose probablemente a las proporciones relativas que existen entre las cantidades de energías que permanecen libres y aquellas que se hallan inmovilizadas a consecuencia de la represión. Tratase de una diferencia de orden cuantitativo y no cualitativo.” (Introducción al Psicoanálisis, P. 295)

Cuestionaba en esta misma dirección la existencia de un yo “normal”, considerándolo como una ficción ideal (Análisis terminable e interminable. 1937. P. 540). El término normalidad es equiparado a la media estadística, pero encuentra más puntos de coincidencia que diferencias cualitativas entre aspectos del yo del psicótico con las diferentes alteraciones del yo que pueden constatarse en una serie de sujetos no psicóticos. Alteraciones del yo que son el resultado de su lucha contra la angustia, el peligro y el displacer. Después de los primeros tiempos del Psicoanálisis, en los que buscaba establecer la causa específica de las neurosis y psicosis, Freud renuncia a esta pretensión, y junto con ella, a la posibilidad de marcar la oposición salud-enfermedad:

“Las neurosis, a diferencia de las enfermedades infecciosas por ejemplo, no tienen determinantes específicos. Sería erróneo tratar de hallar en ellas noxas patógenas. Se difuminan mediante transiciones fluidas, hacia lo que entendemos como normal, y por otro lado, no existe un estado normal en el cual no aparezcan reminiscencias de rasgos neuróticos.” (Esquema del Psicoanálisis P. 1011-1062)

Sin embargo, estas consideraciones le resultan muy generales, y no puede renunciar a establecer la especificidad de las neurosis. Pero entonces, y encontramos aquí la subversión fundamental que inaugura el Psicoanálisis, subversión que invierte la misma oposición normal - patológico, cuando Freud sostiene: "Si es verdad que las neurosis no difieren en esencia de lo normal, su estudio promete valiosas contribuciones a nuestro conocimiento de la normalidad. Puede que aquí descubramos "los puntos débiles" de una organización normal." Estos "puntos débiles" se vinculan estrechamente con lo que en 1925, en *Inhibición, Síntoma y Angustia* nos presentaba como los factores causales universales de la neurosis, factores todos ellos vinculados a imperfecciones o disarmonías estructurales que afectan al sujeto humano. No es casual que Freud los introduce en íntima vinculación con lo que considera el problema central en el que convergen los diferentes tópicos vinculados con la dimensión del síntoma en Psicoanálisis: el problema de la angustia. Estos factores son tres: en primer lugar el factor que Freud llama "biológico", y que resulta de su comparación con el desarrollo natural de los animales, y que cuestiona su perspectiva evolucionista. Se trata de la larga invalidez de los años de infancia que condiciona la dependencia del Otro, lo que Freud llama "el objeto único", que sirve de protección contra los peligros y sustituye el paraíso perdido de la vida intrauterina. Se crea así "la necesidad de ser amado que ya no abandonará jamás al hombre." (p 1245) En segundo lugar, continuando con la enumeración de los factores, Freud otorga un papel esencial y específico al "estallido de la sexualidad" (1971 Lacan, J. P. 34) en el ser humano, y subraya:

"Este segundo factor, filogenético ha sido solo inducido por nosotros, habiéndonos obligado a aceptar un hecho singularísimo del desarrollo de la libido."

Es decir, que como resultado de los hallazgos aportados por la práctica psicoanalítica, Freud encuentra lo singular de aquello que afecta la sexualidad humana y que lo obliga a recurrir a la Filogenia de acuerdo a la perspectiva científica en la que se inscribe, para disipar la paradoja que emerge al pretender abordar la sexualidad en el campo de la biología. Paradoja fecunda que se abre en este aspecto, en tanto que el desarrollo de la libido se caracteriza por una "interrupción", que Freud atribuye a un residuo histórico de un acontecimiento que se pierde en bruma de la prehistoria. ¿Por qué razón esto implica "la etiología más directa de las neurosis"? El desarrollo

interrumpido de la sexualidad, o los dos tiempos que delimita en el florecimiento de la misma, otorga un papel fundamental a los remanentes de la sexualidad infantil en el despertar de la pubertad:

“La significación patógena de ese factor resulta de que la mayoría de las exigencias instintivas de esta sexualidad infantil son rechazadas por el yo como peligros, de manera que los impulsos ulteriores de la sexualidad, que debían ser admisibles para el yo, corren peligro de sucumbir a la atracción de los productos infantiles y seguirlos en la represión.” (P. 1245)

Se trata para Freud como hemos señalado, de “la etiología más directa de las neurosis”, en la medida en que la sexualidad perverso polimorfa introduce un contacto anticipado con el Yo, contacto que Freud compara con el contacto prematuro con el mundo exterior, ante el cual el sujeto no está “preparado” y adquiere un efecto traumático.

Por último, Freud nos presenta “el factor psicológico”, o sea, aquel que se refiere a las diferentes instancias en las que divide el aparato psíquico, división que considera también una imperfección. El Yo es puesto en cuestión en su función de dominio, ya que solo puede defenderse de las exigencias pulsionales huyendo del peligro que representan, limitando su organización, y “aceptando la formación de síntomas como sustitución de su influencia sobre el instinto” (p. 1245) El síntoma como modo de satisfacción sustitutiva, es un arreglo con aquello que escapa al dominio del Yo, razón por la cual así como la idea de un Yo normal es una ficción ideal, según el texto freudiano, difícil resulta concebir un sujeto sin síntoma, como respuesta a la insuficiente “asimilación” psíquica de las exigencias de la pulsión.¹²

Notas de Referencias

- 1 Freud sostiene “Debe existir en la vida sexual una fuente independiente de displacer”, cuando aborda el problema del origen del displacer que actúa en la represión. (1896) Manuscrito K. O. C. V. III, pp.718).
- 2 Freud explicita la idea auxiliar que le ha servido para describir las neurosis de defensa: “Tal idea es la de que en las funciones psíquicas debe distinguirse algo (montante del afecto, magnitud de la excitación) que tiene todas las propiedades de una cantidad – aunque no poseamos medio alguno de medirlo; algo susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, que se extiende por las huellas mnémicas de las representaciones como una carga eléctrica por los superficies de los cuerpos.”

- “Las neuropsicosis de defensa” (1994) p. 180. El método catártico se dirigía justamente a lograr reproducir la magnitud del afecto correspondiente a la idea, para permitir su derivación y suprimir el síntoma que contenía su símbolo mnémico.
- 3 La denominada locura alucinatoria también denominada confusión alucinatoria o amencia fue descrita por T. Meynert, antiguo profesor a quien Freud respetaba, y que más tarde, después de que este último comienza a interesarse por la histeria, se convirtió en un detractor del Psicoanálisis. Es el representante de una Psiquiatría organicista y asociacionista, que se orienta por las enseñanzas de Herbart y Griesinger. La amencia fue descrita en 1890 a partir de la descripción de Furtsner del “delirio alucinatorio de las parturientas” y coincide con el cuadro clínico delimitado por Chaslin en 1895 denominado “confusión mental primitiva”. Se trata de un delirio agudo que tiene por base una alteración de la conciencia que conduce a una “amencia”, o sea a una falta, suspensión o privación de la organización asociativa lógica, lo que se encuentra para el autor en la base del delirio. Describe el desencadenamiento de la psicosis a partir de un traumatismo psíquico, al cual el sujeto reacciona presentando alucinaciones y excitación maniaca. Se presentan alteraciones de lenguaje, conductas inadaptadas, delirios de grandeza y persecución, de envenenamiento, mutismo pasajero que responden a la prohibición de hablar y en ocasiones la alucinación de una presencia ausente. Los enfermos prestan poca atención a su entorno y tienen un aspecto soñador. “Los confusos, por su falta de asociación, despojan a las personas que los rodean de sus atributos, sus características pierden claridad... y son precisamente los afectos asociados a la realidad los que desaparecen”. P. 175 Es frecuente por otro lado manifestaciones de lo que más tarde Cotard denominó “delirio de las negaciones”, en este caso de tipo hipocondríaco. De interés resulta subrayar lo que Meynert refiere sobre la posición subjetiva de los enfermos: “En general, en la confusión se puede observar que hay, la mayor parte de las veces, toma de conciencia de la enfermedad aun en el punto culminante de su proceso. P. 175” J. C. Stagnaro presenta la traducción del artículo de Meynert y considera que los síntomas enumerados por el autor “... pueden ser asimilados a lo que ulteriormente constituyen la regresión y la realización alucinatoria de deseos en la teoría freudiana.” P. 173. Meynert, T. (1890) La Amencia o confusión en *Alucinar o delirar*, T. I. Editorial Polemos Buenos Aires 1998. P. 171-184.
 - 4 Lacan se ha servido de estas paradojas en la teoría freudiana para cuestionar y reformular la noción de instinto sexual y criticar las desviaciones del Psicoanálisis que esta confusión ha producido. Sin embargo, no ha dejado de elaborar una teoría del desarrollo que considera una temporalidad discontinua, en el marco de su articulación con la estructura del sujeto, en la que incluye operadores dialécticos a partir de la incidencia del Otro primordial. En el progreso de su enseñanza, en el marco de una axiomática de goce, ha reformulado la operación de la castración, en términos de localización del objeto “a”, como objeto fantasmático, a partir de la lógica de la separación. Aborda con instrumentos lógicos la dimensión de la pulsión como fuerza constante, ajena al desarrollo concebido como una marcha progresiva hacia la genitalidad.
 - 5 “Generalmente se designa con ese término (fetichismo) a una adoración ciega por los defectos y caprichos de una persona. Esta podría ser, en rigor, la definición del fetichismo amoroso.” (Binet, A. 1887 El fetichismo en el amor en *La invención del fetichismo y su versión femenina*, Editorial de la Campana, La Plata 2006, P. 29) El autor la precisa más adelante, estableciendo la analogía entre el fetichismo religioso y el amoroso: “Nos parece que el término fetichismo le va bastante bien a este género de perversión sexual. La adoración de estos enfermos por objetos inertes como gorros de dormir o tachuelas de botas se asemeja desde todo punto de vista a la adoración del salvaje o del negro por los aretes de pescado o por las piedras brillantes, excepto

- por esa diferencia fundamental dada por el hecho de que en el culto de nuestros enfermos, la adoración religiosa es reemplazada por un apetito sexual. (p. 30).
- 6 Mazzuca, R. *Perversión. De la Psychopathia sexuales a la subjetividad perversa* Editorial Bergasse 19 Buenos Aires 2004. El autor señala que la pregunta que orienta su seminario sobre el tema de las perversiones: "De qué modo y a partir de qué justificación teórica y clínica resulta posible hablar de la perversión, es decir de un campo unificado para las perversiones". Más adelante, después de estudiar diferentes momentos en la obra freudiana en los que aborda diferentes tipos de perversiones: "La elaboración freudiana no permite fundar esa unificación." (p.107)
 - 7 Valas, P. Freud et la perversión en *Ornicar?* 39. Navarin France 1986-1987 Pp. 9-50 plantea el problema en estos términos: "... si se puede aislar la perversión a partir de una estructura específica que la distinguiría de la neurosis y la psicosis puesto que desde el punto de vista fenomenológico sería imposible hacerlo." P9 y en la continuación del artículo publicado en *Ornicar?* 41. Navarin. France 1987 Pp. 53-69, el autor sostiene que desde el giro de los años 20 "para Freud, la perversión como las psiconeurosis, por otro lado, es una posición subjetiva específica ligada a los avatares de su estructuración en el marco edípico."
 - 8 Alvarez, J. M., Esteban, R y Sauvagnat, F. *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis. Madrid. 2004, p. 685. Los autores sostienen que a partir del giro de los años 20 ("Más allá del principio del placer" y "El Yo y el Ello") "...la investigación freudiana tratará de desentrañar un mecanismo específico para las todas las perversiones, esto es un mecanismo causal que diferencie esta estructura clínica de la neurosis y la psicosis."
 - 9 Freud modifica esta perspectiva en *El Yo y el Ello*, 1923 (Obras Completas, V. I. Editorial Nueva, Madrid 1948. P. 1206) cuando nos presenta la necesaria modificación a la teoría del narcisismo: "Al principio toda la energía se halla acumulada en el ello, mientras el yo es aún débil y está en período de formación. El ello emplea una parte de esta libido en cargas eróticas de objeto, después de lo cual el yo, robustecido ya, intenta apoderarse de esta libido del objeto e imponerse al ello como objeto erótico. El narcisismo del yo es de este modo un narcisismo secundario, sustraído a los objetos."
 - 10 Este tema ha sido abordado en el artículo publicado en la *Revista Universitaria de Psicoanálisis* N°6. Facultad Psicología UBA 2006, pp.45-60
Graziela Napolitano y Fabiana Mucicoy. "Trastornos de lenguaje y estructura de la psicosis: el valor específico de la esquizofasia".
 - 11 Lacan ha utilizado el término *Werwerfung* para designar el mecanismo específico que opera en la estructura de la psicosis, término alemán empleado por Freud en su primera nosografía y en el análisis de la alucinación del denominado Hombre de los Lobos. En los comienzos de su enseñanza, Lacan prosigue la elaboración freudiana, reformulando la modalidad del retorno de lo reprimido privilegiando de localización del fenómeno de acuerdo con la distinción de los registros RSI: "... lo que no ha advenido a lo simbólico, aparece en lo real." (Lacan, J. 1954, P. 388) Como lo hemos señalado anteriormente, este mecanismo se vincula con la presentación del fenómeno alucinatorio y el delirio, tal como Freud lo había establecido en su primera nosografía, en Historia de una neurosis infantil y en el análisis del caso Schreber. Más tarde, en 1958, el concepto de Forclusión del Nombre del Padre formaliza esta primera aproximación a partir de la fórmula lingüística de la metáfora paterna, precisando su función en las relaciones de los fenómenos de la psicosis con la estructura que los condiciona.
 - 12 Problema que cobrará especial relevancia en los últimos años de la enseñanza de J. Lacan, particularmente a partir del Seminario XXIII titulado *Le Sinthome* (1975-1976) en el que a partir de una formalización borronea, introduce un nuevo estatuto del del síntoma. En estos desarrollos subraya particularmente su función de anudamiento

de los registros real, imaginario y simbólico. J.- A. Miller ha desarrollado esta perspectiva en numerosos seminarios, entre los que se destacan “Los signos del goce” (1986-1987) y “El partenaire-síntoma” (1997-1998).

Bibliografía

- Alvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. *Fundamentos de la psicopatología psicoanalítica*. Editorial Síntesis. Madrid. 2004
- Arce Ross, G. La mélancolie dans la nosographie freudienne. En *La Cause freudienne* 35. Navarin/Seuil, 1997. P. 76-81
- Binet, A. (1887) El fetichismo en el amor. En Compilación Napolitano, G. *La invención del fetichismo y su versión femenina*. Editorial de la Campana, La Plata, 2006. P. 29-80
- Cottet, S. *Freud y el deseo del psicoanalista*. Editorial Manantial. Buenos Aires. 1984
- Freud, S. (1887-1902) Los orígenes del Psicoanálisis. En *Obras Completas*. V. III Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1968. P. 585- 882.
- (1894) Las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas*. V. I, Editorial Biblioteca Nueva, Madrid. 1948. P. 173-180.
 - (1896) Nuevas observaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas V. I*, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 219-230.
 - (1896) La neurastenia y la neurosis de angustia. *Obras Completas*. V. I. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P. 180-192.
 - (1898) La sexualidad en la etiología d las neurosis. *Obras completas*. V. I. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948 P. 146-156.
 - (1905) Una teoría sexual (Tres ensayos sobre teoría sexual). En *Obras Completas*, V. I. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P.767-818.
 - (1910) Un recuerdo infantil de Leonardo De Vinci en *Obras Completas*, V. II. Biblioteca Nueva. Madrid 1948.P. 366- 406
 - (1911) Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia Paranoides) Autobiográficamente descrito en *Obras Completas V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 661-693.

- (1913) Tótem y Tabú. En *Obras Completas V. II* Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 419-507.
- (1914) Introducción al Narcisismo. En *Obras Completas V. I* Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 1075-1088.
- (1914) Historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P. 693-750.
- (1914) Historia de movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas V. I* Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 881-919.
- (1916) La Aflicción y la Melancolía. En *Obras Completas V. I*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P. 1057-1074.
- (1910) Esquema del Psicoanálisis. En *Obras Completas V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P. 9-57.
- (1916-1918) Introducción al Psicoanálisis. En *Obras Completas V.II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 59- 299.
- (1919) Pegan a un niño. En *Obras Completas V. I*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P.1173-1186.
- (1923) El yo y el Ello. En *Obras Completas V. I*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. P.1191-1212.
- (1924) Neurosis y Psicosis. En *Obras Completas V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948. P. 407-409
- (1924) La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis. En *Obras Completas V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid 1948. P. 412-414.
- (1925) Inhibición, Síntoma y Angustia. En *Obras Completas V. I*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. P. 1213-1253.
- (1025) Autobiografía En *Obras Completas. V. II*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1948 P. 922-950.
- (1927) Fetichismo. En *Obras Completas V. III*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968. P. 505-510
- (1932) Aclaraciones, aplicaciones y observaciones. Apartado 7 en Nuevas aportaciones al Psicoanálisis. *Obras Completas. V. II* Madrid 1948. P.787-874.
- (1937) Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas V. III*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968 P. 540-572.

- (1938) Escisión del “Yo” en el proceso de defensa. En *Obras Completas V. III*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968. P. 389-391.
- (1938) Esquema del Psicoanálisis. En *Obras Completas V. III*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968. P. 1011-1062.
- Garma, A., Rascowsky, L. (1948). *Psicoanálisis de la melancolía*, Paidós, Buenos Aires, 1948, P. 45-63.
- Jones, E. *Vida y obra de Sigmund Freud*. (Tres volúmenes). Editorial Nova Buenos Aires 1959
- Kris, E. (1950) Estudio Preliminar en Los orígenes del Psicoanálisis. Freud, S. *Obras Completas V. III*, Editorial Biblioteca Nueva. Madrid. 1968. P. 587-630.
- Lacan, J. (1954) Réponse au commentaire de Jean Hyppolite sur la “Verneinung” de Freud. En *Écrits*. Seuil. Paris 1966. P. 381-399.
- (1964) Los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. Seminario XI. Paidós Buenos Aires 1089.
- (1965) La ciencia y la verdad en *Escritos 2*. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires. 1987.
- (1971) Savoir, Ignorance, verité et jouissance. En *Je parle aux murs*. Seuil. Paris 2011. P. 7-40.
- (1975-1976) *Le Sinthome. Le Séminaire Livre XXIII*. Seuil. Paris. 2005.
- Ouverture de la Section Clinique. En *Ornicar? 9*, Département de Psychanalyse. Université Paris VII, 1977. P. 7-14.
- Mazzuca, R. *Perversión. De la psychopathia sexualis a la subjetividad perversa*. Editorial Bergasse 19. Buenos Aires. 2004
- Meynert, T. (1890) La Amencia o confusión en *Alucinar o delirar*, T. I. Editorial Polemos Buenos Aires 1998. P. 171-184
- Miller, J.- A. (1986-1987) *Los signos del goce*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2010.
- (1997-1998) *El partenaire-síntoma*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 2008
- Napolitano, G. y Municoy, F. “Trastornos de lenguaje y estructura de la psicosis: el valor específico de la esquizofasia”. En la *Revista Universitaria de Psicoanálisis N°6*. Facultad Psicología UBA 2006, pp.45-60

Nunberg, H. y Federn, E. *Las reuniones de los miércoles. Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Tomo II. 1908-1909.* Editorial Nueva Visión. Buenos Aires 1980.

Postel, J. et Quétel, C. La question de l'hystérie. En C. *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Dunod, 1994, Pp. 283- 294.

Valas, P. Freud et la perversion I. En *Ornicar?* 39. Navarin. Paris 1986- 87. P. 9-50

Valas, P. Freud et la perversion II. En *Ornicar?* 41 Navarin. Paris 1989. P. 53-66.

CAPÍTULO II

LAS NEUROSIS ANTES DE FREUD

Gastón Pablo Piazzze, María Luján Moreno, Nicolás Campodónico

“El ligero retardo en comprender con que se define la sombra dichosa, hizo que Pierre Janet reparara en que el sujeto de la neurosis y el filósofo cazaban por las mismas tierras. Pero el neurótico confiesa, y Pierre Janet fue el último que pudo darse el lujo de no oírlo” (Pág. 19).

Jacques Lacan - Reseñas de enseñanza

Introducción

Este capítulo tiene por objetivo establecer la evolución del concepto de neurosis, en sus vertientes clínica y etiológica, desde el nacimiento de la medicina científica hasta las postrimerías de la edad de oro de la psiquiatría. Consideramos que semejante recorrido puede contribuir al esclarecimiento de la labor freudiana, indisolublemente ligada a la constitución de la clínica psicoanalítica. En efecto, reubicar el surgimiento de dicha práctica y la delimitación de su campo de intervención en el contexto histórico de la disciplina que le dio origen, permitirá cernir mejor su novedad epistémica. En tal sentido, ahondaremos en primer lugar en la historia de la constitución de la clínica de la histeria, partiendo del grupo que ella integró desde fines del siglo XVII con la antigua hipocondría-neurastenia, antes de que aquel se disolviera a partir del encuentro con la hipnosis.

La histeria en los albores de la medicina científica

Antes de adentrarnos en las conceptualizaciones de los diferentes autores de este período, es necesario caracterizar de modo sucinto el saber médico del 1600, en las vísperas de su transformación por el avance del discurso de la ciencia. Tal como señala Paul Bercherie, no debemos olvidar que “la clínica como disciplina autónoma de observación y de descripción no existía todavía en esa época, en la que se interpenetraban sin límites claros la forma mórbida y la imagen metafórica que a la vez la explicaba y la generaba”¹. No obstante, el avance paulatino de las doctrinas empiristas, redundará en primer lugar en una profundización creciente de los conocimientos anatómicos del cuerpo humano, en particular de la constitución del sistema nervioso y de sus vínculos estructurales con los demás órganos de la economía. Los resultados de tales exploraciones tendrán un peso decisivo en la transformación de la noción ancestral de la histeria, tanto en lo que concierne a su patogenia como a sus manifestaciones clínicas.

La perspectiva clásica, imperante desde la antigüedad griega, consideraba a la histeria como una dolencia propia de la mujer que se manifestaba fundamentalmente por paroxismos: la descripción tradicional del acceso refería la sensación de una bola que, partiendo del vientre, ascendía al epigastrio - donde provocaba una impresión de ahogo o vómitos-, después al tórax y al cuello (palpitaciones, disnea) y finalmente llegaba a la cabeza aquejada entonces de dolor, pesadez o somnolencia, o se convertía en fuente de convulsiones epileptoides en todo el cuerpo. En cuanto a la causa, esta posición pensaba a la histeria como efecto de desórdenes del útero: a la idea hipocrática de la peregrinación agitada de la matriz por todo el cuerpo, le sucede - en el marco de la doctrina galénica de los humores- la del efecto nocivo de la retención de las reglas o del “esperma femenino”: un *vapor* sutil capaz de irritar y anonadar por vía simpática los nervios y los centros nerviosos, era entonces el responsable de los síntomas del “mal de matriz”.

Es en este contexto que, a partir de sus investigaciones neuroanatómicas, el médico francés Charles Lepois introduce en 1618 un punto de vista revolucionario: concibe a la histeria como una enfermedad cerebral primitiva, próxima a la epilepsia y común a los dos sexos. Si bien su descripción del cuadro clínico sigue haciendo hincapié en las crisis, reconoce también una multitud de síntomas bien individualizados: trastornos sensoriales (ceguera, sordera), sensitivos (anestesias cutáneas, cefaleas), motores (parálisis, contracturas, temblores) y vegetativos (palpitaciones cardíacas, angustia precordial, disnea). Semejante concepción supone un cambio tan radical frente a la perspectiva ortodoxa que tardará más de medio siglo en encontrar eco en Thomas Willis, en 1667.

Este reconocido disector del sistema nervioso, acuerda con la tesis etiológica de Lepois pero, en lo que atañe a la clínica, desplaza el acento desde la semiología de la gran crisis y otros accesos paroxísticos histéricos hacia un grupo de síntomas pequeños aunque permanentes. Dicho cambio conduce a su vez a un acercamiento entre histeria e hipocondría simple, estado de preocupación intensa y persistente por la salud, centrado fundamentalmente en síntomas corporales, asociado a un afecto triste y a ideas de incurabilidad. El vínculo entre ambas afecciones será consolidado unos años más tarde por Thomas Sydenham.

La obra de este médico inglés resulta doblemente decisiva en lo que concierne a la constitución de la clínica de la histeria: en primer lugar, porque es el padre de la noción moderna de cuadro clínico; en segundo término, porque sienta las bases de la “hipoteca neurológica” de la histeria, particular conjunción clínico-etiológica que doscientos años más tarde retomará Charcot y será a la vez obstáculo a superar y condición de posibilidad para el surgimiento de la clínica psicoanalítica.

Crítico de las prácticas médicas de su tiempo, Sydenham impulsaba un “retorno a Hipócrates”: promovía una medicina de observación, libre de dogmas y sistemas y sobria en prescripciones, preocupada por establecer reglas higiénicas y profilácticas y recelosa de todo activismo terapéutico intempestivo. Este “método expectante” se acompañó de una reflexión sistemática sobre la

propia noción de cuadro mórbido. Según el autor, puede hablarse de enfermedad cuando se cumplen tres condiciones: si estamos ante una agrupación no azarosa de síntomas (presencia de una correlación en su conjunción y en su desarrollo temporal); si este síndrome se puede reencontrar en otros pacientes, independientemente de las singularidades de cada uno y, por último, si se asienta regularmente en una o varias regiones específicas del cuerpo. Para Sydenham, esta *cohesión* propia de la clínica funda el concepto operatorio de enfermedad y permite identificar sus especies diversas, distinguiéndolas unas de otras.

En consonancia con estas ideas novedosas, el autor sostiene que el primer paso para establecer un diagnóstico es "exponer con nitidez los fenómenos de cada enfermedad, sin fundarlos en hipótesis alguna ni reunirlos de manera forzada". Este afán por describir las distintas formas del padecer de manera "tan gráfica y natural como sea posible", inspirado en la obra de los botánicos, nos confronta con un momento de inflexión crucial en la historia de la medicina: con Sydenham asistimos al surgimiento de la clínica médica como disciplina autónoma de observación y descripción, fundada en un prejuicio que se revelará enormemente fructífero: "toda enfermedad tienen una presentación típica y un comportamiento previsible". Tales cambios tendrán, como veremos a continuación, consecuencias significativas sobre la evolución de la noción de histeria.

Ciertamente, al respecto Sydenham introducirá novedades substanciales en relación con las ideas corrientes entre sus contemporáneos. En su "Disertación epistolar a William Cole" de 1681, expone una posición acerca de la histeria acorde al programa que hemos sintetizado en el párrafo anterior: en efecto, es la observación y descripción detallada, sin preconceptos acerca de la causa, lo que rige su reflexión y lo conduce primero a asimilar histeria e hipocondría dadas sus similitudes y luego, a descubrir sus causas "internas e inmediatas" partiendo del examen de la totalidad de los síntomas descriptos.

En primer término, siguiendo la senda abierta por los autores mencionados, asesta el golpe de gracia a la hipótesis causal ortodoxa partiendo del examen

exhaustivo del abanico sintomático que resulta de la fusión del cuadro clínico con el de la hipocondría simple:

“La *afección histérica*, también llamada *vapores histéricos*, es si no me equivoco, la afección más frecuente entre las enfermedades crónicas (...) Todos los antiguos han atribuido los síntomas de la afección histérica a un vicio de la matriz; sin embargo, si se compara esta enfermedad con la que se denomina comúnmente en los hombres afección hipocondríaca o vapores hipocondríacos y que se atribuye a obstrucciones del bazo o de otras vísceras del bajo vientre se encontrará una gran semejanza entre ambas enfermedades. (...)”ⁱⁱ

La semejanza de ambos cuadros clínicos le facilita la impugnación simultánea de los orígenes uterino y esplénico de las respectivas especies mórbidas; seguidamente, la descripción pormenorizada de tres grandes variedades de síntomas lo orienta hacia la hipótesis causal de Lepois y Willis, *pero ahora por la vía de la naciente disciplina regia, la clínica*:

“Veamos ahora cuales son las causas internas e inmediatas de la afección histérica tanto como sea posible descubrirlas examinando la totalidad de los síntomas que hemos descrito. Lo llamado en las mujeres afección histérica y en los hombres afección hipocondríaca, y, en general, los vapores, provienen del desorden o movimiento irregular de los espíritus animales, los cuales, cargando impetuosamente y en gran cantidad tal o cual parte, causan espasmos o incluso dolor cuando la tal parte está dotada de una sensibilidad exquisita, y perturban las funciones de los órganos, tanto de aquellos de los cuales se retiran, como las de los que cargan. Unos y otros no pueden dejar de estar fuertemente dañados por esta distribución desigual de los espíritus que es netamente contraria a las leyes de la economía animal”ⁱⁱⁱ

La patogenia nerviosa, es decir, la imputación de los síntomas físicos a una perturbación funcional del sistema nervioso -referida en el texto bajo la figura cartesiana del “desorden de los espíritus animales”-, órgano presente en todo el cuerpo y responsable de regular y controlar todas las actividades corporales, es la explicación que Sydenham postula a partir de las conclusiones generales que desprende del examen de la presentación clínica de la histeria:

La afección histérica no es solamente muy frecuente, se presenta también bajo formas diversas e imita casi todas las enfermedades que afectan al género humano, porque en aquellas partes en que se encuentra reproduce inmediatamente los síntomas propios de esa parte; y si el médico no tiene mucha sagacidad y experiencia se equivocará fácilmente y atribuirá a una enfermedad esencial y propia de tal o cual parte, síntomas que dependen solamente de la afección histérica. (...) Esta enfermedad es un Proteo que tiene infinidad de aspectos; es un camaleón que cambia sin cesar de colores (...) sus síntomas no sólo son muy numerosos y muy variados, su peculiaridad es que, en comparación a las demás enfermedades, no sigue ninguna regla, ni tipo uniforme, y sólo es un agregado confuso e irregular. Por ello es tan difícil proporcionar la ordenación cronológica de la afección histérica.”^{iv}

Es necesario destacar su inferencia más trascendente: la primordial capacidad mimética -y por lo tanto de embaucar al médico desprevenido- de la histeria respecto de cualquier padecimiento humano de orden corporal. Esta cualidad objetiva es, paradójicamente, lo único típico y previsible en una enfermedad que, en su despliegue ante la mirada del observador, “no sigue ninguna regla ni tipo uniforme”. Semejante cuestionamiento de las premisas epistémicas mismas en las que Sydenham sienta las bases de lo que será la clínica moderna, rama soberana de la medicina científica, anuncia la nota disonante que acompañará, en lo sucesivo, todo emprendimiento del saber de la ciencia en pos de reducir la particularidad de las manifestaciones histéricas.

La histeria ingresa al campo de la psiquiatría: una tara detestable

En su descripción clínica de la histeria, a las ya conocidas manifestaciones paroxísticas y a los pequeños síntomas corporales, Sydenham agrega un tercer tipo de fenómenos, las perturbaciones del carácter, a las que describe con sagacidad:

“Ahora bien, aunque las mujeres y los hombres hipocondríacos estén extremadamente enfermos del cuerpo, lo están más aún del espíritu, pues desesperan absolutamente de su curación, y si a uno se le ocurre darles la menor esperanza, montan en una gran cólera, de modo que esa desesperación es esencial de la enfermedad. Por otra parte, se llenan el espíritu de las ideas más tristes y creen que les acontecerá todo tipo de males. Se abandonan, por el menor motivo, e incluso sin él, al miedo, a la cólera, a los celos, a las sospechas, a las pasiones más violentas y se atormentan sin cesar a sí mismos (...) No conservan ninguna ecuanimidad y sólo son constantes en su liviandad de carácter. Tan pronto aman en exceso como odian sin razón a las mismas personas. Si se proponen hacer algo, cambian de repente de propósito y emprenden una tarea que es contraria sin terminarla. Son indeterminados, indecisos, no saben nunca qué partido tomar...Se sabe también que las mujeres histéricas ríen o lloran inmoderadamente sin ninguna causa evidente. (...) La noche, que es para los hombres un momento de reposo y tranquilidad, se convierte para estos enfermos (...) en ocasión de mil penas y mil temores, a causa de los sueños que tienen, y que por lo común giran en torno de muertes y fantasmas”^v

Debe subrayarse que la peculiaridad camaleónica y engañosa que Sydenham atribuye a los pequeños síntomas corporales permanentes, y a la que otorga un valor objetivo, en los próximos doscientos años va a evolucionar hasta recaer en las perturbaciones de carácter que acabamos de citar. En el marco del joven discurso psiquiátrico, a mediados del siglo XIX, se impondrá la idea de que las

pacientes histéricas engañan intencionalmente a los médicos. Es esta concepción despectiva la que cuestionará más tarde Jean-Martin Charcot, futuro maestro de Freud, a través de su recuperación de la, para entonces, “vetusta” perspectiva de Sydenham.

Recordemos brevemente el contexto epistémico en el que floreció este abordaje psiquiátrico de la histeria. Hacia 1854, Jean-Pierre Falret, discípulo de Pinel y de Esquirol, había contribuido especialmente para sentar las bases de un nuevo paradigma, el de la “entidad clínico-evolutiva”: sin dejar de rescatar el precepto pineliano de la observación, propugnó, no obstante, un estudio clínico más fino y exhaustivo, atento a la descripción de diversos conjuntos de fenómenos, morales y físicos, cuya evolución permitiera discernir “genuinas especies naturales” y no meras variedades de la locura, concebida como un género único. Uno de sus alumnos más sobresalientes, Bénédict Morel, le imprime un sesgo original a los preceptos de su maestro al privilegiar el criterio etiológico, en desmedro del valor diagnóstico del detalle clínico, como herramienta clave para aislar nuevos taxones en el campo de las vesanías. Como respuesta al problema de la causa de las especies mórbidas idiopáticas, acuña la *doctrina de la degeneración hereditaria* que intenta solucionar otro interrogante: el del vínculo entre los trastornos mentales espectaculares y bien individualizados, por una parte, y, por otra, los trastornos “nerviosos” o caracteriales que los pacientes siempre presentaban antes de la enfermedad propiamente dicha y que, con frecuencia se encontraban en sus ascendientes. En razón de su profundo influjo en autores posteriores, citaremos *in extenso* la apretada síntesis que realiza Paul Bercherie de esta teoría:

“Bajo la influencia de causas que son justamente las de las vesanías sintomáticas (intoxicaciones, enfermedades orgánicas y cerebrales) las *taras* se adquieren y se transmiten hereditariamente; dichas taras se ponen de manifiesto en un desequilibrio nervioso y en trastornos del carácter, terreno propicio para la eclosión, por acción de causas diversas (morales o somáticas) de la alienación mental, que entonces toma del fondo “degenerativo” subyacente un aspecto y una evolución peculiares. La tara se acumula y se agrava a lo largo de generaciones (...): los trastornos nerviosos son sucedidos por las disposiciones para la locura por así decir innatas; las tendencias serán instintivas y de mala naturaleza. Se resumirán en actos excéntricos, desordenados y peligrosos”. Finalmente, en el último grado, los niños nacerán sordomudos, idiotas o se hundirán rápidamente en una demencia precoz, extinguiéndose la casta en una especie de eliminación natural”^{vi}.

Articulándolas con este andamiaje conceptual, Morel va a introducir en Francia algunas ideas de Wilhelm Griesinger, fundador de la escuela psiquiátrica alemana: la noción de “locura histérica” por transformación psíquica de la neurosis; la descripción, junto al temperamento nervioso, del trastorno del carácter que hace de esos enfermos seres insoportables para quienes los rodean (egoísmo, celos, impaciencia e irritabilidad, tendencia a mentir) y, finalmente, un vínculo genético entre tales trastornos del carácter y la locura histérica, cuyos aspectos específicos serían una amplificación de los primeros.

La locura histérica queda así caracterizada por una extrema movilidad de los fenómenos patológicos (sucesión de períodos de exaltación, de postración o de remisión completa), la presencia de alucinaciones y de delirios extravagantes, las tendencias impulsivas (homicidio, suicidio, incendio y otros actos de naturaleza maligna) y la tendencia a terminaciones crónicas deplorables, en el embotamiento, la degradación o en una demencia precoz. Como vemos, un nuevo grupo semiológico, consistente en perturbaciones mentales, se agrega a los tres ya existentes: las manifestaciones paroxísticas, los síntomas físicos pequeños y permanentes y las perturbaciones de carácter.

Pero el interés fundamental del trabajo de Morel sobre la histeria, reside en la torsión particular que se advierte en su puntualización de las perturbaciones del carácter propias de esta neurosis respecto de la descripción de Sydenham anteriormente citada:

“estos pacientes tienen la costumbre de exagerar sus sensaciones, experimentan la necesidad de que uno se ocupe de sus sufrimientos. (...) Nunca se las quiere como habría que quererlas; llevan la manía de la sospecha hasta el último límite posible. Se hunden en las suposiciones más extravagantes, mas falsas, más ridículas y más injustas. Por otra parte el amor a la verdad no es la virtud dominante de su carácter, de modo que nunca exponen los hechos en su realidad, y engañan tanto a sus maridos, a sus padres y a sus amigos como a sus confesores y sus médicos”..^{vii}

La cita ilustra claramente el deslizamiento de la imitación y el engaño desde el plano del cuerpo al de las perturbaciones del carácter, desde la posibilidad de que el médico se engañe por impericia diagnóstica a que sea embaucado por una degenerada detestable. Este corrimiento se acentúa aún más en la descripción del temperamento que Jules Falret incluye en su delimitación de la

locura histérica, categoría que el autor desgaja en 1866 de la polémica locura razonante, objeto de una discusión célebre en la Sociedad Médico-Psicológica.

Jules Falret desprende cinco rasgos principales que especifican el carácter histérico: “la gran inestabilidad de todas sus disposiciones psíquicas, según el momento en que se las observa” (...) el espíritu de contradicción y de controversia (...) el ánimo de duplicidad y de mentira (...) la rapidez e instantaneidad en la producción de las ideas, en los impulsos y en los actos (...) Finalmente, las histéricas son por lo general romanticonas y soñadoras, (...) coquetas y vanidosas con más frecuencia que verdaderamente ardientes y apasionadas”^{viii}.

Este retrato pletórico de rasgos peyorativos será largamente aceptado por numerosos autores franceses y de otras nacionalidades hasta que la escuela de La Salpêtrière objete su pertinencia. Veremos a continuación con qué argumentos.

El primer Charcot: La histeria, incumbencia de la neurología

Jean-Martin Charcot tiene un rol destacado en la historia de la constitución del campo clínico histérico en tanto responsable de devolver la dignidad de “verdadera enfermedad” al padecimiento de la histérica, hasta ese momento caracterizado desde el discurso psiquiátrico con rasgos altamente despreciativos, tal como vimos en los apartados anteriores, de acuerdo al carácter histérico propuesto por B. Morel y J. Falret. Ciertamente, Charcot combate con firmeza esta vieja tradición peyorativa: extiende el método nosológico al campo de la histeria, postula la objetividad de sus síntomas y, por último, introduce la concepción de la hipnosis como neurosis artificial de naturaleza histérica. Es así como restituye su nobleza al tema y sienta las bases de la futura reducción al absurdo que Freud operará sobre la noción de

la histeria como enfermedad neurológica, allanando el camino a la paradójica idea de una causa psíquica y a la vez, inconsciente.

A lo largo de veintiocho años, desde su primer artículo sobre el tema en 1865, donde la histeria es entendida como cercana a la esclerosis en placas, hasta la última clase que le dedica antes de su muerte en 1893, donde se ocupa del sueño y del poder de las representaciones sobre el cuerpo, vemos a Charcot embarcado en un laborioso desbrozamiento clínico de las distintas enfermedades del sistema nervioso central, entre las que no dejará nunca de ubicar a la histeria. Durante el último cuarto del siglo XIX, el fundador de la llamada Escuela de la Salpêtrière, intentará penetrar el misterio de la neurosis por la vía del diagnóstico diferencial. Charcot no cesó de trabajar en esta línea, que constituyó el trasfondo constante y eje central de su obra. Antes de adentrarnos en sus aportes en relación a la histeria, es necesario, no obstante, detenernos brevemente en aspectos generales de su derrotero científico y de la coyuntura de transformación en la que se encontraba la práctica médica hospitalaria de su época.

La Salpêtrière, o « Asilo de ancianas » de París, era en realidad una doble institución –por un lado asilo de ancianas y por otro hospicio de alienados. Su población, de casi cinco mil personas, estaba compuesta por una mayoría de ancianas indigentes de más de setenta años y de *incurables*, designación administrativa para los sujetos afectados por enfermedades crónicas de quienes, si bien se les brindaba cuidados, no se esperaba que sanasen. En este ámbito de miserias, Charcot ingresa en 1862 como médico de hospital para permanecer allí definitivamente. Semejante puesto carecía de todo prestigio en la sociedad médica de entonces, y con frecuencia sólo era un cargo de inicio desde el que se pasaba a otro en un verdadero hospital. Sin embargo, Charcot supo revertir esta desventaja inicial y hacer de ese laberinto de infortunios humanos un ámbito aventajado de enseñanza e investigación.

Frente a la idea anacrónica de una medicina « única e indivisible » sustentada por la Facultad de Medicina de aquel tiempo, la necesidad de las especialidades se hacía sentir ya a partir de la década de 1860, momento en que se manifestó una corriente de modernización del cuerpo de practicantes,

tanto en el ejercicio como en la transmisión de la medicina. Ciertamente, las especialidades comienzan a surgir del propio campo de la clínica, en función de necesidades prácticas y terapéuticas, instalándose así una brecha creciente entre la actividad hospitalaria, sede de una enseñanza « libre » estimulada por la Administración de la Asistencia Pública y la enseñanza oficial que se obstinaba en ignorarla. Resulta indispensable tener en cuenta este contexto para aprehender mejor la empresa de Charcot : partiendo de lo más ingrato, la senectud y las enfermedades crónicas, culminará en lo más noble, la cátedra especializada en la clínica de las enfermedades nerviosas, que es el tardío pero prestigioso reconocimiento oficial de una enseñanza sostenida libremente durante más de quince años. Este recorrido se desplegará en un ámbito institucional en plena transformación: en treinta años de carrera en la Salpêtrière, Charcot asiste a la metamorfosis del viejo hospicio en el nosocomio moderno, el centro hospitalario universitario, establecimiento en el que se conjugan los cuidados de la salud, la investigación y la enseñanza.

En tal sentido, debe destacarse que la temprana asunción de aquella situación adversa inicial es puesta en evidencia por el valor que Charcot le atribuye a la población asilar de enfermas incurables ya en la clase de apertura de las lecciones clínicas de 1866 :

« la segunda categoría de mujeres [que alberga el hospicio, desde el punto de vista de la clínica médica] comprende pacientes de toda edad afectadas en su mayor parte por enfermedades crónicas consideradas incurables, que las han reducido a un estado de incapacidad permanente. En relación con esto, gozamos de ventajas de las que nos vemos privados en gran parte en los hospitales ordinarios, y nos encontramos en las condiciones más favorables para estudiar provechosamente las enfermedades de evolución lenta. En efecto, la numerosa población de nuestras salas nos permite considerar bajo los aspectos más diversos los principales tipos de un sólo y mismo género mórbido ; pero lo que es aún más importante, aquí tenemos la oportunidad de seguir a los enfermos durante un prolongado período de su existencia, en lugar de asistir a un simple período de su historia. De este modo vemos cómo evoluciona hasta el final el proceso patológico, del cual no se conoce en general más que su fase inicial ; finalmente, tenemos que constatar las lesiones orgánicas que caracterizan la enfermedad, cuando ésta culmina en la muerte »^{ix}.

Vemos aquí a Charcot subrayar las ventajas que el hospicio brinda como terreno propicio para fundamentar y desplegar su concepción del procedimiento clínico al que de entrada denominó « método nosológico ». Dicha concepción tenía por objetivo la constitución de un *tipo*, forma completa de una enfermedad

en la que agrupaba todos los elementos sintomáticos posibles, versión exhaustiva, perfecta, podría decirse « 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 »^x.

A la inversa, la pureza de la entidad así aislada permitía la descomposición analítica de las formas mixtas o combinadas. Justamente, Charcot insistía en que, en particular en el campo de la neuropatología, los complejos nosológicos eran susceptibles de ser descompuestos o analizados en las formas puras que los integran a título de una asociación o una yuxtaposición.

A este primer momento del método, al que podríamos llamar de observación « morfológica », le sucede, el « anátomo-clínico » : las autopsias en serie permitirían identificar el asiento de la lesión causal, y con las correlaciones anátomo-clínicas así obtenidas se podría « proveer a la nosografía de caracteres más fijos, más materiales que los síntomas mismos, si así puede decirse »^{xi}. En cuanto al tercer y último momento, el « fisiopatológico », explicativo, en el que el médico se dedica a « captar la naturaleza de las relaciones que vinculan a las lesiones con los síntomas exteriores »^{xii}, Charcot lo relegará siempre dándole un lugar secundario, dado que, en tanto fiel seguidor de la tradición clínica francesa, desconfiaba de las especulaciones teóricas.

La aplicación de este procedimiento clínico al campo de las enfermedades nerviosas mostró su fecundidad en los numerosos aportes de Charcot a la naciente especialidad de la neurología : la descripción del tabes dorsal, la identificación de la sintomatología característica de la esclerosis lateral amiotrófica, la distinción de la parálisis agitante —a la que nombró enfermedad de Parkinson— de la que acompaña a la esclerosis en placas, constituyen sólo una parte de un legado aún vigente al campo de la semiología médica.

Sin embargo, la extensión de este método de estudio al terreno de las manifestaciones histéricas tiene, como lo señala Paul Bercherie en su obra « Génesis de los conceptos freudianos », diversas consecuencias : en primer

lugar, entraña una concepción implícita de la enfermedad que prefigura sus resultados en un estadio de la investigación que se suponía exento de presupuestos. En segundo lugar, debe señalarse que lo que se mostró especialmente productivo para la neuropatología, en el estudio de la histeria, como se verá más adelante, culminará en un fracaso pero, no obstante, permitirá identificar *a contrario* la verdadera naturaleza de la enfermedad. En este punto, hacemos nuestra la tesis de Bercherie ; al respecto, « es preciso subrayar que ese pasaje por el absurdo permitió por sí solo levantar la hipoteca « nerviosa », y que en consecuencia *el descubrimiento del inconciente dependió histórica y epistemológicamente del progreso de la patología médica* »^{xiii}.

Cabe agregar que, en su texto « El verdadero Charcot », Marcel Gauchet arriba a conclusiones semejantes :

« Para que se impusiera la idea de que existen enfermedades psíquicas era indispensable primero dominar las enfermedades orgánicas vecinas. Debemos nuestra histeria « psicológica » a la autocrítica de la neurología misma. Fueron necesarios quince años de trabajo [de Charcot] contra sí mismo para expulsar de su área de competencia aquello que había llevado tanto tiempo comprender »^{xiv}.

A lo largo de los siguientes apartados intentaremos fundamentar estas reflexiones epistemológicas acerca del papel que le cupo a Charcot en la constitución del campo clínico de la histeria y en el descubrimiento del inconciente.

La reivindicación del sufrimiento de la histérica está entonces íntimamente ligada al prejuicio que se revelará paradójicamente fecundo años más tarde: Charcot se esfuerza desde el inicio de manera metódica por sacar a la luz leyes de asociación, de sucesión de los síntomas, librándose a una búsqueda del « tipo » que lo lleva a prestar particular atención a las formas más extensas y espectaculares. Tomando distancia de la doxa psiquiátrica sostenida por sus contemporáneos, afirma :

« Hay quienes en varias de esas afecciones (nerviosas) no ven más que un conjunto de fenómenos extravagantes, incoherentes, inaccesibles al análisis y que quizás sería preferible relegar a la categoría de lo incognoscible. Se apunta sobre todo a la histeria con esta especie de proscripción. (...) Sólo una observación superficial ha podido conducir a la opinión a la que acabo de referirme ; un estudio más atento nos hace ver las cosas con un aspecto totalmente distinto (...) También la histeria a igual título que los otros estados mórbidos, obedece a reglas, a leyes que una observación atenta y suficientemente multiplicada siempre

permitirá identificar, (...) Para no citar más que un ejemplo (...) la descripción del gran ataque histérico. Hoy reducido a una fórmula muy simple. Cuatro períodos se suceden en el ataque completo con la regularidad de un mecanismo : 1) epileptoide ; 2) grandes movimientos (contradictorios, ilógicos) ; 3) actitudes pasionales (lógicas) ; 4) delirio terminal. (...) El ataque puede ser incompleto (...) pero a quien tenga la fórmula siempre le resultará fácil reducir todas las formas al tipo fundamental ».^{xv}

Tal como claramente se desprende de las palabras de Charcot, el designio de encontrar asociaciones regulares en la histeria, partiendo del modelo de las enfermedades neurológicas, tendrá como consecuencia una comparación de los mecanismos patogénicos atribuidos a los síntomas :

« Entre la hemianestesia vulgar de los histéricos y la que es signo de una lesión en el foco físico de la enfermedad, la analogía es sorprendente. En el fondo, se trata del mismo síndrome. La misma semejanza existe entre la paraplejía espasmódica de los histéricos y la que pone de manifiesto una lesión orgánica espinal, (...) Ahora bien, esa semejanza, que desespera a veces al clínico, debe servir de enseñanza para el patólogo que, detrás de la sede común, entrevé una *analogía anatómica* y, *mutatis mutandis*, localiza la lesión dinámica de acuerdo con los datos que proporciona la lesión orgánica correspondiente ».^{xvi}

Si bien este concepto de lesión dinámica no es original de Charcot, con el maestro de La Salpêtrière adquirió una denotación precisa, un sentido anatómico focal que, en tanto brinda un sustento material neto para el problema de la causa, facilita un giro decisivo en el plano de la envoltura formal del síntoma. En efecto, este modo de pensar la etiología de la enfermedad va a permitir que se ponga definitivamente de manifiesto el carácter fundamental de los síntomas histéricos, a saber, que se presentan, para la conciencia de quien los padece, como un fenómeno automático que tiene que soportar pasivamente, de igual forma que toda expresión clínica de un trastorno orgánico. Así, « la antigua alternativa entre fenómenos neurológicos inconscientes y fenómenos psicológicos más o menos conscientes y simulados, iba a desembocar en la paradoja que constituye el origen del psicoanálisis freudiano : los fenómenos psicológicos inconscientes ».^{xvii} (absolutamente clivados de conciencia y, no obstante, intensamente activos).

La exploración sistemática de las manifestaciones histéricas realizada por Charcot, bajo la égida de la concepción de Sydenham -aquella que sostiene que, en tanto patología funcional de cualquier parte del cuerpo, la histeria es una especie mórbida muy frecuente que imita a casi todas las enfermedades humanas-, arrojará un conjunto de cuadros clínicos variados y ricos en detalles.

Retomando nociones ya presentes en Briquet, Charcot diferencia tres grandes variedades sintomáticas : por un lado, opone los fenómenos paroxísticos, espectaculares pero intermitentes -de los cuales era el modelo la gran crisis-, al fondo común sobre el que evolucionaban dichos fenómenos, caracterizados por su permanencia y su tenacidad, su resistencia al tratamiento. Son los estigmas permanentes: los mismos consisten básicamente en trastornos de la sensibilidad (anestesias e hiperestesias) y trastornos motores (contracturas y paresias). Por otra parte, describe un estado mental peculiar fundamentalmente constituido por impresionabilidad, excitabilidad, y sugestionabilidad, excluyendo del campo de la histeria, como ya fuera señalado, cualquier otro rasgo moral y en particular los conceptos provenientes de la corriente psiquiátrica.

Por último, podemos agregar que el estudio metódico de los paroxismos histéricos permitió distinguir varias formas de ataque: en primer lugar, cabe recordar la gran crisis histérica, « completa » o « histero-epilepsia » con sus pródromos y sus cuatro períodos (epileptoide, clownismo, actitudes pasionales y el delirio terminal), sus correspondientes formas frustras, presentaciones truncas e incompletas, en las que faltaba alguno de los períodos (hysteria minor) y formas reducidas a uno solo de los períodos del ataque. En segundo lugar, debe señalarse que Charcot describe otras formas de paroxismo : parálisis, inhibiciones funcionales, contracturas y espasmos musculares, entre otros.

Más allá de la mera enumeración fatigosa de las formas discernidas por Charcot y sus discípulos, nos parece oportuno destacar que el interés de aquel no se limitaba a la sistematización nosográfica sino que, atento a la movilidad de los síntomas histéricos, se esforzaba por precisar, por articular desde el punto de vista anatómico, las formas de pasaje de lo local a lo general o, de acuerdo con el lenguaje elaborado a propósito de la epilepsia, el pasaje de lo parcial, de lo incompleto, a lo completo.

Es así que, en el marco del modelo clínico-etiológico que le provee la epilepsia, Charcot intenta hallar para la sintomatología histérica un órgano que sirva de pasaje de lo local a lo general. Cree encontrarlo en uno de sus estigmas permanentes : el dolor ovárico. Es que esta zona hiperestésica singular

constituye el punto de partida del aura, pródromo del gran ataque histérico. Efectivamente, la compresión de los flancos en los límites extremos de la región hipogástrica, dispara el episodio de histero-epilepsia que culmina en ocasiones en un cortejo de síntomas psíquicos, como hemos señalado anteriormente.

A pesar de su apariencia regresiva, no estamos aquí ante el restablecimiento de la vieja concepción ginecológica de la histeria. Se trata en realidad de un modelo original, a la vez ovárico y epiléptico, que afianza la neurologización de la histeria y tiene implicaciones terapéuticas. Por un lado, saca provecho de los aportes de Jackson y Brown-Séquard, médicos ingleses que, hacia 1870, diferenciaban las lesiones por destrucción o sección nerviosa de las lesiones por irritación o « descarga ». Por otro, procura una estrategia curativa, a partir de las consecuencias que extrae Charcot de otros avances neurológicos de la época : Brown-Séquard había puesto en evidencia las zonas epileptógenas en el conejo de la India (zonas de la piel cuya excitación desencadena epilepsia espinal) lo que dio lugar a aplicaciones concretas como la invención de aparatos compresores de arterias de los miembros sede de crisis convulsivas parciales.

Esta manera de pensar la histeria –que sigue el principio de la irritabilidad refleja medular exagerada- entrará en crisis después de 1877. Mucho antes de que en 1882 las observaciones de histeria masculina den el golpe de gracia al modelo ancestral y consumen la desfeminización de la histeria, el ovario comienza a ser depuesto por un complejo trabajo de crítica interna en el que convergen razones prácticas, terapéuticas y especulativas. Las experimentaciones metaloterápicas conducen a poner de manifiesto « zonas estesiógenas » donde la sensibilidad reaparece sobre un trasfondo de anestesia. Además del ovario, otras zonas que se revelan capaces de desencadenar crisis serán consideradas « zonas histerógenas ». A la generalización de las zonas, se suma la de los mecanismos disparadores desde afuera hacia dentro : Ya no se trata de manera exclusiva de la intensa compresión de una o varias zonas sensibles, sino de modos de acción diversos que pueden ir desde la simple aplicación de metales, imanes o corriente eléctrica hasta traumatismos locales de todo tipo. La observación de casos

cada vez más variados y la experimentación con metas clínicas o curativas confluirán en una doble multiplicación, tanto de las zonas como de los mecanismos de desencadenamiento.

Sin embargo, hay dos aspectos del modelo de la epilepsia espinal que se precisan y afianzan a partir de la exploración misma de las zonas y mecanismos de desencadenamiento : el binomio ocasión-constitución y la idea de la reproductibilidad experimental de los síntomas histéricos.

Vemos cómo, en el terreno de la causa, Charcot introduce una primera concepción de histeria traumática como respuesta a sus interrogantes acerca de la « localización de los accidentes patológicos » determinada por la « acción de una causa mecánica ». Resulta pertinente insistir en que este problema no es exclusivo de la histeria ni del grupo de las neurosis, sino que comprende al conjunto de las « enfermedades diatésicas ». La diátesis, para los autores de la época, no es la enfermedad propiamente dicha, es una suerte de terreno, de disposición general a la enfermedad que tiene que ver con la « constitución » o con la herencia.

El renovado interés que esta vieja idea suscita en Charcot y en otros investigadores a fines del siglo XIX, corre paralelo con el triunfo de la ya comentada teoría de la degeneración hereditaria en el campo de la alienación mental. Esto no debe sorprendernos dado que ambas hipótesis intentan responder a la misma dificultad : el máximo intervalo órgano-clínico, la ausencia de lesión. Ahora bien, suponer dichos « estados mórbidos constitucionales » a la base de todo tipo de enfermedades plantea, a su vez, el problema del pasaje de lo latente a lo manifiesto. Para superar semejante impasse, el maestro de La Salpêtrière toma prestadas nociones de un cirujano moderno, Aristide Verneuil, su amigo y vecino, quien se interesó por poner en evidencia las relaciones entre los traumatismos y la diátesis a partir de observar la incidencia del estado general –incluidas enfermedades silenciosas, no manifiestas- de sus traumatizados sobre su evolución post-operatoria.

Por otra parte, cabe subrayar que, como resultado de su esfuerzo por precisar los diagnósticos diferenciales que imponen las diferentes agrupaciones

sintomáticas, Charcot establece una separación neta con tres entidades hasta ese momento mal diferenciadas de la histeria :

- En primer lugar, la epilepsia. Charcot logra demostrar que, en la mayoría de los casos de histero-epilepsia, lejos de entrañar una combinación de las dos entidades, se trata de meras manifestaciones de histeria. En favor de este argumento, destaca las características de los pródromos, el aspecto mismo de las crisis y su evolución. A todo esto añade la presencia de estigmas, la acción frenadora del ovario y la ausencia de repercusión general en caso de presentarse un *estado de mal*.
- En segundo término, la alienación mental. Charcot y sus discípulos se abocan a un trabajo de reducción de la noción de locura histérica heredada de Morel y Falret. Por un lado, admiten como histérico un estado mental peculiar (esencialmente constituido por impresionabilidad, excitabilidad, sugestionabilidad) del que destierran cualquier otro rasgo moral en razón de no encontrarlo en su práctica. Por otro, de la *folie histérique*, sólo conservan los estados delirantes que corresponden a los dos últimos períodos de la crisis, siempre de corta duración, aún cuando se vuelvan intermitentes.
- Por último, la neurastenia. Heredero de la categoría prepineliana de hipocondría, esgrimida –como hemos visto- entre otros autores por Sydenham, el concepto de neurastenia de Beard subsumía en 1880 todas las variantes clínicas del *estado nervioso* descrito por sus predecesores y retomaba la doctrina clásica que lo atribuía a una condición de debilidad nerviosa. El cuadro sintomático, compuesto por un abanico de síntomas físicos y psíquicos, elusivo y polimorfo, es restringido por Charcot a un conjunto de estigmas específicos y un estado mental peculiar consistente en « depresión cerebral ».

A pesar de que esta determinación procuró fronteras más estables para la histeria, la delimitación inicial entre su sintomatología y la de las afecciones neurológicas lesionales con frecuencia sólo se basaba en la inestabilidad, la ausencia de un mal pronóstico, y la escasa repercusión general de la primera. La necesidad de encontrar indicadores diferenciales más consistentes que

estos elementos de índole negativa, en pocos años se tornará apremiante en el marco de la polémica con la escuela de Nancy por las parálisis sugestivas y sus resultados serán decisivos a la hora de aproximarse a la verdadera causa de la histeria.

Dejando en suspenso entonces el problema de la clínica diferencial, detengámonos a compendiar los elementos cruciales de esta primera etapa del derrotero de Charcot en su abordaje de la etiología de la histeria :

En términos generales, debe señalarse en primer lugar que los fenómenos experimentales despertados gracias a la compresión ovárica y a la amplia paleta de agentes histerógenos, son, para este autor, el equivalente de lo que los traumatismos naturales desencadenan en la medida en que revelan o despiertan la diátesis que compromete al sistema nervioso.

En segundo término, debe destacarse que, al contar con verdaderos protocolos experimentales para cada síntoma (contracturas, hemianestias, perturbaciones de la visión o de la audición) se constata que lo que puede reproducirse experimentalmente puede también deshacerse.

Como señala Gladys Swain, con estas dos premisas,

« la entrada en escena del traumatismo [en su primera versión], por un lado, y el descubrimiento de la reproductibilidad experimental de los síntomas histéricos por otro, contamos con el hilo conductor fundamental de toda la obra ulterior de Charcot ».^{xviii}.

Efectivamente, es el momento propicio para recibir con entusiasmo al hipnotismo, medio de exploración suplementario que se revelará grávido en consecuencias. Su incorporación oficial en 1878 precipitará la aventura de Charcot por nuevos senderos : el modelo de la enfermedad cambiará en el sentido de un desplazamiento de su supuesto origen medular al cerebro y luego, hacia ese inlocalizable, aunque igualmente cerebral, « aparato psíquico ».

El segundo Charcot: La hipnosis, neurosis artificial de naturaleza histérica

En su condición de cabal representante de la medicina científica, Charcot se afanaba en particular por hallar datos suplementarios que avalasen el carácter objetivo, natural de los síntomas histéricos. Por un lado, su insaciable curiosidad lo lleva a buscarlos -ejercicio de medicina retrospectiva mediante-, en las descripciones de los archivos históricos sobre epidemias de posesión diabólica de la edad media; por otro lado, no vacilará a la hora de examinar las curas esgrimidas por los defensores de la doctrina del magnetismo animal. Así, su preocupación por dar razón de lo inexplicable en el pasado, lo lleva a embarcarse en el estudio de aquella práctica desacreditada por la sociedad médica gala largos años atrás. Como bien lo reseña Paul Bercherie,

“en la primera mitad del siglo XIX, el movimiento magnetista presentaba características bastante homogéneas. Se trataba de un conjunto de investigaciones, de prácticas de intención curativa y de doctrinas explicativas concernientes siempre al sonambulismo o “sueño magnético”, tal como lo había descrito Puységur^{xix}, principal discípulo de Franz Mesmer, introductor de dicha corriente en Francia en la segunda mitad del siglo XVIII.”

En lo que atañe a la propia esencia de las manifestaciones magnéticas, la línea predominante era “fluidista” y admitía la existencia de un fluido magnético, propiedad animal y vital, particularmente desarrollada en ciertos individuos y sometida a su voluntad. La técnica de inducción del sonambulismo dependía en gran medida de estas concepciones: se trataba básicamente de grandes “pases” realizados con las manos que supuestamente inundaban de fluido el cuerpo del paciente, en particular las partes enfermas.

Semejante concepción pre-científica de la hipnosis sólo a partir de 1843 con la *Neurhypnologie* del inglés Braid entra en una fase racional. De este modo, la vertiente fluidista del magnetismo encuentra su continuación científica en la corriente *somatista*: según ésta, la hipnosis constituía un estado especial del sistema nervioso que la mayoría de los autores consideraba una neurosis artificial, experimental. En ese sentido, se pensaba que los pases

“mesméricos” provocaban un anonadamiento, una suerte de embotamiento de los centros nerviosos, objetivada por distintos signos sensorio-motores. Para alcanzar su desarrollo completo esta neurosis hipnótica inducida requería evidentemente una predisposición: Lasègue, uno de los primeros autores franceses en adoptar esta perspectiva, reconocerá dicha diátesis neuropática en la histeria. Posteriormente Richet, a la sazón interno de Charcot en la Salpêtrière en 1875, retomará estas ideas y familiarizará a su maestro con las mismas.

La corriente somatista, al juzgar que los estados hipnóticos eran estados infrecuentes del sistema nervioso, sistematizó las ideas fluidistas de modo tal que descartó la acción de un fluído inmaterial y adjudicó las manifestaciones observadas a peculiaridades fisiopatológicas del organismo. Por el mismo motivo, el poder magnetizador, ahora mero disparador, se tornó secundario y, al quedar relegada la “relación magnética”, quienes la exploraban corrían el riesgo de caer en el engaño de las sugerencias inconscientes: Charcot y sus discípulos no lograrían escapar a una faceta insospechada de los peligros advertidos por Sydenham doscientos años antes.

A partir del otoño de 1878, muñado de las bases metodológicas y conceptuales expuestas en el apartado anterior, Charcot introduce el estudio del hipnotismo encuadrándolo en una revisión de los síntomas previamente descritos de la *hysteria major*. Su acercamiento al tema comienza con un trabajo de diferenciación nosográfica, basado en un doble sistema de criterios, el estado fisiológico del cuerpo y la naturaleza de las posibilidades de sugestión asequibles al observador. Arriba entonces a una tripartición de los fenómenos hipnóticos: en primer lugar, la *catalepsia*, definida por la inmovilidad y la anestesia del cuerpo junto con la “aptitud de los miembros y diversas partes del cuerpo para conservar la postura que se les imprime”^{xx}. Por su parte, la *letargia* se distingue por un fenómeno muscular peculiar, la hiperexcitabilidad -sobre el que volveremos más adelante- y por la posibilidad asociada de inducir contracturas bajo el efecto de una simple excitación mecánica. Esta hiperexcitabilidad subsiste en el *sonambulismo* propiamente dicho, pero asociada esta vez a la capacidad del sujeto de efectuar con los ojos cerrados las órdenes que se le dan.

Este último cuadro hipnótico, suscitará muchos resquemores en Charcot, dado que representa la parte más incómoda de la tradición heredada de los magnetizadores, antaño objeto de sus oscuros fines comerciales. En su comunicación a la Academia de ciencias en 1882, nuestro autor muestra sus reservas pero, finalmente, anuncia una vía de abordaje posible de este terreno espinoso:

“este estado corresponde más particularmente a lo que se ha denominado sueño magnético. Los fenómenos que se pueden observar allí son muy complejos. No son fáciles de analizar, y varios de ellos parecen difíciles de interpretar dado el estado actual de nuestros conocimientos fisiológicos (...) Sin embargo, nos hemos esforzado en determinar los caracteres de orden neuromuscular, relativamente fáciles de observar, que separan claramente los estados letárgico y cataléptico del estado sonambúlico”^{xxi}.

Desbordado por sus recelos positivistas al adentrarse por estos parajes extraños de la histeria, en un doble movimiento, Charcot, por un lado, relegará los problemáticos fenómenos sonambúlicos –entre los que se destaca la parálisis psíquica, que cobrará un rol decisivo en el giro epistémico posterior- y, por otro, va a hacer de la mencionada “sobreexcitabilidad muscular” que particulariza a la letargia, la vía de abordaje de esta tierra ignota de la histeria. Subraya que la verificación regular de esta anomalía “constituye una suerte de prueba anatomo-fisiológica que pone al observador a salvo de toda intervención voluntaria de parte del sujeto, excluyendo en una palabra toda sospecha de simulación”^{xxii}. Semejante salvoconducto fisiopatológico le permite caracterizar al estado letárgico como una “ventana” -en la que los fenómenos psíquicos son nulos o muy incompletos- desde la que puede atisbarse la afectación del nivel más elemental de la fisiología del sistema nervioso, en términos de un “incremento funcional del centro medular”. Vemos cómo este rasgo clínico le permite a Charcot anclar los fenómenos del hipnotismo en el mecanismo fundamental de la maquinaria nerviosa y, en tanto paradigma, lo conduce a pensar la causa de las manifestaciones catalépticas y sonambúlicas en términos de una participación creciente de centros corticales superiores. De este modo, la influencia recíproca entre la actitud impartida a los miembros y el aspecto fisionómico por acción de agentes mecánicos o eléctricos durante los episodios catalépticos inducidos por hipnosis supone para el maestro de La Salpêtrière la movilización de las funciones integradoras corticales, expresión de un *automatismo cerebral* o *cerebración inconsciente*. Este será el modelo de

referencia en la confrontación posterior de Charcot con los automatismos sonambúlicos incitados artificialmente bajo hipnosis, fenómenos que involucran funciones mucho más complejas aún que las implicadas en la coordinación cataléptica: la reflexión o la ideación.

Charcot, a pesar de sí mismo: hacia una teoría psíquica de la histeria

Nos internamos ahora en la última etapa de la exploración de Charcot de la clínica de la histeria. Intentaremos cernir sus hitos principales, aquellos que desembocan en el descubrimiento del elemento psíquico en juego en el traumatismo. Recordemos en primer lugar que este último se impone desde 1877 en tanto la “acción mecánica” capaz de desencadenar los accidentes de histeria local, en particular la contractura permanente, y de proveer de este modo “la primera revelación de la diátesis histérica hasta ese momento latente”^{xxiii}. La desproporción de los efectos causados por débiles excitaciones de diversos órdenes, entretanto se ha convertido en uno de los indicios más seguros de que estamos ante una histeria traumática. Por ello, lo que en verdad constituirá una novedad en 1885 no es el *hecho* del traumatismo – conocimiento firmemente establecido-, sino la *explicación de su modo de acción*, el esclarecimiento de lo que media en el intervalo entre la fragilidad de la causa y la espectacularidad de los efectos.

El siguiente elemento a tener en cuenta es la irrupción de la histeria masculina en La Salpêtrière a partir de 1880: en primer término, por una razón fáctica, dado que todos los casos a propósito de los cuales Charcot develará la parte psíquica del traumatismo en 1885 son casos de histeria en el hombre. En segundo lugar, por las consecuencias favorables que implica para los argumentos etiológicos de Charcot y sus discípulos: la tesis de la histeria viril confirma y fortalece la centralización de las concepciones de la neurosis en el sistema nervioso.

Sin embargo, el factor decisivo, la piedra de toque en lo que concierne al famoso descubrimiento de 1885, provino del lado de las *parálisis psíquicas*, las parálisis por sugestión experimental obtenidas en el tercero de los estados hipnóticos, el sonambulismo.

Habíamos mencionado anteriormente la posición peculiar de Charcot frente a estos hechos clínicos: durante varios años omite incluir referencia alguna a tales manifestaciones histéricas en sus publicaciones en la prensa médica oficial, dividido entre una clínica cuyos rasgos diferenciales no logra asir y una apertura teórica que se le impone. Es que estas parálisis sugeridas vuelven perentoria la necesidad de comprender los canales por los que la ideación interviene en el funcionamiento corporal. Lo que implica a su vez un inevitable desvío hacia la psicología así como la actualización del problema de su diagnóstico clínico diferencial con las parálisis orgánicas. La perplejidad vacilante de Charcot será sacudida finalmente por las conclusiones a las que arriba Hippolyte Bernheim en su obra de 1884 *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Este escrito, en sí mismo consecuencia de las repercusiones de la exploración de las manifestaciones hipnóticas llevadas a cabo por Charcot desde 1877, plantea una radical extensión del campo de la hipnosis que rechaza sin ambages su reducción al ámbito de la patología. Por el contrario, propone considerar al hipnotismo como la expresión particular de una propiedad mucho más vasta, la *sugestibilidad*, que dependería a su vez de una ley general de la actividad mental: la tendencia de la idea acogida en el cerebro a transformarse en acto, que más tarde denominará “ideo-dinamismo”.

La réplica de Charcot no se hace esperar; cuestionado tanto en sus procedimientos como en sus conclusiones, el futuro maestro de Freud se embarca junto con sus discípulos en un intento por responder a este desafío llevando el problema al terreno que él domina: retoma el estudio de las arrumbadas parálisis sugestivas y se propone hallar sus rasgos clínicos diferenciales. El razonamiento que lo guía es el siguiente: si las parálisis psíquicas no son del mismo orden que las orgánicas es porque dependen de un estado especial, de una condición patológica aparte que define precisamente a la histeria y que debe reflejarse en una clínica intrínseca específica.

Durante el resto de aquel agitado año de 1884, Charcot y su equipo intentan vanamente hallar los signos distintivos que permitan discernir una parálisis sugerida de una orgánica. El modelo explicativo que aquel propone en vistas de estos decepcionantes resultados iniciales está influenciado por sus trabajos contemporáneos sobre la afasia:

“es probable, dice Charcot, que bajo la influencia de la sugestión transmitida por el oído el brazo derecho se paralice; que se produzca una imagen visual de la parálisis del brazo y también una imagen motriz negativa de los movimientos del brazo; que bajo la influencia de la idea fija, impuesta, los elementos celulares donde se asientan las representaciones internas de los movimientos del brazo se paraliquen como consecuencia de un fenómeno de detención. La enferma ha perdido momentáneamente la noción de lo que hay que hacer para mover voluntariamente el brazo. Ya no puede actuar sobre las células motrices de los centros corticales del brazo, y las células permanecen inertes, casi como destruidas por lesión”^{xxiv}. Prestemos atención en este punto: es la idea de una *lesión* la brújula que orienta su razonamiento. “Es tan cierto, explica Charcot, que el centro cortical de los movimientos del miembro está profundamente lesionado – si bien en forma temporaria, que los rasgos objetivos de estas parálisis por sugestión no difieren de los de las parálisis corticales por lesión destructiva”^{xxv}.

A pesar de su carácter reversible, que lleva a Charcot a calificarla de “lesión cortical dinámica”, no por eso deja de ser el equivalente exacto de una lesión física establecida, ya que causa idénticos efectos. La analogía de causas es pues el corolario de esta aparente correspondencia de los fenómenos: de esta manera, por un momento, parece triunfar una vez más el antiguo mito del proteo, espíritu engañoso que extravía a los médicos incautos.

Sin embargo, la carta decisiva en este duelo científico llega de la mano de la exploración de un caso de histeria traumática, en el marco del ciclo de clases que Charcot consagra a la histeria en el hombre en marzo de 1885.

En razón de problemas médico-legales vinculados a las secuelas de accidentes de trabajo o de choques de trenes (*Railway –Spine*), el diagnóstico de las histerias desencadenadas por traumatismos paulatinamente ha cobrado mucho interés. Es en este contexto que nuestro autor presenta, entre otros, el caso de un albañil de 18 años, víctima de una caída, que sufre desde entonces de una parálisis del brazo izquierdo. Dicho síntoma atrae la atención de Charcot quien, finalmente, logra discernir en él un conjunto de cualidades clínicas que no se corresponden con ninguna causa orgánica (articular, braquial, espinal o cortical): ausencia de atrofia muscular y de modificación de las reacciones mio-eléctricas en una parálisis de varios meses de evolución, restricción extrema de

la parálisis a un segmento del cuerpo, con anestesia profunda y pérdida total de las nociones del sentido muscular.

La curación repentina de esta impotencia motriz durante las exploraciones médicas, al despertar de un ataque epileptoide, confirma el diagnóstico de histeria y su reproducción posterior durante un ejercicio de hipnosis le permite a Charcot disipar finalmente sus dudas: es posible diferenciar las parálisis histéricas -que son el equivalente de las parálisis psíquicas- respecto de las parálisis orgánicas.

El hallazgo de los rasgos fenoménicos específicos, susceptibles de ser reproducidos experimentalmente en los “sujetos sumergidos en el estado de hipnotismo” vuelve a plantear interrogantes sobre la naturaleza del “dinamismo” en juego. En este sentido, el paso que da el maestro de la Salpêtrière para despejarlos es vincular patogenia traumática y patogenia sugestiva. Mediante una operación de síntesis, en el mes de mayo de 1885 encuentra este “agente análogo” en la hipótesis de la *sugestión por un golpe*: de este modo, el accidente, a causa de la emoción o el “shock nervioso” que provoca, otorga eficacia patógena a una idea, surgida en un estado mental equivalente al estado cerebral de las histéricas en sonambulismo.

Charcot, a pesar de sí mismo, se embarcará definitivamente en la profundización de este “desvío psicológico”: en los meses siguientes, se consagra a la corroboración clínica y experimental, una y otra vez, de estos descubrimientos que anuncian, más allá del reino de la neurología, una articulación clínico-etiológica inédita. El hilo conductor de estas clases, en las que el maestro vuelve de modo insistente sobre los mismos puntos, no pasará inadvertido para uno de sus pasantes extranjeros recién llegados:

“Así, uno lo veía primero perplejo ante nuevos fenómenos de interpretación difícil; podía seguir los caminos por los cuales buscaba avanzar hacia la inteligencia de esos fenómenos, estudiar el modo en que comprobaba y superaba dificultades, y notar, con sorpresa, que no se cansaba nunca de considerar un mismo fenómeno hasta obtener su concepción correcta mediante este trabajo de sus sentidos, que una y otra vez emprendía, y siempre sin prejuicios”^{xxvi}.

En efecto, Sigmund Freud, cuyo “tema escogido” de estudio al llegar a París era la anatomía del sistema nervioso, sufrirá los efectos de este encuentro con el tenaz deseo de saber de Charcot sobre la histeria: al volver a Viena dará la

espalda a la neurología y se encaminará hacia la psicopatología. Durante su estancia en La Salpêtrière, Freud asiste deslumbrado al trabajo del maestro quien, con febril entusiasmo, perfecciona las nociones recientemente adquiridas a partir del examen de varios casos de histeria traumática masculina. Uno de ellos, Joseph Le Logeais, posibilita a Charcot aprehender de modo particularmente nítido el trabajo psíquico, la “elaboración mental inconsciente” –como él la llama- que acciona detrás de los accidentes histéricos. Nos detendremos en este ejemplo clínico para caracterizar el punto culminante de las articulaciones clínico-teóricas que, al decir de Marcel Gauchet, hizo del maestro un hombre-frontera: aquel que, sin trasponer el umbral, indica que hay un límite por cruzar.

Logeais, mandadero de veintinueve años, es atropellado por un automóvil. Inconsciente por la conmoción cerebral, es internado en un hospital. Una vez restablecido, vuelve a su casa y tiempo más tarde tiene un ataque y entra en coma. Una semana después despierta con una parálisis de ambas piernas. Dicho síntoma desaparecerá a los pocos meses, luego de su paso por La Salpêtrière, tan abruptamente como irrumpió. Más allá de esta cualidad paroxística, así como de los rasgos clínicos diferenciales que ahora despeja sin dificultades, lo llamativo para Charcot es otra cuestión: el caso permite captar el proceso de “autosugestión” en marcha con plena nitidez. Encuentra un índice de ello, en primer lugar, en una discrepancia. A pesar de no conservar ningún recuerdo de las circunstancias del accidente dada la conmoción cerebral, contra toda evidencia, Le Logeais está convencido, incluso obsesionado, con la idea de que el automóvil le pasó por encima. Además de este elemento, Charcot toma nota de la latencia entre el siniestro y la irrupción de la paraplejía para, finalmente, concluir que es el accidente tal como “lo soñó e inventó inconscientemente” y no tal como se produjo, lo que originó la parálisis. De este modo, sobre un trasfondo de amnesia, aduce, se produjo “una suerte de incubación, de elaboración mental inconsciente” sobre la base de las propias sensaciones del cuerpo lastimado”^{xxvii}.

A pesar del viraje en el vocabulario de Charcot, y de rozar el problema de una actividad subjetiva a espaldas del sujeto, el peso explicativo de la *cerebración inconsciente* sigue incólume permitiendo que este argumento se eleve ahora

hasta el nivel de la ideación. Referencia teórica privilegiada cara al paralelismo psico-físico, el modelo del arco reflejo alcanza entonces su máxima extensión en la inminencia del ocaso de su hegemonía. Pero resta aún que nos detengamos en una posible contracara de esta postrera interpretación neurológica de la clínica histérica.

En su prólogo a la traducción de las *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, Freud recuerda en 1894 haber “oído decir a Charcot: “*Je fais la morphologie pathologique, je fais même un peu l’anatomie pathologique; mais je ne fais pas la physiologie pathologique, j’attends que quelqu’un autre la fasse*”^{xxviii}. Esta frase resulta curiosamente premonitoria, a la luz de la invitación que Charcot realiza a Freud antes de su partida a Viena: la escritura de un artículo para los *Archives de neurologie* sobre la álgida y determinante comparación de las parálisis orgánicas y las parálisis histéricas. ¿A dónde apuntaba realmente este encargo del maestro que, según Marcel Gauchet, “instalaba a Freud en el centro de su problemática”? La pregunta se impone dado que el propio Charcot ya contaba para esa altura con los elementos clínicos diferenciales que permiten reconocer las parálisis de origen neurótico. Puede encontrarse una respuesta tentativa a partir de la lectura del fruto de ese pedido, que finalmente verá la luz en 1893: formado en la escuela alemana, el futuro inventor del psicoanálisis, a diferencia de su colega francés, no retrocede ante la necesidad de comenzar a construir una “fisiopatología” nueva. Tras presentar de manera sistemática uno a uno los rasgos diferenciales del fenómeno en cuestión -en lo fundamental ya señalados por Charcot-, da el paso que su maestro esperaba de algún otro, y se ocupa de caracterizar la “lesión funcional o dinámica” en su sentido propio de “alteración de la función o de dinamismo”. La misma sería entonces para Freud la abolición de la accesibilidad asociativa de la concepción vulgar, trivial, de brazo, por ejemplo. Como elemento central de esta psicopatología en ciernes, subraya que tales representaciones pueden ser inasequibles en proporción a su valor afectivo, sin hallarse destruidas y sin que su sustrato material (el tejido nervioso de la corteza cerebral) se encuentre lesionado. Vemos cómo, a la vez que introduce los primeros postulados del funcionamiento del aparato psíquico (la indestructibilidad de las huellas mnémicas y su variable investidura de afecto), Freud establece el sisma

definitivo entre la naturaleza del síntoma histérico y la de los de verdaderos padecimientos neurológicos.

El crepúsculo de la histeria: de su versión psicológica al nacimiento de la esquizofrenia.

El resto de los discípulos de Charcot, tras la muerte del maestro, dará forma al concepto de la histeria psicológica. Entre ellos, Janet postula ya en 1892, en su obra “el estado mental de los histéricos”, que sus manifestaciones dependen de una disociación de la personalidad, del surgimiento de ideas fijas “subconscientes”, “parásitas”, que atestiguan una “fractura mental” originada en un déficit por predisposición neuropática. Según su doctrina, semejante escisión de la conciencia, es un rasgo primario de la alteración histérica. Tiene por base una endebles innata de la aptitud para la síntesis psíquica; así, tal estrechamiento del “campo de conciencia”, en su calidad de estigma psíquico, testimonia la degeneración de los individuos histéricos. Este punto de vista, que continúa la vieja tesis de Morel, resulta contrario al que sustenta Freud, para quien la escisión es siempre secundaria y, en la histeria de defensa, “consecuencia de un acto voluntario del enfermo”. En lo que atañe a la dirección del tratamiento, en oposición a la rememoración de una representación inconciliable que lleva a la cura por abreacción de un exceso de afecto, se pone de relieve el carácter intervencionista, disciplinario de la estrategia terapéutica sustentada por Janet, la sugestión, que apunta a suturar la desagregación de un yo desfalleciente.

Al final de la época clásica, comienza entonces el eclipse de la histeria cuyo desenlace encontramos en la cuasi disolución de la categoría ante la extensión abusiva de la esquizofrenia, baluarte de la naciente era psicodinámica. Este último hito tiene como protagonistas a dos representantes conspicuos de la psiquiatría alemana finisecular, Emile Kraepelin y Eugen Bleuler.

En su abordaje de lo que denomina “locura histérica”, tanto en sus lecciones clínicas como en la sexta edición de su tratado de psiquiatría, Emile Kraepelin propone un cuadro clínico sumario en el que destaca dos rasgos cardinales:

“primero, la aparición y desaparición en forma de ataques de cierto número de trastornos de diverso género; segundo, el hecho de que sean influidos por agentes extraños. Estos dos caracteres nos indican en seguida con absoluta certeza que el caso en estudio pertenece a la enfermedad conocida con el nombre de *histerismo*.”^{xxix}

En cuanto a la causa de tal estado mórbido, la posición del llamado Kaiser de la Escuela Alemana privilegia la etiología endógena constitucional cerebral, en desmedro de las causas ocasionales –vehiculizadas por una idea con eficacia patógena- que cumplen el rol de mero disparador de una disposición patológica hereditaria latente:

“Su naturaleza creo que debe basarse en que todos los trastornos del *terreno mental* se producen con sensaciones intensas sumamente exageradas por el intermedio de las ideas. No hay ninguno de los varios aspectos con que se nos presenta el histerismo que no pueda ser ocasionado por un choque emocional violento. Todo lo morboso aquí es el hecho de que los trastornos aparecen aun cuando no haya habido causa, o sólo por fútil motivo, a condición de la excitación emocional.”^{xxx}

Tal perspectiva psicogenista sobre la histeria, que ya apela de manera explícita a las ideas de Moebius^{xxxi}, resulta una nota discordante en esta edición de 1899 del *Lehrbuch*, punto cumbre del paradigma clínico-evolutivo. Sin embargo, la fuerte reacción psico-dinamista contra la noción clásica de “entidad mórbida”, hará precisamente de los conceptos de Moebius una de sus pilares: no es de extrañar entonces que los conceptos ya referidos cobren un valor paradigmático y se repitan prácticamente sin cambios en las dos últimas versiones de esta obra de referencia. Cabe insistir finalmente en algunos aspectos significativos de la mirada de Kraepelin sobre la histeria, relacionados quizás en parte con su perspectiva sintética, panorámica de la clínica. En primer lugar, el valor de sello distintivo que reciben tanto la *exageración* sintomática como la *insignificancia* de los estímulos disparadores. Si a esto sumamos que, en relación con diversas patologías psiquiátricas, para el autor el diagnóstico diferencial se basa solamente en *los signos positivos de los demás cuadros*, tenemos pues testimonio suficiente del precoz olvido del rico legado nosográfico de la Escuela de La Salpêtrière.

Eugen Bleuler, en su monografía de 1911 dedicada a la esquizofrenia, no hará más que profundizar esta perspectiva. En su delimitación de la entidad, otorga todo el peso a un criterio psicopatológico, la escisión de la vida psíquica, en desmedro de la pauta clínico-evolutiva. De este modo, la *ininteligibilidad* de los actos, los afectos o los dichos del enfermo, expresión clínica de la *spaltung*, se torna entonces el rasgo fenoménico privilegiado que distingue a la esquizofrenia. La elevación de la sola falta de sentido, de la incoherencia al rango de peculiaridad excluyente de la vida anímica esquizofrénica tuvo como consecuencia predecible la pronta asimilación de la histeria como una de las posibles presentaciones de la esquizofrenia. Lo evidencian las palabras que el autor le consagra al problema del diagnóstico diferencial:

“Sólo se diagnostica histeria (...) cuando un examen cuidadoso revela síntomas histéricos (...), y no hay evidencia alguna de síntomas esquizofrénicos. La prueba de la presencia de síntomas histéricos no excluye la posibilidad de esquizofrenia, así como no excluye la posibilidad de la presencia de ninguna otra enfermedad.”^{xxxii}

Asimismo, la acentuación solapada de la desadaptación y el capricho como rasgos característicos en las descripciones que hace Kraepelin de las histéricas, “perpetuas rémoras de las familias y los médicos”^{xxxiii} llega a la caricatura en el ejemplo al que recurre Bleuler para ilustrar su polémica categoría de “esquizofrenia simple”:

“En los niveles más altos de la sociedad, el tipo más común [de esquizofrenia simple] es el de la esposa (en un papel muy desdichado, podemos decir) que es insoportable, rezonga y regaña constantemente, siempre plantea exigencias pero nunca reconoce deberes.”^{xxxiv}

Semejante empobrecimiento de la clínica de la histeria y su confusión con la de la psicosis no pasarán desapercibidos para Freud. En tal sentido, en su ensayo sobre las memorias del Dr. Schreber, no deja de subrayar este extravío:

“la designación de “esquizofrenia” propuesta por Bleuler para ese mismo grupo de formas (...) prejuiza demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría y que, por añadidura, no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial”.^{xxxv}

La elección del término refleja en realidad la adhesión del psiquiatra de Zurich - a pesar de su declamada lealtad a las ideas freudianas- a las posiciones de Janet, para quien la “fractura mental”, como vimos anteriormente, suponía una

predisposición orgánica. Es justamente en este texto contemporáneo de la monografía de Bleuler, donde Freud, por el contrario, sienta las bases de una reformulación nosográfica, más allá de la común escisión de la vida psíquica, de las antiguas modalidades patológicas de la defensa. A partir de una redefinición del mecanismo psíquico, así como de distintas y novedosas declinaciones de la etiología sexual, la segunda clasificación freudiana se ve así consolidada por una ajustada trabazón de criterios clínicos, etiológicos y terapéuticos.

Reseña sobre los antecedentes psiquiátricos de la neurosis obsesiva

Por su lado, y a diferencia de la histeria, la obsesión como entidad clínica sólo tenía unas pocas décadas de vida en el campo de la medicina antes de que Freud iniciara sus trabajos sobre el tema.

Tenemos una temprana descripción de lo que, sesenta años más tarde, Freud va a delimitar como neurosis obsesiva, en el relato de los peculiares padecimientos de *Mlle. Françoise* que nos ha legado Etienne Esquirol. Este discípulo de Pinel, representante del paradigma de la alienación mental, se dedicó a detallar y profundizar la nosografía de su maestro. Uno de sus aportes originales es la creación de “la gran clase de las *monomanías*, que reagrupa todas las afecciones mentales que sólo afectan parcialmente a la mente, dejando intactas las facultades, a excepción de la lesión focal que constituye toda la enfermedad”^{xxxvi}. Dentro de este grupo controvertido, distingue, junto a otras dos variedades, las monomanías afectivas o razonantes “en las que el trastorno del carácter, de la afectividad y del comportamiento están sostenidos por capacidades de razonamiento y de racionalización intactas”^{xxxvii}. Entre ellas ubica el caso que citaremos a continuación: el carácter parcial de esta forma de locura, junto a las ideas y actos incoercibles que invaden paulatina e inexorablemente la vida de esta enferma de 34 años bajo la forma de paroxismos recidivantes, son retratadas de manera muy clara por Esquirol:

“F. iba con frecuencia a casa de una tía, sin llevar sombrero y con un delantal que usaba habitualmente. Un día, a la edad de 18 años, sin causa conocida, al salir de la casa de su tía, fue presa de inquietud al pensar que podía haberse llevado sin querer algún objeto en los bolsillos del delantal. A partir de ese momento no vistió más el delantal cuando iba a visitar a su tía. Empezó a tardar cada vez más para hacer las cuentas y las facturas por temor a cometer algún error, escribir una cifra por otra y, en consecuencia, perjudicar a los compradores. Más adelante, temía, al tocar el dinero, retener entre sus dedos algo de valor. Vanamente se le objetó que no podía retener una moneda sin darse cuenta y que el contacto de sus dedos no podía alterar el valor del dinero que tocara. Es cierto –respondía– mi inquietud es absurda y ridícula, pero no puedo defenderme de ella. F... debió dejar el negocio. Poco a poco las aprehensiones aumentaron y se generalizaron. Cuando tocaba algo, sus inquietudes se despertaban y lavaba sus manos con abundante agua. Cuando sus vestidos rozaban cualquier cosa se inquietaba y atormentaba. En cualquier lugar que estuviera prestaba mucha atención a no tocar nada ni con sus manos ni con su ropa. Entonces, F... contrajo un hábito singular: cuando tocaba algo, cuando sus vestidos entraban en contacto con un mueble u otro objeto, cuando alguien entraba a su departamento o ella misma entraba de visita, sacudía vivamente sus manos y frotaba los dedos de cada mano unos contra otros como si tratara de sacarse una materia muy sutil escondida bajo sus uñas (...) Luego de varios períodos de remisión y de exasperación, repetidos durante varios años, reconociendo que los consejos de sus padres, de sus amigos y de su propia razón eran impotentes para aliviarla, decidió, en noviembre de 1830, viajar a París para tratarse”^{xxxviii}.

A pesar de la nitidez y precisión con que el autor supo pintar los rasgos esenciales del cuadro, el mismo no tendrá para él y sus contemporáneos un valor paradigmático. Es que el criterio puramente sintomático y sincrónico – basado en un único rasgo central, el carácter “razonante”- que vertebra la clase, conduce, como consecuencia, a “una reunión artificial de hechos incoherentes, pertenecientes a categorías diversas (...) confundidas bajo un mismo nombre”^{xxxix}. Tal es la crítica formulada en 1866 por Jules Falret al viejo taxón de Esquirol. Por ende, aquel autor propone desmembrarlo en “verdaderas especies naturales”, conforme las enseñanzas de su padre. De las ocho categorías que desprende, tres constituyen descripciones bastante originales: una de ellas es la locura histérica, que hemos comentado previamente, y las restantes comprenden una primera delimitación de dos facetas de la clínica obsesiva:

- La hipocondría moral con conciencia, en la cual, sobre un fondo de pesimismo y de postración, se desarrolla un estado en el que el mundo exterior pierde su atractivo y el sujeto se siente indiferente a todo, incapaz de actuar, sin energía. A esto se agregan crisis de terror y obsesiones impulsivas con escasa perturbación de la inteligencia, acompañadas por permanentes manifestaciones de ansiedad.

- La “alienación parcial con predominio del miedo al contacto con los objetos exteriores (locura de duda y locura de tocar)”, cercana a la anterior.

Del privilegio acordado a la primera vertiente surgirá, treinta años después, la psicoastenia de Pierre Janet; a partir del valor conferido a la segunda, Freud construirá la neurosis obsesiva. A pesar de sus numerosas semejanzas superficiales, las categorías delimitadas por estos condiscípulos de Charcot entrañan diferencias tajantes tanto en el registro clínico como en el psicopatológico y el terapéutico. Volveremos sobre ello más adelante.

Aquel mismo año, J. Falret intenta trascender el registro de lo meramente descriptivo mediante el aislamiento del “hecho psicológico que constituye su fundamento principal”: la duda, el estado de irresolución. Al respecto, sus palabras son contundentes:

“El verdadero trasfondo de esta enfermedad consiste sobre todo en volver incesantemente sobre las mismas ideas y sobre los mismos actos, experimentando de continuo la necesidad de repetir las mismas palabras o de realizar los mismos actos sin conseguir jamás satisfacerse o convencerse, ni siquiera ante la evidencia. Estos enfermos viven en un estado de duda perpetuo y no logran detener ese trabajo incesante de su pensamiento que se ensaña constantemente consigo mismo, sin llegar nunca a un resultado definitivo. Por eso mi padre propuso con razón darle a este estado mental el nombre de locura de duda (*folie du doute*) para resumir en su forma más general el hecho psicológico que constituye su fundamento principal”^{xl}.

Como veremos más adelante, cernir la fórmula psicológica (locura de duda) fue un paso significativo aunque no suficiente para dividir las aguas con las especies de la locura cuyo modelo se basaba en perturbaciones del registro de lo mental, en la alucinación y el delirio. Tanto este autor como Henri Le Grand du Saulle, que realiza una descripción acertada de la obsesión en su texto “La locura de duda con el delirio de tacto” de 1875, hechan mano del caso de Esquirol, la Srta. F., otorgándole un valor arquetípico para convalidar sus respectivas propuestas nosográficas. Este reconocimiento tardío del valor diferencial del caso nos anuncia que, definitivamente, los rasgos clínicos esenciales de la futura neurosis han sido encontrados. Por su lado, Le Grand du Saulle acentúa la perspectiva diacrónica al considerar la enfermedad desde un ángulo histórico: define tres períodos -vertebrados por su síntoma principal y primario, la duda-, que desembocan en un estado de sufrimiento extremo,

intolerable para el propio enfermo, signado por la insociabilidad y el aislamiento, dado que la duda invade todos sus pensamientos y sus actos cotidianos.

Además, ambos autores advierten otras particularidades del cuadro clínico que contribuyen a diferenciarlo del grupo de los delirios: en primer lugar, coinciden en subrayar que su presencia en los asilos de alienados es excepcional y que, por el contrario, prevalece en la consulta externa, a la que estos enfermos acuden espontáneamente. En segundo término, destacan que “esta afección se acompaña generalmente de síntomas físicos y en particular de fenómenos de histeria o de hipocondría”^{xli}.

A pesar de haberse reunido todos estos elementos, tanto en la escuela francesa como entre los autores de lengua alemana –para quienes se trata de un mero síndrome susceptible de aparecer asociado a diversas especies mórbidas-, la obsesión no logra ser extraída del campo de la locura. ¿Cuál es la razón de esta aparente ceguera? Justamente, en el campo de la clínica de la mirada, la imposibilidad de “ver” la brecha existente entre la obsesión y las distintas formas clínicas de la psicosis así como su parentesco con la histeria, reside, no en una razón accidental, sino en una condición necesaria.

Este impasse es una consecuencia obligada del uso del método descriptivo de la psiquiatría. Aquel viejo precepto de Sydenham, que abogaba por una descripción fidedigna de los fenómenos naturales desprovista de toda hipótesis causal, cuya fecundidad inicial atestiguan Pinel y sus seguidores, finalmente encuentra los límites de su propia ingenuidad. Es que, en la medida en que los síntomas predominantes, de lo que Freud delimitará como neurosis obsesiva, surgen en el registro de lo mental, la psiquiatría no pudo concebir la posibilidad de hablar de “neurosis” obsesiva. Aquí impera una oposición psiquiátrica cuerpo – mente que no es una oposición freudiana. Como bien lo subraya Roberto Mazzuca, “la oposición cuerpo – mente, soma – psique, es una oposición prefreudiana y sobre ella la psiquiatría ubicaba la diferenciación neurosis – psicosis. Por el contrario, Freud reúne en el mismo grupo - neuropsicosis primero, psiconeurosis después-, la histeria y la obsesión.”^{xlii}

Freud podrá dar el paso de reunir lo que, a la sola observación, es tan distinto (los padecimientos corporales de la histeria y las perturbaciones del pensamiento que se le imponen al obsesivo), porque no construye su nosología a partir de un simple inventario de síntomas. Su teoría de la neurosis implica, por el contrario, un reordenamiento novedoso de los fenómenos a partir de su articulación con la terapia analítica en el marco de la transferencia y el postulado de un mecanismo psíquico común de formación de los síntomas. Para concluir nuestro recorrido en relación con los antecedentes psiquiátricos de la neurosis obsesiva, abordaremos a continuación la concepción de Pierre Janet, ejemplo acabado de la consideración médica de este síndrome en la era psicodinámica.

En su obra de 1908 “Las obsesiones y la psicastenia”, Janet propone una descripción clínica de la “enfermedad de los escrúpulos” - privilegiando la vertiente hipocondríaca de la categoría anteriormente delimitada por J. Falret-, una interpretación psicológica de la misma e indicaciones terapéuticas. A partir de numerosas observaciones, establece “una gran psicosis-neurosis sobre el modelo de la epilepsia y de la histeria”^{xliii}: en contraste con el fondo de los estigmas, necesarios, aparecerán los síntomas, contingentes. Estos últimos son para el autor de dos tipos: por un lado, las *ideas obsesivas*, caracterizadas por su permanencia repetitiva, su inacabamiento (no se “realizan” ni en la acción ni en la alucinación o el delirio) y por un contenido azaroso; por otra parte, las *agitaciones forzadas*, consistentes en actos mentales exagerados o inútiles (escrúpulos, ideas de reparación, y dudas obsesivas), motores (tics, agitaciones) o emocionales (angustias y fobias). Todas estas manifestaciones accidentales viene a colmar el vacío dejado por la supresión (en razón de un déficit sobre el que volveremos más adelante) de la respuesta adaptada a la situación vivida.

Por su parte, los estigmas, de naturaleza deficitaria, definen el fondo mental permanente y abarcan dos variedades de “insuficiencias”:

- Insuficiencias fisiológicas, para las cuales la descripción de la neurastenia conserva su validez.
- Insuficiencias psicológicas: Según Janet, el psicasténico es un abúlico inquieto, escrupuloso por precaución, dependiente por necesidad, cuya

afectividad es superficial y egocéntrica y sus realizaciones intelectuales son obstaculizadas por la resistencia mediocre de su atención. Los *sentimientos de incompletud* son la expresión, para el autor, de una autocrítica peyorativa, en parte justificada; representan la vertiente subjetiva de las insuficiencias mencionadas. En su forma extrema, pueden tomar la forma de sentimientos de irrealidad o de despersonalización.

Esta constelación clínica encuentra su justificación en una concepción psicopatológica unificadora: el trastorno fundamental es, para el autor, un déficit en la denominada *función de lo real*, testimoniado por las insuficiencias y reflejado por los sentimientos de incompletud. Dicha función psicológica, última adquisición filogenética que coronaría una particular jerarquía del hacer, permite la llamada “adaptación a lo real” (especie de realización plena, en síntesis ordenada, en una vivencia de unidad personal y de libertad, de las percepciones, creencias, sentimientos y acciones del individuo). En lo que concierne al origen de esta carencia, Janet lo atribuye a una predisposición constitucional no definida, modulada por diversos factores (enfermedad, fatiga, emoción, exigencias sociales).

Esta abigarrada síntesis de la articulación clínico-etiológica que organiza la psicastenia de Janet, nos permite señalar algunas divergencias con la perspectiva freudiana. Si nos centramos en la obsesión, advertimos que, para el primero, la misma conserva el valor de mero “signo semiológico”: Janet no va más allá de cernir sus rasgos formales, desentendiéndose de las representaciones en juego en cada caso, y de su posible relación con la causa de este padecimiento. Esta concepción deficitaria se distancia significativamente de la posición de Freud, para quien todo síntoma neurótico es “indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso represivo”^{xliv}. El síntoma obsesivo, pensado entonces como desenlace posible de un conflicto, tiene para Freud un carácter estructural y a la vez secundario en el tiempo; desde un enfoque rupturista, éste nos invita a rastrear la coyuntura biográfica de naturaleza traumática, momento preciso de la vida del sujeto, a partir del cual la exigencia de satisfacción pulsional y la defensa se anudaron de manera problemática. Por el contrario, Janet consagra los estigmas, las manifestaciones deficitarias

permanentes como el elemento esencial del cuadro, favoreciendo así un punto de vista dimensional en el que, desde un fondo psicasténico inicial común, la enfermedad puede evolucionar hacia el delirio de duda o el delirio sistematizado crónico. Así como la perspectiva de Bleuler diluye las diferencias entre histeria y esquizofrenia, vemos cómo la posición de Janet contribuye a desdibujar los límites entre hipocondría obsesiva e hipocondría psicótica, solapamiento que persiste en las clasificaciones nosográficas actuales.

Colofón

Este capítulo tuvo por objetivo establecer la evolución del concepto de neurosis, en sus vertientes clínica y etiológica, desde los albores de la medicina científica hasta las postrimerías de la edad de oro de la psiquiatría.

En primer lugar, hemos visto cómo, a lo largo del siglo XVII, la noción griega clásica de histeria sufrió una serie de profundas transformaciones: gracias a los aportes de Lepois y Willis, la entidad paroxística uterina se tornó una enfermedad nerviosa en el sentido de Cullen y su clínica se extendió a síntomas pequeños pero permanentes. Luego, en el marco del nacimiento de la clínica, Sydenham forjó en 1681 una noción de histeria que será retomada sin cambios por Charcot dos siglos después: enriqueció el cuadro clínico con la incorporación de perturbaciones del carácter y le atribuyó el valor de una patología funcional de cualquier órgano, cuyo origen estaba en el sistema nervioso. De este modo, la histeria adquirió el estatuto de un Proteo que podía simular cualquier enfermedad y propiciar el engaño del médico.

Luego de Sydenham, en el seno de un movimiento metodológico que se concretaría a fines del siglo XVIII, inspirado en el modelo de la Botánica, desde Pinel a Jules Falret, pasando por Morel y Griesinger, los galenos comenzaron a realizar vanos esfuerzos por hacer pasar a la camaleónica histérica por el tamiz de la ciencia. Finalmente, estos intentos inútiles de atraparla condujeron a juzgarla como una enfermedad “aborrecible” en la que la imitación y el engaño pasaron a ser rasgos del carácter de la enferma.

Posteriormente, acompañamos el derrotero de la histeria en La Salpêtrière. A partir de 1870, Charcot combate con firmeza esta vieja tradición peyorativa: extiende el método nosológico al campo de la histeria, postula la objetividad de sus síntomas y, por último, introduce la concepción de la hipnosis como neurosis artificial de naturaleza histérica. Así, devolvió su dignidad al tema y sentó las bases de la futura reducción al absurdo que Freud operará sobre la noción de la histeria como enfermedad neurológica, allanando el camino a la paradójica idea de una causa psíquica y a la vez, inconsciente.

El resto de los discípulos de Charcot, tras la muerte del maestro, dió forma al concepto de la histeria psicológica. Entre ellos, Janet postuló en 1892 que sus manifestaciones dependían de una disociación de la personalidad, del surgimiento de ideas fijas inconscientes que atestiguaban una “fractura mental” originada en un déficit por predisposición neuropática. Al final de la época clásica, comenzó entonces el eclipse de la histeria por la naciente esquizofrenia, en el atolladero de la era psicodinámica.

Por su lado, y a diferencia de la histeria, la obsesión como entidad clínica sólo tenía unas pocas décadas de vida antes de que Freud iniciara sus trabajos sobre el tema. A partir de 1875, Legrand du Saulle y Jules Falret introdujeron descripciones precisas de este “delirio parcial”, cuadro que abarcaba no sólo las ideas y los actos compulsivos, sino que incluía otra característica que será fundamental para Freud: la duda, el estado de irresolución. Por su parte, Kraepelin brindó un cuadro detallado de lo que él denominaba “locura” obsesiva y lo ubicó, al igual que sus pares franceses, entre los estados psicopáticos degenerativos.

En cuanto a sus vínculos con la histeria, debe subrayarse que, si bien la obsesión compartía con la primera el carácter de neurosis en el sentido de enfermedad “nerviosa”, el método descriptivo de la psiquiatría exigía mantenerlas separadas en el marco de la oposición prefreudiana mente-cuerpo, dado el predominio de los síntomas obsesivos en el registro de lo mental. Sin embargo, el método psicoanalítico le permitirá a Freud en pocos años proponer una nosología que no sólo reúne a la histeria y a la obsesión, fundada en su identidad de naturaleza, sino que también las opone al grupo de

las neurosis, radicalmente reformulado en función de un novedoso y doble registro de la causa: el mecanismo psíquico y la etiología sexual.

Notas de Referencia

- i. BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 22.
- ii. SYDENHAM, T. (1681) *Dissertatio epistolaris ad Guilielmum Cole de observationibus iruperis circa curationem variolarum confluentium nee affectione hysterica*", originalmente en *Opera omnia (editio novísima)*, fragmentos. Typographia Bellooniarum, Venecia, 1735. Traducido por Jorge Saurí y publicado en en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.87.
- iii. Ibíd. p. 90.
- iv. Ibíd. p. 90.
- v. Ibíd. p. 88-89.
- vi. BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 59.
- vii. MOREL, B. (1852) *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, Tomo II, p. 212
- viii. FALRET, J. (1866) *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Baillière, 1890, p. 489-503.
- ix. CHARCOT, J.-M. (1866) *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, en *Oeuvres complètes*, t. VII, Paris, 1889, pp. 2-3.
- x. CHARCOT, J.-M. *Leçons du mardi à la Salpêtrière (1887-1888)*, citado en H. Colin: *Essai sur l'état mental des hystériques*, 1890, pág. 76.
- xi. CHARCOT, J.-M. (1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tomo III, pág. 11
- xii. Ibíd.
- xiii. BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 70.
- xiv. GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, p. 10.
- xv. CHARCOT, J.-M. (1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tomo III, pág. 14-15.
- xvi. Ibíd., pág. 14-15.
- xvii. BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 74.
- xviii. GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, p. 93.
- xix. BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 85.

- xx. CHARCOT, J.-M. (1890) Oeuvres complètes, Paris, t. IX, p. 258.
- xxi. Ibid., p. 303.
- xxii. Ibid., p. 306.
- xxiii. “De l’influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d’hystérie locale”, clase de diciembre de 1877, retomada como apéndice del t. I de las *Leçons sur les maladies du système nerveux*, op. cit., p. 446.
- xxiv. Manuscrito de la clase del 14 de marzo de 1884.
- xxv. Ibid.
- xxvi. FREUD, S. (1886) Informe sobre mis estudios en París y Berlín, en Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1994, Tomo I, p.10.
- xxvii. CHARCOT, J. - M. (1890) Oeuvres complètes, Paris, t. III, p. 455.
- xxviii. En francés en el texto original: “hago morfología patológica, hago incluso un poco de anatomía patológica, pero no hago fisiología patológica; espero que la haga algún otro”.
- xxix. KRAEPELIN, E. (1905) Locura histérica, en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.150.
- xxx. Ibid. p. 150.
- xxxi. “En una palabra, la histeria es un *estado mental* anormal congénito caracterizado, tal como sostiene Moebius, por cambios patológicos del cuerpo producidos por “ideas”. A esto quiero agregar lo que Moebius afirma en otra parte, que estas ideas están *cargadas con emociones*, y frecuentes sentimientos de vago contenido” en KRAEPELIN, E., (1899) Hysterical Insanity, en *Psychiatry A textbook for students and Physicians*, Science History Publications, U.S.A., Vol. 2, p. 382.
- xxxii. BLEULER, E. (1911) Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Editorial Lumen, Buenos Aires, 1993, p. 334.
- xxxiii. KRAEPELIN, E. (1905) Locura histérica, en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.152.
- xxxiv. BLEULER, E. (1911) Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Editorial Lumen, Buenos Aires, 1993, p. 249.
- xxxv. FREUD, S. (1911) Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber), en Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2007, Tomo XII, p.70.
- xxxvi. BERCHERIE, P. (1980) Esquirol, capítulo II de *Historia y estructura del saber psiquiátrico. Los fundamentos de la clínica*. Navarin Editeur, Tournai, p. 34.
- xxxvii. Ibid.
- xxxviii. ESQUIROL, J.E.D. (1838) Des maladies mentales, Ed. Baillière, Paris, p. 361.
- xxxix. FALRET, J. (1866) Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, Baillière, 1890, p. 489.
- xl. FALRET, J. (1866) De la folie raisonnante ou folie morale, en *Annales Médico-Psychologiques*, n° 32-7, p. 382- 431.
- xli. Ibid. p. 416.

- xlii. MAZZUCA, R. (2003) La elaboración freudiana de la neurosis obsesiva, en *Cizalla del cuerpo y del alma. La neurosis, de Freud a Lacan*, Roberto Mazzuca (compilador), Bergasse 19, ediciones, Buenos Aires, 2003, p. 107.
- xliii. JANET, P. (1919) “Las obsesiones y la psicastenia” en *Las obsesiones en neurosis y psicosis*, Graziela Napolitano (compiladora), Colección Clínica y Psicopatología: Los conceptos y su historia. De la campana, 2010, p. 62.
- xliv. FREUD, S. (1925) Inhibición, síntoma y angustia, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992, Tomo XX, p.87.

Bibliografía

- BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Ediciones Paidós, Buenos Aires, 1era edición, 1988.
- BLEULER, E. (1911) Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias. Editorial Lumen Hormé, Buenos Aires, 1993, 539 páginas.
- CHARCOT, J. (1887) “Paralysie hystéro-traumatique développée par suggestion” Leçons du mardi en *L’hystérie*, textos elegidos e introducción por E. Trillat, L’Harmattan, Psychanalyse et civilization, Paris, 1998, 99 -106.
- ESQUIROL, J.E.D. (1838) “El caso de la Srta. F.” en *Historia de la Ansiedad*. Textos escogidos. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2007, p. 177 – 182.
- FALRET, J. (1886) “Las locuras razonantes” en *Las obsesiones*. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1983, p. 47 – 50.
- FREUD, S. (1893) “Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas” en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, 1994, Tomo I, p. 191 – 210.
- GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente”. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.
- JANET, P. (1909) “El estado mental histérico” en *Las Histerias*, II La histeria en el campo de la mirada. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p. 169 – 192.

- KRAEPELIN, E., (1899) *Psychiatry. A textbook for students and Physicians*, Resources in Medical History. Science History Publications, U.S.A., 1990, Vol. 1 & 2.
- LANTERI – LAURA, G. (1991) *Psychiatrie et Connaissance*, Collection Sciences en Situation, Paris, 317 páginas.
- LEGRAND DU SAULLE, H. (1875) “La locura de la duda (con delirio de tacto)” en *Las obsesiones*. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1983, p. 51-60.
- MAZZUCA, R. y otros (2003) *Cizalla del cuerpo y el alma. La neurosis, de Freud a Lacan*. Bergasse 19, Buenos Aires, 414 páginas.
- NAPOLITANO, G. (2010) *Las obsesiones en neurosis y psicosis. Colección Clínica y Psicopatología: Los conceptos y su historia*. De la campana, 2010, 195 páginas.
- SYDENHAM, T. (1735) “La afección histérica” en *Las Histerias*, II La histeria en el campo de la mirada. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p. 87 – 92.

CAPÍTULO III

LA HISTERIA EN EL PSICOANÁLISIS FREUDIANO

*Julieta De Battista, Graziela Napolitano, María Inés Machado y Andrea
López Bonanni*

*“No podéis dar a los conceptos de lo masculino y de lo femenino ningún
contenido nuevo. La diferenciación no es de orden psicológico.” Sigmund Freud*

Introducción

Este capítulo está dedicado a revisar algunas de las distintas modificaciones que fue sufriendo la concepción de la histeria en la obra freudiana: desde el primer encuentro de Freud con la histeria, pasando por la invención de un nuevo método para abordarla - consecutivo de la hipótesis necesaria del inconsciente- hasta su escasa mención como paradigma clínico preponderante de la elaboración teórica después del giro de los años 20.

Recordemos que el devenir de la teoría y la inclusión del factor pulsional en la teorización relegan a la histeria como paradigma clínico para dar lugar a la neurosis obsesiva, cuya presentación pone de relieve el factor pulsional actuante, en tanto la histeria se vuelve opaca para una elucidación de la angustia (Freud, 1926), ya que resuelve el montante pulsional en el “salto de lo anímico a lo corporal” (siempre oscuro para Freud) que caracteriza a la conversión, produciendo en la presentación el cuadro típico de la llamada “*belle indifférence des hystériques*” [bella indiferencia de las histéricas]

Hemos intentado organizar nuestro recorrido metódicamente, a partir de cernir los hallazgos que Freud encuentra, la novedad que instaura con respecto a los

saberes previos y las dificultades que los mismos suscitan, delimitando la modalidad freudiana de resolución de estos y los cambios teóricos y metodológicos que conllevan. Es de destacar que este recorrido presenta entonces una lectura crítica y orientada de la obra freudiana, que considera no sólo los contenidos de la elaboración teórica sino la incidencia de la posición freudiana, en tanto padre del psicoanálisis, en su producción. Esto supone que, tal como lo expresa Cottet (1985) “(...) el conjunto del dispositivo teórico y técnico que produjo está en relación con el deseo de Freud” (P. 12)

Desde esta perspectiva, el trabajo de investigación en psicoanálisis introduce la novedad de incluir una revisión de los prejuicios y saberes previos del creador del psicoanálisis – especialmente los ideales positivistas de la ciencia de su época-, y los obstáculos que su posición produjo en la construcción de la teoría. De esta manera el obstáculo adquiere un rol positivo, de generación de nuevos desarrollos y no meramente negativo, de error a corregir. Se trata entonces de avanzar a partir de cernir las coordenadas de los hallazgos y obstáculos encontrados, otorgando un valor de orientación a los “errores” freudianos.

Este capítulo se propone entonces primeramente reconstruir la configuración de lo que algunos autores consideran la “escena primitiva del psicoanálisis” (Cottet, 1985, P. 23), y que Lacan (1964) llamó “el pecado original del análisis”, debido a las razones estructurales que posibilitaron la creación de un nuevo método a partir del encuentro del deseo de Freud con la histérica, quien por su posición sostiene al padre en su amor por él:

“En efecto, el rasgo diferencial de la histérica es precisamente ése, en el movimiento mismo de hablar la histérica constituye su deseo. De modo que no debe sorprender que Freud haya entrado por esa puerta en lo que en realidad eran las relaciones del deseo con el lenguaje, y que haya descubierto los mecanismos del inconsciente (...) Por eso la histeria nos da la pista diría yo de cierto pecado original del análisis. Tiene que haberlo. El verdadero no es quizá, más que éste: el deseo del propio Freud, o sea, el hecho de que algo, en Freud nunca fue analizado.” (Lacan, 1964, p. 20)

En 1977, Lacan sigue sosteniendo este rol primordial de la histérica en el origen del psicoanálisis:

“¿Dónde quedaron las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N? Ellas jugaron no solamente cierto rol, un rol social cierto, pero cuando Freud se puso a escucharlas, fueron ellas las que permitieron el

nacimiento del psicoanálisis. Es a partir de su escucha que Freud inauguró un modo enteramente nuevo de relación humana.”

La histérica no sabe lo que dice, aun cuando dice con las palabras que le faltan y el inconsciente se origina de esta constatación. (Lacan, 1977)

El primer apartado reconstruye entonces las coordenadas transferenciales en que se produce el viraje freudiano de la neuropatología a la psicopatología de la histeria, que deriva años más tarde en la consecuente formulación del inconsciente como hipótesis necesaria. El principal obstáculo en este punto fue el de la inscripción de lo inconsciente en un registro que no responde a las leyes del sistema nervioso sino a las leyes del lenguaje, un inconsciente cuyo cuerpo es de palabras (Lacan, 1977). Esta novedad conlleva la dificultad de las herramientas teóricas de la ciencia de la época con las que Freud intenta apresar la realidad del inconsciente: hipótesis neurológicas, energéticas y esquemas evolucionistas que responden a una lógica positivista a la que el descubrimiento freudiano resiste. La causalidad ya no es lineal, un recuerdo puede resultar más patógeno que el evento traumático mismo, la materialidad no es la de las neuronas sino la de las representaciones.

El otro obstáculo clave es el de la modalidad de acceso a estas representaciones inconscientes, que lleva a Freud a intentar valerse de la hipnosis aun cuando deba descartar su potencia sugestiva para dar lugar a la palabra del enfermo y su saber no sabido. La innovación del método de la presión sobre la frente-sustituto de la hipnosis-, lo confronta a una nueva dificultad: la resistencia a la asociación, que le presenta la cara dinámica del inconsciente y el juego de fuerzas actuante en la formación del síntoma.

Un apartado especial está dedicado entonces a la creación de un nuevo método de abordaje de los fenómenos histéricos, cuya novedad radica en la inauguración de una modalidad original de lazo social basada en una peculiar relación al decir. La confianza en el determinismo de los síntomas le permite a Freud proponer un método basado en la supuesta libertad de las asociaciones.

Estas novedades clínicas y metodológicas encuentran su expresión en el análisis de un fragmento de tratamiento, el del caso Dora, que no se tratará extensamente aquí sino en el capítulo correspondiente al desarrollo del

historial. El caso permite empero poner en forma la hipótesis de una sexualidad infantil estructuralmente traumática y el papel que las fantasías juegan en la causación de los síntomas. Se instala así una reflexión sobre el doble registro en que se inscribe la causa: por un lado la etiología sexual – la sexualidad como noxa que el aparato anímico tiene que domeñar y por lo tanto causa última de todo síntoma-, por el otro el de los mecanismos de formación de síntoma, equiparable a la dimensión de la patogenia. Los errores que Freud señala en el abordaje del caso demuestran su fecundidad en los nuevos desarrollos – ya en los años 20- sobre las peculiaridades del complejo de Edipo en la mujer y las incipientes articulaciones entre histeria y sexualidad femenina. “*Dark continent*” freudiano que ha requerido de nuevas elaboraciones, por ejemplo las de Lacan en los años 70.

El encuentro con Charcot y la psicopatología de la histeria

Damos inicio al recorrido tomando como punto de partida el viaje iniciático que Freud realizara en 1885. Al momento de dejar Viena, Freud contaba con 30 años y fue becado por seis meses para realizar estudios en París y en Berlín. Se había formado como médico en la tradición universitaria alemana y luego se había volcado a la investigación neuropatológica en el Instituto de fisiología dirigido por Von Brucke. El propósito inicial de su estadía en París era investigar las “atrofias y degeneraciones secundarias sobrevenidas tras afecciones encefálicas infantiles” (Freud, 1886a, p. 8) (1) Sin embargo, la escuela francesa de neuropatología estaba interesada en ese momento en temas que resultaban muy novedosos y quizás algo esotéricos para la escuela alemana: la hipnosis y la histeria - investigaciones que por otra parte despertaban la incredulidad de los científicos alemanes-. Freud elige como sede de su estadía el hospicio de la *Salpêtrière*, un asilo dedicado especialmente a las mujeres que contaba con unas 5000 internas – además de un servicio de consultorios externos para hombres-, condición que aseguraba

una casuística muy variada. Allí, Charcot estaba a cargo de la cátedra de Neuropatología y se dedicaba al estudio de las enfermedades nerviosas crónicas.

Freud destaca en varias oportunidades el influjo que tuvo sobre él la personalidad de Charcot, al punto que al poco tiempo de haber llegado – más precisamente en diciembre de 1885- decide renunciar al trabajo anatómico y volcar su interés a la psicopatología de la histeria. Mucho tuvo que ver en esta decisión el detallismo clínico de los franceses, “la permanente referencia a los enfermos presentados” (Freud, 1886a, p. 9), actitud poco cultivada por la escuela alemana, más propicia a las nosografías y teorizaciones; pero también la figura de Charcot quien transmitía a sus discípulos que la anatomía ya había consumado su obra y la teoría de las afecciones orgánicas del sistema nervioso estaba completa: era el turno de las neurosis. (Freud, 1886a) (2)

Los estudios de Charcot sobre la histeria, como se ha estudiado en el capítulo 2 de este libro, habían permitido sacarla de los prejuicios que pesaban sobre ella: entre otros, su asociación exclusiva al género femenino, la combinación arbitraria de síntomas y su vinculación con la simulación - que en muchos casos derivaba en que no se continuara tratando a la paciente una vez hecho el diagnóstico de histeria-, ubicándola como una enfermedad de pleno derecho que obedecía a una legalidad propia, con signos somáticos reconocibles y cuyo diagnóstico podía hacerse entonces en base a rasgos positivos. Nuevas investigaciones le otorgan a Charcot el rol en la historia de un “hombre bisagra” (Gauchet y Swain, 1997) que permitió el pasaje de la histeria “neurológica” asociada a la femineidad a la concepción moderna de la histeria como enfermedad psíquica generalizable a ambos sexos, dando lugar a un nuevo modelo que ya no es el de la naturaleza sino el del desorden subjetivo.

Freud encontró en Charcot a un gran clínico, entusiasmado especialmente con la descripción por sobre la búsqueda de una explicación fisiológica (Freud, 1886a). Esta formación clínica impactó a Freud, quien consideraba que la misma era insuficiente en Alemania (3):

“He puesto de relieve aquí los conceptos de *entité morbide*, de serie, de tipo y de *formes frustrées* 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.” (Freud, 1887, p. 169)

Pero, ¿de qué clínica se trataba? Era preponderantemente una clínica de la mirada y de la observación metódica de fenómenos, propiciada por los dispositivos implementados para transmitirla, como por ejemplo las presentaciones de enfermos que Charcot realizaba frente a sus discípulos donde abundaban los casos de *grandes hystéries*- forma típica de la enfermedad para Charcot caracterizada por ataques histéricos que atravesaban tres y a veces cuatro fases: la epileptoide, la de los grandes movimientos (posturas en forma de arco, contorsiones y demás movimientos de gran envergadura) y finalmente la fase alucinatoria de las actitudes pasionales-. Se trataba entonces de síntomas muy llamativos y espectaculares: convulsiones, alucinaciones, anestias, hiperestesias, parálisis, afasias, contracturas, llegando incluso al coma; y que tenían la particularidad de presentarse con un carácter de excesividad y extrema movilidad (Freud, 1888). Sumado a esto, llamaba la atención el hecho de que los síntomas no resultaran un estorbo para el paciente, rasgo clínico ya mencionado como *belle indifférence*.

Freud, formado en la tradición alemana e impactado por el abordaje clínico francés, da un paso más e intenta ir más allá de la descripción, en busca de una explicación del mecanismo operante en los fenómenos histéricos.

El testimonio de esta ruptura con su maestro Charcot se encuentra en un artículo que redactó a pedido de éste, publicado en 1893: “Algunas consideraciones con miras al estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas.” Allí Freud diferencia clínicamente las parálisis orgánicas -que responden a la anatomía del sistema nervioso-, de las parálisis histéricas que la ignoran e incluso entran en contradicción con la estructura del sistema nervioso, invocando la presencia de “otra anatomía” a descubrir y demostrando que no se trata en ese caso de síntomas consecuencia de lesiones orgánicas.

La hipótesis de Charcot era que los síntomas histéricos respondían a lesiones orgánicas aunque las mismas no dejaran su marca en la anatomía patológica ya que no se encontraban cambios en los tejidos cuando se realizaba la autopsia. Se trataba para él de lesiones dinámicas o funcionales, afecciones orgánicas pasajeras, pero orgánicas al fin (Freud, 1887). Remitimos al capítulo 2 de esta obra que aborda esta problemática.

En este punto Freud explicita su pasaje al terreno de la psicología y se separa de Charcot, al suponer que lo eficaz en la causación de la histeria no era ni una lesión orgánica ni la herencia:

“Yo afirmo, por el contrario, que la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella.” (Freud, 1893b, p. 206)

Freud ubica el registro de la causa no a nivel de la lesión orgánica sino de la representación que el paciente tiene de su cuerpo, ya que constató clínicamente que la histeria desconoce la distribución de los nervios: las parálisis histéricas se rigen por la concepción vulgar de los órganos y no por la concepción neurológica de los mismos. (Freud, 1893b) De esta manera Freud introduce un primer principio de explicación: la representación del órgano paralizado se encuentra cargada de un valor afectivo excesivo que impide su comercio asociativo con el resto de las representaciones, definiendo así el trauma psíquico como un aumento de excitación que no puede ser tramitado ni por el trabajo asociativo ni por la descarga motriz y que causa los síntomas (Freud, 1887). Esta perturbación en el comercio asociativo obedecería a lo que Freud llama en este momento “asociaciones sub-conscientes” (Freud, 1893b, p. 209), “actividad encefálica inconsciente automática” (Freud, 1888, p. 54) o “conciencia segunda – conciencia disociada” (Freud, 1892, p. 189); aun en consonancia con las concepciones del inconsciente propias de la época que lo consideraban como una actividad neurológica automática más bien del orden del arco reflejo. De ahí que apele a términos como “subconsciente” o “conciencia segunda”.

He aquí un primer obstáculo, cuya resolución implicaba una ruptura con las concepciones de la época para las cuales psíquico e inconsciente se excluían.

El problema no era que el registro de lo inconsciente no existiera, sino que estaba asociado a un funcionamiento físico, neuronal, terminología que por otra parte Freud intenta utilizar para la primera formulación de su teoría en el *Proyecto de psicología para neurólogos* (valga la salvedad de que Freud se negó a publicar esa obra y sólo fue editada póstumamente) (4)

Freud se encuentra entonces ante el escollo de un funcionamiento inconsciente que sin embargo no responde a las leyes de la neurología (5). La causa del síntoma no se ubica a nivel de una anatomía funcionalmente trastornada, sino en representaciones olvidadas, donde el efecto patógeno se produce *après-coup*: el evento no es tan traumático como su recuerdo. El síntoma histérico se inscribe como símbolo mnémico de un episodio traumático de índole sexual acaecido prematuramente en la infancia, que adquiere valor patógeno en la pubertad. La causalidad lineal se disloca dado que la situación traumática es eficaz retroactivamente (6). Este hallazgo subvierte toda lógica conocida por la medicina de entonces que suponía una causalidad orgánica de los trastornos y un esquema del tipo causa-efecto, donde el síntoma indicaba la presencia de la lesión.

Por otra parte, este hallazgo supone otro obstáculo, esta vez metodológico, el de cómo acceder a esas representaciones olvidadas, cuya eficacia inconsciente implica un potencial patógeno. Es en este punto que Freud se vale de las experiencias que Charcot realizaba con la hipnosis, quien recreaba parálisis traumáticas por sugestión post-hipnótica. Sin embargo, esta incorporación también sufre una transformación, ya que Freud no estaba tan interesado en el debate propio de la época -acerca del papel de la sugestión en la hipnosis-, como en la posibilidad de utilizar este método para acceder a la génesis de los síntomas histéricos. En el próximo apartado revisaremos las sucesivas transformaciones que llevaron a Freud de la hipnosis a la invención del método analítico.

La intervención del síntoma y la invención del método

Los *Estudios sobre la histeria* (1893-95), escritos junto a Breuer, constituyeron otro hito cuyas consecuencias clínicas y teóricas fueron fundamentales para Freud y decisivas en el camino hacia la creación de un nuevo método de intervención del síntoma histérico: el método psicoanalítico. Sus efectos trastocaron los conceptos básicos del saber psiquiátrico de la época inaugurando una nueva relación entre patología, etiología y terapéutica.

La obra freudiana testimonia que no fue una creación *ex nihilo*, sino que encuentra sus antecedentes en los avatares acontecidos entre la presentación del síntoma y la oferta terapéutica practicada en ese primer tiempo. En este apartado se analizan los alcances y, principalmente, los obstáculos que presentaron estos primeros métodos de intervención en tanto trazaron el camino hacia el método analítico. Nos preguntamos aquí ¿qué singularizó la posición freudiana para dar lugar a esta revolucionaria creación?

En primer lugar, es necesario aclarar que en este aspecto Freud se separó tanto de su maestro Charcot como de Bernheim, adhiriendo a las concepciones de su colega Breuer quien utilizaba el método hipnótico para acceder a la prehistoria psíquica de los síntomas, en pos de situar su ocasionamiento. (Freud, 1888) Si bien Freud aplicó por un tiempo el método hipno-sugestivo, fue más allá de la sugestión de la mano de Breuer - motivado por su interés en el accionar terapéutico y el origen de los síntomas- y utilizó el método catártico, testimonio de este trabajo conjunto es la comunicación preliminar “Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos” (Breuer y Freud ,1893c). De acuerdo a este método, los síntomas desaparecían cuando se recordaba bajo hipnosis el suceso ocasionador y se descargaba el afecto asociado a aquella vivencia vía la palabra, procedimiento llamado “abreacción”. ¿Cómo funcionaba este método según Freud?, cancelando la acción eficiente de la representación originariamente no abreaccionada, la cual había quedado apartada de la conciencia, aislada del comercio asociativo con otras representaciones. Se trataba entonces de que mediante el decir ésta entre en asociación con las representaciones de la conciencia y se movilice también el afecto, descargándose (Freud, 1895). Allí, el lugar del médico era el de orientar al

paciente en esta vía, siguiendo las premisas sobre el funcionamiento del mecanismo psíquico interviniente.

Pero principalmente lo que introduce una novedad es el pasaje del síntoma leído por el médico como signo semiológico de una lesión a la importancia otorgada al relato del síntoma. Cottet (1985) señala que este método es solidario de la demanda freudiana de arrancar el recuerdo a la enferma: “quiero que recuerde, quiero que diga”; que supone por otra parte cierta idea de dominio posible del inconsciente (P.26), a través del objetivo terapéutico del momento: llenar las lagunas del recuerdo.

En los inicios del método catártico ya se evidencian tres puntos centrales en la constitución del futuro método freudiano: la concepción claramente asociacionista de la psicología de la época -a la que no será ajena la asociación libre-; el peso que adquiere el decir, “el apalabrar” como forma de descarga en tanto el lenguaje es considerado un sustituto de la acción y la existencia de un *otro lugar* distinto de la conciencia donde permanece esta representación mostrando su eficacia.

No obstante, el surgimiento del nuevo método no hubiera sido posible sin la docilidad freudiana frente al relato de sus pacientes. Es Freud quien supone en las histéricas un saber y les da la palabra. Las pacientes de los *Estudios sobre la histeria* afinan la escucha freudiana y le señalan el camino. Ana O. enfatiza la función de la palabra en el método, lo llama “*talking cure*” (cura de conversación) o “*chimney-sweep*” (limpieza de chimenea), brinda un magistral espectáculo de los síntomas histéricos y los alcances del método catártico, pero sobre todo da crédito de la teoría de los estados hipnoides de Breuer. Por su parte, Freud ubica en Emmy el primer intento de utilizar el método catártico. Sin embargo, lo interesante es cómo ella le señala el camino hacia la asociación libre. Si bien caía bajo hipnosis, muchas veces encontraba la misma afloración de recuerdos por fuera de este estado:

“(…) a menudo desemboca, de una manera enteramente inesperada en reminiscencias patógenas que ella apalabra sin que se lo pidan. Es como si se hubiera apoderado de mi procedimiento y aprovechara la conversación en apariencia laxa y guiada por el azar para completar la hipnosis” (Freud, 1893-95 p. 78).

Asistimos de esta forma a la inversión de la demanda freudiana, de pedirle hablar pasa a dejarla hablar siendo correlativa a la inversión de los lugares de saber: es la enferma quien posee el saber -no sabido- y no el médico. Estas inversiones no han sido posibles sin la singular posición de Freud, quien adjudica la elección del método catártico a su “apetito de saber” (Freud, 1925, P.19) y a su “inquietud investigadora” (Freud, 1914, p. 9). Cottet agrega el hecho de que Freud no retrocediera frente a la evidencia de la etiología sexual de las neurosis (p.20) En una anécdota recabada en “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”, Freud destaca que la cuestión sexual era invocada por sus referentes (Charcot, Breuer), pero que sin embargo, y a pesar de decirlo, ninguno de los dos estaba dispuesto a asumir las consecuencias de una tesis tal. En cambio, la posición de Freud fue más bien la que explicita en el caso Dora con respecto al abordaje de la sexualidad con los pacientes: “*Pour faire une ommelette, il faut casser les oeufs*” [Para hacer una tortilla hay que romper los huevos] (Freud, 1905a, P. 44) Freud decidió avanzar en búsqueda de la verdad del suceso sexual traumático que recordaba el síntoma histérico, ahí donde Breuer dio un paso al costado y donde Charcot no quiso saber.

Ese mismo deseo de saber y esa pasión por la verdad, llevan a Freud a abandonar la hipnosis para pasar a privilegiar la escucha por sobre la mirada, deteniéndose en el relato histérico, en las lagunas, los lapsus, las homofonías, la polisemia, el simbolismo que el lenguaje ofrece. La estructura del síntoma histérico nada tiene que ver con las redes neuronales, sino con un tipo de relato caracterizado por los olvidos, los enigmas, los nexos desgarrados, la secuencia incierta de los hechos (Freud, 1905a) Los inicios del método catártico le proveen a Freud de este material sobre la génesis de los síntomas histéricos.

En “Sobre la psicoterapia de la histeria” de 1895, Freud ubica dos dificultades del método catártico: la indocilidad terapéutica - ya que no todas las pacientes eran susceptibles de ser hipnotizadas-, y la no influencia del método en las condiciones causales de la histeria, lo que llevaba a la emergencia de nuevos síntomas tras su primera eliminación. El método catártico era un método sintomático y no causal, por ende de reducida aplicación (Freud, 1895, p. 268)

El interés por la causa lleva a Freud a separarse de Breuer, no sólo metodológicamente, sino también teóricamente. Breuer sostenía la hipótesis de que la génesis de los síntomas histéricos obedecía a ciertos estados peculiares de la conciencia: los estados hipnoides que producían un debilitamiento de la misma. De esta manera se diferenciaba de Janet quien postulaba que la escisión de la conciencia era primaria, causada por un proceso degenerativo que producía una endeblez innata (Freud, 1894). En 1894 Freud introduce una tercera manera de dar cuenta de los fenómenos histéricos a partir de la hipótesis de una defensa que actuaría en caso de presentarse una representación inconciliable para la conciencia, considerándola como *non arrivée*. Esta defensa no obedecía ni a una degeneración constitucional ni a un estado de conciencia adquirido, sino a una peculiar reacción del sujeto quien decide sofocar la representación, aun cuando nada sabe de esta acción. (7)

Como ya señalamos, el acceso a este saber no sabido implicaba un obstáculo metodológico. Luego de abandonar la hipnosis, Freud comienza entonces a delinear el método de concentración y presión en la frente recordando algunas experiencias de Bernheim, quien había demostrado que los recuerdos atraídos bajo hipnosis eran susceptibles de despertarse también por fuera de ese estado. Lo usa por primera vez con Elizabeth Von R y también con Lucy, quien al no prestarse a la hipnosis trabajaba en un estado que se diferenciaba apenas del normal. Este método consistía en hacer acostar a las pacientes con los ojos cerrados para concentrarse y cuando Freud encontraba una resistencia a la asociación le pedía al enfermo que dijera lo que se le ocurría sin crítica ni reserva al tiempo que él implementaba un “artificio técnico”: le apoyaba la mano en la frente (Freud, 1895).

Cottet (1985) ubica al método de la presión sobre la frente como signo del amor freudiano por el saber que la histérica poseía y que él insistía en extraer, arrancando el recuerdo, obteniendo la confesión. Los *Estudios sobre la histeria* pueden tomarse así como testimonio de la insistencia freudiana bajo la cual ellas le revelaban ese secreto. Pero las histéricas como tales respondían al amo para luego huir, cuestionar o doblegar su deseo. Véase en este capítulo el apartado sobre el sueño de la bella carnicera.

El método de la presión sobre la frente introduce un primer atisbo de la regla de la asociación libre y confronta a Freud con un nuevo obstáculo: el fenómeno de la resistencia, que la hipnosis encubría. Ahora una laguna, una amnesia era el resultado de una fuerza psíquica que resistía, impedía el devenir consciente de una representación insoportable, desalojada activamente de la conciencia. Esa representación patógena no estaba más que en las cercanías, sólo bastaba para alcanzarla encontrar asociaciones de fácil tránsito y sortear algunos obstáculos, a veces, “la voluntad de la persona”, otras un “obstáculo externo”, la figura del médico, antecedente del lugar central que adquirirá la transferencia en el método analítico (Freud, 1895).

Ahora bien, ¿cómo arriba al método propiamente analítico? Si bien Freud argumenta que la insistencia de la presión sobre la frente le quitaba eficacia, que era un método trabajoso e incómodo, señala que el acceso al método propiamente psicoanalítico obedeció más bien a un presentimiento: “la elevada opinión sobre el determinismo de los procesos psíquicos” (Freud, 1909 p. 25) Considerando que cualquier ocurrencia estaba en asociación con la representación olvidada, exhortó a las pacientes a que digan todo lo que se les ocurriera sin censura ni crítica alguna. De esta forma las “ocurrencias libres” eran el único camino transitable para descubrirla. Este “oscuro presentimiento” (Freud, 1914 p. 18) fue el que lo llevó a interesarse por la comprensión de los sueños y su interpretación. La hipnosis le había enseñado la existencia de representaciones rechazadas de la conciencia pero totalmente eficaces y las histéricas lo habían confrontado con un saber no sabido que Freud complementó con una posición de docta ignorancia.

La asociación libre se erige entonces como la regla fundamental y única de un dispositivo nuevo enmarcado en la transferencia, donde paradójicamente nada de lo dicho, recordado u olvidado está librado al azar. Esa amnesia o laguna que aparece en el relato pasa a ser ahora la marca de la represión y de la resistencia consecuente. El procedimiento apunta entonces a hacer consciente lo inconsciente, llenar esas lagunas de la memoria venciendo las resistencias. Este objetivo presupone que un recuerdo completo es posible y que su exhumación produciría el levantamiento del síntoma.

En este momento de su elaboración, presidido por el afán de llenar completamente las lagunas del recuerdo, otro elemento comienza a cobrar preponderancia: se trata de las fantasías, combinaciones de lo vivenciado y lo pasado con lo visto y oído por uno mismo que actúan como parapetos psíquicos que obturan el acceso a los recuerdos de potencial patógeno (Freud, 1897a) La concepción freudiana de la histeria en este momento supone que la vivencia sexual traumática aconteció realmente en un momento de prematuridad sexual y lo que otorga poder patógeno al recuerdo es el hecho de producirse ya en la pubertad. Entonces el recuerdo obra como si fuera actual, produciendo una acción póstuma del trauma sexual cuya huella psíquica inconsciente no fue efectiva en el momento (Freud, 1896). Al apuntar el método a hacer consciente esa representación sofocada, la fantasía se le presenta como un obstáculo en el acceso a ese recuerdo. En su afán de dominio, Freud supone que lo inconsciente podría volverse completamente consciente.

Pero esta concepción no se mantiene, ya que Freud se enfrenta con la dificultad de tener que suponer la perversión de gran parte de los padres de la sociedad vienesa (incluido el suyo): dada la enorme difusión de la histeria, una extensión equivalente de las conductas perversas con los niños debía ser demostrada. En la carta 69 de 1897, Freud escribe a Fliess que ya no cree más en su teoría de las neurosis, otorgando otro papel a la fantasía: el inconsciente no diferencia la verdad de la ficción investida con afecto (p. 302) “Todo ello me predispuso a una doble renuncia: a la solución cabal de una neurosis y al conocimiento cierto de su etiología en la infancia.” (Freud, 1897b, p. 302) (8)

Es en este contexto de creación de un método de abordaje y de intervención del síntoma, aunque todavía no se trata de la asociación libre, que Freud atiende a Dora y practica con ella un cambio radical en la técnica -en un deslizamiento que va del síntoma histérico a la estructura de la neurosis- (Freud, 1905a). Se trata de un análisis fragmentario, habiendo Freud ya renunciado al ideal de obtener la solución completa de una neurosis. Freud deja a la enferma que determine el tema del día y de a retazos va llegando a la solución del síntoma.

La confianza en el síntoma le otorga las claves de su constitución: una estructura cuya sobre-determinación combina elementos heterogéneos, somáticos y psíquicos: sollicitación somática, fantasías que encubren la práctica sexual infantil, identificaciones (Freud, 1905a). La concepción de la causalidad se desdobra: por un lado la etiología sexual introduce lo que la sexualidad tiene de estructuralmente traumático. Ya no se trata del traumatismo de la sexualidad ligado a la contingencia de un encuentro, sino del ejercicio de una sexualidad infantil que es encubierto por la conformación de las fantasías y que el síntoma se encarga de realizar, convirtiéndose en la práctica sexual de los enfermos. Por otro lado, el otro aspecto de la causa incluye la puesta en marcha de mecanismos psíquicos que intentan tramitar este quantum pulsional a través de la formación de síntomas.

El historial de Dora es también la ocasión para considerar los efectos de la posición freudiana en la elaboración teórico-clínica. (Este tema es tratado especialmente en el capítulo 8 de esta obra, por lo que solo haremos unas breves comentarios.) Esta pasión por la verdad que marca los primeros desarrollos generaba las más hostiles transferencias y resistencias, pero esas que Freud adjudicaba a sus enfermas muchas veces no eran más que las suyas, encarnadas en sus errores y prejuicios como lo mostrarán los avatares del caso Dora.

Si bien este historial no intenta ser un escrito técnico - en tanto busca poner de relieve el edificio íntimo de la histeria así como el determinismo de los síntomas-, Freud aduce su abrupto desenlace a un error técnico: no haber dominado a tiempo la transferencia, la mayor de las resistencias. Fue sorprendido al no advertir que estaba en el mismo lugar que el Sr K y el padre, así la muchacha termina vengándose de él como lo había hecho con ellos, en su caso interrumpiendo el tratamiento. De esta forma, Dora actúa un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlo en la cura.

En 1923, Freud agrega otro error técnico al caso Dora, que señala como el principal: no haber colegido y comunicado a tiempo que la moción ginecófila hacia la Sra K era la más fuerte de las corrientes inconscientes en la vida anímica de la paciente.

Estos dos errores son articulados por Lacan en su texto “Intervención sobre la transferencia” (1951) y leídos a partir del prejuicio freudiano, proveniente de su concepción natural del Edipo (la complementariedad entre los sexos: no hay nada mejor para una muchacha que un muchacho, Freud creía en una resolución del caso por una victoria del amor supuesto entre Dora y el Sr K, descuidando así el rol de la Sra K en el deseo de Dora).

El encuentro con los obstáculos conduce a Freud a otorgar al manejo de la transferencia un rol preponderante en la eficacia de su método. Ubicará a este fenómeno como necesario e imposible de evitar, incluso como la pieza más difícil del trabajo analítico, pero también la que asegure los mayores éxitos. La transferencia freudiana es entendida primeramente como la investidura de la figura del médico según los arquetipos paternos, con quien como sustituto de aquellos se revive una serie de vivencias psíquicas pasadas, en la actualidad de ese vínculo. De esta forma, la neurosis se sustituye en la escena analítica por una “neurosis de transferencia”, “enfermedad artificial” creada para resolver en la escena actual los términos del conflicto. (Freud, 1912) (9) Este resultado requiere del trabajo sobre las resistencias, que es necesario nombrar y vencer mediante una reelaboración por parte del paciente, produciendo “un máximo efecto alterador” (Freud, 1914, p. 157).

El ideal de la obtención de un recuerdo absoluto que complete la elucidación de la neurosis deja lugar a una desestimación del *furor sanandis* y a una desconfianza en la eliminación demasiado rápida de los síntomas. El síntoma mismo aporta un beneficio primario al aparato, es ya una solución posible del conflicto. Freud apunta a otro efecto, a una ganancia de saber sobre las fuentes y el sentido del malestar, punto que distingue al tratamiento analítico de todo tipo de influjo sugestivo y de ejercicio del poder.

Para concluir este segmento del recorrido podríamos señalar que la historia de la creación del método analítico va de la mano del encuentro de Freud con la histeria y de sus avatares sin duda comandados por un deseo de saber inquebrantable como principal motor, pero también como principal obstáculo.

La fenomenología de la represión en el relato histérico

Nos hemos detenido anteriormente en el contexto de descubrimiento en el que Freud y la histeria marcan el origen del Psicoanálisis, del método de acceso a un saber no sabido, y de los obstáculos que la nueva relación social que se establece no deja de hacer presentes para complejizar lo que parecía haber surgido como modo de extraer el secreto de la histeria. Sin embargo, es necesario señalar las novedades que se inauguran, en esta nueva clínica, en la que el síntoma cambia de registro, en la medida en que se trata ahora del relato del síntoma. Freud al respecto nos transmite sus hallazgos, cuando al referirse al “estado patológico” en el historial de Dora, logra establecer una nueva fenomenología, la fenomenología de la represión en el relato histérico (Freud, 1905a). Es entonces que el relato se torna sintomático, por el escaso valor que Freud otorga al mismo como mera descripción objetiva, deteniéndose en cambio no sólo en lo que se dice, sino en lo que el paciente no dice. Esto constituye una verdadera “lectura” en la que las opacidades adquieren pleno derecho.

Compara el primer relato obtenido con “un río no navegable”, es decir, no comprensible, por las desviaciones que presenta, su carácter incompleto y la falta de profundidad que lo afectan (Freud, 1905a). A diferencia de los historiales floridos y coherentes que presentaban los psiquiatras, Freud se detiene en las discontinuidades del relato: la falta de conexión entre los hechos relatados, el orden de sucesión inseguro y la permanente rectificación que suscita. Otorga especial importancia al segundo de estos fenómenos, la secuencia alterada, una temporalidad que conlleva las huellas de la represión. Existe entre el relato y la estructura de la neurosis una íntima vinculación, el relato está estructurado como un síntoma, que requiere su desciframiento, ser completado por la interpretación siguiendo los procedimientos que utiliza el inconsciente.

Lo que la histérica enseña

En los orígenes del Psicoanálisis, con la teoría de la seducción, Freud intenta formalizar sus hallazgos, formalización que más tarde será corregida. Sin embargo, hay ciertos aspectos que permanecerán como marcas del campo que el Psicoanálisis explora e interroga: en primer lugar, la histérica introduce el carácter traumático de la sexualidad, un rechazo ante aquello que resulta inasimilable, ante el que sólo puede recurrir a la defensa, entendida como una huida del recuerdo patógeno. La defensa neurótica conservará desde entonces para Freud el sentido de un escaparse, “no querer saber nada de eso” y su fracaso, expresado en el retorno del afecto y la representación sustitutiva en el cuerpo. Es lo que Freud denomina “conversión”, y que introduce el cuerpo como una superficie de inscripciones cifradas.

En segundo lugar, la histeria introduce la dimensión histórica de la neurosis, o sea, los dos tiempos del síntoma, duplicidad que Freud explica por una causalidad que rompe con la linealidad de la causalidad física: es el mecanismo de la represión y del retorno de lo reprimido, que se produce ante una causa ocasional que dispara el efecto retroactivo del recuerdo.

Por último, el fantasma de la seducción como típico fantasma histérico traduce una posición subjetiva de la histérica, un menos de placer, en el que otorga todos los poderes traumáticos al otro gozador. Antecedente de la insatisfacción que se mantendrá como la marca constante del deseo de la histérica, que busca siempre el modo de no hallar y que Lacan más tarde llamará “el goce de la privación.” (Lacan, 1969-70)

En una segunda conceptualización, con el descubrimiento de la sexualidad infantil (Freud, 1905b) y el cuestionamiento de la realidad fáctica de la seducción, se abre la importancia fundamental de la función causal de la fantasía en el proceso de formación de síntomas. Recordemos que ahora la fantasía es concebida como una soldadura de elementos heterogéneos, la satisfacción de una zona erógena y una representación de deseo. Freud aborda el problema de la implicación de las fantasías en el síntoma. Este último

se presenta como un resultado del compromiso, del arreglo que se produce entre la instancia represora y la satisfacción pulsional: es lo que Freud denomina el beneficio primario del síntoma.

¿Cómo puede lograrse un beneficio a partir de este arreglo? El procedimiento de condensación consigue que dos representaciones opuestas se reúnan en un mismo síntoma, alcanzando un tipo especial de satisfacción sustitutiva: “(...) matando dos pájaros de un tiro” señala Freud en el historial del hombre de las ratas, cuando compara la estructura del síntoma histérico y el síntoma obsesivo (Freud, 1909, p. 151). Si tenemos en cuenta el artículo que Freud escribe en 1908, “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” advertimos que la denominada solución de compromiso también afecta a la polaridad sexual. La estrecha relación entre los síntomas y las fantasías, no supone, nos dice Freud, que esta relación sea sencilla:

“El nexo de las fantasías con el síntoma no es simple, sino múltiple y complejo, probablemente a consecuencia de las dificultades con que tropieza el afán de las fantasías inconscientes por procurarse una expresión. Por regla general, o sea, dado un desarrollo completo y un prolongado lapso de permanencia en la neurosis, un síntoma no corresponde a una única fantasía inconsciente, sino a una multitud de estas; por cierto que ellos no de una manera arbitraria, sino dentro de una composición sujeta a leyes.” (Freud, 1908, P.144)

En la histeria, la transacción y el compromiso que permite la reunión de los contrarios también afecta la polaridad sexual, femenino y masculino, tal como la histérica imagina el encuentro sexual. El síntoma histérico puede contener dos fantasías sexuales, de carácter femenino una, y masculino la otra. Freud lo precisa:

“Un síntoma histérico es la expresión de una fantasía sexual inconsciente masculina, por una parte, y femenina, por la otra.” (Freud, 1908, p. 146)

Más allá de la noción de bisexualidad que utiliza Freud para explicar los problemas creados por las diferencias de sexos, nos resulta instructivo para subrayar la insuficiencia de una concepción que se detiene en el rechazo al hombre de parte de la histeria y las dificultades para asumir el papel femenino. Es necesario completarla con lo que nos enseña su presentación sintomática: Freud describe un ataque histérico que consistía en movimientos contradictorios- representa una agresión sexual, se desviste y por otro lado muestra intentos de defenderse, cuando se abre y cierra su vestido. ¿Qué es aquello condensado en el mismo ataque? Los dos papeles, femenino y

masculino se hacen presentes de acuerdo a la fantasía de seducción-agresión sexual, pero la histérica como sujeto queda afuera, sustraída de la escena, inconsciente. ¿Se trata de homosexualidad latente, como Freud lo interpreta, o más precisamente, el querer saber que ocurre entre los dos sexos, y particularmente querer saber qué es una mujer para un hombre?

El problema de la histeria al respecto, se centra en querer saber sobre la mujer, lo que dificulta ciertamente poder asumir su papel. Este problema nos conduce a una cuestión central del abordaje freudiano de la histeria, y que más tarde llega a adquirir plena vigencia en la enseñanza de J. Lacan, reformulada en términos de estructura de discurso (Lacan, 1969-70) Se trata de la función de las identificaciones en el condicionamiento de la posición subjetiva de la histérica y la determinación de sus síntomas.

Las identificaciones en la histeria

Convertido por Lacan (1958a) en un ejemplo paradigmático del modo en que la histérica se orienta en la dimensión del deseo, el sueño que estudiaremos brevemente a continuación es presentado por Freud en “La interpretación de los sueños” (1900) en el apartado 5 titulado La desfiguración onírica. Es un sueño que es ofrecido a Freud en un abierto desafío a su teoría de que los sueños son realizaciones de deseos, desafío que opone un sueño cuyo contenido es todo lo contrario, expresa un deseo frustrado.

El texto del sueño reitera los impedimentos con los que la joven se enfrenta cuando quiere dar una comida. Sólo le queda un poco de salmón ahumado y deberá renunciar a su propósito. Freud con cautela no contradice a la paciente sino que se remite paso por paso a las asociaciones que le siguen. Surgen así dos figuras de importancia: en primer término el marido, un buen carnicero que no quiere engordar y se propone rechazar las invitaciones a comer fuera de su casa. El rudo carnicero había rechazado, cuenta la paciente, la oferta de un pintor que quería hacer su retrato, expresando “un trozo del trasero de una hermosa muchacha sería más del agrado del pintor que su cara íntegra.”

(Freud, 1900, p. 165) La paciente recuerda también que le gusta embromar a su marido, diciéndole que no le traiga nunca caviar. Freud advierte el valor sintomático de esta privación que se impone:

“(…) mi paciente se ve precisada a crearse en la vida un deseo incumplido. Su sueño le muestra cumplido ese no cumplimiento del deseo. Ahora bien, ¿para qué precisa de un deseo incumplido?” (Freud, 1900, p. 166)

Surgen poco después las asociaciones referidas al segundo personaje de importancia en el sueño: la amiga “de quien está en verdad celosa, pues su marido la alaba en demasía.” (Freud, 1900, p. 166) Preocupación que resulta también enigmática, pues su amiga es flaca y a su marido le gustan las mujeres de formas llenas. ¿Qué podría encontrar en ella? Freud presta luego una atención especial a lo que la paciente ha dejado fuera de sus asociaciones: el salmón ahumado, que resulta ser el plato preferido de su amiga, quien por razones de economía también se priva de comerlo. La pregunta se centra entonces en las razones por las cuales, si ella desea que a su amiga no se le conceda el deseo de ser invitada a comer, ¿por qué se le ha sustituido en el contenido manifiesto, es decir, por qué se ha identificado con ella a partir de la sustitución caviar-salmón? Freud nos presenta así la identificación a partir de esta sustitución y se pregunta por el sentido de tal identificación. Cuestiona el tradicional recurso a la imitación para explicar las epidemias histéricas, y concluye que:

“(…) la identificación no es simple imitación, sino *apropiación* sobre la base de la misma reivindicación etiológica, expresa un ‘ igual que’ y se refiere a algo común que permanece en lo inconsciente.” (Freud, 1900, p. 168)

La comunidad de la que se trata es una comunidad sexual. El deseo prohibido que expresa el sueño de la joven paciente remite a una identificación imaginaria con su amiga, de quien siente celos: se ha creado un síntoma a partir de esta identificación. El proceso es explicado a partir de la causa etiológica en juego en la identificación: la paciente quiere ocupar el lugar de su amiga porque su marido parece interesado en ella, ocupar dice Freud “el lugar que a ella le corresponde”. ¿Pero cuál es ese lugar? Es lo que permanece oscuro en la explicación de Freud, considerando que al carnicero no le gustaban las mujeres flacas. Sin embargo, es justamente la lectura de esta opacidad en el texto de Freud la razón por la cual Lacan ha denominado a la

paciente “espiritual histérica” (Lacan, 1958a, p. 605) ya que la identificación parece obedecer a otros resortes en la medida en que a la joven le interesa algo que se encuentra más allá de ella, más allá de lo que puede su marido gozar con ella, pero que es justamente lo que causa el deseo. El sueño es la realización del deseo de ocupar “ese lugar que le corresponde”, utilizando los recursos del inconsciente para pasar del no tener a ser “el falo, aunque sea un poco flaco”. (10)

Además de la denominada por Freud “identificación al síntoma”, que acabamos de estudiar, nos presenta otro tipo de identificación en “Psicología de las masas y análisis del Yo” (1921). A diferencia de la anterior, que no supone lazo libidinal previo, se trata en un segundo tipo de identificación de una transformación efectuada a partir de una elección libidinal del objeto. Freud lo precisa:

“La identificación reemplaza a la elección de objeto; la elección de objeto ha regresado hasta la identificación.” (Freud, 1921. p.100)

Con ayuda de la intervención de los mecanismos del inconsciente, y a partir de la represión, el yo absorbe determinadas cualidades del objeto, y se transforma incorporando aspectos de la persona amada o no amada. Freud subraya especialmente que este tipo de identificación es parcial, se realiza con algún rasgo del objeto, no a su totalidad. Puede asimismo expresar la realización del deseo y la culpabilidad, identificándose a un rasgo patológico de la persona no amada a la que el sujeto busca sustituirse en el amor del padre, cuando se trata del Complejo de Edipo. Esta característica será más adelante abordada, en “Inhibición, Síntoma y Angustia” (1926) a partir de la noción de “necesidad de castigo” y la intervención del Superyó. El síntoma histérico, que incluye la identificación regresiva al rasgo del objeto amado, condensa la expresión de un deseo y el castigo que satisface la glotonería del superyó y el masoquismo del yo.

La histeria y el enigma de la femineidad

Al comienzo de este trabajo hemos señalado el desequilibrio que constatamos en la obra de Freud en lo referente al abordaje de la histeria. Así como en los comienzos del Psicoanálisis es el paradigma clínico fundamental de la neurosis, y acompaña los pasos del progreso freudiano en los principales hallazgos originados con su método innovador, progresivamente va desapareciendo de la escena analítica. Sin embargo, una serie de trabajos que se extienden hasta los años 30, conciernen lo que para Freud se mantiene como un verdadero enigma, y que finalmente reconoce como imposible de resolver desde el campo del Psicoanálisis. Es el tope real que espera que la Biología llegará en algún momento a brindar algún esclarecimiento. Se trata, como sabemos, del enigma de la femineidad. Enigma que es también el principal escollo que encuentra el análisis, “la roca viva” (Freud, 1937), que impide que el análisis freudiano pueda terminar sin restos.

Los trabajos sobre el tema son varios, y en gran medida son respuesta a las elaboraciones de las analistas mujeres que cuestionan su perspectiva sobre la vigencia del falocentrismo en la niña. Las novedades introducidas en “La femineidad” en 1932 complejizan el problema, al acentuar la importancia de una ligazón previa del amor de la niña por el padre del Edipo. Es de interés señalar al respecto que en el texto citado vuelve a mencionar las fantasías de seducción de la histeria, para extraer como conclusión lo siguiente:

“Solo más tarde pude discernir en esta fantasía de la seducción por el padre, la expresión del Complejo de Edipo típico en la mujer. Y ahora reencontramos la fantasía de seducción en la prehistoria preedípica de la niña, pero la seductora es por lo general la madre.” (Freud, 1932, p.112)

El pasaje de la madre al padre se hace bajo el signo de la hostilidad, en relación a la privación del órgano, y el abandono del amor por la madre fálica da lugar a la vinculación con el padre, de quien espera obtener lo que le falta. No nos extenderemos en este problema, ya que nos parece de importancia señalar específicamente el deslizamiento que se produce en el texto freudiano

de la histeria a la feminidad, cuando partiendo de las fantasías de seducción, generaliza haber reconocido en ellas “una manifestación del complejo de Edipo femenino”. Este desplazamiento nos permite pensar que es la pregunta histórica la que orienta el recorrido freudiano sobre la feminidad, lo que llama “el enigma de lo femenino”. (Freud, 1932, p.105) Esto a su vez nos conduce a volver sobre los orígenes del Psicoanálisis y situar el nudo estructural que reúne a Freud y la histeria en el descubrimiento del inconsciente y la invención del método. Problema que ha sido formalizado por Lacan con la fórmula del discurso histórico, por un lado, y más tarde con el axioma de estructura que sitúa la falta del significante de la mujer como agujero del que parten las ficciones del inconsciente orientado por el falo como único término que organiza la relación sexual que no hay.

La histeria, más allá de las variantes con las que se presente de acuerdo a las épocas, introduce el problema de las relaciones entre los sexos, y particularmente busca una respuesta. Y la encuentra en la falta en el Otro, haciendo del deseo, objeto, adoptando una solución identificatoria que se oculta detrás del carácter sintomático de su división subjetiva. Es “el inconsciente en ejercicio” (Lacan, 1969-1970) en la medida en que funda un lazo social que favorece el despliegue de la estrategia histórica en relación al deseo, lazo social que en principio parece tan “espiritual” como la carnífera freudiana, en un “amor que se dirige al saber”, necesario para el comienzo del recorrido analítico, cuyo curso y sobre todo su finalización permitirán despejar lo que velado, lo determina.

Notas de Referencia

(1) Para hacerse una idea de las líneas de investigación desarrolladas por Freud antes del encuentro con Charcot ver “Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897” (Tomo III, ed Amorrortu), donde figuran artículos tales como “Sobre la relación del cuerpo restiforme con la columna posterior y su núcleo, con algunas puntualizaciones sobre dos campos del bulbo raquídeo.”

(2) Cf con el capítulo sobre las neurosis antes de Freud.

(3) Para un estudio más detallado de las diferencias entre la escuela francesa y la escuela alemana ver Bercherie, *Los fundamentos de la clínica*. Es de destacar en este punto la posición privilegiada de Freud, quien habiéndose formado en la escuela alemana tuvo la oportunidad luego de dejarse sorprender por la sutil clínica de los franceses.

(4) Bercherie (1983) y Assoun (1981) han realizado estudios sobre el contexto de ideas en que adviene la novedad freudiana.

(5) He aquí una cita que permite considerar el alcance de este problema de la naturaleza de lo inconsciente: “Entre el empeño voluntario del paciente, que logra reprimir la representación sexual desagradable, y la emergencia de la representación obsesiva, que, poco intensa en sí misma, está dotada ahora con un afecto inconcebiblemente intenso, se abre la laguna que la teoría aquí desarrollada pretende llenar. El divorcio entre la representación sexual y su afecto, y el enlace de este último con otra representación, adecuada pero no inconciliable: he ahí unos procesos que acontecen sin conciencia, que sólo es posible suponer, y ningún análisis clínico-psicológico es capaz de demostrar. Quizá sería más correcto decir: **Estos en modo alguno son procesos de naturaleza psíquica, sino procesos físicos** cuya consecuencia se figura como si real y efectivamente hubiera acontecido lo expresado mediante los giros ‘divorcio entre la representación y su afecto’ y ‘enlace falso’ de este último.” (Freud, 1894, p. 54) El subrayado es nuestro.

(6) Un ejemplo clínico paradigmático de este modelo es el caso Emma, expuesto en la parte dedicada a la psicopatología de la histeria en el *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1896). Se trata de una joven cuyo síntoma inicial es la compulsión de apariencia fóbica de no poder ir sola a una tienda. El relato del síntoma provee de un primer recuerdo, datado en sus 12 años – es decir en la pubertad- donde ella ingresa a una tienda y ve a dos empleados reírse entre ellos, frente a lo cual ella sale corriendo presa del terror. Las coordenadas del recuerdo ofrecen dos datos extras: uno de ellos le había gustado sexualmente y el otro es que ella pensó que se reían de sus vestidos. La reacción de la muchacha aparece como incomprensible frente a la nimiedad del hecho. Freud sospecha que la carga afectiva del recuerdo tiene otra fuente, si bien es innegable el valor patógeno que adquiere este recuerdo con respecto a la instalación del síntoma. En busca del origen, Freud se encuentra con un segundo recuerdo (segundo en su orden de aparición en el relato, aunque primero en la secuencia temporal de los hechos acaecidos) Se trata de otra escena que transcurre en una tienda, esta vez una pastelería, cuando Emma tenía 8 años: el pastelero le pellizca los genitales a través de su vestido. Lo incomprensible en este caso es que Emma regresó a la pastelería una vez más luego del primer atentado, suceso que se reprocha. La conexión entre las escenas aparentemente inconexas se resuelve por el establecimiento de nexos asociativos: la risa de los empleados y la risotada del pastelero, el pellizcar a través de los vestidos y el reírse de ellos, la connotación sexual de ambas escenas. Estos nexos evocan la escena del pastelero en ocasión de la escena de los empleados, con la diferencia de que ahora Emma ha entrado en la pubertad, de ahí que el poder patógeno del recuerdo sea mayor que el del evento traumático en sí, ya que Freud aun no supone que pueda existir una sexualidad infantil, el componente sexual sólo puede aparecer en la pubertad, produciendo angustia y la consecuente huida. De esta manera el síntoma de la fobia actúa como un símbolo mnémico de la escena traumática olvidada y por lo tanto inconsciente. El atentado deviene traumático solamente con efecto retardado y a través del recuerdo que demuestra ser más patógeno que la vivencia misma. El esquema de la causalidad lineal se rompe: ya no se trata de una causa que se manifiesta en un efecto, sino de la combinación de dos escenas más un intervalo de tiempo necesario entre ellas, que vuelve efectivo al trauma.

(7) Cf con el capítulo sobre las categorías clínicas en Freud.

(8) Para un estudio más detallado de los motivos que llevaron a Freud a dejar caer en parte la teoría de la seducción considerándola incompleta, véase Freud, S. (1906). "Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis."

(9) Cf con el capítulo sobre la neurosis de transferencia en este libro.

(10) La lectura de Lacan en "La dirección de la cura y los principios de su poder" (1958a) reformula el sentido del sueño, a partir del recurso a la teoría del significante y sus leyes de composición -metáfora y metonimia-, y la importancia concedida al falo como significante del deseo.

Bibliografía

Assoun, PL .(1981). *Introducción a la epistemología freudiana*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2001.

Bercherie, P. (1980) *Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial, 1986.

- (1983). *Génesis de los conceptos freudianos*. Buenos Aires: Paidós, 1988.

Breuer, J. y Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En *Estudios sobre la histeria, Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

Cottet, S. (1985). *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Manantial.

Freud, S. (1886a). Informe sobre mis estudios en París y Berlín. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1887-88). Prólogo y notas de la traducción de J-M Charcot, Lecons du mardi de la Salpêtrière. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1888). Histeria. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.

- (1893a). Charcot. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.

- (1893b). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1893c). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. En *Obras Completas*, Tomo II, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.
- (1894). Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias.) En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1896). La herencia y la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*, Tomo III, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
- (1897a). Manuscrito L. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1897b). Carta 69. En *Obras Completas*, Tomo I, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1996.
- (1900). La interpretación de los Sueños. En *Obras Completas*, Tomo IV, Buenos Aires: Amorrortu, 2005.
- (1905a). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- (1905b). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.
- (1906). Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. En *Obras Completas*, Tomo VII, Buenos Aires: Amorrortu, 2000.

- (1908). Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En *Obras Completas*, Tomo IX, Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
 - (1909). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas*, Tomo XI, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
 - (1911-1915). Trabajos sobre técnica psicoanalítica. En *Obras Completas*, Tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
 - (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En *Obras Completas*, Tomo XIV, Buenos Aires: Amorrortu, 1999.
 - (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas*, Tomo XVIII, Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
 - (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Tomo XX, Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.
 - (1933). La feminidad. En *Obras Completas*, Tomo XXII, Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
 - (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas*, Tomo XXIII, Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Gauchet, M. y Swain, G. (1997). *El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- Lacan, J. (1951). Intervenciones sobre la transferencia. En *Escritos I*, Buenos Aires: Siglo XXI, 1985.
- (1958a). La Dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos 2*, Buenos Aires: Siglo XXI, 2010.
 - (1964). *El seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1987.
 - (1969-70). *El seminario. Libro XVII. El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.

- (1977). Propos sur l'hystérie. Intervention de Jacques Lacan à Bruxelles.
Quarto, 1981, n° 2.

CAPÍTULO IV

LA NEUROSIS OBSESIVA EN LA OBRA DE FREUD

Luis Volta, Anahí Erbetta, Sergio Zanassi y Diana Lozano

“La neurosis obsesiva es por cierto el objeto más interesante y remunerativo de la indagación analítica, pero no se la ha dominado aún como problema...”

(Freud, 1926, pp.108)

Introducción

En el presente capítulo dedicado a la neurosis obsesiva en la obra de Freud nos ha resultado oportuno partir de la constatación por él realizada en el escrito tardío que constituye un verdadero punto de viraje en su doctrina de las neurosis, Inhibición, síntoma y angustia:

“es tan enorme la diversidad de los fenómenos que ofrece la neurosis obsesiva que ningún empeño ha conseguido todavía proporcionar una síntesis coherente de todas sus variaciones. Uno se afana por distinguir nexos típicos, pero siempre con el temor de pasar por alto otras regularidades no menos importantes” (Freud, 1926, pp.112)

Sin pretender arribar entonces a una versión acabada de la misma nos detendremos a interrogarla desde diversos ejes, para poner al descubierto las vicisitudes de las elaboraciones freudianas, tanto en sus aciertos como en sus obstáculos y reformulaciones.

Para captar la vigencia de las enseñanzas freudianas sobre la neurosis obsesiva, es necesario considerar que cada una de ellas, no es el mero reflejo escrito de inspiraciones insondables, o de mensajes revelados. Se trata más bien de los corolarios teórico-conceptuales a los que Freud va arribando en

distintos momentos de su obra en función de la exploración clínica por él realizada. Si las conceptualizaciones son “freudianas”, no lo son tanto por el afán de señalar una vez más su autoría, sino porque son el fruto de la intervención del fenómeno patológico por un procedimiento único y original.

A tal fin, hemos elegido organizar nuestra tarea en tres apartados que orientarán nuestro objetivo; el síntoma será nuestro punto de partida. Se indagarán la fenomenología y las explicaciones metapsicológicas brindadas por Freud en su intento de abordar lo que ha considerado como el paradigma del fenómeno patológico. Allí nos detendremos sucintamente en interrogar la solidaridad existente entre el síntoma obsesivo y la problemática del carácter. Revisaremos a continuación las particularidades señaladas por el autor en el curso de la intervención psicoanalítica de la neurosis obsesiva. Para finalizar, dedicaremos un último apartado a las vicisitudes diagnósticas en un caso de neurosis obsesiva freudiano que no forma parte de los historiales clásicos

Acerca del síntoma obsesivo

El síntoma obsesivo en la primera nosografía freudiana

A partir de sus primeros trabajos Freud aísla el escenario donde se presenta el síntoma obsesivo; a diferencia de la histeria de conversión, donde el monto de afecto producto de la operación de la defensa se separa de la representación inconciliable “saltando” al cuerpo, en la neurosis obsesiva ese afecto se desplaza vía falso enlace a otra representación, permaneciendo dentro de lo psíquico. En el Manuscrito K afirma:

“El yo conciente se contrapone a la representación obsesiva como a algo ajeno: según parece, le deniega creencia con ayuda de la representación contraria, formada largo tiempo antes, de la escrupulosidad de la conciencia moral. En este estadio, empero, se puede llegar a veces al avasallamiento del yo por la representación obsesiva (...) *Como cualquier otra representación, la obsesiva {Zwang} es combatida en el orden lógico, aunque su compulsión {Zwang} no se puede solucionar*” (Freud, 1896, pp. 264)

Resulta interesante resaltar el vocablo alemán “*Zwangsneurose*” ya que en la primera partícula se deja entrever la constante que Freud aislara de los

fenómenos obsesivos: el carácter coactivo de los productos de la neurosis obsesiva. Se trata de una fuerza intrínseca que porta al sujeto a verse impelido a pensar, actuar, ejecutar los comportamientos alerta del saldo de angustia que se desprende en caso de que no realice esos mandatos. Frente al *Zwang*, marca patológica, no explicable ni justificable, la lucha defensiva se muestra impotente y se torna asimismo, compulsiva.

En el texto de 1894, Las neuropsicosis de defensa asistimos a la fundación del campo de la neurosis a partir de aunar histeria y obsesión bajo la égida de la defensa. El mecanismo que aísla es el del falso enlace (el afecto aparece dislocado, transportado) y considera a la fuente de índole sexual, lo cual se expresa en la manera en que los enfermos mantienen en secreto sus representaciones. Señala que la ventaja que se obtiene tras este empeño es mucho menor que en el caso de la conversión, ya que el afecto permanece inalterado y sin disminución.

En Obsesiones y fobias (Freud, 1895) presenta un análisis de la “*Zwangsvorstellungen*” (representaciones obsesivas) de las cuales señala como sesgo patológico dos caracteres: 1) El estado emotivo se ha eternizado y 2) La idea asociada ya no es la idea justa, original; en relación a la etiología de la obsesión ella es un reemplazante, un sustituto. Será en Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (Freud, 1896) donde profundizará sus hipótesis acerca de la raigambre sexual de las representaciones aunando a las neurosis bajo la etiología sexual traumática. Estas vivencias sexuales experimentadas con placer son el fundamento de las representaciones obsesivas que luego del periodo de maduración sexual retornarán como reproches mudados, síntomas del fracaso de la represión.

En este texto Freud recuerda la fórmula canónica de la trayectoria de la enfermedad, situando una diacronía de la neurosis.

El primer momento corresponde a la primera infancia, período donde ocurren las experiencias sexuales que serán determinantes en el desarrollo posterior de la neurosis. En el caso de la neurosis obsesiva estas experiencias son activas y placenteras, aunque se revela un trasfondo de pasividad donde el sujeto es seducido por parte de otro.

Luego de la madurez sexual, se presenta una escena sexual que se conecta con la primera adquiriendo un efecto patógeno, propio de la acción del trauma en dos tiempos. El recuerdo de aquellas vivencias sexuales se anuda a un reproche y el nexo con la vivencia inicial de pasividad posibilita reprimir ese reproche y sustituirlo por un *síntoma defensivo primario*: escrúpulos, vergüenza, desconfianza. Estas formaciones se constituyen para apoyar y consolidar la represión. Se trata de síntomas sustitutivos de los recuerdos sexuales que no son índices del fracaso de la represión, ya que a partir de esto se instala el tercer periodo, el de *salud aparente o defensa lograda*.

Para que se desencadene la neurosis adulta o la enfermedad propiamente dicha, expresada, “en una fórmula simple” por el retorno de los recuerdos reprimidos bajo la forma de reproches mudados, es necesario algún suceso de la biografía del sujeto que funcione como causa desencadenante, (lo que Freud conceptualiza como perturbaciones sexuales actuales). Las formaciones de compromiso que ingresan a la conciencia lo hacen alteradas y desfiguradas, marcas del proceso defensivo, y son retornos que admiten dos formas, como recuerdo o como reproche:

1. Los *recuerdos* son “representaciones obsesivas típicas” que implican una doble desfiguración: algo actual reemplaza lo pasado y lo sexual está sustituido por algo no sexual. Estas representaciones, cuyo contenido se revela absurdo, “no tienen, por así decir, curso psíquico forzoso a causa de su valor intrínseco, sino por el de la fuente de que provienen o que ha contribuido a su vigencia” (Freud, 1896, pp. 171) Esto significa que lo que la vuelve obsesiva no es el contenido de la idea, sino su carácter compulsivo derivado del origen del que proviene.

2. Lo que adviene a la vida psíquica son *reproches* susceptibles de mudarse en otros afectos: vergüenza, angustia hipocondriaca, angustia religiosa, delirio de ser notado, angustia de tentación.

Frente a estas formaciones del inconsciente se van agregando otros síntomas de naturaleza diferente que, por analogía con los síntomas primarios de defensa, Freud los agrupa bajo el título de “defensa secundaria”. Se trata de “*medidas protectoras*” que efectivamente logran combatir los síntomas del

retorno, pero la compulsión se transfiere a ellas configurando las *acciones obsesivas*. Estas admiten una gran variedad clínica expresada en compulsión de pensar y examinar, manía de la duda, compulsión de cavilar. Propone agruparlas según su tendencia: medidas expiatorias, preventivas, miedo a traicionarse, aturdimiento.

Deseamos destacar que, frente a la *compulsión (Zwang)* el sujeto puede prestar mayor o menor creencia, pueden tener diferentes grados de intensidad; siendo su carácter esencial el hecho que “no puede ser resuelta por la actividad psíquica susceptible de conciencia” (Freud, 1896, pp. 174). Esta dimensión compulsiva implica una irrupción que perturba el funcionamiento del conjunto de representaciones del Yo, empuje que el aparato psíquico no puede tramitar.

El síntoma obsesivo y la sexualidad infantil

Con la introducción del concepto de pulsión en 1905, Freud establece una relación novedosa entre el síntoma, la sexualidad infantil y los mecanismos que están a la base. El sentido sexual de los síntomas se revela en un análisis que si bien contempla componentes pulsionales, sólo *diferencias psicológicas lo distinguen de la histeria*. Cabe señalar que en este período Freud comienza a elaborar la serie fijación-frustración-regresión como coordenadas orientadoras de la fantasía sexual que soldada a la satisfacción autoerótica está a la base del síntoma.

La neurosis obsesiva, no tan popular como la histeria, exterioriza con mayor precisión determinados caracteres de las enfermedades neuróticas, y Freud no escatima esfuerzos en su intención de cernir las variantes que adquiere el síntoma en su vertiente patológica. Declara que estos sujetos experimentan impulsos ajenos a su voluntad, se ven obligados a realizar actos cuyo fin no les ofrece ningún placer, son acosados por ideas que se les imponen y que si bien se les antojan absurdas, son impotentes en limitar la intensa actividad intelectual que les depara. Este malestar se presenta como un asunto privado

del enfermo, quien intenta aislar la división subjetiva, supliendo con pensamientos o fórmulas cualquier intervalo que amenace al sujeto.

En la Conferencia XVII dedicada al sentido de los síntomas, Freud advierte que frente a este “penar estrafalario” al enfermo sólo le queda

“desplazar, permutar, poner en lugar de una idea estúpida otra de algún modo debilitada, avanzar desde una precaución o prohibición hasta otra, ejecutar un ceremonial en vez de otro. Puede desplazar la obsesión, pero no suprimirla. La *desplazabilidad* de todos los síntomas bien lejos de su conformación originaria es un carácter principal de su enfermedad” (Freud, 1917, pp. 237)

Entonces, podemos destacar que *la compulsión puede ser desplazada más nunca suprimida*, siendo este curso psíquico forzoso la nota que se vuelve denominador común de las formaciones obsesivas y el motor de las más variadas presentaciones clínicas. El síntoma obsesivo se convierte así en el paradigma de la enfermedad en sentido práctico o, lo que es una formulación equivalente, en el paradigma del síntoma patológico.

Es necesario aquí resaltar que desde los inicios de las producciones freudianas queda abierta una brecha donde se separan síntoma y carácter tal como es explicitado en otro capítulo del presente libro. Lo cierto es que en su escrito *Carácter y erotismo anal* (1908) Freud plantea de qué manera la pulsión se satisface en los rasgos caracterológicos vinculados a una forma estabilizada de funcionamiento del yo. O por contrario, como el carácter puede funcionar a partir de formaciones reactivas que denuncian a su vez el origen del que provienen, y su naturaleza pulsional. Por estos años, los conceptos de carácter y síntoma muestran una franca oposición en su obra, estando el primero conformado por formaciones reactivas y sublimaciones, presentándose como una construcción inercial y duradera. Freud delimita entonces, las presentaciones de los enfermos obsesivos como un “*contradictorio conjunto de rasgos de carácter y de síntomas patológicos*” (Freud, 1916, pp. 237)

No obstante, la creación de la neurosis artificial producida por el dispositivo psicoanalítico permite ajustar la descripción fenomenológica así como brindar algunas indicaciones relativas a la génesis y al mecanismo más fino de la neurosis obsesiva. Nuevas aristas del fenómeno se iluminan a partir del *relato*

del síntoma, expresión de la manera en la cual la represión - verdadera lengua madre de los dialectos neuróticos - ha operado.

“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 conciente”(Freud, 1909, pp. 124)

En el paradigmático caso del “Hombre de las Ratas” (Freud, 1909) las obsesiones toman diversos rostros: temores, impulsos, prohibiciones. La labor analítica parte de un relato que a oídos legos podría resultar sólo extravagante, pero que Freud partiendo de la confianza en el sentido de los síntomas indagará sostenido en el lazo transferencial. Con el despliegue del relato Freud advierte que la decisión de acudir al médico había sido entretejida en lo que no duda en llamar el “delirio” del pago de la deuda y los temores que se desprendían de este mandato, sólo en apariencia absurdo. Sin embargo, la ruptura de nexos lógicos y el escamoteo de precisiones obedecen a la acción de la represión, de la cual el retorno en el relato es evidencia: se trata, al decir de Freud, de un *telegrama mal redactado*. En una nota a pie de página, advierte que

“Es preciso admitir entonces que para la neurosis obsesiva existen dos clases de saber y de tener noticia, y con igual derecho se puede afirmar que el neurótico obsesivo *tiene noticia* de sus traumas como que *no tiene noticia* de ellos. En efecto, tiene noticia de ellos en la medida en que no los ha olvidado, pero no tiene noticia de ellos puesto que no discierne su significado” (Freud, 1909, pp. 154)

La acción del falso enlace opera un aislamiento del afecto respecto de la representación. Resulta de ello un espejismo del conocimiento consciente el cual sólo puesto a jugar en el dispositivo analítico es plausible de rectificación.

En el apartado dedicado a la teoría que este caso enseña, asistimos a una redefinición de las representaciones obsesivas, y la variedad clínica detallada en los escritos previos será, ahora, englobada bajo la denominación “*pensar obsesivo*”. Resalta que los productos obsesivos pueden tener el valor de los más *diferentes actos psíquicos*: deseos, tentaciones, impulsos, reflexiones, dudas, mandamientos y prohibiciones. La lucha defensiva secundaria que el enfermo librará contra estas formaciones puede llegar incluso a constituir un

“delirio”, tal como el caso ejemplifica en la serie de pensamientos que acosaban al joven militar al regreso de sus maniobras. Estas formaciones

“No son argumentos puramente racionales los que se contraponen a los pensamientos obsesivos, sino, por así decir, unos mestizos entre ambas variedades del pensar: hacen suyas ciertas premisas de lo obsesivo a la cual combaten y se sitúan (con los recursos de la razón) en el terreno del pensar patológico. Creo que estas formaciones merecen el nombre de delirios” (Freud, 1909, p. 174)

El sujeto ofrece su creencia a esta “fantasmagoría” aún si el contenido se le aparece desatinado. Esto resulta orientador a la hora del distingo respecto de la atribución subjetiva que permita diferenciar el estatuto de un delirio psicótico. Si bien se pierde metapsicológicamente la diferenciación entre lucha defensiva primaria y secundaria que Freud había intentado establecer - considerando ahora el delirio como síntoma – esta orientación teórica permite interrogar analíticamente esta producción patológica. “Ocurre sin duda que el enfermo, quien hasta entonces se había extrañado con terror de la percepción de sus producciones patológicas, les presta ahora su atención y se entera de ellas con más nitidez y detalle” (Freud, 1909, pp. 174)

Será fruto de la relectura realizada por Lacan asistido por el análisis estructuralista del mito levistraussiano considerar este delirio como un verdadero mito individual creado a partir de elementos determinados por la constelación familiar.

Si dirigimos ahora nuestro análisis a la dimensión del acto en la obsesión, éste aparece desdoblado en el tiempo. En el acto obsesivo encontramos dos impulsos desplegados en dos tiempos distintos y el sujeto rechazando la división que se produce. En una nota a pie de página del historial del “Hombre de las Ratas”, resaltamos un ejemplo clínico de síntoma en dos tiempos, característico del modo obsesivo:

“un obsesivo me informó cierta vez que en el parque de Schönbrunn había tropezado contra una rama que yacía en el camino; la echó entonces al matorral circundante. En el camino a su casa lo asaltó de pronto la inquietud de que la rama, quizás algo sobresaliente ahora en su nueva posición, pudiera ocasionar un accidente a alguna persona que pasara tras él por el mismo lugar. Se vio forzado a saltar del tranvía, regresar de prisa al parque, buscar el sitio y volver a poner la rama donde antes estaba, por más que a cualquier otro que no fuera el enfermo le resultaría evidente que esa posición anterior era por fuerza más peligrosa para un transeúnte que la nueva en medio de la maleza. La segunda acción, hostil, que

se abrió paso como *compulsión*, se había adornado ante el pensar consciente con la motivación de la primera, benefactora del prójimo” (Freud, 1909, pp. 152)

Freud analizará esta forma del acto obsesivo en dos tiempos, “cuya primera parte es anulada por la segunda”, como un nuevo tipo de formación de síntomas diferente al de la histeria, donde una sola representación condensa dos impulsos antitéticos. Cabe destacar que si el mandamiento obsesivo no se cumple, la tensión es insoportable y se la percibe subjetivamente como suprema angustia.

El síntoma obsesivo más allá del principio del placer

La concepción del síntoma como formación de compromiso que encierra una satisfacción sexual, se modifica en el intento de teorizar los obstáculos clínicos que se hallaban en el dispositivo analítico. Freud constata que cada vez resultaba más manifiesta la persistencia del síntoma de la mano de la satisfacción narcisista o el goce irreductible que el sujeto hallaba en él. Fenómenos éstos que denostaban la cara real del síntoma con el correlato clínico de las resistencias en el tratamiento.

El giro de los años 20 impone un límite al sentido sexual del síntoma, en términos de la existencia de una nueva modalidad de satisfacción en juego, una “necesidad de castigo” para cuya explicación se hace necesaria la conceptualización del superyó en el marco de la nueva tópica.

Es en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) que Freud arroja luz sobre la función del síntoma en relación a la angustia. Con la castración como operador estructural, Freud intenta responder al interrogante: ¿Por qué la sexualidad-antaoño traumática, luego infantil, finalmente peligrosa- debe ser reprimida?

En la neurosis obsesiva, la situación inicial consiste en la necesaria defensa contra las exigencias libidinosas del complejo de Edipo. Sin embargo, Freud comienza a restar importancia al peso de los factores puramente *psicológicos* en el asunto

“la configuración ulterior es alterada decisivamente por un *factor constitucional*. La organización genital de la libido demuestra ser endeble y muy poco resistente {resistent}. Cuando el yo da comienzo a sus intentos defensivos, el primer éxito que se propone como meta es rechazar en todo o en parte la organización genital (de la fase fálica) hacia el estadio anterior, sádico-anal. Este hecho de la regresión continúa siendo determinante para todo lo que sigue”. (Freud, 1926, pp. 108)

La regresión, efectivo cambio real a nivel del inconsciente, funciona como defensa frente al operador estructural de la castración. Esta modificación concierne a la satisfacción de la pulsión, que privilegia la organización libidinal sádico anal, sorteará a su modo la problemática oposición fálico-castrado.

“Obtenemos la intelección de que la represión no es el único recurso de que dispone el yo para defenderse de una moción pulsional desagradable. Si el yo consigue llevar la pulsión a la regresión, en el fondo la daña de manera más energética de lo que sería posible mediante la represión” (Freud, 1926, pp. 101)

El costo de ello, es planteado por Freud en términos metapsicológicos como una *desmezcla* de pulsiones, que segrega los componentes eróticos de los destructivos. En consecuencia, el falo como ordenador de la sexualidad se revelará como una referencia insuficiente. No todo el circuito pulsional quedará bajo su égida. El sadismo del superyó en la obsesión tomará el relevo de este saldo mortífero no completamente reabsorbido por la malla edípica.

Junto a la represión y a la regresión, Freud finalmente incluye también a las formaciones reactivas - anteriormente privilegiadas para el carácter – como los mecanismos de *defensa* que organizan la neurosis como respuesta articulada al complejo de castración.

Por su parte, el síntoma obsesivo renovará sus funciones en este contexto. Respeta por un lado su función de ser el motor de ligazón de energía en el aparato, cuando el Yo mande una señal para su formación. Al hacerlo evita el avasallamiento de la *angustia automática*, ese temido *desarrollo de angustia* que expone al sistema a excesos energéticos más allá del principio del placer.

En el marco de la nueva tónica, el síntoma como elemento discreto y “extraterritorial” para la unidad imaginaria del yo, es constreñido a subsumirse a ella. Frente a este retoño que como un cuerpo extraño incomoda el funcionamiento yoico, la señal de angustia surge para emprender otro acto de represión. La consecuencia es que este “epilogo escénico no se termina nunca; la lucha contra la moción pulsional encuentra su continuación en la lucha contra el síntoma” (Freud, 1926, pp. 94). Así podemos señalar con Freud lo

infructuoso que resulta para el yo cancelar aquella ajenidad con nuevos actos de represión, ya que estos síntomas se erigen como puntos de intrusión de lo reprimido en la organización yoica.

A la luz de estas consideraciones Freud opera un reordenamiento en torno a los síntomas de lo que ha sido el desarrollo teórico-clínico de la obsesión. Sostendrá entonces que los síntomas de la neurosis obsesiva resultan de dos géneros de tendencia opuesta, cuestión que redundará en la clasificación de éstos en positivos o negativos en función de la satisfacción en juego. El grupo más antiguo, los síntomas negativos de defensa, constituyen prohibiciones, medidas preventivas y penitencias; mientras que el segundo grupo, de satisfacciones sustitutivas simbólicamente disfrazadas, emergen en un segundo tiempo cuando la defensa es burlada, conforme va perdurando la enfermedad.

Freud afirmará que la formación de síntomas en la obsesión *alcanza su triunfo en un tercer momento: cuando consigue amalgamar la prohibición con la satisfacción*, de una manera tal que lo que originalmente fue un mandamiento defensivo o una prohibición adquiere también la significación de una satisfacción. Estos síntomas, que al principio tenían una función de limitación del yo, en virtud de la tendencia de este último a la síntesis llegan a representar satisfacciones sustitutivas no sólo de orden sexual, sino también paradójica.

Entonces, en la diacronía, en el desarrollo de la neurosis obsesiva, se va borrando la diferencia de ambas vertientes, las tendencias positivas y negativas, hasta confluir en aquella que Freud nomina como la *tendencia general de la formación de síntomas obsesivos*. Esta implica “procurar cada vez más espacio para la satisfacción sustitutiva a expensas de la denegación (frustración)” (Freud, 1926, pp.112) Esta operación de “amalgama” no es sin consecuencias de gran costo subjetivo.

Por un lado, en estas nuevas elaboraciones Freud nos plantea al yo como el escenario de la formación de síntomas y nos anuncia que en la lucha defensiva contra el síntoma, *“el yo es constreñido por su naturaleza a emprender algo que tenemos que apreciar como intento de restablecimiento o de reconciliación”* (Freud, 1926, pp. 94). El yo intenta *“cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo a sí e incorporarlo a su organización”* (Freud, 1926, pp. 94). No obstante,

por otro lado, y - como ya lo hemos presentado - destaca la debilitación progresiva del yo en la evolución de la neurosis obsesiva, que puede llegar hasta la pérdida de la voluntad. Un yo empobrecido, debilitado y colmado de síntomas - en el intento de asimilarlos - y sometido a los poderes del Superyó a diferencia de lo que el autor, años anteriores, formulaba.

En este momento de su obra, y a partir de los cambios ya presentados, lejos de mostrarnos una reafirmación del carácter nos anuncia *“un yo extremadamente limitado que se ve obligado a buscar sus satisfacciones en los síntomas”* (Freud, 1926, pp. 112)

Entonces, el Superyó es la instancia que le permite a nuestro autor circunscribir esta particular relación entre la satisfacción y la renuncia, satisfacción paradójica que revela su cara pulsional, ya que cuanto más el sujeto renuncia al goce, nueva y mayor renuncia aquel exige, reactivando el apetito mortífero de la pulsión. Doble vertiente del síntoma, que muestra por un lado, la satisfacción ligada al deseo inconciente indómito, y por otro, la satisfacción paradójica no regulada por el falo, que se traduce clínicamente como la compulsión (*Zwang*) del síntoma.

El tratamiento psicoanalítico de la Neurosis Obsesiva en Freud

Tal como venimos desarrollando en el apartado anterior, hablar de neurosis obsesiva freudiana supone señalar una estrecha solidaridad existente entre el concepto de síntoma en juego y la clínica que con él se practica. Verdadero motivo de orgullo personal para Freud, el método psicoanalítico, es el que permitió desplegar, interrogar e intentar esclarecer la lógica de la neurosis obsesiva de un modo que no se confunde con los de la psiquiatría clásica o contemporánea. De allí que nos haya resultado imprescindible incluir un apartado que se ocupe de las particularidades señaladas por el autor en el tratamiento psicoanalítico de la neurosis obsesiva, es decir, de la neurosis obsesiva en transferencia con Freud. Como intentaremos demostrar, es imposible separar las elaboraciones teóricas sobre el tema – tantos los impasses como las innovaciones-, de la posición adoptada por Freud mismo en

la cura de sus pacientes obsesivos. La construcción teórica misma comporta - para lo mejor y para lo peor - la marca del “deseo de Freud”.

Para comenzar introduciendo una visión panorámica del tema, podríamos afirmar que las concepciones de Freud sobre el tratamiento de la neurosis obsesiva dibujan un movimiento de curva. Tras un despegue en el que la nota de optimismo no falta en cuanto a las expectativas de éxito que se desprenden de la indagación analítica de la misma, sigue un período de “meseta” en el que plantea ciertos interrogantes referidos a la necesidad de introducir modificaciones técnicas específicas para intervenir esta forma de neurosis, en particular en cuanto al trabajo sobre las resistencias en la cura. Finalmente, veremos cómo hacia el final de su obra la neurosis obsesiva se convierte en uno de los paradigmas clínicos fundamentales que ponen en cuestión los logros alcanzables por la terapia analítica. El estudio de dichos obstáculos, derivados de la clínica de la obsesión, conducirá a Freud a elaborar en una perspectiva ya no tan entusiasta, preguntas y reservas sobre la cuestión. Señalaremos junto con Freud cómo la incidencia del elemento “constitucional” desplaza los pesos en la balanza que determina los tiempos y la forma de finalización de los análisis.

El optimismo de los inicios

“se me ha abierto la perspectiva de una curación efectiva
de la histeria y de las representaciones obsesivas”
(Freud, 1898, pp. 274)

La primera clínica freudiana de la neurosis obsesiva, dijimos, es una clínica de la “defensa”. El acento puesto en el mecanismo psíquico en juego en la génesis de los fenómenos obsesivos, posee una comunidad estructural con el resto de las formaciones del inconsciente. Si Freud insiste tanto en *La interpretación de los sueños* (1900), como en *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901), sobre la identidad de los mecanismos en juego entre aquellas y los síntomas

neuróticos es en gran parte en función del interés por mantener cierta unidad técnica como principio de intervención. “Ello me sugirió tratar al sueño mismo como un síntoma y aplicarle el método de interpretación elaborado para los síntomas” (Freud, 1900, pp. 122)

Lo que está en juego es un método para intervenir al síntoma por medio de un dispositivo que haga uso de los poderes de palabra. La esperanza de una entera resolución “lenguajera” de la representación obsesiva se refleja en afirmaciones como la siguiente:

“Para la neurosis obsesiva se corrobora que la *representación-palabra*, y no el concepto a ella inherente, es la localidad donde irrumpe lo reprimido. (Más precisamente, es el recuerdo-palabra.) De ahí que las cosas más dispares tiendan a reunirse como representación obsesiva bajo la palabra multívoca” (Freud, 1897, pp. 314)

La caída de la teoría de la seducción y su sustitución por el infantilismo de la sexualidad pulsional perversa polimorfa rearticula, es cierto, los elementos etiológicos en juego, pero esto no impacta negativamente sobre las posibilidades de abordaje clínico de la neurosis obsesiva. El sentido sexual de los síntomas obsesivos parece poder evacuarse y encontrar una tramitación más adecuada que la otrora patológica satisfacción desfigurada. “Lo característico de esta neurosis (...) no ha de buscarse, a mi juicio en la vida pulsional, sino en las constelaciones psicológicas” (Freud, 1909, pp.193). De esto se deriva el que Freud considere que el método psicoanalítico esté particularmente indicado en estos casos:

“Los más favorables para el psicoanálisis, son los casos crónicos de psiconeurosis con escasos síntomas violentos o peligrosos; sobre todo, las diversas variedades de la neurosis obsesiva, pensamiento y acción obsesivos” (Freud, 1904, pp. 241).

En este mismo sentido agrega:

“Los síntomas de estas afecciones (... , neurosis obsesivas,...) son psicógenos, dependen de la acción eficaz de unos complejos de representaciones (reprimidas) inconcientes. Y ese mismo método nos ha permitido tomar conocimiento también de tales complejos inconcientes, mostrándonos que ellos – formulado en términos universales- poseen contenido sexual” (Freud, 1908, pp. 167)

Existe sin embargo una particularidad señalada por Freud en cuanto a la intervención del síntoma obsesivo en los inicios del tratamiento. Esta podría ser derivada de una suerte de doble puesta a distancia del síntoma, tanto respecto del médico como de sí mismo. La maniobra de la transferencia, resulta

entonces el recurso princeps para lograr precipitar al síntoma y conectarlo con la dimensión del saber inconsciente. “La verdad es que no se puede ahorcar a nadie si antes no se lo ha atrapado, y que es menester algún trabajo para echar mano a las formaciones patológicas que uno quiere destruir” (Freud, 1909, pp.101)

En primer lugar Freud describe a los síntomas como estando lejos de una posible demanda de curación dirigida al médico.

“Los neuróticos obsesivos graves se someten a tratamiento analítico más raramente que los histéricos. También en su vida de relación disimulan sus achaques todo el tiempo que pueden, y suelen acudir al médico sólo en estadios de su enfermedad tan avanzados que, si se tratara de una tuberculosis pulmonar, por ejemplo, excluiría su admisión en un sanatorio” (Freud, 1909, pp. 124)

Pero en segundo lugar, los síntomas - nos dice Freud - permanecen alejados del sujeto mismo.

“No es raro que sólo tras un trecho de empeño psicoanalítico uno se entere (...) del texto correcto de un impulso obsesivo, etc. La represión no sólo alcanzó los complejos inconscientes; ella no cesa, y se dirige también de continuo contra sus retoños, impidiendo al enfermo percibir sus productos patológicos como tales. Esto nos pone, como médicos, en la rara situación de tener que ayudar a la enfermedad para conseguir que se le preste atención”. (Freud, 1909, pp. 101)

Así lo enuncia también en el historial del Hombre de las Ratat:

*“Los enfermos no tienen noticia del texto de sus propias representaciones obsesivas. Suena paradójico, pero tiene su buen sentido. En efecto, en el circuito de un psicoanálisis crece no sólo el coraje del enfermo, sino, por así decir, también el de su enfermedad, esta se atreve a dar exteriorizaciones más nítidas. Para abandonar la figuración por imágenes: ocurre sin duda que el enfermo, quien hasta entonces se había extrañado {*abwenden*} con terror de la percepción de sus propias producciones patológicas, les presta ahora su atención y se entera de ellas con más nitidez y detalle” (...)*“en muchos enfermos, el extrañamiento de su atención llega tan lejos que no son capaces de indicar el contenido de una representación obsesiva ni pueden describir una acción obsesiva que han realizado incontables veces” (Freud, 1909, pp. 174 - 175.)

En este sentido, la entrada en análisis del Hombre de la Ratat - detallada en otro capítulo de la presente obra -, constituye un caso ejemplar del atrapamiento del síntoma por parte del sujeto de modo correlativo a la inauguración de la transferencia con Freud.

El éxito del tratamiento de la neurosis obsesiva, se sostiene para Freud en su posible intervención en transferencia. Sin embargo, el camino que conduce al sentido sexual del síntoma es arduo y laborioso. Por esto mismo aclara que no

se trata de una “terapia breve”. Para decirlo de manera más directa: “el psicoanálisis requiere siempre lapsos más prolongados” (Freud, 1913, pp. 130-131)

La “táctica rusa” y las modificaciones técnicas

El largo primer tratamiento del Hombre de los Lobos (1910 - 1914), le permitió a Freud entrever algunas dificultades en la avanzada sobre la neurosis obsesiva. Recordemos al pasar que Freud siempre consideró que se trataba en este caso de un neurótico obsesivo, incluso cuando en 1937 – y ya luego del desarrollo del episodio paranoide - realizó su último comentario sobre el caso en *Análisis terminable e interminable*. Sucedió que este paciente se atrincherara durante mucho tiempo detrás de una postura inabordable de *dócil apatía*. Si bien escuchaba y comprendía, no permitía ninguna aproximación que tuviese efectos sobre las fuerzas pulsionales que gobernaban su comportamiento en las pocas relaciones vitales que le quedaban. Algunos años después, mientras comentaba dificultades en el tratamiento con otra paciente nos recuerda:

“A esa misma táctica rusa (así podría nombrársela) obedece la resistencia muy a menudo en casos de neurosis obsesiva que, por eso, durante cierto lapso brindan los más claros resultados y permiten una intelección profunda de la causación de los síntomas. Y uno empieza a maravillarse de que unos progresos tan grandes en la comprensión analítica no traigan consigo el más leve cambio en las obsesiones e inhibiciones del enfermo, hasta que, por fin, se cae en la cuenta de que todo lo que se había traído a la luz estaba inficionado por la reserva de la duda, tras cuya muralla protectora la neurosis podía sentirse segura. «Todo sería magnífico –se dice dentro de sí el enfermo, y con frecuencia también concientemente- si yo tuviera que dar crédito a este hombre, pero ni hablar de eso, y puesto que no ocurre tal cosa, no me hace falta cambiar nada». Si uno después se aproxima a la motivación de esa duda, estalla la lucha seria con las resistencias” (Freud, 1920, pp. 156)

Para combatir esta resistencia en el caso del Hombre los Lobos, Freud decidió apostar por la conocida maniobra de fijar un plazo. Sin embargo, el éxito relativo que encontró con ella no le impide plantearse un programa de investigación al respecto. Así lo enunció en el discurso inaugural del 2º Congreso Internacional de Psicoanálisis en Nuremberg:

“Otras modificaciones de la técnica, que aún no me parecen maduras, se requerirán en el tratamiento de las neurosis obsesivas. Importantísimas cuestiones, todavía no aclaradas, emergen en este contexto: ¿En qué medida debe consentirse alguna satisfacción durante la cura a las pulsiones combatidas en el enfermo, y qué diferencia importa para ello el hecho de que esas pulsiones sean de naturaleza activa (sádica) o pasiva (masoquista)?” (Freud, 1910, pp.137.)

Es que la técnica psicoanalítica, nacida y desarrollada de la mano de la histeria encuentra obstáculos propios en el terreno de la obsesión. Freud empieza a decir que no es posible comportarse en ambos casos del mismo modo si se desea tener éxito en la cura:

“Una espera pasiva parece todavía menos apropiada en los casos graves de acciones obsesivas; en efecto, estos tienden en general a un proceso de curación «asintótico», a un tratamiento interminable, y su análisis corre siempre el peligro de sacar a la luz demasiado y no cambiar nada. Me parece dudoso que la técnica correcta sólo consista, en estos casos, en esperar hasta que la cura misma devenga compulsión {*Zwang*, “obsesión”}, para sofocar entonces violentamente, con esta contra-compulsión, la compulsión patológica”. (Freud, 1919, pp.161-162).

Freud advierte que el analista no es inocente al haber incitado y desencadenado el goce propio del “blablabla”. Que la cura se torne ella misma compulsión, por el hecho mismo del goce del dispositivo, hará que Freud preste oídos a la primera versión de la “técnica activa” de Ferenczi.

Además de la exploración simbólica del inconsciente, el *vencimiento de las resistencias* viene así a nombrar el escollo de un real que es producto del desciframiento mismo. “Al mismo tiempo se reconoció que la pieza esencial del trabajo terapéutico consiste en el vencimiento de estas resistencias, y que sin esta operación no puede alcanzarse una transformación anímica duradera del paciente” (Freud, 1923, pp. 245)

He aquí un ejemplo de la época sobre el modo en que la cura misma se encuentra amenazada al volverse obsesivo el desciframiento mismo.

“A veces es dable procurarse de manera muy cómoda el esclarecimiento buscado acerca de lo reprimido inconsciente. Uno pregunta: « ¿Qué considera usted lo más inverosímil de todo en aquella situación? ». Si el paciente cae en la trampa y nombra aquello en que menos puede creer, casi siempre ha confesado lo correcto. Una neta contrapartida de ese experimento se produce a menudo en el neurótico obsesivo que ya ha sido iniciado en la inteligencia de sus síntomas. «He tenido una nueva representación obsesiva. Al punto se me ocurrió que podría significar esto en particular. Pero no, no puede ser cierto, pues de lo contrario no se me habría podido ocurrir». Desde luego, lo que él desestima con este fundamento, espiado en la cura, es el sentido correcto de la nueva representación obsesiva”. (Freud, 1925, pp. 253)

El tiempo del desencanto

“Algún día comprenderemos estas cosas, que todavía se nos escapan”

(Freud, 1930, pp. 131)

Este tipo de escollo conducirá a Freud finalmente a agrupar toda una serie de fenómenos de equivalente función bajo la rúbrica de la *reacción terapéutica negativa*. Esta forma peculiarísima de resistencia engendrada por el dispositivo mismo, es un planteo subsidiario de la formulación de la segunda tópica y del nuevo dualismo pulsional. Así, la teorización de la neurosis obsesiva encontró, como ya vimos una complejización en torno a la pulsión de muerte. El sadismo del superyó, el masoquismo del yo, y su inercia caracterial serán considerados no sólo a la luz del sadismo y del erotismo anal sino fundamentalmente a partir de las terribles consecuencias de la desmezcla pulsional.

En lo referido a los movimientos de apertura de la partida analítica, la temprana dificultad detectada por Freud que consiste en poner el síntoma en relación al Otro, será retomada en estos años pero reformulada en torno a la función defensiva esencial del *aislamiento*. El aislamiento se pone en juego en la cura para asegurarle al Yo el mantenimiento de su función de dominio y obstaculizar la entrega a ese Otro que es la regla fundamental para dividirse en relación a la emergencia del saber inconsciente.

“Según toda nuestra experiencia, el neurótico obsesivo halla particular dificultad en obedecer a la regla psicoanalítica fundamental. Su yo es más vigilante y son más tajantes los aislamientos que emprende, probablemente a consecuencia de la elevada tensión de conflicto entre su superyó y su ello. En el curso de su trabajo de pensamiento tiene demasiadas cosas de las cuales defenderse: la injerencia de fantasías inconscientes, la exteriorización de las aspiraciones ambivalentes. No le está permitido dejarse ir; se encuentra en un permanente apronte de lucha. Luego apoya esta compulsión a concentrarse y a aislar: lo hace mediante las acciones mágicas de aislamiento que se vuelven tan llamativas como síntomas que tanta gravitación práctica adquieren; desde luego, en sí mismas son inútiles y presentan el carácter del ceremonial”.(Freud, 1926, pp.116)

El aislamiento es entonces, el nombre dado por Freud a la plaza fuerte en la que el yo del obsesivo hiende sus raíces en el factor cuantitativo de la intensidad pulsional, obstaculizando, en términos de Lacan, la “elección

imposible” de la transferencia que suspenda el “no pienso” de la afirmación del yo, en favor de un “no soy” que ponga a trabajar al sujeto del inconsciente.

Por otro lado, y ya refiriéndonos a los obstáculos en la finalización de la partida, debemos señalar que lo decisivo recaerá sobre el elemento *constitucional* y la llamada *alteración del yo* convocados para establecer los límites y alcances de la eficacia del psicoanálisis en la cura de la neurosis obsesiva. Freud sólo se mantendrá optimista en los casos de etiología esencialmente traumática, y donde el Yo no esté alterado. Por el contrario:

“La intensidad constitucional de las pulsiones y la alteración perjudicial del yo, adquirida en la lucha defensiva, en el sentido de un desquicio y una limitación, son los factores desfavorables para el efecto del análisis y capaces de prolongar su duración hasta lo inconcluible” (Freud, 1937, pp. 223-224).

Es que la cura freudiana, más allá de estar orientada hacia la exploración del inconsciente, no deja de llevar la marca de pretender asegurar el gobierno sobre lo pulsional. Esto la vuelve interminable. Será necesario que Lacan nos enseñe a leer la filogenia y la constitución como topes estructurales, para extraer las consecuencias necesarias capaces de reorientar la cura y conducirla hasta su verdadero fin.

La Señora Gi, “el flagelo de Freud”.

Hemos elegido en este apartado ocuparnos de un caso no tan conocido dentro de la literatura freudiana, a pesar de que en los últimos años ha sido objeto de publicaciones interesantes, tanto dentro como fuera del psicoanálisis de la orientación lacaniana. (Falzeder, E. 1994; Fiori, R. 2008). Se trata del caso de la señora Elfriede Hirschfeld, atendida por Freud desde octubre de 1908 hasta 1914, con algunas interrupciones. Antes y después fue atendida también por Janet, Jung, Pfister, Binswanger e incluso Bleuler. Si bien Freud no publicó nunca un “historial clínico” sobre la paciente, es sabido que muchas de las teorizaciones relativas a la neurosis obsesiva – en particular la importancia acordada al erotismo anal-, abrevaron en el largo, difícil e infructuoso tratamiento de esta paciente. La evolución maligna de su estado, del que da

testimonio la historia clínica de su posterior internación en la clínica de Binswanger, ha conducido para algunos autores a un cuestionamiento del diagnóstico freudiano de neurosis obsesiva, al destacar una marcada pendiente melancólica. Bleuler, por su parte, había llegado a postular una esquizofrenia inminente.

Existen al menos seis trabajos en los que Freud se refiere a ella, aunque no siempre con las mismas iniciales. **(1)** En nuestra exposición mantendremos la designación de Señora Gi. En su correspondencia con Pfister, Ferenczi, Binswanger, Jung, y Abraham, la paciente ocupa también un lugar importante durante esos años, en los que se destacan además las dificultades contra-transferenciales de Freud para con ella. Períodos de optimismo terapéutico son decapitados sistemáticamente por esta paciente aquejada de una *neurosis obsesiva grave e incurable*. De ella llegó incluso a escribirle a Jung: “Mi gran paciente, mi flagelo principal” (carta del 27/04/1911).

Reconstrucción del Caso: el elemento infantil

Nacida alrededor de 1873 y criada en Fráncfort del Meno, la paciente es la mayor de cinco niñas. La más pequeña era diez años menor que ella, pero de la segunda sólo la separaban algunos meses, ya que ambas habían nacido el mismo año. Su madre se había casado teniendo ya treinta años con un hombre más joven. No era una mujer gentil, ni cariñosa. El padre, por el contrario, se ocupaba mucho de las niñas y lograba con su simpatía y sutileza imponer su presencia. Era un excelente dibujante, cuyo talento generaba alegría y admiración en sus hijas. Desafortunadamente, no deslumbraba tanto en otros campos. Los negocios no iban tan bien para este hombre, y no lograba sustentar económicamente la vida familiar sin recurrir a la ayuda de los abuelos. La hija mayor, se volvió precozmente la confidente de todos los problemas que derivaban en él por la ausencia de una actividad bien remunerada. Sin embargo, - o quizás justamente por ello-, la futura paciente

de Freud estaba extremadamente aferrada a este padre, y desarrolló un lazo particularmente intenso hacia él.

De hecho, existen en la infancia de esta paciente dos sucesos que mostrarán su importancia a posteriori. Se trata de “dos mentiras infantiles”, que tendrán relación con las futuras producciones obsesivas, destinadas a velar la disminución del ideal paterno, a “salvarlo”. Cabe resaltar que será en torno a la lectura que hará de aquellas donde Freud elabora la arquitectura de la neurosis obsesiva.

En la primera de ellas se encuentra una alusión al padre a través de una referencia indirecta al dinero, y el nivel de vida hogareño. Hela aquí:

“Una vez, camino a la escuela, una compañera se ufanó: «Ayer a mediodía tuvimos hielo». Ella replicó: « ¡Bah! Hielo nosotros tenemos todos los días ». En realidad, no entendió qué significaba tener hielo para el almuerzo (sólo conocía el hielo en grandes bloques, como lo trasportaban en los carros) [*“hielo” en el almuerzo significaba “helado”*], pero supuso que tenía que ser algo muy digno, y por eso no quiso quedarse atrás de su compañera.” (Freud, 1913, pp. 325-326)

En la segunda, la referencia paterna está insinuada a través de la habilidad en el dibujo:

“Otra vez, cuando tenía diez años, en la clase de dibujo le dieron la tarea de trazar un círculo a pulso. Pero se sirvió para ello del compás; le fue muy fácil, produjo un círculo perfecto y, triunfante, mostró su logro a su vecina de banco. El maestro se acercaba, oyó la jactancia, descubrió las marcas del compás en el círculo y puso en entredicho a la niña. Pero esta negó con obstinación; ninguna prueba obtuvo su confesión y se refugió en desafiante mudez. El maestro trató el asunto con el padre; y ambos, movidos por la habitual bondad de la niña, convinieron en que la falta no le trajera ulteriores consecuencias”. (Freud, 1913, pp. 326)

Este “nudo”, entre la niña y su padre haría que su felicidad se desmoronara en la adultez. Una vez pasados los primeros años de su vida, en los se había comportado como una niña testaruda e insatisfecha, la jovencita sufrió un cambio importante. Tras haber superado su carácter de niña rígida y apasionada, se convirtió al crecer en un “verdadero espejo de virtudes” (Freud, 1941 [1921], pp. 177), “una muchacha particularmente buena, seria, amante de la verdad y capaz” (Freud, 1913, pp. 325).

De su juventud: un nuevo “padre” y el quebranto en dos tiempos

Así continúa Freud el relato de los acontecimientos

“Su elevado *pathos* ético se asocia a una inteligencia rígidamente limitada. Se ha convertido en maestra de escuela, y es muy respetada. El tímido galanteo de un pariente joven, su maestro de música, poco la conmueve. Ningún otro hombre ha despertado todavía su interés.

Cierto día aparece un pariente de la madre, bastante mayor que la muchacha, pero aún joven, puesto que ella tiene sólo diecinueve años. Es extranjero, vive en Rusia, donde dirige una gran empresa comercial, se ha hecho muy rico. Nada menos que una guerra mundial y la caída del máximo despotismo harían falta {luego} para empobrecerlo a él también. Se enamora de su joven y rigurosa prima, y quiere tenerla por mujer. Los padres no le dicen palabra, pero ella comprende lo que desean. Por detrás de todos los ideales éticos se le asoma el cumplimiento del deseo de su fantasía: *auxiliar a su padre, salvarlo de sus penurias*. Cuenta con poder apoyar al padre con dinero mientras conduzca su negocio, y procurarle una pensión cuando por fin se retire; dará a sus hermanas dote y ajuar para que puedan casarse. Y se enamora de él, poco después se casa y lo sigue a Rusia”. (Freud, 1941 [1921], pp. 177-178)

Pero este equilibrio conyugal resultó ser precario. Es que estaba sostenido en la premisa de mantener el lazo ideal con el padre. Pasados algunos años, una ausencia ligada a la maternidad comenzó a jugar una función perturbadora.

“En ese matrimonio todo marcha a pedir de boca hasta un pequeño suceso, no bien comprendido, que sólo cobra significación en una ojeada retrospectiva. Mujer, se convierte en una tierna amante, sensualmente satisfecha, la bienhechora de su familia. Sólo una cosa faltaba: no tenía hijos. Ahora tiene 27 años, casada hace 8, vive en Alemania y tras vencer todos los reparos acudió a un ginecólogo de allí. Pero este, con la desaprensión habitual en los especialistas, le prometió éxito si se sometía a una pequeña operación. Ella está dispuesta, al atardecer del día anterior habla con su marido. Van cayendo las sombras, ella quiere encender la luz. El marido le pide que no lo haga, tiene algo que decirle para lo cual prefiere la oscuridad. Que desista de la operación, la culpa de la falta de hijos está en él. Durante un congreso médico, hace dos años, se enteró de que ciertas enfermedades pueden quitar al hombre la capacidad para engendrar hijos, y un examen le mostró después que también él caía dentro de este caso”. (Freud, 1941 [1921], pp. 177-178)

En efecto, una infección genital anterior al casamiento, había causado una epididimitis y un saldo de azoospermia que le había vuelto imposible la procreación.

“Tras esta franqueza, se suspende la operación. En ella se consuma instantáneamente un quebrantamiento, que en vano procura guardar en secreto. Sólo lo había podido amar como sustituto del padre, y ahora se entera de que nunca podrá serlo. Tres caminos se abren frente a ella, todos intransitables: la infidelidad, renunciar a tener hijos, divorciarse de su marido. A este último no podía seguirlo por los mejores motivos prácticos, y al segundo, por los más poderosos motivos inconcientes, que ustedes coligen con facilidad. Toda su infancia había estado dominada por el deseo, tres veces defraudado, de tener un hijo del padre”. (Freud, 1941 [1921], pp. 177-178)

Freud no discute demasiado la opción de la infidelidad, pero llega a mencionar en 1933 que la paciente sufría en este período de angustias debidas a tentaciones, y que se preguntaba si no debía abandonar a su marido.

“Entonces le resta aquella salida que para nosotros la volverá tan interesante. Cae presa de grave neurosis. Durante largo tiempo se defiende de diversas tentaciones con el auxilio de una histeria de angustia, pero luego se produce un vuelco a graves acciones compulsivas”. (Freud, 1941 [1921], pp. 177-178)

¿Cómo da cuenta Freud de dicho vuelco? Haciendo intervenir un nuevo punto de discontinuidad. La señora Gi, que se encontraba en un importante estado de desazón, hacía todo lo necesario para que su marido no adivinara que él comportaba la causa de la frustración patógena. Sin embargo, éste comprendió sin que mediara confesión ni declaración, el verdadero significado de la angustia de su esposa. A su turno, se mortificó por ello sin demostrarlo y terminó reaccionando neuróticamente. Por primera vez en años, se encontró impotente para el comercio sexual. Inmediatamente decidió partir de viaje. La señora Gi lo creyó aquejado de impotencia permanente y la víspera de su regreso produjo los primeros síntomas obsesivos. Su estado hizo necesaria la iniciación de una secuencia ininterrumpida de ensayos terapéuticos con algunos de los mejores psiquiatras y psicoterapeutas de la época. Freud no brinda mayor información respecto de estos antecedentes de tratamiento. Sólo informa que, tras fracasar en estos tratamientos, y diez años después del estallido bifásico de la enfermedad, llega a su consulta con casi 40 años.

“Ingresa en sanatorios y por fin, tras diez años de arrastrar la enfermedad, acude a mí. Su síntoma más llamativo era que, puesta en el lecho, prendía [*anstecken*] su ropa de cama a las sábanas con unos imperdibles. [Alfileres de gancho] Así dejaba traslucir el secreto de la infección [*Ansteckung*] de su marido, que la había dejado sin hijos”. (Freud, 1941 [1921], pp. 177-178)

Otros elementos del estado actual de la paciente completan el cuadro. En primer lugar, “angustia ante la rotura y astilladura de vasos {*Glas*}” (Freud, 1913, pp. 326). Por otro lado, en los tumultos tiene miedo de dañar a alguien. Después de un paseo en el que ella casi aplastó a un niño (o en el que concluyó esto tras un grito), se siente muy infeliz cuando conduce. Se ve constantemente forzada a hacer marcha atrás en sus trayectos, para persuadirse de que nada ha sucedido, y con gusto dejaría de manejar.

Freud nos presenta así a una señora Gi ya adulta, que se *reprochaba vivamente las dos mentiras infantiles escolares anteriormente mencionadas*. Encontraba en ellas la prueba de su “radical corrupción” (Freud, 1913, pp. 325). Recordaba haber sido en aquel tiempo vanidosa y mentirosa. Estos recuerdos eran los estigmas de una auto-imputada *perversión fundamental*. Como ejemplo sostiene que había incluso dejado caer a su hermana aún bebé de sus brazos, para más tarde llamarla “mi bebé”.

De acuerdo a la correspondencia de Freud con Jung, dos años y medio después de iniciado el tratamiento se manifiesta el primer efecto sensible de la cura. Un fuerte agravamiento sintomático le permite a Freud despejar el conflicto neurótico fundamental del caso. El intercambio epistolar con los otros analistas, derivaciones, y contraderivaciones, dan también testimonio del pesar de Freud respecto de la paciente.

“Ella está aquejada de una neurosis obsesiva gravísima, casi enteramente analizada, pero incurable, resistente a todos los esfuerzos a causa de circunstancias reales excepcionalmente desfavorables; pretende depender de mí todavía. En realidad me huye desde que le revelé el secreto último de su enfermedad” (Falzeder, 1997, pp. 1273, 1274)

¿A qué se refiere Freud con “el secreto último”? A la determinación inconsciente de un episodio sucedido entre el período de la histeria de angustia y su vuelco a la neurosis obsesiva.

Este episodio, ocurrido en tiempos de desazón, se sitúa en la cronología entre la confesión de la infertilidad del marido y la impotencia que inauguró la neurosis obsesiva. Estando de viaje en París, oculta su estado civil quitándose el anillo de boda, y consulta sobre su futuro a un adivino:

“Éste estudió largo rato la impresión de la mano, y le dijo después: «En los próximos tiempos librará usted grandes luchas, pero todo le saldrá bien, se casará y a los 32 años tendrá dos hijos». Esta historia la contó ella con evidente maravilla y desconcierto. Mi observación de que lamentablemente el plazo de la profecía ya había terminado 8 años atrás no le hizo impresión alguna. (Freud, 1941[1921] pp179)

Lo esencial del análisis de Freud sobre este vaticinio gira en torno al número 32:

“La profecía es entonces de fácil traducción: No te aflijas por tu actual falta de hijos, eso todavía no significa nada; siempre puedes tener el destino de tu madre, que a tu edad ni se había casado y con todo eso tuvo a los 32 años sus dos hijos.

La profecía le promete el cumplimiento de aquella identificación con la madre que fue el secreto de su infancia” (Freud, 1941[1921] pp. 180)

Este habría sido el deseo más entusiasta de su infancia, cuya imposibilidad de realizarse la enfermaba. Comunicada esta última pieza construida en el análisis, y entrelazada con la interpretación de las mentiras infantiles, Freud esclarecía el determinismo último de los síntomas obsesivos. No obstante, el alivio sintomático no advenía y la mujer abandona el tratamiento encolerizada.

La evolución posterior del caso

Hasta aquí hemos seguido las pistas de Freud en la elaboración del diagnóstico y tratamiento de la neurosis obsesiva. Por trabajos posteriores (Fiori, 2008), nos enteramos de que la Señora Gi fue internada en la clínica Bellevue de Binswanger en Kreuzlingen (Suiza). En su evolución se constata un estado de progresivo deterioro: ceremoniales de limpieza que le consumían todo el día, necesidad de vigilancia permanente para acotar esta actividad, ideas de impureza y de suicidio.

Es en función de la incorporación de estos datos a la lectura del material previo y orientados por la enseñanza de Lacan que es posible poner en cuestión el diagnóstico freudiano.

Siguiendo a Fiori (2008), quien intenta subrayar en el caso una fuerte pendiente melancólica que excede los límites de la neurosis, podemos leer en la evolución de su historia clínica cómo la posición de abyección fundamental que Freud había detectado en los autorreproches, se declina en torno a dos objetos fundamentales. Por un lado, el *kakon*, concentrado de maldad y oculto en lo más profundo del cuerpo del sujeto, intenta ser alcanzado y negativizado por medio de rituales de lavado.

“El 14 de abril de 1916- El desarrollo de su jornada, según ella, es el siguiente: toma el desayuno a las 8:30hs, a continuación va a la sala de baño, primero al inodoro, y luego comienza un ceremonial de limpieza con el papel higiénico, luego se lava aproximadamente durante una hora, sentada en el bidet, más tarde se lava durante una hora en la bañera, a continuación se lava más brevemente el rostro sentada delante del lavatorio. Mientras se lava, una de las mucamas la controla

continuamente, porque de otro modo no llega al fin. Almuerza en la sala de baño, mientras tanto se hacen las 16hs. Entonces, se recuesta, y se vuelve a levantar para cenar. Después de cenar se lava solamente durante veinte minutos en su cuarto; a las 22:30hs toma medio comprimido de Dial, y según sus indicaciones debe dormir alrededor de dos horas profundamente; luego pasa a un adormecimiento hasta las 4hs, momento en que se encuentra completamente despierta. Estas últimas horas son aparentemente las más dolorosas. Dice que no tiene ninguna esperanza, que quiere suicidarse, que es infeliz por no pasar al acto, y que es necesario que alguien la saque de su estado actual. Dice que sufre más que nadie, que llora mucho, que se ata a la cama porque tiene miedo de la idea de haber matado a alguien.

El 10 de junio de 1916 – Durante todo este último período, el médico pudo verla una sola vez. Todas las otras veces, la paciente decidió no recibirlo, porque se sentía “demasiado impura”, y temía que el médico también se manchara.

Una vez, la paciente estaba lista a recibir al médico a las 18hs, pero finalmente desistió aduciendo un dolor de cabeza (en realidad no había podido, a pesar de todo, superar el temor de que el médico se vuelva impuro)

La cuestión de su partida no se ha vuelto a plantear. Sin embargo, los actos obsesivos, los ceremoniales, etc. que se llevan a cabo se han visto muy reforzados” (Fiori, 2008, pp. 187)

En segundo lugar, la mirada, excéntrica y saturando la periferia externa por no estar extraída interfiere en su realidad cotidiana. Ya Freud había señalado en 1913 en relación a la Señora Gi:

“Una dama aquejada de una manía de duda y de un ceremonial obsesivo exige a sus enfermeras que no la pierdan de vista en ningún momento, pues de lo contrario empezaría a cavilar sobre las acciones prohibidas que pudo cometer en el lapso en que quedó sin vigilancia. Cierta velada en que reposa sobre el diván cree notar que la enfermera de servicio se ha dormido. Pregunta: « ¿Me ha visto usted? »; la enfermera se sobresalta y responde: « Sí, por cierto ». Pero la enferma tiene ahora el motivo para una nueva duda y al rato repite la misma pregunta. La enfermera torna a aseverar; en ese instante, otra servidora trae la cena. (Freud, 1913, pp. 283)

En la internación actual las cosas van más lejos:

“Ella dice que se ata a la cama porque tiene miedo de la idea de que habría matado a alguien. Necesita continuamente un control, ya sea atándose o haciéndose vigilar por alguien, y esto para que en caso de que la idea sobrevenga, ella pueda tener la certeza de la imposibilidad de haber cometido un asesinato”. (...) 14 de abril de 1916: “lo que sobresale es el temor a que emerja esta fobia, contra el temor de la cual quiere asegurarse anticipándose”. Más adelante, en la jornada del 17 de agosto de 1916: “Ella hace estirar una sábana sobre el sillón, pero la retira nuevamente; para que no se ate al sillón con alfileres de gancho, se le permite desde ahora hacerse vigilar” (Fiori, 2008, pp. 188)

En este sentido, acordamos con Fiori cuando señala que los síntomas corresponden a una posición libidinal que excede al cuadro de la neurosis.

Ahora bien, contemporáneamente a la asistencia de la paciente Freud elaboró su escrito “Duelo y melancolía” (1915), con lo cual creemos legítimo preguntarnos: ¿por qué, frente a la pregnancia de los autoreproches y al

fracaso del tratamiento, no esboza nunca que podría tratarse de un caso de melancolía? Es que la versión freudiana de la melancolía, a diferencia de la Fiori, se limita exclusivamente a la *delirante expectativa de castigo* traducida clínicamente en el delirio de indignidad. La señora Gi nunca tuvo un delirio de estas características, ni tampoco fenómenos alucinatorios, sino un temor obsesivo de poder haber cometido una falta que intenta purgar en los ceremoniales y evitaciones; y que sólo en momentos puntuales roza la certeza de la abyección fundamental.

En este sentido, creemos que la confianza incondicional de Freud a los lazos encontrados entre el síntoma y el mito edípico le esquivo la pregunta de la eventual función que puede cumplir el síntoma en la estructura más allá de la consabida satisfacción sustitutiva.

Conclusiones

Hemos iniciado este recorrido advertidos de las luces y sombras que el campo de la neurosis obsesiva instauró en el dispositivo creado por el padre del psicoanálisis. Sin embargo, no podemos dejar de subrayar la versatilidad y el coraje de Freud en el intento de apresar teóricamente sus hallazgos clínicos. La honestidad intelectual tampoco está ausente en la cita.

En nuestro trabajo nos hemos centrado fundamentalmente en torno a tres grandes ejes temáticos: la descripción y la explicación del síntoma obsesivo freudiano, sus posibilidades de intervención por medio del dispositivo analítico, y las vicisitudes de la clínica diferencial en función del estudio de un caso particular.

Vimos cómo la neurosis obsesiva nos confronta desde el inicio a una gran variedad en lo referido a sus formas de presentación clínica (pensamientos, afectos, rasgos de carácter, conductas, rituales, prohibiciones, delirios, etc.). Sin embargo, el espíritu tenaz de Freud en su confianza en el síntoma intentó ofrecer una brújula frente a esta forma tan estrafalaria del penar subjetivo. No se trata, es cierto de un camino lineal el recorrido por él. Acaso nos

corresponda preguntarnos sobre el resultado de su apuesta por el síntoma, en su intento de salir del “laberinto” que constituye esta forma de la neurosis.

Por un lado, consideramos que esta confianza sigue siendo una orientación valiosa y siempre vigente frente al palidecer de la clínica psiquiátrica actual, donde la promoción de la perspectiva dimensional diluye los fundamentos de un abordaje diferencial de la neurosis obsesiva. El abandono de la senda freudiana, le permite actualmente a algunos (Cath, 2008) hacer de la mera presencia de conductas repetitivas y ritualizadas, o de la adherencia a encuadres fijos elementos suficientes para superponer incluso al “autismo” junto al vago e inespecífico “espectro obsesivo compulsivo”, para desde allí especular con una etiología común.

Muy lejos de semejantes perspectivas, la apuesta por el síntoma que Freud mantiene es además solidaria de una intervención clínica posible sobre él, que lo aleja de una mera psicopatología descriptiva. Es sólo gracias a este abordaje clínico metodológico, impensable fuera del campo de la transferencia, que construye a lo largo de su obra el viraje de las constelaciones “psicológicas” a las “constitucionales” a la base del síntoma y al carácter. La abundancia de escritos dedicados a la neurosis obsesiva al final de su obra, en desmedro y contraste con el interés inicial de Freud por la histeria es elocuente. Es que su deseo de domeñar la inercia pulsional en la neurosis obsesiva, se topa con la cara real de la satisfacción paradójica y la recurrencia refractaria de los restos sintomáticos inasequibles al inconsciente transferencial.

En lo relativo a la clínica diferencial, acaso sea también la confianza prestada al síntoma, la que en su exceso, haya configurado el escollo que le impidió a Freud poner en duda el diagnóstico de la Señora Gi. ¿Debemos reprochárselo? Antes, nos resulta más interesante renovar su lectura, con otras herramientas conceptuales. Poco se ganaría para la inteligencia del caso abogando por el “espectro” o la “comorbilidad”. Las elaboraciones lacanianas de la neurosis obsesiva abrirán por cierto nuevas vías, al introducir perspectivas inéditas en relación a la función del síntoma en la estructura subjetiva con consecuencias mayores para la dirección de la cura.

Notas de referencia

- 1- Agradecemos al trabajo de reconstrucción realizado por el equipo integrado por Lic. Diana Lozano, Lic. Martina Fernández Raone, Lic. María Inés Machado, Lic. Julia Martín, miembros de la investigación “Estructura y función de las obsesiones en neurosis y psicosis” [Cátedra Psicopatología I – UNLP – Período 2010 – 2013] que tiene como referencia los siguientes artículos de Freud:

- 1 – Un sueño como pieza probatoria (1913)
- 2 – Dos mentiras infantiles (1913)
- 3 – La predisposición a la neurosis obsesiva. Contribución al problema de la elección de la neurosis. (1913)
- 4 – Psicoanálisis y telepatía (1941 [1921])
- 5 - Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños (1925)
- 6 – 30º conferencia. Sueño y ocultismo (1933)

Bibliografía

- Cath D.C. Ran N. Smit J.H. van Balkom A.J.L.M. Comijs H-C- “Symptom Overlap between Autism Spectrum Disorder, Generalized Social Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder in Adults: a Preliminary Case-Controlled Study” in *Psychopathology*, 2008; 41:101-110 (DOI: 10.1159/000111555)
- Cottet, S. *Freud y el deseo del psicoanalista*, (1982), Editorial hacia el tercer encuentro del campo freudiano, Argentina, 1984.
- “Sobre la reacción terapéutica negativa” en *Escansión 1*, Paidós, 1984, pp. 199 – 204.
- Falzeder, E. « Ma grande patiente, mon fléau principal. Un cas de Freud méconnu jusqu'à présent et ses répercussions », en *Revue Française de Psychanalyse*, Francia, 1997, Tomo LXI, pp1265-1290.
- Fiori, R. (2008): « Une femme mélancolique: la sixième analyse de Freud », en Revista *La Cause freudienne*, Seuil, Paris. N° 69, pp. 185-189.
- Freud, S. (1950 [1892-1899]): Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Manuscritos E, G, H y K., en *Obras Completas*, Vol. I, Argentina.
- Carta 79, (1897) en *Obras Completas*, Vol. I, Argentina.
- “Las neuropsicosis de defensa” (1894), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. III, Argentina.
- “Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología” (1895), en *Obras Completas* Amorrortu, Vol. III, Argentina.

- “La herencia y la etiología de las neurosis” (1896) en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. III, Argentina.
- “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896). En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. III, Argentina
- “La sexualidad en la etiología de las neurosis”, (1898), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. III, Argentina.
- “La interpretación de los sueños” (1900), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. IV y V, Argentina.
- “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. VI, Argentina.
- “El método psicoanalítico de Freud (1904) en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “Tres ensayos de teoría sexual” (1905), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. VII. Argentina.
- “Acciones obsesivas y prácticas religiosas” (1907), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. IX, Argentina.
- “Carácter y erotismo anal” (1908), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. IX, Argentina.
- “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna” (1908) en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (1909) en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “A propósito de un caso de neurosis obsesiva” (1909), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. X, Argentina.
- “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica” (1910) en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente”, en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XI, Argentina.
- “Un sueño como pieza probatoria” (1913), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XII, Argentina
- “La predisposición a la neurosis obsesiva Contribución al problema de la elección de la neurosis” (1913), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XII, Argentina.
- “Dos mentiras infantiles”, en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XII, Argentina.

- “Sobre la iniciación del tratamiento” (1913) en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “Tótem y Tabú” (1913), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIII, Argentina.
- “Sinopsis de las neurosis de transferencia” (1915), Publicación del CEP – [“Vue d’ensemble des névroses de transfert”, Gallimard, 1986.]
- “Introducción del narcisismo”, en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIV, Argentina.
- “Duelo y melancolía”, en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIV, Argentina.
- “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico” en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIV, Argentina
- “Conferencia 17. El sentido de los síntomas” (1917). En *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVI, Argentina
- “Conferencia 25: La Angustia” (1917), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVI, Argentina.
- “Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal” (1917), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVII, Argentina
- “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” (1920), en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Argentina.
- “Psicoanálisis y telepatía” (1941 [1921]), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XVIII, Argentina.
- “El yo y el ello” (1923), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XIX, Argentina.
- “Dos artículos de enciclopedia: «Psicoanálisis» y «Teoría de la libido», (1923) en *Obras Completas*, Vol. XVIII, Argentina.
- Neurosis y psicosis, en *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. En *Obras Completas*, Amorrortu, Argentina.
- “La negación” (1925) en *Obras Completas*, Amorrortu Vol. XIX, Argentina
- “Algunas notas adicionales a la interpretación de los sueños” (1925) en *Obras Completas*, Amorrortu Vol. XIX, Argentina
- “Inhibición, síntoma y angustia” (1926), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XX. Argentina.
- “El malestar en la cultura”, (1930), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XXI, Argentina

- “Tipos libidinales” (1931), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XXI, Argentina.
- Conferencia 30 “Sueño y ocultismo” (1933), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XXII, Argentina
- Conferencia 32 “Angustia y vida pulsional” (1933), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XXII, Argentina
- Análisis terminable e interminable (1937), en *Obras Completas*, Amorrortu, Vol. XXIII, Argentina.

Lacan, *El Seminario*, Libro 5, Las formaciones del inconsciente, Paidós, Argentina

- *El Seminario*, Libro 10, La Angustia, Paidós, Argentina
- *El Seminario*, Libro 14, La lógica del fantasma, (1966-1967), Inédito

Mazzuca, R. “La elaboración freudiana de la neurosis obsesiva”, en *Cizalla del cuerpo y del alma*, Bergasse 19 ediciones, 2002.

Miller, J-A., “H₂O” (1985), en *Matemas II*, Manantial, Argentina, 1988.

- *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, (1998-1999), Paidós, Argentina

Monribot, P. “La névrose obsessionnelle” en *Actes du Pont Freudien* N°30 (pp31- 73), 2010, Montréal, Canadá.

Obra Colectiva, *Histeria y Obsesión*, (1985), Manantial, Argentina, 1985.

Obra Colectiva, *Le Magazine Littéraire*, N° 1, Hors Série. « Freud et ses héritiers : l'aventure de la psychanalyse », 2º trimestre Paris, 2000, Dossier pp. 7 – 48 [Cottet, S, “La découverte de Freud” ; Laurent, E. « L’ascèse freudienne : les lettres à Fliess » ; Soler, C ; « Zweig : le témoin »]

Obra Colectiva, *La Cause Freudienne* N° 67, Tout le monde délire (Dossier « La névrose obsessionnelle » pp. 26-85) 2007. [Esthela Solano-Suarez, « L’Homme aux rats » ; Philippe De Georges, « Une pensée dont l’âme s’embarrasse ; Philippe La Sagna, « Les objets de l’obsessionnel »]

Pellion, F., « L’anxiété de Ferenczi » en *Mensuel de l’EPFCL* N° 4, 2005, p- 22-34)

Rose Sébastien, « Actualités de la névrose obsessionnelle», tesis de Doctorado en Psicología Clínica, defendida el 26 de Junio de 2009, Université Rennes 2, Dirigida por Alain Abelhauser.

- « La loquique obsessionnelle dans notre monde contemporain », ponencia realizada el 19 de junio de 2010, publicación digital de la Uforca, pour l’Université Populaire Jacques Lacan, 2011,

Soler, C. L'acte manqué de Ferenczi, en *Ornicar?*, n° 35, Paris, Navarin, 1985, p. 81-90.-

CAPÍTULO V

LA FOBIA SEGÚN FREUD

Nora Carbone, Martina Fernández Raone, Jesica Varela

*“El contenido de una fobia, es a la misma, aproximadamente, lo que al sueño su fachada
manifiesta” S. Freud*

Introducción

El temprano abordaje que hizo Freud de las fobias no le ahorró dificultades a la hora de establecer su estatuto en el amplio espectro de las neurosis. Al examinar sus textos, se advierte su preocupación por encontrarles su justo lugar respecto de la histeria, de la obsesión e, incluso, de las neurosis actuales. Asimismo, se aprecia su constante esfuerzo por determinar los vínculos de esta afección con el mecanismo represivo y con la angustia, circunstancia que lo condujo a cernir cada vez con mayor precisión tanto su estructura y como su función. Todo esto constituía para él un verdadero problema epistemológico, pues el concepto de fobia incumbía directamente a la construcción de su doctrina, pero también un problema terapéutico, ya que obtener un cabal entendimiento del asunto era vital para pensar la dirección de la cura.

El interrogante que guió nuestro recorrido fue: ¿es la fobia una verdadera neurosis? Y además, ¿tienen el mismo valor clínico y conceptual una zoofobia infantil como la de Juanito y una agorafobia en un adulto? ¿O más bien hay que ver en la primera, como se desprende de la enseñanza de Lacan, un punto de amarre en la estructuración del sujeto que vira luego hacia las dos grandes

neurosis y, en la segunda, una mera figura clínica que puede aparecer “en contextos infinitamente diversos”?

El objetivo del presente capítulo es seguir el derrotero epistémico realizado por el inventor del psicoanálisis con respecto a la naturaleza de la fobia, intentando responder a las cuestiones planteadas. Para ello nos detendremos en diferentes hitos de la elaboración freudiana, en los que situaremos no sólo los aspectos sobre los que se producen notables avances en torno a este tema, sino también los puntos oscuros o de irresolución, sobre los que sólo Lacan sabrá echar luz.

El problemático estatuto de la fobia en la primera nosografía: ¿síntoma de las neuropsicosis o neurosis actual?

Freud abordó formalmente por primera vez el tema de las fobias en 1894, en su texto “Las neuropsicosis de defensa”. Allí las agrupa con las representaciones obsesivas, en la medida en que ambas comparten un mecanismo común: el *transporte de afecto*. En ambas afecciones se trata entonces de una defensa contra una representación inconciliable, que consiste en el divorcio entre ella y su afecto, el cual permanece en el ámbito psíquico pero enlazado a otra representación. Más que dos grupos diferenciados dentro de las neuropsicosis, las fobias parecen aquí encontrar su lugar como un síntoma de la neurosis obsesiva o, como el propio Freud lo señala, ser “reducibles” a ésta. Así lo demuestran los fragmentos clínicos que aborda en el escrito, como el de una muchacha que sufría de “miedo” a que le asaltaran ganas de orinarse, el cual se enlaza con una escena sexual en la que había reprimido “unas ganas amorosas” en relación a un hombre que le resultaba atractivo. En rigor de verdad, se trata para Freud de una representación obsesiva de naturaleza característica, que adquiere la forma de un temor: la representación inconciliable es sofrenada, excluida del recordar, y el afecto concomitante se une a otra representación, en este caso el temor, que subroga a la anterior y

se vuelve obsesivo y martirizante en razón de esa fuerza inconsciente que se le ha adosado.

Freud añade que estas fobias de carácter obsesivo, efecto de la acción del falso enlace, no son las únicas posibles, ya que también concibe la existencia de fobias puramente histéricas. Si bien la referencia a éstas es escueta -se limita a puntualizar que pertenecen al campo de las histerias traumáticas-, se observa que, en uno u otro caso, las fobias no constituyen una cuarta neuropsicosis, sino que aparecen como meros síntomas, sea dentro del ámbito de la obsesión, sea dentro del de la histeria.

Cabe agregar que el panorama nosográfico se complejiza aún más cuando Freud contempla la existencia de “fobias típicas”, que no remiten a ningún mecanismo psíquico y en las que no puede hallarse representación reprimida alguna de la que se hubiera separado el afecto angustia. El paradigma de todo el conjunto es la agorafobia, de cuyas características clínicas y origen va a ocuparse un año más tarde.

“El grupo de las fobias típicas, de las cuales la *agorafobia* es el prototipo, no se deja reconducir al mecanismo psíquico desarrollado en el texto; al contrario, el mecanismo de la agorafobia diverge en un punto decisivo del mecanismo de las representaciones obsesivas genuinas y del de las fobias reducibles a estas: aquí no se encuentra ninguna representación reprimida de la que se hubiera divorciado el afecto de angustia. La angustia de estas fobias tiene otro origen”. (1)

Efectivamente, en el artículo “Obsesiones y fobias” de 1895, Freud retoma la relaciones entre las obsesiones y las fobias -en este caso las “típicas”- para aseverar que “son dos neurosis separadas”. La primera diferencia que justifica la separación corresponde al terreno de la clínica y reside en los rasgos que caracterizan, en cada caso, al estado emotivo asociado a la idea. Al respecto precisa que en las verdaderas obsesiones el mismo puede ser variado (ansiedad, remordimiento, duda, cólera) y siempre está justificado, aunque se ha eternizado y asociado a una idea sustitutiva. En las fobias, en cambio, el estado emotivo es, invariablemente, la angustia, elemento clínico que lo conduce a interrogarse acerca de sus causas. Y en este punto el padre del psicoanálisis es contundente: el mecanismo de las fobias típicas es “totalmente diferente del de las obsesiones”, ya que en ellas no se revela mediante el análisis una idea inconciliable, sustituida, de la que se derive el estado emotivo

angustioso. Y he aquí la novedad: la angustia de las fobias típicas proviene de la acumulación de tensión genésica, provocada por la abstinencia o la irritación genésica frustránea. Es esa etiología específica la que habilita a ubicarlas dentro de un nuevo grupo, perteneciente a las neurosis actuales: la neurosis de angustia. Freud corrobora esta tesis por la vía empírica, ya que la anamnesis de los enfermos arroja siempre la existencia de factores pertenecientes a la vida sexual, que son consabidos por ellos y corresponden al presente. En las psiconeurosis, en cambio, dicho examen es poco fructífero, ya que los sucesos sexuales significativos no conciernen al presente sino a una época de la vida del remoto pasado y por eso han sido olvidados -aunque en un sentido preciso. Otro problema teórico-clínico atañe al modo como se elige el objeto fóbico en cada caso. Así, en las manifestaciones de tipo obsesivo, el contenido de la representación patológica está desfigurado doblemente, pues algo actual reemplaza a lo pasado y lo sexual está sustituido por un análogo no sexual. En ese caso, el influjo del recuerdo patógeno reanimado se muestra en que el contenido de la representación obsesiva sigue siendo fragmentariamente idéntico a lo reprimido o se deriva de ello por una correcta secuencia de pensamiento. En las fobias “típicas”, es por una suerte de “elección” -sobre cuya naturaleza no se explaya- que se ponen en primer plano todas las ideas aptas para devenir objeto de una fobia. Entonces, puede suceder que se sienta miedo, -aunque acrecentado- ante los objetos a los que todo el mundo teme un poco, como las serpientes, la oscuridad, la soledad, la muerte (las llamadas fobias “comunes”). O, como sucede en la agorafobia, que se sienta miedo a condiciones especiales que no inspiran temor al hombre sano. En este caso, suele hallarse un ataque de angustia o de vértigo previos que comprometen la locomoción (sensación de que el piso oscila, que las piernas desfallecen o no responden, que se doblan las rodillas, etc.) y entonces se evitan cuidadosamente las situaciones especiales en que se cree que no se va a poder escapar si adviene un ataque así (estar solo en calles estrechas o en espacios abiertos, etc).

Las implicancias terapéuticas de estas consideraciones clínico-etiológicas y nosográficas se desprenden rápidamente: si la angustia que está en el fundamento de las fobias típicas no proviene de una representación reprimida,

es decir que no es susceptible de ulterior reducción, entonces, no es atacable por medio del psicoanálisis. En lo que concierne a la agorafobia, es indispensable subrayar que la posición de Freud con respecto a su lugar dentro del campo de las neurosis y, en consecuencia, la perspectiva terapéutica, van a cambiar con el devenir del tiempo. Volveremos sobre ello más adelante.

Cabe agregar que Freud contempla además la posibilidad de que se den neurosis mixtas, y aunque mantiene los factores etiológicos específicos, admite que, en el plano clínico “muchos síndromes de la neurosis obsesiva (...) se pueden imputar (...) a la neurosis de angustia”. Esto es así porque considera frecuente que el contenido de una fobia típica o simple sea sustituido por otra representación, es decir, que la sustitución se agregue a la fobia con posterioridad. En tales casos, lo más habitual es que se utilicen como sustitución las “medidas protectoras” que originariamente se ensayaron para combatir la fobia. Freud da un ejemplo de este tipo al referirse a una mujer, al principio aquejada de miedo de volverse loca -fobia hipocondríaca relacionada por el autor con la insatisfacción sexual-, que desarrolla un hábito de especulación para asegurarse de que en realidad estaba cuerda. Con el tiempo, agrega Freud, esa manía de cavilar sustituyó a la fobia y dio lugar a una neurosis obsesiva. Así, síntomas obsesivos tales como la *folie du doute* u otros semejantes, son atribuidos desde el punto de vista clínico, pero no desde el conceptual, a la neurosis de angustia. Esto quiere decir que, si bien la fobia -de causa actual- actúa como disparador de la cavilación, el hecho de que esta última se autonomice y se vuelva compulsiva obedece a factores etiológicos distintos (la sexualidad infantil traumática). Un año después, en “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa”, articulará ambos órdenes causales afirmando que, aunque las neurosis actuales son efecto inmediato de las noxas sexuales mismas y las neurosis de defensa son consecuencia mediata de influjos nocivos infantiles, las causas actuales productoras de neurastenia y neurosis de angustia desempeñan, a menudo el papel de *causas suscitadoras* de neurosis de defensa. Da la misma manera, las causas específicas de éstas, los traumas infantiles, pueden constituir el fundamento para la neurosis actual que se desarrollará luego.

Ahora bien, si pueden admitirse mixturas entre la neurosis obsesiva y las fobias de la neurosis de angustia, algo similar sucede con la histeria, como lo demuestra el análisis que hace Freud de la Señora Emmy von N. Esta paciente, diagnosticada como un caso de histeria con escasa conversión, padecía de inhibiciones de la voluntad y de diversos síntomas fóbicos, entre ellos, algunos muy especializados como el temor de que alguien se cuele en su cuarto. Para Freud, este fenómeno tiene sus motivos en una vivencia traumática que tuvo en un hotel, cuando un camarero se escondió en su habitación; sin embargo, afirma que, si aquella se vuelve singularmente penosa para la enferma, es porque se enlaza con el erotismo. El factor psíquico -vivencial- sólo puede explicar la elección, pero no la permanencia de las fobias. Para esta última se vio precisado a aducir un “factor neurótico”, a saber, la circunstancia de que la paciente sufría desde hacía años abstinencia sexual:

“ (...) Cuando yo empecé a analizar a la segunda enferma, la señora Emmy von N., bien lejos me encontraba de esperar una neurosis sexual como suelo de la histeria; acababa de salir de la escuela de Charcot y consideraba el enlace de una histeria con el tema de la sexualidad como una suerte de insulto -al modo en que suelen hacerlo las pacientes mismas-. Cuando hoy repaso mis notas sobre ese caso me resulta de todo punto indudable que debo reconocerlo como una grave neurosis de angustia con expectativa angustiada y fobias, que había nacido de la abstinencia sexual, combinándose con una histeria”. (2)

No debe olvidarse que para Freud la importancia de separar, en los cuadros de las neurosis mixtas, el componente histérico del de la neurosis de angustia, reside no en un mero afán clasificatorio, sino en su interés terapéutico. Como dijimos anteriormente, ya en esa época estaba convencido de que el tratamiento podía eliminar cualquier síntoma histérico, mientras que se revelaba impotente frente a los fenómenos de las neurosis actuales. En las neurosis mixtas, la eficacia terapéutica dependería entonces de que, en el caso singular, los elementos histéricos pudieran reclamar para sí un lugar de relevancia práctica, comparados con los otros elementos neuróticos (actuales).

Diferente es la situación de las ya mencionadas fobias “puramente histéricas”, cuyo estudio fue retomado por Freud unos años más tarde. En su escrito “La interpretación de los sueños”, emprende el análisis de una joven histérica que atravesó distintos estados psíquicos (excitación confusional, perturbaciones en el dormir, sueños de angustia), entre los cuales se destaca la presencia de una

fobia, bajo la forma de un temor martirizante de que algo pudiera sucederle a su madre. Tal temor, que la impulsaba a correr hasta su casa desde donde fuera que estuviese para corroborar que su madre aún estaba viva, provenía de una moción hostil inconsciente hacia ella, que dio origen a la exagerada preocupación como contra reacción histérica y fenómeno de defensa. De esta manera, Freud descifra el síntoma fóbico como si fuera un sueño, atribuyéndole una estructura y una función análogas, en la medida en que expresa, de modo desfigurado, el cumplimiento de un deseo inconsciente. Como dijimos anteriormente, es ese juego de sustituciones, bajo el cual puede pesquisar una representación reprimida, el que marca la distancia entre ese tipo de síntomas fóbicos y los correspondientes a las neurosis de angustia.

En suma, la temprana consideración que hizo Freud de las fobias no le evitó aprietos al momento de fijar su estatuto en el gran arco de las neurosis. La imposibilidad de cernir claramente los resortes específicos en juego se trasluce, en su primera clínica, en una suerte de bipartición de las fobias según fueran meros síntomas reductibles a las demás neuropsicosis, o fobias “típicas”, pertenecientes a las neurosis de angustia. Esta clasificación clínica, complejizada además por la existencia de cuadros mixtos, tiene incidencia respecto de las metas prácticas, pero a la vez es el resultado de sus obstáculos teóricos. Como él mismo confiesa:

“No entiendo por qué debería empeñarme en tapar lagunas y endebles de mi teoría. Lo esencial en cuanto al problema de las fobias, me parece, es que las fobias en modo alguno se producen con una *vita sexualis* normal [...] Y aunque el mecanismo de las fobias siga presentando tantos puntos oscuros, mi doctrina sólo se podrá refutar si se me muestra la existencia de fobias con una vida sexual normal o aun con una perturbación de esta última no determinada específicamente”. (3)

El párrafo anterior demuestra que la única certeza del autor respecto de las fobias en esta época reside en su origen sexual. Pero el modo de concebir la sexualidad y, sobre todo, el problema del operador estructural que permite articularla con el mecanismo psíquico, serán el centro de la preocupación del maestro vienes en los años venideros, cuando, como veremos, la fobia va adquirir un protagonismo fundamental. La indagación freudiana por venir no sólo será pródiga en el esclarecimiento de la fobia propiamente dicha, sino en el de la causa misma de todo el conjunto de las neurosis.

La fobia como psiconeurosis: La creación de la categoría “histeria de angustia” y una nueva versión de la agorafobia

Salvo algunas alusiones aisladas, luego de los textos ya referidos el tema de las fobias no parece haber sido analizado en profundidad por Freud sino hasta quince años más tarde. Es en el “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”, de 1909, donde da los primeros pasos en la elucidación de los puntos oscuros que habían quedado de su primera clínica. Recordemos que, para entonces, Freud ya había hecho varios descubrimientos fundamentales: el abandono de la teoría traumática de la sexualidad, la formalización del complejo de Edipo, el reconocimiento de la sexualidad infantil como un hecho normal y universal y a la vez como factor causal determinante de las ahora denominadas psiconeurosis. Ya escritos los “Tres ensayos de teoría sexual”, el caso Juanito se convierte en la prueba más directa de las tesis fundamentales allí planteadas, y es en ese contexto en donde retoma el problema del lugar de las fobias en el terreno de las neurosis:

“La posición de las fobias dentro del sistema de las neurosis sigue *indeterminada* hasta hoy. Parece seguro que corresponde ver en ellas meros síndromes que pueden pertenecer a diversas neurosis, y no hace falta adjudicarles el valor de unos procesos patológicos particulares”. (4)

La respuesta a esa “indeterminación” ya no se hace esperar: Así, para nombrar casos como el de Juanito, que presentan un miedo especializado frente a un objeto, Freud instaura la categoría de “*histeria de angustia*”, confiando en que adquiera carta de ciudadanía junto a las otras dos grandes psiconeurosis. Sus fundamentos para justificar la creación de esta tercera neurosis residen, en primer lugar, en la atribución de un mecanismo psíquico. Como la histeria de conversión, la histeria de angustia obedece a la represión, la cual desprende la libido del material patógeno. La diferencia entre ambas radica en el hecho de que, en la primera, aquella es aplicada a una inervación corporal, mientras que, en la segunda, se libera como angustia. Como puede apreciarse, Freud plantea aquí, con toda claridad, su teoría de la angustia como libido trasmudada, que será objeto de una revisión profunda en la segunda década del siglo.

Si distinguir en la fobia la operación de la represión permitió a Freud situarla en el ámbito de las psiconeurosis, a la vez renovó un interrogante que lo acompañaría desde siempre: ¿por qué una moción pulsional debería ser

víctima de semejante destino? La pregunta por los motivos de la represión se ve, en el caso particular de la zoofobia infantil, redoblada por otra, que toca a la naturaleza del elemento sexual a ser reprimido. Recordemos que en el texto sobre Juanito, Freud señala que las histerias de angustia son las más frecuentes entre las psiconeurosis, pero sobre todo son las que aparecen más temprano en la vida, lo que lo lleva a aseverar que constituyen, de algún modo, el paradigma de las neurosis de la infancia. Según su parecer, se trata de la contracción de neurosis que “menos títulos” reclama a una constitución particular y, por ello, puede ser adquirida con mucha facilidad en ese período de la existencia. Estas afirmaciones, refrendadas por el análisis de Juanito, introducen el siguiente problema: si todo síntoma psiconeurótico requiere, para su conformación, de los dos tiempos de la sexualidad, el infantil y el adulto, ¿cómo pensar que la zoofobia infantil, en la que sólo está presente el primero, pueda erigirse como una neurosis de pleno derecho? En otras palabras, esto trae al ruedo un aspecto central del concepto freudiano de síntoma, que la fobia del niño pone en cuestión seriamente: el de la satisfacción sexual sustitutiva inherente a lo que llamará la *ganancia primaria de la enfermedad*.

Por otra parte, y volviendo a la clínica, Freud pone de relieve que un rasgo esencial de la histeria de angustia es que se desarrolla cada vez más como una fobia, destacando el “trabajo psíquico” que tiene lugar para ligar el desprendimiento de angustia inicial. La atención prestada a dicha labor del aparato le abrió las vías a un profundo estudio metapsicológico de los síntomas fóbicos, dirigido a precisar su estructura sustitutiva y su función. Abordaremos cada uno de estos aspectos a continuación.

En primer lugar, el problema de la represión y sus motivos. En el texto de 1909, el maestro confiesa que las razones para el vuelco de la excitación sexual acrecentada de Juanito en angustia constituyen algo “no resuelto”, y que le resulta “difícil” decir en virtud de qué influjo sobrevino la represión. Unos años más tarde, en el artículo “La represión”, esboza la hipótesis del carácter inconciliable que una moción sexual, siempre placentera, puede tener ante otras exigencias, de manera que lo que provoca placer en un lugar, provoca displacer en otro. La condición de la represión sería entonces que el motivo del displacer cobre un poder mayor que el placer de la satisfacción. Pero, como veremos luego, ésta es una respuesta provisoria e insuficiente a los ojos del

propio Freud, quien volverá una y otra vez sobre el asunto hasta dar con la meollo del problema en su escrito “Inhibición, síntoma y angustia” de 1926.

Más complejo resulta dilucidar, en las zoofobias infantiles, la cuestión de la etiología sexual. Como anunciamos anteriormente, Freud abandonó la teoría de la seducción para reemplazarla por el “infantilismo de la sexualidad”, pero conserva la idea de que ese componente infantil tiene un *efecto retardado*, que sólo puede sobrevenir en períodos posteriores de la madurez sexual. El intervalo entre las vivencias infantiles y el segundo empuje pulsional resulta crucial para la producción de las formaciones patológicas ya que, durante ese período, tanto el aparato sexual como el aparato psíquico experimentan una “sustantiva plasmación”. Dicha idea, bastante temprana en la obra de Freud, culminará luego en la formalización de las series complementarias y en el concepto ya mencionado de ganancia primaria del síntoma. Este supone el refugio en la enfermedad ante un conflicto entre la libido insatisfecha en la realidad y el yo y la regresión a las posiciones infantiles reprimidas, en donde se obtiene una satisfacción sexual sustitutiva. ¿Cómo aplicar estos conceptos a la zoofobia del niño, en donde falta esa hiancia que hace posible la regresión y pone en vigencia el elemento sexual infantil? Es evidente que Freud se topó con este problema en su análisis de Juanito, pues allí se revela su denuedo por ajustar el entendimiento del caso al modelo de las otras neurosis. Así, se ve obligado a construir la idea de que las mociones edípicas -que son las únicas en juego en el desarrollo de la afección- son tanto las incitadas en el ocasionamiento de la enfermedad, como las que ofrecen el material para los síntomas...porque ya fueron reprimidas en un tiempo anterior:

“En estas sofocaciones tempranas acaso se sitúe la predisposición a contraer más tarde la enfermedad. Esas inclinaciones [edípicas] no hallan en Hans ninguna salida y, tan pronto como, en una época de privación y de acrecentada excitación sexual quieren brotar reforzadas, se enciende la lucha que nosotros llamamos fobia. En el curso de ese combate, una parte de las representaciones penetran en la conciencia como contenido de la fobia, desfiguradas y endosadas a otro complejo [el caballo]” (5)

La cita seleccionada transparenta, por un lado, la necesidad lógica de Freud de desdoblar el tiempo del vivenciar infantil en dos, separando la predisposición de la ocasión, como lo requiere la configuración de toda neurosis. Por otro, muestra que si bien se reemplaza una representación por otra, en lo que incumbe a la satisfacción sexual, no hay sustitución alguna. Muy por el

contrario, lo que se produce es más bien una depuración del elemento libidinal edípico -que queda concentrado en el caballo-. Como bien dice el autor, a raíz de su fobia, Juanito se pega al objeto amado pero ahora como un “amante inofensivo”.

Lo anteriormente señalado pone de manifiesto que la inclusión de la histeria de angustia infantil en la órbita de las psiconeurosis es posible sólo al precio de un forzamiento. Y ese forzamiento, que vela el escollo de la satisfacción en juego en el síntoma, ni siquiera será superado con los aportes de los años '20. Retomaremos este punto hacia el final del capítulo.

Finalmente, resta delimitar el desarrollo que hace Freud en lo que toca al proceso de formación de síntomas en la fobia. Habiendo distinguido el mecanismo de la represión -aunque no sus motivos- de los mecanismos de formación de síntomas, puede darnos ahora precisiones de cómo funcionan ambos en la histeria de angustia. Afirma entonces que la moción pulsional sometida a la represión es una actitud libidinosa hacia el padre, cuya parte representativa desaparece luego de la represión y es sustituida por otra -un animal más o menos apto para ser objeto de temor- a la que se liga la parte cuantitativa de la moción, traspuesta en angustia. Puede apreciarse el avance teórico que implica esta afirmación respecto del período anterior, cuando aseveraba que en el campo de las fobias no se trataba del “reino de la sustitución”. Pero si ese cambio tiene valor, es sobre todo por sus repercusiones clínico-terapéuticas: la intervención de la represión y de la *sustitución por desplazamiento* como mecanismo de formación de síntomas de la fobia permiten pensar en la posibilidad de descifrar el fenómeno en el dispositivo, como da testimonio el análisis del caso Juanito.

Volviendo al proceso de formación de síntomas, Freud no deja de observar que la tarea emprendida por el aparato puede definirse como “radicalmente fracasada”, pues no consigue ahorrar el displacer. Por esa razón, el trabajo de la neurosis no descansa, y requiere de un *segundo tempo*: la fobia en sentido estricto, es decir, la serie de evitaciones y restricciones a la libertad personal que se ponen en juego para huir del objeto fóbico y excluir el desprendimiento de angustia. La localización de la estructura va de la mano de la posibilidad de cernir la función del síntoma fóbico, y es por eso que Freud se afana cada vez más en especificar su metapsicología de la fobia. Ejemplo de ello es el texto

“Lo inconciente”, de 1915, en donde examina el problema a la luz del concepto de “contrainvestidura”. Allí señala que así como la representación sustitutiva funciona como contracarga para mantener a raya a la representación reprimida, la contrainvestidura del entorno hace las veces de “muralla protectora” para no encontrarse con el objeto fóbico. El predominio de este costado defensivo junto con la dificultad para pensar el beneficio primario ponen en tela de juicio la idea forzada de Freud de convertir a la histeria de angustia infantil en una neurosis “con todos los títulos”.

Pasemos ahora a la agorafobia, tema ya tratado en el apartado anterior y sobre el cual se producen interesantes innovaciones. Recordemos que en su primera nosografía, Freud había elevado este cuadro clínico al rango de modelo del grupo de las neurosis de angustia, perteneciente a las neurosis actuales. Sin embargo, en “Totem y tabú”, de 1913, encontramos un primer viraje en el modo de concebirla, ya que la aproxima, en cuanto a su naturaleza, tanto a los síntomas de la neurosis obsesiva como a los sueños:

“De una manera en un todo semejante se perfecciona y detalla una inhibición de caminar, una abasia o una *agorafobia*, toda vez que ese síntoma haya logrado elevarse a la condición de subrogador de un deseo inconsciente, y de defensor frente a este. Todo lo otro que preexiste en el enfermo, de fantasías inconscientes y de reminiscencias eficaces, esfuerza por esta salida una vez abierta, en procura de una expresión sintomática, y se inserta, dentro de un ordenamiento nuevo acorde al fin, en el marco de la perturbación de la marcha. Sería por eso infecundo, y en verdad insensato, que desde el comienzo se quisiera comprender la ensambladura sintomática y los detalles, de una agorafobia por ejemplo, a partir de su premisa básica. Lo único aparente es toda la consecuencia y el rigor de la trabazón. Una observación más aguzada puede, como en el caso de las fachadas que forma el sueño, descubrir las enojosas inconsecuencias y arbitrariedades de la formación de síntoma. Los detalles de una fobia sistemática semejante toman su motivación real de unos determinantes escondidos, y no hace falta que ellos tengan nada que ver con la inhibición de caminar; por eso las configuraciones de una fobia así son tan diversas en diferentes personas, y tan contradictorias” (6)

Si bien hace referencia al síntoma agorafóbico y no a la neurosis en sí, se percibe un cambio en la manera de pensar su determinación, ya que pasa de considerarlo mero efecto de la traslación del afecto a una representación que no pertenece al circuito de las sustituciones, a reconocerlo como “subrogador de deseos inconcientes”. Unos años más tarde, en la Conferencias de Introducción al psicoanálisis de 1916-17, da un paso más y, como lo había hecho antes con las fobias “comunes” (zoofobia y otras) incluye las fobias a “una situación” (entre las que se encuentra la agorafobia) dentro de la histeria de angustia. La agorafobia es, pues, extraída del campo de las neurosis

actuales, para pasar al bando de las psiconeurosis y enmarcarse en sus mismas condiciones etiológicas. A diferencia de la zoofobia infantil, los casos de estos “hombres fuertes, adultos” que se comportan “como un niño pequeño”, no presentan dificultades a la hora de pensar los dos tiempos de la configuración de la neurosis, de modo tal que las series complementarias - modelo causal ya formalizado para estos años- pueden aplicarse sin reserva alguna.

En lo que toca a la angustia, la misma sigue siendo considerada como libido transmutada, efecto de la operación de la represión. Los motivos de ésta última continúan sin tener una explicación satisfactoria. Quizá sean el análisis del Hombre de los Lobos y la Conferencia 25 los escritos que marquen una aproximación a los futuros planteos. En el primero, Freud ya señala que “la angustia que interviene en la formación de las fobias es angustia de castración”. Y ésta proviene, como lo afirma en el mismo texto, del patrimonio heredado filogenéticamente. Sin embargo, inmediatamente agrega:

“Este enunciado en modo alguno contradice la concepción de que la angustia surgió de la represión de una libido sexual. Ambos giros expresivos designan el mismo proceso, a saber, que el yo sustrae libido de la moción de deseo (...) y esa libido es traspuesta en angustia libremente flotante que luego es ligada a las fobias. Con el primer giro sólo se designa al motivo que pulsiona al yo”. (7)

Se atisba aquí un esbozo de los resortes de la segunda teoría de la angustia - en donde el factor filogenético va a encontrar finalmente su lugar- que, no obstante, coexisten con la primera. En la Conferencia 25, Freud parece encaminarse a situar la importancia de la “amenaza de un peligro” para la angustia neurótica -paso necesario, como veremos, para pensar una angustia “homogénea al psiquismo”- pero los nexos entre ambas y la represión aguardan todavía una elaboración más adecuada.

Para concluir, podemos afirmar que este largo período de la construcción freudiana de las fobias presenta importantes avances y algunos puntos inconclusos: por una parte, el profundo estudio de los aspectos dinámicos, tópicos y económicos del mecanismo fóbico permitieron fundamentar el establecimiento de la *histeria de angustia* como una tercera psiconeurosis, junto con la histeria de conversión y la neurosis obsesiva. El minucioso examen realizado por Freud durante estos dieciocho años posibilitó cimentar

metapsicológicamente la estructura sustitutiva del síntoma fóbico y su función de solución respecto de la angustia. Pero la inclusión de la fobia dentro de las psiconeurosis hizo extensiva a ella el interrogante sobre los motivos de la represión, que vale para todo el conjunto. Y, sobre ese punto, dijimos, la respuesta dada hasta aquí es provisional y limitada. Como veremos en el apartado siguiente, será justamente de la mano de la zoofobia infantil que Freud va a encontrar la clave de esta cuestión en el denominado “giro” de los ‘20. La dilucidación del problema de la ganancia primaria del síntoma fóbico infantil no tendrá, en cambio, idéntica suerte.

Los años ‘20: la fobia a la luz de la angustia de castración

La segunda década del siglo XX constituye un momento clave de la obra de Freud, en el que se introducen modificaciones fundamentales como el nuevo dualismo pulsional y la nueva tópica del aparato psíquico. En ese marco tiene lugar una reformulación de la primera teoría de la angustia, esfuerzo de elaboración epistémica que trae innovaciones importantes para en la materia que nos ocupa.

En “Inhibición, síntoma y angustia”, publicado en 1926, Freud recurre nuevamente al estudio de las zoofobias infantiles cuando toma como asunto de indagación el proceso de formación de síntomas. Este tema le da ocasión de entrar en el problema de la angustia, que hacía tiempo “acechaba en el trasfondo”. Retoma entonces el caso de Juanito para interrogarse por la naturaleza de la satisfacción que el niño se deniega y, fundamentalmente, para volver sobre las razones de tal denegación. En cuanto a la primera, no se producen novedades respecto de lo que ya había planteado en su análisis de 1909: son las mociones edípicas, unidas al conflicto de ambivalencia, los componentes sexuales destinados a caer bajo la represión. Y, como fuera especificado antes en los estudios metapsicológicos, es la sustitución por desplazamiento de la representación del padre por la representación del caballo la que permite hablar de síntoma neurótico. Pero en cambio sí se

produce un inesperado hallazgo respecto de los motivos de la represión: tanto en Juanito como en el Hombre de los lobos, el motor del mecanismo represivo es la angustia frente a una castración inminente, papel que Freud cree poder corroborar por el curso que siguió el desarrollo de los dos niños:

“En ambos casos, el *motor de la represión es la angustia frente a la castración* [...] el afecto-angustia, que constituye la esencia de esta última, no proviene del proceso represivo, de las investiduras reprimidas, sino de lo represor mismo; la angustia de la zoofobia es angustia de castración inmutada, vale decir, angustia realista”. (8)

La exploración de las zoofobias infantiles refuta su teoría anterior sobre la angustia, y conduce a Freud a invertir las relaciones entre ella y la represión. Redefiniéndola pues como una reacción frente a una situación de peligro, declara que, para las psiconeurosis, la actitud angustiada del yo es siempre lo primario y el impulso para la represión, y que “la angustia nunca proviene de la libido reprimida”. A partir de ahora, la exigencia pulsional no es un peligro en sí misma, sino sólo porque conlleva un auténtico peligro exterior, el de la castración.

Debe aclararse que si bien Freud refrenda estas conclusiones con el análisis clínico de dos casos princeps, debe apelar para sostenerlas a un elemento teórico que trasciende lo vivido individualmente. Se trata del *factor filogenético*, patrimonio arcaico y típico en el que el padre toma el lugar de agente causal de la castración. El autor se sirve aquí otra vez del mito del padre del Edipo y del padre de la horda, para introducir un elemento simbólico que insta una legalidad en la evolución libidinal, convirtiendo a la castración en el operador estructural que permite finalmente articular sexualidad y represión.

Este descubrimiento, alumbrado por el estudio de la fobia infantil, tiene un alcance causal para el conjunto de las psiconeurosis. Así, Freud se arriesga a afirmar, que el factor filogenético es, entre las condiciones que intervienen en la causación de las psiconeurosis, el “más directo” y el único dilucidado por el psicoanálisis. La ya conocida sexualidad en dos tiempos, cobra ahora una nueva dimensión cuando se intercala el peligro de castración y la angustia concomitante como un precipitado histórico que en la historia de la especie humana dejó como secuela la interrupción del desarrollo libidinal. La significatividad patógena de este componente filogenético reside en la

compulsión a la repetición: los arquetipos infantiles, punto de atracción para los nuevos decursos pulsionales que no deberían ser desacordes con el yo, hacen que éstos recorran su mismo camino, como si todavía persistiera la situación de peligro ya superada, llevándolos a la represión y, de allí, a la formación de síntomas. Se aprecia cómo la sexualidad infantil, interrumpida a causa del padre castrador del Edipo, constituye el preludio al que se enlaza toda contracción posterior de la neurosis.

Ahora bien, es notable que esta generalización en cuanto a los motivos de la represión y a la causa de las psiconeurosis haya podido discernirse gracias a las zoofobias infantiles. La elucidación de ese aspecto central de la teoría de las neurosis hace resurgir, correlativamente, el punto que aún empaña el completo entendimiento de la histeria de angustia infantil. Ese anudamiento de los peligrosos esbozos sexuales infantiles con las mociones de la pubertad como articulación necesaria para la conformación de la neurosis -paso que no se cumple, por ejemplo, en Juanito-, ¿no atenta acaso contra la posibilidad de inscribir esta particular afección en el campo de las neurosis?

Es cierto que el concepto de peligro de castración introduce un claro avance con respecto a los motivos de la represión propiamente dicha o “esfuerzo de dar caza”, que es aquella con la que lidiaba Freud en el análisis de los neuróticos adultos. Pero ella presupone la existencia de *represiones primordiales*, producidas con anterioridad, que ejercen su influjo de atracción sobre las situaciones recientes. ¿De qué represión hablamos en un caso como el de Juanito? No debemos olvidar que en este texto Freud sostiene la coexistencia de dos orígenes posibles de la angustia, a saber, la que se produce de forma automática por un exceso de excitación -“ocasión inmediata”, entre otras cosas, de las represiones primordiales” y la que se genera como señal del yo ante una situación de peligro -motor de la represión propiamente dicha-. ¿No tendría mayor pertinencia ubicar la situación de Juanito --en quien sí se verifica un monto de excitación acrecentada- en el primer tiempo lógico, el de la operación de la represión primordial, mojón que hará luego de imán para la represión de los futuros decursos libidinales? Al menos, esa es la dirección que parece tomar Lacan cuando, en el Seminario IV, deja la castración del lado del penis-neid materno y ubica la emergencia de la crisis de

angustia del niño como el correlato de la irrupción de una pulsión elemental, a la que llama la “irrupción del pene en lo real”. Es ese exceso, que tiene lugar en la encrucijada imaginaria en la que se encuentra la relación con su madre, el que pone en marcha la fobia como solución simbólica, en el curso de la cual va a intervenir la castración como una función ordenadora, que suple la función fallida del padre real. Y esto no es todo. Lacan se atreve a dar un paso más, imaginando, a partir de la salida particular que provee la fobia -a la que caracteriza como “atípica” e “incompleta”- cuál será la posición de Juan en su futuro encuentro con el sexo. La fobia se aproxima así, en esta primera elaboración lacaniana, más a la piedra de toque estructural que modelará el porvenir de la posición sexuada que a una neurosis plena, con todos sus términos.

Pero volviendo a Freud, debemos decir que la problemática que entraña el hecho de que el factor filogenético no actúe sino de manera incompleta, no impide que siga considerando a la zoofobia infantil como una verdadera neurosis. El forzamiento que divisamos en el período anterior vuelve a hacerse presente, esta vez bajo la forma del complejo de castración.

Para abarcar todo el espectro de las fobias, el autor se ocupa también de aquéllas que tienen lugar en períodos aún más tempranos de la vida, como lo son las exteriorizaciones de angustia del lactante. Estas se producen cuando el niño está solo, cuando está en la oscuridad y cuando halla a una persona ajena en lugar de la que le es familiar (la madre). La angustia se presenta allí como reacción frente a la ausencia de objeto materno y también se remite a una situación de peligro: la de la insatisfacción de las necesidades básicas, que produciría un aumento de las magnitudes de estímulo. La angustia ante la ausencia de la madre actúa como una señal de que puede sobrevenir la situación económica temida, lo que constituye un gran progreso en el logro de la autoconservación. Pero aunque ese progreso marca el pasaje a una reproducción deliberada de la angustia como señal de peligro, es producto del desvalimiento del lactante y no requiere ninguna interpretación psicológica. Si nos atenemos a los factores que intervienen en su causación, vemos que sólo actúa el “factor biológico”, dado por el hecho de que el ser humano viene al mundo inacabado y necesita de otro para poder sobrevivir. Pero ese elemento,

que produce las primeras situaciones de peligro y la necesidad de ser amado, es anterior a los avatares de la sexualidad -aún a los del primer tiempo-. Y es justamente porque no tuerce en ellas ningún elemento de la “etiología más directa” de las neurosis, que las fobias tempranas quedan excluidas del grupo.

Distinta es la situación de la agorafobia, ya que la misma sí se ajusta plenamente al nuevo modelo causal propuesto. Para Freud, el agorafóbico se impone una limitación para sustraerse de un peligro pulsional -la tentación a ceder a sus concupiscencias eróticas-, *porque éstas convocan, como en la infancia, el peligro de la castración*. A título de ejemplo menciona el caso de un joven que se volvió agorafóbico porque temía ceder a los atractivos de las prostitutas y agrega, que muchas veces, el yo no se conforma con una renuncia y hace algo más para quitar a la situación su carácter peligroso: a través de la *regresión temporal* a los años de la infancia, hasta épocas en que uno estaba protegido de los peligros amenazantes, se encuentra la condición bajo la cual se puede omitir la renuncia. Así, el agorafóbico puede andar por la calle si una persona de su confianza lo acompaña como si fuera un niño pequeño. El influjo de los factores infantiles que gobiernan la neurosis requiere un distanciamiento en el tiempo respecto de la infancia, que es el que posibilita la regresión. Y si bien Freud señala que esa es la única diferencia con las zoofobias de los niños pero que “en el fondo es lo mismo”, en rigor de verdad sólo en la forma agorafóbica de la histeria de angustia se cumplen de lleno las condiciones causales válidas para el grupo de las psiconeurosis -al menos las relativas al factor filogenético-. No obstante, el énfasis puesto en la “limitación” a salir a la calle más que en la formación de sustitutos, enturbia un tanto la comprensión de las cosas, ya que reintroduce las complejas relaciones entre la inhibición y el síntoma de las que tanto se ocupó Freud en este texto.

Si nos detenemos en situar todas estas distinciones conceptuales *intrafobia* e *interneurosis*, desdibujadas en Freud por su afán de presentar a las fobias de la histeria de angustia como un cuerpo unificado equivalente a las demás psiconeurosis, no es sólo en virtud de un interés reflexivo. Nuevamente, la localización de diferencias teóricas cobra relevancia por sus consecuencias a nivel de la práctica. En efecto, el cuestionamiento de las premisas explicativas planteadas justifica por qué un tratamiento como el de Juanito no podría tener

la misma dirección que el de un adulto. Como bien lo señala Jacques-Alain Miller en sus “Conferencias porteñas”,

“[...] la lógica de la cura [de Juanito] se confunde con la elaboración de la metáfora paterna; es decir que en este caso, el caso de un análisis infantil, la lógica de la cura es idéntica a la metáfora paterna [que] no se constituye de manera plena sino de manera oblicua, desviada. Pero si se tratase de una cura analítica propiamente dicha, habría debido empezar después de la resolución curativa lograda en el caso, para restablecer el equilibrio, la orientación de esa metáfora paterna desviada [...]. Y cuando decimos que vamos, en la práctica analítica, más allá del Edipo, lo que decimos es que no podemos tomar la lógica de la cura de Juanito como modelo de la lógica de la cura propiamente dicha”. (9)

Resumiendo, puede decirse que, en el abordaje de las fobias, el llamado “giro de los años ‘20” deja como saldo una paradoja: la nueva teoría de la angustia, en la que el peligro de la castración se erige como el operador estructural que permite articular sexualidad y represión, nace de la mano del estudio renovado de la zoofobia infantil. Gracias a ella se obtiene la respuesta al interrogante que acicateaba al maestro sobre los motivos de la represión y se vuelve posible la formalización de un nuevo modelo causal, en donde el factor filogenético -nueva versión de la sexualidad en dos tiempos- adquiere un rol privilegiado en la etiología de las psiconeurosis. Sin embargo, como tratamos de demostrarlo, es justamente esa presentación infantil de la histeria de angustia aquella en la que resulta imposible la aplicación completa del esquema filogenético. Esa diferencia, que bastaría para distanciarla de las demás neurosis, e incluso de la variante agorafóbica, es sin embargo elidida por Freud, quien ya no va a cuestionar que la histeria de angustia y las fobias que forman parte de ella se alcen como una verdadera neurosis.

A modo de conclusión

El recorrido que realizamos muestra los progresivos pasos dados por el fundador del psicoanálisis para llegar a inscribir a las fobias de la histeria de angustia como una tercera psiconeurosis, con los mismos títulos que la histeria de conversión y la neurosis obsesiva. Los mencionados puntos irresueltos que permanecen en su obra por incluir en ese grupo a la zoofobia infantil, dejan abiertos varios interrogantes, que incumben tanto al ámbito de la clínica como

al de la práctica. De allí la importancia que tiene la enseñanza de Lacan como perspectiva superadora de los impasses freudianos. Así, cuando en el Seminario VIII define a la fobia como "la más radical de las neurosis", se diferencia de su antecesor; a condición claro, de leer "radical" en su sentido etimológico, es decir como la *raíz* de las neurosis. Unos años después y en continuidad con ese pensamiento, el análisis de un caso de fobia infantil a las gallinas le permite afirmar que no debe verse a la fobia como una entidad clínica, sino como una *placa giratoria*. Esta idea barre con todo cuestionamiento acerca del estatuto de esta singular dolencia, ya que permite ubicarla como pivote fundamental en la estructuración del sujeto, a partir del cual se puede virar hacia los dos grandes órdenes de la neurosis. Del mismo modo y en una suerte de generalización que bien podría incluir el caso de la agorafobia del adulto, señala que, más allá de los diversos temas de la fobia que puedan ser perfectamente palpables, ésta no conforma un cuadro con identidad propia, sino una figura clínica que puede aparecer en "contextos infinitamente diversos". Afirmación que nos abre las puertas para pensar sobre la naturaleza y la función que pueden cumplir los síntomas fóbicos dentro de las verdaderas estructuras clínicas.

Notas de referencia

- (1) Freud, S. (1894) "Las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III, p. 58.
- (2) Freud, S. (1893-1895) "Estudios sobre la histeria". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, II, p. 58.
- (3) Freud, S. (1895) "A propósito de las críticas a las "neurosis de angustia" (1895) En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III, p. 133.
- (4) Freud, S. (1909) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, X, p. 94.
- (5) Op. Cit, p. 111.
- (6) Freud, S. (1913) "Totem y tabú". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XIII, p. 36.
- (7) Freud, S. (1918). "De la historia de una neurosis infantil (caso del Hombre de los lobos)". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XVII, p. 36.
- (8) Freud, S. (1926) "Inhibición, síntoma y angustia". En *Obras Completas*, Amorrortu editores, 1986, XX, p.104.
- (9) Miller, J. (1993) "Introducción a la lógica de la cura de Juanito, según Lacan". En *Conferencias porteñas*, Tomo II, Buenos Aires, Paidós, 2009, p. 215.

Bibliografía

- Freud, S. (1893-1895) "Estudios sobre la histeria". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, II.
- (1894) "Las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III.
 - (1895) "Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, T III.
 - (1895) "Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en <calidad de neurosis de angustia>". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III.
 - (1895) "A propósito de las críticas a la <neurosis de angustia>". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III.
 - (1896) "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa". En *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III.

- (1898) "La sexualidad en la etiología de las neurosis". En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, III.
 - (1900) "La interpretación de los sueños (I)", En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, Bs. As., 1986, IV.
 - (1905) "Tres ensayos de teoría sexual", En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, Bs. As., 1986, VII.
 - (1909) "Análisis de la fobia de un niño de cinco años", En Obras Completas, Buenos Aires Amorrortu editores, Bs. As., 1986, X.
 - (1915) "La represión". En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XIV.
 - (1915) "Lo inconciente". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XIV.
 - (1916-17) "Conferencias de Introducción al psicoanálisis: Conferencia 25: La angustia". En Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XVI.
 - (1918) "De la historia de una neurosis infantil (el "Hombre de los lobos")", En Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1986, XVII.
 - (1926) "Inhibición, síntoma y angustia". En Obras Completas, Amorrortu editores, 1986, XX.
- Lacan, J. (1956-1957) *El Seminario, libro 4: La relación de objeto*. Buenos Aires, Paidós, 1994.
- (1960-61) *El Seminario, libro 8: La transferencia*, Buenos Aires Paidós, 2003.
 - (1968-1969) *El Seminario, libro 16: De un Otro al otro*. Buenos Aires Paidós, 2008.
- Miller, J. (1993) "Introducción a la lógica de la cura de Juanito, según Lacan". En *Conferencias porteñas*, Tomo II, Buenos Aires, Paidós, 2009.

CAPÍTULO VI

EL PROBLEMA DEL CARÁCTER EN LA ECONOMÍA LIBIDINAL DE LA NEUROSIS

*Estela Soengas, Julia Martin, Mercedes Kopelovich, Mara García,
Graciela Sosa Córdoba*

“Sin duda ustedes habrán supuesto por sí mismos
que eso difícil de definir que se llama carácter,
es atribuible por entero al Yo”.
Freud, Sigmund (1933): “Angustia y vida pulsional. Conferencia 32”^{xlv}.

El carácter: fenómeno clínico, ruptura epistémica

No son muchos los escritos de Freud dedicados a la problemática del carácter, pero sí de importancia las consecuencias de la consideración de este concepto en la teoría psicoanalítica y en los problemas vinculados a la dirección de la cura. Puede hablarse de la ruptura epistémica que introduce el concepto de *carácter* en el pensamiento freudiano en su relación con la teorización sobre el tope al desciframiento: una vez que se formula el más allá del principio de placer, surge el escollo de cómo abordar la insuficiencia de lo simbólico en el tratamiento de lo real pulsional.

Síntoma y *carácter* son dos conceptos en estrecha relación. Entre estas dos categorías, sin embargo, existe una delicada frontera que conviene sostener a nivel teórico-clínico, en tanto nominan fenómenos de diversa estructura. Suele reducirse el contrapunto entre ambos al par *egodistónico-egosintónico*, pero es necesario, para sostener la especificidad de los conceptos, centrarnos en las coordenadas que fundan la clínica freudiana: los mecanismos psíquicos y la etiología sexual. En primer lugar, diferenciando síntoma y carácter, Freud aborda dos formas diferentes de producción de la satisfacción pulsional. ¿En qué consiste esta diferencia? En “La predisposición a la neurosis obsesiva”,

señala que mientras que el síntoma neurótico se caracteriza por la represión, su fracaso y el retorno de lo reprimido, este mecanismo está ausente de la formación del carácter. De este modo, ¿podemos considerar que el carácter como modo estabilizado de funcionamiento del sujeto, no tiene la estructura de las formaciones del inconsciente? Si la formación del síntoma responde a la operatividad de los mecanismos de la represión y su fracaso, ¿cómo quedará vinculada la formación del carácter a la pulsión, a la satisfacción de las zonas erógenas, al presentarse como defensa lograda? ¿Toda forma del carácter es defensiva? En este sentido, en relación a la economía libidinal, en “Tres ensayos para una teoría sexual” (1905), Freud enlaza la construcción del “carácter” de un hombre al material de las excitaciones sexuales, compuesto por pulsiones fijadas desde la infancia, otras adquiridas por sublimación y por construcciones destinadas a sofrenar unas mociones perversas, reconocidas como inaplicables. Este “compuesto” es el que hemos elegido para desarrollar en este capítulo, a fin de dilucidar su especificidad. Entonces en la formación del carácter, o bien la represión no entra en acción, o bien la defensa alcanza sin obstáculos su meta, que es sustituir lo reprimido por formaciones reactivas y sublimaciones. Por esta razón, el éxito de la defensa, los procesos de formación del carácter son más opacos que los de la neurosis.

Abraham es uno de los contemporáneos de Freud que se ha ocupado del tema en diferentes textos, de amplia repercusión en el Psicoanálisis postfreudiano. Estudia particularmente la incidencia del *carácter anal* en la cura analítica y las dificultades que encuentra debido a que esta posición implica el rechazo de la regla fundamental. En la experiencia de Abraham, se trata de aquellos sujetos que pretenden hacer todo con independencia de los otros, según su propio método.

Vemos entonces que tanto la adjetivación del carácter como *anal*, como el desarrollo del concepto a lo largo de la obra freudiana y luego de Freud, conducen a pensar las relaciones entre este concepto y la cuestión de la satisfacción, así como las modalidades de la defensa que operan en su constitución, dando como resultado una posición subjetiva que se afirma en un modo de ser que escapa a los interrogantes que se abren a partir de la opacidad del síntoma neurótico.

Síntoma y carácter antes del giro de los '20

Formación reactiva, sublimación y pulsión

Hasta el giro de los años '20, Freud se muestra muy optimista respecto de las posibilidades de la técnica psicoanalítica, con una confianza en el síntoma que implica que su sentido oculto puede ser descifrado, en tanto fue cifrado en su formación. El síntoma es el resultado de la lucha entre dos fuerzas en pugna: el Yo y las mociones libidinales reprimidas. Tales mociones libidinales expresadas en el síntoma neurótico suponen la dimensión de una satisfacción sexual. De esta manera, el síntoma es la forma que el neurótico encuentra para dar curso a una satisfacción sexual que no puede encontrar curso por otras vías. Esta satisfacción sexual sustitutiva permite ubicar la dimensión pulsional que el síntoma posee. Por otro lado, pueden destacarse dos aspectos del síntoma: la interferencia en la vida del sujeto y el sufrimiento que le genera. Estos son los dos costados del síntoma como patológico, que marcan que el síntoma no sólo es solución, sino que también es un problema. Es este costado patológico del síntoma, el que incomodará al sujeto, y que permitirá hablar de enfermedad en sentido práctico.

En principio, veremos que el carácter no es vivido en primera instancia como interferencia para un sujeto, con el agregado de aparecer como un elemento del orden de lo inmodificable.

Desde los inicios de su obra, Freud hablará de la “salud aparente” a la que lleva la defensa exitosa implicada en la constitución del carácter. La calificación de *aparente* es de destacar, siendo que la psicopatología de la vida cotidiana introducida por el Psicoanálisis trastoca las concepciones de lo normal y lo patológico. Muy tempranamente, Freud pone en evidencia en “Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa” (1896) un mecanismo psíquico particular para el caso de la neurosis obsesiva, llamado *formación reactiva* que consiste en luchar directamente sobre la representación penosa sustituyéndola por “síntomas primarios de defensa”, consistentes en *rasgos de carácter* (escrupulosidad, pudor, desconfianza de sí mismo) que se hallan en contradicción con la actividad sexual infantil a la que el sujeto en un principio

se había entregado, periodo llamado de “inmoralidad infantil”. Se trata de una defensa exitosa ya que tanto la representación sexual como el “reproche” que esta suscita han sido excluidos de la conciencia a favor de virtudes morales llevadas al extremo. En este período “de salud aparente” se constituyen así marcados rasgos de personalidad tales como la pulcritud, la escrupulosidad, el pudor, en evidente contradicción con la vida sexual infantil. Las formaciones reactivas se hallan directamente en oposición con la realización del deseo. Ahora, no siempre las formaciones reactivas derivan en rasgos de carácter, como sucede en el caso de la neurosis obsesiva, sino que se hallan en la histeria, por ejemplo, limitadas a relaciones electivas, o constituyendo síntomas neuróticos definitivos. Es decir, lo específico de la formación reactiva es su oposición a alguna forma de la pulsión, con la contracatexis que esto supone. Lo que hace de la formación reactiva un rasgo de carácter es la incorporación del mismo a la personalidad. Se empieza a vislumbrar el lazo del carácter con ciertas vicisitudes del quantum energético.

En este primer momento del pensamiento freudiano, los rasgos de carácter serán nominados síntomas, pero no de cualquier tipo: primarios de la defensa, ya que no implican su fracaso. Esta noción de *síntomas primarios de la defensa* será progresivamente dejada en suspenso por Freud, reservando el término *síntoma* para la solución de compromiso entre dos mociones contrapuestas, retorno de lo reprimido y por lo tanto testimonio de la falla de la represión. El carácter en cambio se situará como defensa lograda, exitosa.

Luego de 1900, el viraje en la teoría de la causa en Freud se vinculará fundamentalmente con el lugar de la fantasía y por lo tanto de la sexualidad infantil. “Tres ensayos para una teoría sexual” (1905) es uno de los textos príncipes en este punto de inflexión. La construcción del “carácter” de un hombre estará estrechamente vinculada al material de las excitaciones sexuales. El mismo se compondrá de pulsiones fijadas desde la infancia, otras adquiridas por sublimación y por construcciones destinadas a sofrenar unas mociones perversas, reconocidas como inaplicables. Estos tres componentes del carácter serán mantenidos por Freud a lo largo de toda su obra. Entonces, en su estructura, el carácter tendrá que ver con tres modos de articularse con la pulsión: las fijaciones, la sublimación, y nuevamente, las formaciones reactivas. Es preciso recordar que la sublimación es uno de los destinos

posibles de la pulsión, según afirmará en 1915. La capacidad de reemplazar la meta sexual originaria por otro fin, que ya no es sexual pero que se halla psíquicamente emparentado, es denominada sublimación. El proceso consiste en un desvío de la meta pulsional hacia un nuevo fin, generalmente vinculado con tareas creativas o de prestigio social, esto sin perder intensidad.

En 1908, Freud destina todo un texto a la cuestión del carácter, “Carácter y erotismo anal”^{xlvi}. Allí señala tres cualidades sobresalientes de las personas con carácter anal: son particularmente ordenadas, ahorrativas y pertinaces. Cada uno de estos términos abarca en verdad un pequeño grupo o serie de rasgos de carácter emparentados entre sí. Freud agrega que:

“De la historia de estas personas en su primera infancia se averigua con facilidad que les llevó un tiempo relativamente largo gobernar la incontinentia alvi {incontinencia fecal} y fracasos aislados de esta función. (...)”^{xlvii}

Infiere así una influencia de la zona anal que pierde su significado erógeno en el curso del desarrollo, lo que permite suponer que la permanencia de la mencionada tríada de cualidades de su carácter puede ser puesta en conexión con el de erotismo anal.

Según Freud, “el erotismo anal es uno de esos componentes de la pulsión que en el curso del desarrollo y en el sentido de nuestra actual educación cultural se vuelven inaplicables para metas sexuales”^{xlviii}, por lo que propone la idea que el orden, la ahorratividad y la pertinacia son los resultados inmediatos y constantes de la sublimación de tal erotismo anal.

Se constata de este modo la relevancia de la cuestión de la satisfacción en juego en la constitución del carácter, ligado íntimamente a las pulsiones parciales. Y es vía el problema de los rasgos de carácter en la neurosis obsesiva, caracterizada como “un conjunto heteróclito de síntomas y rasgos de carácter”^{xlix} que Freud puede iniciar sus precisiones sobre este concepto. Cabe aclarar, sin embargo, que no debe confundirse a la neurosis obsesiva con el carácter anal, a pesar de las relaciones que Freud establece entre la fase sádico-anal y esta forma de la neurosis. En definitiva, no debe confundirse a la neurosis con el carácter.

Hasta aquí puede decirse que la diferencia estructural fundamental entre el síntoma y el carácter es que en la conformación de este último falta algo fundamental, el tercer paso de la represión, tal como lo precisa en el historial

de Schreber: el fracaso de la represión. En la formación del carácter la represión logra una nueva tramitación, que en ocasiones son sublimaciones, otras veces defensas o formaciones reactivas. En consecuencia, al no ser una formación de compromiso emergente a partir del fracaso de la represión, como lo es el síntoma, el carácter no implica la ajenidad y el sufrimiento de este último, es decir, no se acompaña por la enfermedad en sentido práctico, por lo cual el sujeto se mantiene a distancia de la demanda de tratamiento.

Al respecto, en “La predisposición a la neurosis obsesiva” (1913) Freud afirma que dado que en la formación del carácter los procesos de formación del mismo son menos transparentes e inasequibles al análisis., Allí diferencia de manera precisa *síntoma* y *carácter*. El fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido son acontecimientos que están presentes en el síntoma. En la formación del carácter –dirá- intervienen más la formación reactiva y la sublimación.

Recordemos que solo tenemos acceso a lo reprimido a partir de su retorno cuando la defensa ha fracasado. Podemos visualizar aquí el germen de lo que serán las formulaciones del giro de los años '20, en tanto el carácter supondría un tope a la pretensión de desciframiento.

¿Por qué constituye entonces el carácter un problema clínico? “Sobre los tipos de contracción de la neurosis” (1912), es el texto en que Freud enfatiza la fijeza y rigidez que definen al carácter en tanto tal. Freud enumera una serie de diferentes tipos de ocasiones en que se produce la eclosión de la neurosis. En uno de ellos, el sujeto se enfrenta a la necesidad de renunciar a determinada satisfacción y cambiar un modo de satisfacción por otro. Es la rigidez del sujeto la que lo lleva a fracasar en este intento. El conflicto está dado aquí entre el afán de perseverar tal como se es y el afán de alterarse según propósitos nuevos y nuevas exigencias de la realidad. El sujeto, aferrado a un modo de ser y por lo tanto a una satisfacción que no puede abandonar con facilidad, enferma.

Otro de los aspectos que hacen del carácter un problema clínico se desarrolla en “Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico” (1916). Allí, en su introducción, plantea que en un primer momento, el interés del médico se dirige al síntoma y no al carácter del sujeto, pero es la técnica la que lo obliga a dirigirse al segundo, al notar que el avance del tratamiento es puesto

en peligro por resistencias que el enfermo le opone. Así Freud imputa tales resistencias al carácter del sujeto. Es entonces cuando el carácter cobra un primer lugar en cuanto al interés del psicoanalista. Se tratará entonces de atravesar el obstáculo que el carácter presenta para poder dirigirse al síntoma. Como muchas veces en su obra, en función de cuidar la privacidad de sus pacientes, Freud hace uso del recurso a la literatura para ilustrar su pensamiento. Se apoyará en esta intersección literatura-psicoanálisis para ejemplificar tres tipos de carácter: las excepciones, los que fracasan al triunfar y los que delinquen por conciencia de culpa. En el primero de los casos, describe sujetos que se victimizan -que se consideran castigados y maltratados por la vida-, y en ello encuentran una ganancia de placer. Por este maltrato original, esperan ser resarcidos. Aquí toma a Ricardo III de Shakespeare, quien por haber nacido con burda estampa, deforme, inacabado, despojado de los encantos de la naturaleza, cree que:

“no puedo actuar como un amante
frente a estos tiempos de palabras corteses,
estoy resuelto a actuar como un villano
y odiar los frívolos placeres de esta época”^{li}.

El personaje justifica de esta manera su modo de ser. La vida le debe una recompensa: así, tiene derecho a ser una excepción y encuentra razones que le quiten toda responsabilidad en su accionar. Eso que el sujeto ha vivido como una injusticia en su infancia y que es una deuda que adjudica al Otro, en el adulto es tramitado por la vía del carácter.

En el segundo ejemplo, Freud explica cómo en la infancia, una frustración de una satisfacción real, es condición primera para la génesis de la neurosis. Sin embargo, aparecen hombres y mujeres que contrariamente fracasan cuando se acercan al cumplimiento de algún deseo, es decir cuando se acercan al triunfo, logrando lo que aparentemente buscaban con inusitado esfuerzo. En estos casos prima entonces la frustración interior que ha producido efectos por sí sola. El trabajo psicoanalítico enseña, según Freud, que:

“son poderes de la *conciencia moral* los que prohíben a la persona extraer de ese feliz cambio objetivo el provecho largamente esperado”^{lii}.

Agrega:

“las fuerzas de la conciencia moral que llevan a contraer la enfermedad por el triunfo, y no, como es lo corriente, por la frustración, se entranan de manera íntima con el complejo de Edipo, la relación con el padre y con la madre, como quizá lo hace nuestra conciencia de culpa en general”^{liii}.

Interesa resaltar esta última frase como antecedente del Superyó y del masoquismo moral en estado práctico. Para este tipo de carácter toma los textos de Lady Macbeth de Shakespeare y a Rosmersholm de Ibsen. En el caso de Macbeth, luego de convertirse en reina, de acuerdo a su deseo, se percibe en ella algo parecido a una desilusión que la hará decir:

“Nada se gana, al contrario, todo se pierde cuando nuestro deseo se cumple sin contento: vale más ser aquello que hemos destruido, que por la destrucción vivir en dudosa alegría”^{liii}.

Aquí Freud se pregunta qué destruyó ese carácter que parecía forjado del metal más duro. El por qué del derrumbe en la enfermedad deberemos buscarlo en una motivación más profunda, que el personaje literario sólo nos permite atisbar. La búsqueda de una explicación de ese fenómeno tan común del fracaso al triunfar tiene para Freud su base en la conciencia moral y su origen en el complejo de Edipo y en la culpa que el incesto produce, fundamento de toda culpa humana.

Por último, el tercer tipo de carácter presentado por Freud en este escrito, es aquel donde se invierten las secuencias lógicas que cualquiera puede imaginar. Existen casos donde la conciencia de culpa preexiste a la falta, al delito; es decir, que la culpa no proviene de la falta sino que, a la inversa, la falta proviene de la conciencia de culpa. De aquí el nombre que les da Freud: “delincuentes por conciencia de culpa”, donde lo que se intenta es dar racionalización, argumentos reales a aquella culpa más primitiva y fantasmática. Entonces, propone que este sentimiento de culpa brota del complejo de Edipo, y que:

“es una reacción frente a los dos grandes propósitos delictivos, el de matar al padre y el de tener comercio sexual con la madre”^{liv}.

El Zaratustra de Nietzsche viene a prestar palabras a este tipo de carácter en su apartado “Del pálido delincuente”^{lv}. El autor logra captar de manera admirable cómo el sujeto empujado por la conciencia de culpa, comete un acto delictivo. Queda en evidencia que es menos penosa la angustia de sentirse culpable por un hecho cometido, que sentirse culpable en ausencia de un hecho cometido.

A partir lo que se ha denominado en la comunidad analítica como *giro de los años '20*, la conceptualización freudiana da un paso más en la teorización de

los fenómenos clínicos. Al síntoma del primer momento, que podía ser descifrado y revelarse su sentido vía la interpretación, se le agrega un nuevo aspecto, mudo, indescifrable, opaco, que lo hace resistente. Cambia su estructura ya que se modifica la noción misma de conflicto; éste ya no es entre el Yo y las mociones reprimidas, sino que es inherente al mismo Yo en tanto éste contiene partes inconscientes. El síntoma ahora no sólo representa una satisfacción sexual sustitutiva sino que, en respuesta a las exigencias del Superyó, obtiene una satisfacción en la renuncia. La nueva caracterización freudiana del Yo y la inclusión del Superyó en la formación y el sostenimiento del síntoma, vendrán a formalizar las resistencias en el análisis.

El Yo, estructurado como un síntoma privilegiado al interior del sujeto^{lvi}, estará íntimamente relacionado con el carácter. Lo paradójico de este síntoma es que no supone una pregunta para el sujeto. En este contexto, se impone la pregunta acerca de su lugar en los avatares de un análisis. ¿Es el carácter un nombre del “hueso duro de roer”?

El carácter y el más del allá del principio del placer

El tope al desciframiento

Llegado este momento de su obra, Freud introduce dos grandes cambios teóricos, que están estrechamente relacionados con la neurosis obsesiva y con las dificultades que ésta presentaba en la clínica. El primero se refiere a la división del aparato psíquico en tres instancias, cuya consecuencia es una nueva caracterización del Yo: éste contiene en sí mismo partes inconscientes. Así, el inconsciente engloba al Yo y a la personalidad del sujeto; hay algo en el Yo que se comporta como lo reprimido. El segundo gran cambio es la introducción del más allá del principio de placer, es decir la pulsión de muerte, cuyo reservorio principal es el Superyó. En la neurosis obsesiva, el Yo es particularmente severo debido a la desmezcla pulsional producida por la regresión al estadio sádico-anal.

En “El yo y el ello” (1923-1925), Freud teoriza acerca de la existencia de una instancia en el interior de Yo, una diferenciación dentro de él, que ha de llamarse Ideal del yo o Superyó, y retoma a la vez sus desarrollos acerca de lo que ocurre a partir de la pérdida del objeto en la melancolía. Plantea en este marco que cuando un objeto sexual es resignado, tiene lugar un proceso que da por resultado la alteración de Yo. Tal proceso que sitúa como muy frecuente sobre todo en fases tempranas del desarrollo, es el que da lugar a la siguiente concepción:

“el carácter del yo es una sedimentación de las investiduras de objeto resignadas, contiene la historia de estas elecciones de objeto”^{lvii}.

Freud al mismo tiempo formula que también es posible considerar una simultaneidad de investidura de objeto e identificación, es decir, una alteración del carácter antes que el objeto haya sido resignado. En este caso, la alteración del carácter podría sobrevivir al vínculo del objeto, y conservarlo en cierto sentido. Según los desarrollos freudianos en este momento, entonces, el carácter se constituiría a partir de la vuelta al yo de la libido que había investido al objeto; tal vuelta puede ser total (lo cual supondría la resignación del objeto), o parcial, conservando el vínculo con el objeto aunque identificándose con éste. Freud retoma aquí lo que ya señalaba en “Carácter y erotismo anal”, a saber, que la trasposición así cumplida de libido de objeto en libido narcisista supone una resignación de las metas sexuales, una desexualización y, por tanto, una suerte de sublimación. Una vez más entonces, se evidencia que el carácter supone un modo de satisfacción pulsional mediado por la identificación, y que implica el recurso a la sublimación.

En cuanto a la neurosis obsesiva en particular, Freud destaca la desmezcla de pulsiones y la importancia de la pulsión de muerte intervinientes. Conjetura en este contexto, que la esencia de la regresión de la fase genital a un momento en el que no se planteaba la oposición fálico castrado, implica consecuencias de importancia en relación al dualismo pulsional. La denominada regresión sádico-anal tiene como consecuencia una desmezcla de las pulsiones de vida y de muerte. Cabe preguntarse en este punto acerca de la relación entre el carácter en tanto como se definió, y la desmezcla pulsional que caracteriza a la neurosis obsesiva.

Por su parte, en "Inhibición síntoma y angustia" (1926), Freud reconoce en el Yo una inclinación a la síntesis que hace que éste intente cancelar la ajenidad y el aislamiento del síntoma, aprovechando toda oportunidad para ligarlo de algún modo e incorporarlo a su organización. El Yo es la sede de la formación de síntomas, es decir, Freud nos presenta el Yo en la neurosis obsesiva como constituido como un síntoma, en dependencia de los poderes del Ello y el Superyó. Si bien no señala que esto constituiría el carácter, resulta interesante pensarlo como otro modo de alteración y modificación del Yo, a la luz de la nueva conceptualización de esta instancia.

Esta incorporación del síntoma al Yo que acontece en el caso de la neurosis obsesiva se distingue de lo que Freud había abordado como "carácter anal". Esto muestra una nueva cara de los procesos implicados, diferente de la organización del carácter o de los rasgos de carácter cuando no derivan de síntomas neuróticos; en este último caso, la fuerza sublimatoria resulta una acción eficaz frente al estructural malestar en la cultura, mientras que en el primer caso se trata de un nuevo tipo de satisfacción. Esto se enlaza con la segunda novedad en la obra freudiana, formalizada a partir de la descripción de los llamados *síntomas de amalgama*, que reúnen la renuncia pulsional del sujeto y una satisfacción absolutamente nueva a partir de la renuncia. No se trata de un tipo diferente de síntomas, sino que lo novedoso es la formulación de que el Superyó interviene en la formación de los mismos. Así nos encontramos con la tendencia general de la formación de síntomas de la neurosis obsesiva: lograr cada vez mayor satisfacción a costa de la renuncia, cuya consecuencia manifiesta es la creciente limitación del Yo. El Yo es el escenario de la formación de síntoma, a costa de su progresiva parálisis. En esta renuncia se obtiene satisfacción: la satisfacción paradójica. Esta nueva satisfacción marca el límite del sentido sexual del síntoma como aquello descifrable que obedece a las leyes del inconsciente. Los *síntomas de amalgama* son considerados síntomas en los que se expresan el poderío de la pulsión desplazada que no beneficia al sujeto y deben ser considerados más allá del principio del placer.

Que el carácter devenga síntoma en el sentido de la interferencia que causa una demanda de análisis se vuelve una dirección de la cura que pone a la satisfacción paradójica de través, pero Freud no deja de señalar las dificultades

a veces insalvables para la intervención sobre esta satisfacción muda que desafía los poderes de la palabra.

Aun así, el carácter resta como un concepto que es necesario sostener en su distinción del síntoma, para entender su impacto en la teoría. En este mismo texto, junto a la regresión y a la represión, Freud admite como un nuevo mecanismo de defensa a las *formaciones reactivas*. A la vez, sitúa que en tales formaciones reactivas, que se producen dentro del Yo del neurótico obsesivo, es posible discernir exageraciones normales del carácter. Ahora bien, ¿por qué las incluye dentro de los mecanismos de defensa? Justamente porque contribuyen a que la lucha contra la sexualidad continúe en lo sucesivo bajo banderas éticas. Es decir, la naturaleza continuada de la pulsión exige al Yo asegurar su acción defensiva mediante un gasto permanente. En la neurosis obsesiva, las formaciones reactivas vienen entonces al lugar de contrainvestidura, en tanto fuerza que contrarresta a la moción pulsional del Ello.

Según Freud, esta acción en resguardo de la represión es lo que en el empeño terapéutico registramos como *resistencia*.

En “El Malestar en la cultura” (1930) hablando del desarrollo cultural, dice que en el caso del carácter se trata de alteraciones que se emprenden sobre las disposiciones pulsionales, cuya satisfacción es la tarea económica de nuestras vidas.

“Algunas de esas pulsiones son consumidas del siguiente modos: en su reemplazo emerge algo que en el individuo describiríamos como una propiedad de carácter. Ejemplo más notable: el erotismo anal. Su originario interés por la función excretoria, por sus órganos y productos, se transmuta en el curso del crecimiento en el grupo de propiedades que nos son familiares: parsimonia, sentido de la limpieza y del orden, que son valiosas, incrementándose hasta alcanzar un llamativo predominio y por lo tanto configurándose en carácter anal. El orden y la limpieza son exigencias de la cultura, aunque su necesidad vital no es evidente, así como su aptitud para ser fuentes de goce”^{lviii}.

Allí establece una semejanza entre el proceso cultural y el desarrollo libidinal del individuo.

En 1931 se tendrá una sistematización de los tipos libidinales: el erótico, el compulsivo, el narcisista. Existe además una variedad mixta: el erótico-

compulsivo. Freud habla de otro tipo, teóricamente posible, el erótico-compulsivo-narcisista. Pero ese tipo ya no sería un tipo, sino que significaría la norma absoluta, la armonía ideal. Se advierte que el fenómeno del tipo nace precisamente del hecho de que, de las tres utilizaciones principales de la libido en la economía psíquica, una o dos han sido favorecidas a expensas de las otras. En cuanto a la relación de esta caracterología con la patología, parece fácil conjeturar que los tipos eróticos, en caso de enfermedad, evolucionan hacia la histeria, y los tipos compulsivos hacia neurosis obsesivas, pero todo esto sigue sometido a la incertidumbre que acabamos de subrayar.

En la “Conferencia 32” (1933), Freud puede sintetizar “...eso difícil de definir que es el carácter”^{lix}, señalando que es atribuible por entero al Yo. Reafirma la articulación del carácter con la sublimación de pulsiones inaplicables en la cultura. ¿Cuál sería entonces la novedad? ¿Qué diferencia estos desarrollos de los aportados antes del giro de los ‘20? Es necesario subrayar aquí la importancia que le atribuye al Yo, y fundamentalmente a la incorporación de la instancia parental en calidad de Superyó así como a las identificaciones posteriores. Se evidencia de este modo la ya mencionada caracterización del Yo como una instancia psíquica con aspectos inconscientes y la consecuente difusión de los límites entre esta instancia y lo propio del síntoma, o dicho de otro modo, entre una forma de ser y lo sintomático.

Sin embargo, si bien la frontera entre síntoma y carácter se ha vuelto difusa, sorprende encontrar que en “Análisis terminable e interminable” (1937), Freud diferencie entre análisis didáctico, terapéutico y *de carácter*. A lo largo del texto, no logra sin embargo, transmitir una teorización clara de lo que sería este último tipo de análisis.

Lo que sí queda delineado es una perspectiva que define al carácter en torno a un grado de eficacia de la defensa que hace pensar en él como un arreglo, diferente al arreglo que supone el síntoma, ya que la economía libidinal a partir de ese *compuesto de sublimaciones, pulsiones preedípicas fijadas y formaciones reactivas* que es el *carácter* alcanza un equilibrio más logrado con las aspiraciones de la cultura, a costa de la fijación de un modo de satisfacción que se enquistaba como manera de ser.

El post freudismo y el carácter

Cuando Freud cree llevar “la peste” a EEUU, no tuvo en cuenta que también el psicoanálisis podía ser “contagiado” por ellos y enfermar. El resultado fue entonces el desconocimiento del Inconsciente (confundido ahora con el Yo), la objetivación de la experiencia, el descrédito de los poderes de la palabra. Será Lacan quien exigirá un retorno a Freud, nominando los desvíos de la ego-psychology: se había perdido de vista la riqueza del descubrimiento freudiano, copernicano.

Como consecuencia de estos desvíos, el carácter cobra para los postfreudianos relevancia, en detrimento del síntoma que fue perdiendo su lugar. En este contexto el análisis del carácter aparece como la innovación de la técnica que conduciría a la mejor manera de ser: la más adaptada.

Fenichel y la personalidad

Basado en la segunda tópica freudiana, Fenichel diferencia las neurosis en clásicas o “abiertas”, y modernas o “cerradas”. En las primeras es el síntoma el que se muestra como una perturbación bien definida, súbita, inadecuada al devenir anterior del sujeto. La referencia de esto sería pensar en un ordenamiento mental y global, al que Fenichel llamó *personalidad*, el síntoma será entonces una perturbación local. Las segundas, las modernas o también llamadas *caracteriales*, serían neurosis “cerradas” y asintomáticas, presentarían una malformación de la personalidad misma, la enfermedad aparece entonces tan implicada que no permite trazar fronteras entre ésta y el síntoma. Observamos claramente, cómo entiende como personalidad a lo que se llamó carácter o al estilo habitual de comportamiento del sujeto. Vemos entonces cómo este movimiento psicoanalítico pasa de la neurosis clásica a la moderna, del síntoma al carácter y a las perturbaciones del carácter y de la personalidad. Estos desarrollos llevan a Fenichel a hablar de una “Caracterología Psicoanalítica”.

Reich y su teoría sobre el carácter

Wilhelm Reich fue uno de los primeros colaboradores de Sigmund Freud, quien decía que era su «discípulo más brillante». Sin embargo, muy pronto aparecieron grandes diferencias entre ellos.

Según Reich, Freud y sus seguidores aplicaban tratamientos interminables, él prescinde entonces de estos métodos para volcarse en el cuerpo físico, inventa así lo que llamará el “Análisis Caracteriológico”, y al cual en 1927 le dedicará un libro.

En el mismo definirá el carácter como:

“una alteración crónica del Yo contra peligros interiores y exteriores”.^{lx}

Éste toma, para él, la forma de una coraza caracterial (que es una barrera narcisista) conformada por defensas que mantienen y producen una estasis (*estancamiento, fijación*) libidinal. El carácter es en esencia un mecanismo de protección narcisista^{lxi}. Las represiones de la primera educación, así, se convierten en una «coraza caracteriológica» que deviene, en manos de Reich, uno de los ingredientes básicos del psicoanálisis.

Resaltará la importancia del análisis de la resistencia, y también tomar como material el modo de comportarse el paciente en sesión. Será “el cómo” de la conducta de una persona, como habla, como lo dice, más significativo que el contenido de lo que dice. También la postura, el aspecto, sus gestos y las expresiones faciales tienden a poseer una cualidad invariable, habitual que hace que la persona sea singularmente reconocible para otros, pero de lo cual ella misma para nada se da cuenta. El analista del carácter aprende a sentir la expresión o cualidad emocional inherente a cada uno de esos rasgos y al carácter como un todo. Basado en su intuición, el analista procede entonces a ayudar al paciente a que llegue a advertir su propio carácter; primariamente de un modo sentido o experimentado, más que en forma meramente intelectual.

La estructura caracterial neurótica se definirá así como una constelación de defensas contra el libre flujo de la energía sexo-emocional. De acuerdo con esto, la terapia consiste en identificar y disolver esas resistencias caracteriológicas, paso a paso, de modo tal que las emociones subyacentes puedan aflorar. A este procedimiento lo llamó análisis del carácter,

contraponiéndolo con la práctica psicoanalítica usual de análisis del síntoma, en el cual los contenidos del inconsciente del paciente eran interpretados apenas se le hacían evidentes al psicoanalista. Vemos entonces como el inconsciente queda para él negado y es el Yo y las emociones, las que cobran primacía, siendo así lo imaginario lo que pivotea este tipo de psicoterapias.

Abraham y su herencia

Discípulo freudiano de la primera generación, Karl Abraham mantuvo siempre una posición ortodoxa respecto de su maestro, siendo para Freud una “roca de bronce” que ayudó desde Berlín a la difusión mundial del psicoanálisis. Su muerte prematura, siendo presidente de la Sociedad Psicoanalítica Internacional, fue un gran revés para Freud, ya que parecía creerlo destinado a proseguir su propia tarea.

Tuvo varias etapas en su producción, la última se centró en una teoría de los estadios de la organización sexual, basada en las que Freud describe en Tres Ensayos de Teoría Sexual

Esta teorización de los modos de relacionarse con el objeto parcial, implica en Abraham un clivaje, aunque continuista, entre neurosis y psicosis. También introduce como novedad una subdivisión en las etapas freudianas oral y anal: en la oral, que pasará a dividirse ahora en oral de succión y oral canibalística (con la aparición de la dentición) el objeto es succionado en la primera sub etapa y devorado en la segunda; la etapa anal, subdividida ahora entre anal expulsiva y anal retentiva, implicará que en la primera sub etapa habrá un trato más agresivo del objeto, mientras que en la segunda el objeto tenderá a ser preservado y controlado.

La superación sucesiva de estas etapas llevará a niveles de organización más elevados del psiquismo, por el contrario, su detención tendrá consecuencias clínicas.

Abraham era muy sensible a la clínica, su intención era justamente hallar en qué influía en la vida de un sujeto, quedar fijado a una etapa particular. Le interesaba descubrir los puntos de origen de las enfermedades mentales.

Es especialmente explícito en cuanto a cómo se origina el carácter obsesivo, tomando a éste como modelo de la formación más general de lo caracterológico. Se remonta para ello a la educación del control de esfínter anal en el niño. La evacuación intestinal, el contacto y aún el juego con su materia fecal (que el niño considera parte de su cuerpo) es una actividad placentera para el pequeño y sólo renuncia a ella través de la demanda del adulto. Lo hace plegándose por primera vez al deseo del Otro y renunciando a su narcisismo. Pero esta renuncia pulsional deja lugar a una satisfacción secundaria de otro orden, ya que ha hecho un pasaje por el campo del Otro. Esta transformación pulsional, sublimada o en consonancia con el yo, produce una acomodación sentida como deseable y no cuestionada, base del carácter. Estas personas pueden sentirse molestas si comienzan un análisis, como daba cuenta un paciente de Abraham: “El psicoanálisis hurga en mis asuntos”.

Sobre la herencia de Abraham se basa la producción de Melanie Klein, su discípula y analizante. Sus producciones ya habían entusiasmado al maestro hasta el punto de “presentarla” a Freud como alguien que había realmente encontrado los puntos de origen de las diferentes patologías. Melanie Klein complejiza las etapas de Abraham, haciendo de ellas un concepto no sólo evolutivo sino estructural. Sobrenadando los estadios, las posiciones pueden ser reversibles, variando en regresiones o progresos de una a otra, no sólo a través del tiempo sino aún en el curso de una sesión analítica. Nombra dos posiciones principales, la esquizoparanoide y la depresiva, donde distribuye la ubicación que originaría la esquizofrenia, la paranoia, la manía, la melancolía, las obsesiones, las fobias y la histeria.

La arriesgada maniobra kleiniana que permitió incluir a los niños en análisis, fue la de hacer una entrada por lo que se repite y no por el síntoma. Cuando su influencia rebasó el campo de la infancia y se tornó en un discurso más totalizador del psicoanálisis, con sus oposiciones y controversias, el psicoanálisis fue olvidando la vía freudiana de entrada: el síntoma. Así, quizás abusivamente, las resistencias y lo caracterial, como antes la inhibición en los niños, fueron “sintomatizados” y tocados por la interpretación, desde un lugar más ligado a los ideales del analista.

No casualmente, entonces, Melanie Klein se encuentra pronto con la imposibilidad de continuar un análisis. Es acá cuando acuña el concepto de

envidia. Este corte en la transferencia, sin embargo, no la cuestiona en su técnica. Por el contrario, atribuye la detención a un componente constitucional de algunos pacientes, cuyo quantum de instinto de muerte sería mayor que lo común y por lo tanto deben compensarlo con una gran voracidad, imposible de saciar, atacando el vínculo con el analista.

Se podría concluir que aquello que no se presenta como síntoma, no permite la entrada a un analista.

Analizando estos autores postfreudianos, podemos observar cómo se da el desplazamiento del síntoma y la represión, al carácter y la defensa, torsión solidaria de una cura que aspira a la adaptación del individuo a la sociedad y sus ideales, en las antípodas de una orientación respetuosa de la solución de cada uno, del saber-hacer singular con el mal-estar estructural.

Lacan, el retorno a Freud y su impacto sobre la noción de carácter

En los inicios de su enseñanza, Lacan propone una relectura de Freud que resitúa la importancia del descubrimiento freudiano del inconciente. En el Seminario V (1957-1958), afirma que la neurosis no es un parásito extraño a la personalidad del sujeto, sino que se trata de una estructura analítica que está en sus actos y en sus conductas. Agrega que la neurosis no está hecha sólo de síntomas susceptibles de ser descompuestos en sus elementos significantes y en los efectos de significado de los mismos, sino que es la personalidad del sujeto en su totalidad la que lleva las marcas de esas relaciones estructurales.

En este contexto, Lacan conceptualiza a la personalidad no como algo estático sino de manera dinámica, en tanto supone que ésta “...traza en los comportamientos, en las relaciones con el Otro y con los otros, un determinado movimiento que resulta ser siempre el mismo, una escansión, una determinada modalidad de pasaje del otro al Otro, y de nuevo a otro que se vuelve a encontrar una y otra vez sin cesar...”^{lxii}

De este modo, Lacan extiende el concepto de inconsciente a los modos habituales de vida del sujeto y señala que el conjunto del comportamiento

obsesivo o histérico, está estructurado como un lenguaje. Esto lo formaliza a partir del esquema Z, sirviéndose de la distinción entre registros imaginario, simbólico y real (preponderando los dos primeros en este momento de su enseñanza).

A partir del esquema Z, entonces, Lacan articula el registro imaginario con el simbólico: ubica a la pantomima en el registro imaginario, en la relación de yo a otro (semejante), como respuesta anticipada que impide al sujeto formularse la verdadera pregunta, ubicada en el registro simbólico. En relación a su estructura, si bien la pantomima es algo que se ejecuta en el eje imaginario, que realiza el yo con ayuda de un semejante a partir de una conducta o una serie de conductas, tiene una determinación inconsciente. Es decir que tienen un costado imaginario, pero con una determinación simbólica. Al igual que el resto de las formaciones del inconsciente están determinadas por las leyes del lenguaje. Consecuentemente, los despliegues de la conducta habitual del sujeto se hacen interpretables ahí donde éste sostiene su “forma de ser” o carácter.

En el caso de la neurosis obsesiva la pantomima toma la forma de una hazaña. Es una respuesta a la pregunta por una dimensión de la facticidad (lo dado) que en este caso está ligada a la existencia: ¿qué me hace existir?, ¿estoy muerto o vivo? La hazaña implica que el sujeto se desdobla y da una suerte de espectáculo, en donde se encuentra en dos lugares a la vez. Lacan señala que se necesitan al menos tres elementos para que la estrategia sea posible: el que realiza la hazaña, un otro semejante con el cual se establece una relación de lucha a muerte – pero donde en realidad el sujeto no corre ningún riesgo-, y el lugar del gran Otro como testigo. En este sentido habla de una doble identificación: identificación imaginaria (con el semejante) e identificación al ideal (identificación al Otro). En este contexto, la identificación en el plano imaginario aparece como un modo de defensa del obsesivo, en tanto evitaría que aparezca la verdadera pregunta. El carácter, que ya en Freud vimos vinculado al Yo en tanto precipitado de identificaciones, es formulado aquí también como con cierta función defensiva.

De esta manera, es posible afirmar que Lacan supone la determinación de los modos habituales de ser y hacer del sujeto están estructurados como un lenguaje, es decir, determinados por sus mismas leyes; y que a la vez, en tanto

respuesta en el registro imaginario, el carácter tendría una función defensiva frente a lo que angustia. A diferencia de los postfreudianos, la propuesta lacaniana no es ubicarse en el registro de lo imaginario sino que la intervención analítica implicaría situar al sujeto en el “buen lugar” para poder formular la pregunta: el registro simbólico.

Luego del Seminario X y a la luz de las concepciones de Lacan sobre la articulación de los tres registros, RSI, es posible resituar al carácter como un modo de aparición de lo real en la experiencia analítica.

Consecuencias teórico clínicas del carácter como avatar de la neurosis

Este recorrido nos muestra entonces al carácter como tope al desciframiento y a la interpretación, como un obstáculo a la regla analítica. Esto es desarrollado por Freud antes del giro de los '20, en términos de que el carácter no supone el retorno de lo reprimido; a la luz de los desarrollos posteriores, el carácter tiene que ver con la vuelta de la libido al Yo, y con la formación del Superyó y las identificaciones sucesivas. Entonces, ¿se trataría no de interpretarlo sino de sintomatizarlo? Es decir, ¿de volverlo egodistónico al Yo? Ante la opacidad del carácter, que no es más que la opacidad del goce y por lo tanto de lo real, ¿cómo intervenir? El tope al desciframiento que evidencia el problema del carácter en la economía libidinal de la neurosis empuja a la comunidad analítica a pensar modos de intervención que no se reducen a la interpretación^{lxiii}, y de este modo, estar a la altura de la subjetividad de la época, como sugiere Lacan.

No podemos dejar de reconocer en algunos autores postfreudianos, a pesar de los desvíos teórico-clínicos que han ido en detrimento de las soluciones singulares, un intento de formalizar síntomas anudados a la época, como es el caso de Fenichel hablando de las neurosis modernas o caracteriales.

Los nuevos “síntomas” son presentaciones por el lado del ser en las que se patentiza un rechazo del inconciente: nunca son síntomas para el sujeto, sí para el Otro; poco desciframiento es posible, en cuanto se trata de prácticas de

goce que no se dirigen al Otro. Entre ellas puede enumerarse a la drogadependencia, anorexia, bulimia. ¿Es correcto llamar a estas presentaciones *síntomas*, o conviene abordarlas a la luz de la última enseñanza de Lacan, donde el anudamiento entre registros permite tal vez una formalización más útil para pensar la dirección de la cura?

Sin embargo, más allá de los fenómenos clínicos posmodernos, la “clásica” neurosis obsesiva no deja de enseñar en su persistencia y fijeza ese costado real de la experiencia subjetiva que se ha dado en llamar carácter y que vale la pena considerar en una perspectiva que suponga intervenir los modos de goce de un sujeto, es decir, un psicoanálisis.

El carácter es entonces un asunto relativo a las vicisitudes de la pulsión. Se trata de un arreglo frente a la exigencia de trabajo que ésta supone, y en tanto tal se presenta como avatar de la neurosis cuando la misma no aparece como sintomática para el sujeto. En la economía libidinal, la aparición del síntoma da cuenta del desencadenamiento de la neurosis, mientras que el carácter logra por diversos caminos algo que es vivido por el sujeto como una homeostasis.

Notas de Referencia

1. Freud, S. (1933) Conferencia nº 32. En Obras Completas V. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985 Tomo XXII, p. 84
2. 1 Abraham toma los desarrollos de Freud en “Erotismo y carácter anal”, relaciona los estadios de la libido (estado evolutivo de la relación de objeto que para Abraham es objeto de amor) y los trastornos psicopatológicos. En el caso de la neurosis obsesiva, la fijación a la etapa sádico anal da lugar a determinado tipo de carácter con tres características fundamentales: amor al orden, avaricia y obstinación y a un tipo de relación con los objetos: amor parcial, es decir, que tiende a la posesión de una parte del mismo.
3. 1 Freud, S. (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, pp. 153-154
4. 1 Freud, S. (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 155
5. 1 Freud, S. (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas V. X. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985
6. 1 Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 321
7. 1 Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 325
8. 1 Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 337

9. ¹ Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 326
10. ¹ Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 339
11. ¹ Nietzsche, F. (1883-1885) Así habló Zaratustra, Editorial Alianza, Madrid, 1986. p. 66
12. ¹ Al respecto, en el Seminario 1, Lacan refiere que a partir de la teorización de las tres instancias del aparato psíquico, es en el Yo donde radican todas las dificultades evidenciadas en la clínica. Y agrega "...el "yo" está estructurado como un síntoma. No es más que un síntoma privilegiado en el interior del sujeto. Es el síntoma humano por excelencia..."- Lacan, J. (1981) El Seminario, Libro 1, *Los Escritos Técnicos de Freud*. Editorial Paidós. Barcelona-Buenos Aires, 1986 Lacan, 1981, p. 31
13. ¹ Freud, S. (1923-25) El yo y el Ello. En Obras Completas V. XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 31.
14. ¹ Freud, S. (1930) El Malestar en la Cultura. En Obras Completas V. XXI. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 95
15. ¹ Freud, S. (1933) Conferencia nº 32. En Obras Completas V. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 75.
16. ¹ Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980, p. 159
17. ¹ Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980, p. 171
18. ¹ Lacan (1957-1958), *El Seminario*, Libro 5. Paidós, Bs. As. 1999, pp. 484-485.
19. ¹ Miller (2003) plantea que el obstáculo que significa el carácter a la clínica psicoanalítica, obliga al analista a hacer uso de otros recursos frente al carácter, que no son los mismos recursos que se usan para el síntoma. Así, Miller afirma que la matriz fundamental de la operación analítica consiste no en el desciframiento sino en perturbar la defensa, perturbación que no iría por la vía significativa sino por la vía de lo real. Al respecto Miller agrega "Y porque si seguimos a Freud, se inscribe en el trabajo analítico como un obstáculo, pienso que es legítimo inscribir el carácter como la experiencia de lo real en la cura analítica.". Miller, J.- A. (2003) La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, p. 113.

Bibliografía

- Abraham, K. (1934) Contribuciones a la teoría de la Libido. Editorial Hormé. Buenos Aires, 1985.
- Fenichel, O. (1945) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1964.
- Freud, S. (1894) Obsesiones y Fobias. En Obras Completas V. III. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

- (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas V. III. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. En Obras Completas V. VII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas V. X. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1912) Sobre los tipos de contracción de neurosis. En Obras Completas V. XII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva. En Obras Completas V. XII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1923-25) El yo y el Ello. En Obras Completas V. XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas V. XX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1930) El Malestar en la Cultura. En Obras Completas V. XXI. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1933) Conferencia nº 32. En Obras Completas V. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1937) Análisis terminable e interminable. En Obras Completas V. XXIII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - En Memoria de Karl Abraham. En Obras Completas V. III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1968.
- Klein, M. Envidia y Gratitud, O.C. vol. 3. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2000.
- Desarrollos en Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967.
- Lacan, J. (1981) El Seminario, Libro 1, *Los Escritos Técnicos de Freud*. Editorial Paidós. Barcelona-Buenos Aires, 1986.
- (1957/8) El Seminario, *Las formaciones del inconsciente*. Libro V. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1999.
- Miller, J.- A. (2003) La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2003

Nietzsche, F. (1883-1885) Así hablo Zaratustra, Editorial Alianza, Madrid, 1986
Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980.
Roudinesco, E. (1998) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1998

CAPÍTULO VII

HISTERIA Y NEUROSIS OBSESIVA: DOS HISTORIALES FREUDIANOS

Silvia Zamorano, Marina Fogola y Nicolás Maugeri

“Tranquila, puedo asistir a tu venida

Tranquila, a tu partida” Schiller

“La investigación científica por medio del Psicoanálisis es hoy tan solo un resultado accesorio de la labor terapéutica, razón por la cual sus descubrimientos son más importantes precisamente en los casos en los que aquella fracasa. Freud 1909

En este capítulo nos dedicaremos a los historiales freudianos “Fragmento de análisis de un caso de histeria” (1905) y “A propósito de un caso de neurosis obsesiva” (1909).

Nos interesa particularmente destacar dos cuestiones que fundamentan la inclusión del tema en este texto dedicado al campo de las neurosis en la obra de Freud: la solidaridad de la construcción del caso y la lógica de la cura, por un lado y por el otro las enseñanzas que aporta para la transmisión de la clínica analítica y los conceptos que permiten su formalización.

Para que estos dos historiales paradigmáticos adquirieran vigencia de lectura efectivamente, ya desde comienzos de los años 50’ Lacan produjo una revitalización de los mismos mostrando la actualidad del material y sus posibilidades de enseñanza clínica, en el marco del llamado retorno a Freud. Es en esta línea que nos vemos convocados a renovar los interrogantes que

estos casos entrañan y que nos permiten delimitar la lógica de la estructura en la clínica de la neurosis, presente desde los comienzos de la investigación freudiana.

Freud nunca dejó de lado la búsqueda de una regularidad estructural y el respeto al arreglo particular del sujeto. En este sentido, Dora y el “Hombre de las Ratas” con su singularidad, brindan las coordenadas estructurales que los han elevado al lugar de “casos paradigmáticos” cuando hablamos de histeria y obsesión en el campo del psicoanálisis. Por esta razón nos resulta, a más de cien años de su publicación, un material de enseñanza clínica insoslayable.

Mostraremos cómo, tratándose de la neurosis de transferencia por excelencia, el lugar del analista está puesto en cuestión y es el mismo Freud el que explicita en uno de ellos los errores que cometió, cuando todavía “no sabía”.

En ambos historiales, si consideramos la lectura que ha realizado Lacan en su intervención de los textos freudianos, la inclusión del analista no es ajena a la construcción de los casos, allí se ponen en juego los escollos teóricos, sus prejuicios y destacaremos: se trata de su deseo, éste es el que organiza la secuencia que rige el ordenamiento del caso.

Sin embargo veremos cómo en el caso Dora, los “errores” que él mismo reconoce, se basan en una posición no interrogada por el analista, al punto que J. A. Miller en *Recorrido de Lacan* dirá que el caso “Dora”, es también el caso Freud, ya que una vez interrumpido el tratamiento Freud vuelve sobre el caso para encontrar sus errores y las razones de la interrupción de la cura, sin advertir que es su deseo el que ha obstaculizado la continuidad de la misma. Ambos casos muestran de manera evidente que el analista forma parte de la noción de inconsciente porque “lo que se dice” en un psicoanálisis, le está dirigido, como veremos a continuación en los dos casos que hemos seleccionado.

Dora. Introducción

El historial tiene como fecha de publicación 1905, pero Freud nos informa que fue escrito en lo esencial en el año 1901. En un comienzo el trabajo iba a ser nominado “*Sueños e histeria*” para luego llevar el título que finalmente conocemos: “*Fragmento de análisis de un caso de histeria*”.

El caso está construido privilegiando el análisis de dos sueños para demostrar que los sueños son la “vía reggia” de acceso al inconsciente y cómo el síntoma histérico se torna “descifrable” a partir del modelo del sueño. S. Cottet denomina este eje como “textual” ya que otorga el material significativo que se pondrá en juego a la hora de la sobredeterminación de los síntomas. Otro de los objetivos de la presentación del material clínico manifestado por Freud es destacar el determinismo de los síntomas y la estructura interna de la neurosis.

En este texto, asistimos a un desplazamiento freudiano, de la teoría del trauma y la búsqueda de un real fáctico en la base de las neurosis hacia el valor dado a la sexualidad infantil. En una nota al pie (1) nos dice que ha ido más allá de la teoría del trauma sin abandonarla, Freud sigue considerando el trauma psíquico como indispensable para la génesis del estado patológico. En el caso Dora encuentra una vivencia anterior a la escena del lago, ocurrida a sus catorce años y apropiada para producir el efecto de un trauma sexual. Se trata de la situación en la que el Sr K la estrecha contra sí y le da un beso en los labios. Esta escena, primera en el tiempo pero segunda en la serie de recuerdos, permite afirmar a Freud que la conducta de la joven era ya totalmente “histérica”, tuviera o no síntomas somáticos, en tanto la ocasión de excitación sexual tuvo por resultado sentimientos de displacer. La sensación de “asco” se explica entonces por el mecanismo de trastorno del afecto y desplazamiento de la sensación: en lugar de la sensación genital propia de una situación de excitación sexual, le sobreviene la sensación de displacer en el tramo de entrada del aparato digestivo.

Esta escena dejó en Dora la secuela de tres síntomas: una alucinación sensorial recurrente, la sensación de presión sobre la parte superior de su

cuerpo (referida al abrazo); la sensación de asco sobre ciertos alimentos y el horror a los hombres en tierno coloquio. Todos ellos conducen para Freud a la hipótesis de la sexualidad infantil y las zonas erógenas.

De modo que muchos de los síntomas de Dora que se encontraban antes del trauma psíquico, conducen al material infantil, (tal como lo desarrolla el capítulo de esta obra dedicado al tema de la neurosis infantil) y es así como Freud se topará con el real sexual basado en la práctica autoerótica y las fantasías que la sostienen.

El análisis de los síntomas se realiza entonces a partir del desciframiento de las fantasías que están en su base, por ejemplo es el caso de la “tos” que Dora padecía. Freud interpreta que representa un modo de satisfacción sexual oral, aquel modo de satisfacción ligado a la sexualidad autoerótica de la paciente.

Esto nos permite ubicar, siguiendo a S. Cottet (2), el otro eje que atraviesa el historial, llamado “referencial”, constituido por la teoría plasmada en los “Tres ensayos de sexualidad infantil” (Freud, 1901) que otorga consistencia al sentido del síntoma histérico. La etiología sexual se anuda al papel de la llamada “constitución sexual” y al ejercicio de la sexualidad infantil, puesta de manifiesto en las fantasías.

Vemos vislumbrarse en el historial el papel de la neurosis infantil, que si bien no estaba conceptualizado como tal, es mencionado como parte de su cuadro clínico, haciendo alusión a los síntomas neuróticos que Dora padecía ya desde los ocho años. Tampoco podemos soslayar el papel que jugará el Edipo, especialmente centrado en el “amor al padre”, que cobrará valor estructural a la luz de la lectura de Lacan (3). La bibliografía en lengua francesa, inglesa y español sobre el caso puede encontrarse en la completa referencia realizada por Eric Laurent en el artículo “Lecturas de Dora” (Histeria y Obsesión, 1987)

La construcción del caso

Hemos destacado anteriormente que tratándose de una neurosis de transferencia, es impensable el hecho de que la posición misma de quien dirige la cura no forme parte del caso, de allí que Freud exponga las dificultades que se le presentan, tanto generales de la construcción misma, como en la singularidad del material de Dora. Insiste en destacar que se trata de un “fragmento de análisis” y resalta tres insuficiencias: 1) el carácter incompleto del material debido a que fue interrumpido; 2) la necesidad de dejar por fuera cuestiones de la técnica, dadas las dificultades de atender a ambos objetivos y 3) que un solo historial no puede abarcar *toda* la histeria.

Estas consideraciones merecen que nos detengamos en la diferencia que se establece entre un historial psicoanalítico de aquel ordenado bajo el discurso médico donde es posible cierta relación de exterioridad que brinda una descripción objetiva detallada de los signos y síntomas.

Desde un principio, en “Estudios sobre la histeria” (4), Freud produce una ruptura con la psiquiatría de la época en cuanto a la transmisión clínica al hacer la construcción del caso solidaria a la constitución misma del sujeto en la cura, al presentar el íntimo vínculo entre la historia del padecimiento y los síntomas patológicos, así como la solidaridad entre la transmisión clínica y el método utilizado.

En el caso Dora, la ruptura no es sólo con la psiquiatría sino también con su propio estilo de construcción de casos. Había abandonado el método hipnótico–catártico donde el análisis partía de los síntomas y se proponía ir solucionándolos uno tras otro, hecho que lo proveía de un material más ordenado. En Dora deja que el paciente elija el material de la sesión y él mismo va recogiendo los materiales fragmentarios para el descifrado de los síntomas; este método adelanta lo que será la regla fundamental del psicoanálisis y tiene como resultado un material fragmentario y desordenado. De este modo el carácter “fragmentario” del historial de Dora, da cuenta de la solidaridad entre la construcción del caso, el método y la estructura.

Que Freud atienda a las fallas discursivas, que se encargue de remarcar las omisiones y contradicciones del paciente, forma parte de lo que nos enseña acerca de la construcción de un caso. Él mismo se asombra de que algunos autores puedan suministrar historiales clínicos tan “exactos y redondos” sobre sus pacientes histéricos en tanto son los pacientes mismos, quienes no pueden suministrar un informe de esa clase por diversas razones: la “insinceridad inconciente” que opera sobre aquello que no quieren contar, aquello que aparece y no aparece en las entrevistas, así como los productos de la represión, las amnesias, las lagunas de memoria y la alteración de la secuencia temporal de los hechos.

Se trata como estamos viendo de la creación de una nueva clínica. Si bien Freud había presentado otros historiales clínicos (Estudios sobre la histeria), este historial inaugura un nuevo método que anticipa la regla fundamental del psicoanálisis. El cambio en el método de abordaje resulta en una nueva presentación de los fenómenos clínicos y en un ordenamiento diferente del material, lo que permite entrever la solidaridad existente entre los fenómenos clínicos y el método de abordaje.

Apreciamos que a diferencia de los historiales clínicos psiquiátricos, Freud construye el historial a partir del relato histérico, que es de índole lacunar, testimoniando así la acción del mecanismo de la represión. Esto se vincula íntimamente con la meta del tratamiento que Freud mismo explicita en el texto: desde un punto de vista práctico “cancelar todos los síntomas posibles y sustituirlos por un pensamiento conciente” y desde uno teórico “salvar todos los deterioros de la memoria del enfermo”. El armado del caso establece una correlación entre la presentación del relato histérico y el modo en que se lo interviene a partir de las coordenadas estructurales.

El caso Dora permite vislumbrar con nitidez el despliegue de la verdad subjetiva a partir de la intervención del analista y por otra parte, deja al descubierto la posición de Freud en transferencia que como veremos resulta determinante a la hora del abandono del tratamiento.

Presentación clínica de Dora. Coyuntura de la consulta

Se trata de una joven de 18 años, descripta como una “petite hystérie” con los más corrientes síntomas somáticos y psíquicos. Freud destaca que estos casos son de interés dada su frecuencia y que los “casos floridos” no por ello han hecho avanzar al psicoanálisis. La elección del caso muestra entonces que Freud toma una posición distante a la de su maestro Charcot ocupándose de un caso que nada tiene para “mostrar”, poniendo el acento en la envoltura formal del síntoma histérico más que en su espectacularidad. El caso Dora nos introduce así plenamente en la lógica de una clínica de la palabra diferenciada de la clínica psiquiátrica de la “mirada”.

Dora llega a la consulta conducida por su padre, quien años antes había sido tratado por Freud. Este modo de llegada no resulta un detalle menor, en tanto veremos el lugar fundamental que ocupa este padre enfermo en la neurosis de Dora y por otra parte la posición de Freud mismo quedará empañada por esta transferencia previa.

Los síntomas principales de Dora eran la “desazón” y la “alteración del carácter”, ella permanecía encerrada en su habitación y manifestaba una insatisfacción permanente con los otros y con ella misma, esto llevaba a discusiones continuas con sus padres (5). La consulta se precipita por una supuesta amenaza de suicidio que Dora deja entrever en una “carta de despedida” olvidada en su escritorio y por un ataque de pérdida de conocimiento luego de un intercambio de palabras con su padre.

La manera en que llega Dora, es la de muchos adolescentes de hoy en día, arrastrados por la preocupación de sus padres, sin que eso constituya un síntoma para ellos; será necesario construir un síntoma para que algo del orden de un análisis pueda producirse.

Si bien Dora presentaba múltiples síntomas desde su infancia, que podríamos decir ya conformaban una neurosis infantil: disnea, tos nerviosa, afonía, migraña; más la actual desazón, insociabilidad y *taedium vitae*, nada de esto constituía un *pathos* para ella. Freud explicará esta distancia que el sujeto

histérico puede tener con sus síntomas, la llamada “bella indiferencia”, mediante la represión por conversión, el enigmático salto de lo anímico a lo corporal, diferente de la neurosis obsesiva donde todo queda en el plano psíquico.

Sin embargo hay algo de lo que Dora no puede sustraerse y es lo que otorga contenido a su queja: su padre la ha entregado como objeto de intercambio al Sr. K. a fin de cubrir los amoríos que tiene con su esposa, la Sra. K. El despliegue de su queja, es llamado por Lacan el *primer desarrollo de la verdad* (6), el cual se produce al Freud habilitar el discurso del sujeto, desatendiendo el pedido del padre de “ponerla en buen camino” haciéndola olvidar de esos asuntos.

La serie de pensamientos que Dora tiene acerca de su padre y la Sra. K. son de carácter incesante y doloroso, Freud les llama pensamientos *hipervalentes* (7), cuya particularidad es ser en apariencia correctos pero resultan patológicos en tanto no pueden ser eliminados por la voluntad.

En este punto sería interesante hacer una distinción con el síntoma obsesivo y con el fenómeno paranoide. No se trataría de un síntoma obsesivo dado que los otros son el objeto de su queja, ella no se queja de sus propios pensamientos y éstos no son absurdos o disparatados. Y si bien su posición es “paranoide” en el sentido de la denuncia del desorden en el mundo, no corresponde estructuralmente a una psicosis, principalmente porque Dora se divide frente a esta queja: “querría pensar como mi hermano (alegrándose de que su padre encuentre una mujer que lo comprenda) pero no puedo” (8).

La hipótesis freudiana ante esta idea hipervalente es que una serie de reproches dirigidos hacia otra persona hacen sospechar una serie de autorreproches de idéntico contenido. Sobre esta base y sin dejar de darle la razón a Dora en cuanto a la posible conducta deshonestas de su padre, Freud interviene produciendo un cambio de su posición subjetiva, razón por lo cual Lacan otorgará una importancia fundamental en el desarrollo de la cura a lo que designa como una *primera inversión dialéctica* (9) utilizando operadores hegelianos. Se trata de un cuestionamiento que revela su participación en el desorden del que se queja.

Esta intervención es el operador que permite un primer cambio: Dora es implicada así en su padecer, y se pone en evidencia su participación activa como cómplice de las relaciones de su padre con la Sra. K., por ejemplo cuidando sus hijos mientras ella salía con su padre, así como también aceptando los galanteos y regalos que el Sr. K. le profería.

Freud se propone establecer las coordenadas en que esta queja aparece, teniendo en cuenta la discontinuidad en la secuencia de las neurosis. Ubica una coyuntura, el trauma psíquico, *el anudamiento vital (11) ocurrido* dos años antes de la consulta: estaban Dora y su padre de vacaciones con los K, cerca de un lago, cuando Dora realiza una caminata con el Sr. K., quien le hace una propuesta amorosa manifestándole: *Nada me importa de mi mujer*, o *“mi mujer no es nada para mí*, de acuerdo a la traducción de López Ballesteros. Dora responde con una bofetada y escapa. A partir de esta escena, la relación con los K no será la misma y Dora comienza a quejarse dolorosamente de la situación. Recordemos que palabras similares fueron las pronunciadas por el padre de Dora respecto de su propia mujer al presentarle la situación a Freud, donde relata la escena del lago y explica sus relaciones con la Sra. K. diciendo como al pasar *“bien sabe usted que no encuentro eso en mi propia mujer”* o de acuerdo a López Ballesteros *“Ya sabe usted mi mujer no es nada para mí”* (12).

A la luz de la lectura de Lacan, es necesario pensar que la estrategia subjetiva imaginaria, que otorga cierta respuesta al sujeto, se rompe a partir del desequilibrio de uno de sus términos, se produce entonces la *eclosión* del síntoma, en este caso de la queja de Dora. Resulta enigmático esclarecer qué se pone en juego en esta escena que desata la crisis de Dora.

Interpretación de los sueños y desciframiento de los síntomas.

Tal como hemos dicho, el historial gira en torno al análisis de dos sueños que aportarán el material necesario para el desciframiento de los síntomas, lo que no es ajeno a las hipótesis sobre las cuales el analista realiza las

interpretaciones y aquí es donde mejor apreciamos a Freud mismo en sus formulaciones teóricas y prejuicios.

Es de interés enmarcar que nos encontramos en la llamada “luna de miel” del psicoanálisis, Freud aún no se había topado con las dificultades que advendrán en los años 20’, aquí asistimos a un Freud optimista y a un inconsciente que se despliega, aportando el material para el desciframiento.

En primer lugar estimamos que Freud insiste obstinadamente en el amor que tendría Dora hacia el Sr. K. bajo el modelo edípico. Su hipótesis es que Dora refresca el amor edípico al padre como defensa frente al amor actual reprimido hacia el Sr. K. e insiste en este sentido en que el deseo que crea el sueño proviene de la infancia y quiere corregir el presente según aquella (13).

Vemos ahí el forzamiento de Freud por incluir el Edipo positivo en la base de la mayoría de los síntomas. Lacan lee esto como una confusión entre lo que es del orden de la elección de objeto con lo que responde a la identificación.

Si bien aquí Freud establece una distinción entre la identificación como imitación de un modelo: la tos que Dora manifestaba como imitación compasiva del padre enfermo; y la imitación a una situación: a la apendicitis de su prima, aún no había conceptualizado cabalmente la teoría de la identificación que será desarrollada en “Psicología de las masas y análisis del Yo” (14). Esto lo extravía del verdadero valor que tiene el Sr. K. para Dora, en tanto presentifica el “yo” de Dora como soporte de la identificación viril en la estrategia imaginaria.

Todos los síntomas entonces cobran sentido a la luz del Edipo y de la sexualidad infantil autoerótica, el nuevo “real” que resulta fundamental para la etiología de la histeria, llegando a afirmar que los síntomas histéricos expresan un sustituto de la satisfacción masturbatoria. Por ejemplo el síntoma de tos y afonía evidencia el modo de satisfacción sexual privilegiado en la paciente: lo oral, en tanto “chupeteadora” desde la infancia, revelando la fijación de la pulsión a un modo de satisfacción, la *precondición somática*, *solicitud somática* (15) necesaria para la creación de una fantasía.

Pero este síntoma responde a varios otros sentidos 1) pone de manifiesto la práctica sexual entre la Sra. K. y el padre, en tanto éste aparece como impotente; 2) constituye un punto de imitación (identificación) con su padre enfermo; 3) es un “autorreproche” al asumir el mismo síntoma que su padre; y 4) la afonía aparece ante la ausencia de la persona amada.

Este forzamiento freudiano acerca del amor reprimido hacia el Sr. K. (siguiendo el modelo edípico natural, la atracción de la niña por el progenitor del sexo opuesto) se torna un obstáculo que no le permite situar el verdadero lugar que ocupa la Sra. K. en la neurosis de Dora.

En esta línea y también a partir de las asociaciones del sueño, Freud hace una lectura de lo ocurrido en la escena del lago. Las fatídicas palabras del Sr. K. “no me importa nada de mi mujer” o “mi mujer no es nada para mí” son asociadas al recuerdo de que una mucama había recibido la misma propuesta en los mismo términos por parte del Sr. K. y Dora no toleró ser tratada como una gobernanta. La interpretación vuelve a caer en el amor reprimido hacia el Sr. K.

El lugar en la transferencia queda evidenciado a partir de las asociaciones del primer sueño: es allí donde Freud queda ubicado en serie al Sr. K. y al padre de Dora a partir de un elemento transferencial: el humo, en la medida en que todos ellos eran fumadores.

Nuevamente nos vemos confrontados a la insistencia de Freud y lo que resultará crucial a la hora del fracaso del tratamiento: su fallida posición como analista.

Los errores freudianos y la lectura de Lacan

Como hemos dicho, la riqueza y frescura de este historial nos enfrenta con los tiempos inicial del Psicoanálisis, y una cuestión que no dejará de marcar en los años posteriores un estilo de transmisión que no deja de una poner en cuestión la posición del analista sus consecuencias. Freud logra hacer una lectura de su

intervención en la cura, tanto en el momento en que publica el historial, como veinte años después.

Al momento de su publicación Freud nos advierte que no supo manejar la transferencia, lo que causó la pronta interrupción del tratamiento por parte de Dora. Si bien ya había hablado de transferencia, como “falso enlace” en “Estudios sobre la histeria” (16) y en “La interpretación de los sueños” (17), aquí arriba al descubrimiento del estatuto de la transferencia como fenómeno clave en la dirección de la cura.

Destaca su carácter necesario y espontáneo y a su vez:

“como el máximo escollo para el psicoanálisis que se convierte en su auxiliar más poderoso cuando se logra colegirla en cada caso y traducírsela al enfermo” (18).

En este caso, define la transferencia en su vertiente de repetición como *“reediciones, recreaciones de las mociones y fantasías”* (19) es decir, la neurosis infantil misma se reactualiza en la persona del médico.

A partir de los signos transferenciales destacados en el primer sueño, Freud advierte que queda ubicado como sustituto del padre y luego del mismo Sr. K. Es esto lo que no logra señalar a tiempo a su paciente para dirigir la cura hacia la relación transferencial y al acceso de nuevo material para el análisis.

El abandono del tratamiento es leído a la luz de este error en el manejo de la transferencia:

“Así fui sorprendido por la transferencia y a causa de esa x por la cual yo le recordaba al Sr. K., ella se vengó de mí como se vengara de él (...) De tal modo actuó (agieren) un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlo en la cura” (20).

Retomaremos más adelante este primer error señalado por Freud, que a partir de la lectura de Lacan alcanza otros ribetes articulados a la estrategia histérica.

En una nota agregada en 1923 (21) Freud agrega otro error que fue el de no advertir la *corriente ginecofílica (moción de amor homosexual)* de Dora hacia la Sra K y comunicársela a la paciente.

A partir del análisis de la idea hipervalente puede orientar el interés de Dora hacia el sujeto-rival del amor de su padre, que lee como una inclinación hacia

el mismo sexo, una moción homosexual, de la cual daba indicios la fascinación con la que Dora hablaba de la Sra. K. alabando “*su cuerpo deliciosamente blanco*” (22) y el hecho de que no la delatara como la fuente de su saber sobre la sexualidad, es decir el material que constituye lo que sería un tercer desarrollo de la verdad. Sin embargo, pese a no haber desconocido esta corriente homosexual:

“Estas corrientes de sentimientos varoniles o, como es mejor decir *ginecófilos* han de considerarse típicas de la vida amorosa inconciente de las muchachas histéricas” (23)

no profundiza en ella y es recién en la nota citada cuando lo mencionará como su error técnico. Esta idea será retomada en “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (1908), donde postulará que un síntoma histérico es siempre la expresión de una fantasía sexual inconciente homosexual y otra heterosexual.

En la lectura de Lacan ambos errores reconocidos por Freud responden a un mismo problema: un prejuicio de Freud mismo, el complejo de Edipo simétrico que sostendría “*como el hilo es para la aguja, la muchacha es para el muchacho*” (24). Esto impide por un lado advertir su propia posición ubicada en el lugar del Sr. K. y del padre de Dora, hacia los cuales Freud no evita comentarios altamente elogiosos; y por otro, le impide advertir que el verdadero interés de Dora no es el Sr. K. en términos de elección de objeto amoroso, sino el deseo que éste sostiene hacia la Sra. K. El Sr. K. funciona entonces como un “hombre de paja” (25) sólo para que Dora acceda a su verdadero objeto de interés.

De este modo, este prejuicio que sustenta la teoría de un Edipo positivo, hace obstáculo a la orientación de lo que sería un tercer movimiento, es decir aquél que pondría de relieve el verdadero valor que tiene la Sra. K. para Dora, como encarnación de su pregunta, representando el misterio de la feminidad.

Resulta de interés recordar que en el segundo sueño es el mismo Freud quien señala elementos que ponen de manifiesto la pregunta de Dora en torno a la sexualidad y a la feminidad. Subraya las preguntas sobre sexualidad femenina a partir de las equivalencias simbólicas: cajita = mujer, llaves = genitales, así como a la ensoñación calma y admirada de Dora frente a la Madonna Sextina.

Sin embargo Freud no estima estas cuestiones como preguntas estructurales dado que sostiene la presunción de que Dora “sabe” qué es una mujer. También sitúa la identificación de Dora hacia un personaje viril, sin embargo no cuenta con el andamiaje estructural que desde Lacan nos posibilita realizar una lectura de esto en torno a la estrategia histérica.

El esclarecimiento a partir de la novedad que introduce Lacan en los primeros momentos de su enseñanza permite repensar las coordenadas de la coyuntura de eclosión de la crisis en la escena del lago. La histérica, tal como enuncia Lacan, ama por procuración, es decir requiere de un personaje viril, al cual identificarse en tanto éste tenga un deseo más allá de ella misma. (Lacan. 1956-57) Es necesaria la figura de la “otra mujer” que encarne el misterio de la feminidad, en tanto es sólo por el rodeo de la identificación viril, como la histérica encuentra la solución imaginaria a aquella pregunta que no tiene respuesta desde lo simbólico.

También a partir de estos elementos se comprende el valor estructural del padre “impotente” en la histeria, un padre que evidencia una carencia, una falta, allí donde el sujeto histérico pueda alojarse.

¿Por qué entonces la escena del lago resulta dramática para Dora? Porque allí la Sra. K. queda fuera del circuito y Dora queda directamente enfrentada a la demanda amorosa del Sr. K., sin mediación. Esto es lo que como histérica no puede tolerar: que no exista un deseo más allá de ella. Dora no puede responder como mujer sino es a través del rodeo por la identificación viril, pero en tanto exista “otra” a quien se le dirijan los homenajes.

Por último, creemos que esta posición de Freud, a partir de su propio prejuicio, encamina el tratamiento hacia la salida de Dora en las vías del acting out. Recordemos que Freud señala que por no manejar la transferencia a tiempo, la paciente “actuó” en lugar de recordar, razón por la cual deja a Freud tal como había dejado al Sr.K. Sobre esto podemos añadir un comentario, a partir de las conceptualizaciones que realiza Lacan en el Seminario X (1962-63) (26) acerca del acting out como respuesta a la intervención fallida del analista, es decir en tanto solución a una falla de lectura del analista. El acting resulta un modo de resistencia del deseo, es la mostración sobre la escena de que el deseo no ha

sido escuchado. En este sentido ¿es posible pensar que la insistencia de Freud en imprimirle a Dora su amor por el Sr. K. haya ido en la línea de dejar por fuera su deseo?

Creemos que el final del historial donde detalla la última sesión con Dora, es del todo ilustrativa a este respecto: Freud realiza una extensa interpretación dirigida nuevamente a señalarle a Dora que se trata de su amor hacia el Sr. K., y observa que ella escuchó sin contradecirlo y se despidió amablemente, pero no volvió. La interrupción del tratamiento cobra así un nuevo valor a la luz de esta concepción del acting out. La “huída” de la paciente es la respuesta ante la feroz insistencia de Freud desde la posición de Amo que sabía cuál era su deseo.

El Hombre de las ratas: el laberinto de la neurosis obsesiva

Ernst Lanzer, un universitario de 29 años, célebremente conocido como el “Hombre de las Ratas”, se encuentra con Freud en octubre de 1907 e iniciará tratamiento con él por once meses.

Antes de su publicación (1909), Freud había presentado al paciente en la Sociedad Psicoanalítica de Viena, entre octubre de 1907 y abril de 1908, tomando en cada oportunidad diversos aspectos del material clínico en función de la marcha de la cura. Pero el caso toma conocimiento público en el Congreso de Salzburgo, en abril de 1908, suscitando un gran interés (28).

En las primeras páginas del historial Freud nos dice que se trata, por un lado de presentar un caso grave de neurosis obsesiva, que fue terapéuticamente exitoso. La gravedad reside en su cronicidad, en la magnitud con que afecta la vida del sujeto y en la propia apreciación del paciente sobre la misma. El segundo objetivo del historial es la corrección de las tesis sobre la estructura de la neurosis obsesiva de 1896, donde conceptualiza a las representaciones obsesivas como reproches mudados, que retornan de la represión y están referidos a una acción sexual infantil que fue realizada con placer.

De entrada se encuentra presente la relación entre la generalidad de la estructura y la singularidad del caso y nos preguntamos al respecto qué enseña el Hombre de las Ratas, en esta diferenciación que resulta de gran actualidad en el campo del Psicoanálisis.

Podemos constatar que tanto a nivel de los mecanismos específicos como de la actividad sexual infantil en lo que concierne a neurosis obsesiva, lo fundamental estaba descubierto en la época del historial (Cottet, 1986). Lo novedoso, como trataremos de mostrar a continuación, se sitúa en cambio en centrar la obsesión sobre la estructura de la novela familiar, cuestión de especial importancia en la medida en que permite ubicar el mito individual del neurótico en el entramado del síntoma patológico. La posibilidad de aislar esto de manera patente, es lo que hace a la “extrema particularidad del caso” y le da su valor ejemplar, tal como Lacan lo ha desarrollado en momentos previos al comienzo de su enseñanza, utilizando las referencias de Levi-Strauss sobre la estructura de los mitos. (28). Sin embargo, por otra parte, en Escritos y Seminarios posteriores Lacan no ha dejado de poner de relieve el plano de la generalidad de la estructura, ya que ha sostenido que el Hombre de las Ratas es el caso de donde proviene todo lo que sabemos de la neurosis obsesiva (29). Por último, es de señalar que el historial nos enseña también acerca de la intervención del síntoma en transferencia, así como de la de la función de la interpretación como preliminar necesario para todo tratamiento posible de la neurosis.

LA NEUROSIS OBSESIVA, DIALECTO DE LA HISTERIA

Otro aspecto que nos es interesante subrayar es que a nivel de la construcción del caso, asistimos nuevamente a un “fragmento de análisis”, lo cual no tiene para Freud el sesgo negativo que a primera vista parece (30) Carácter fragmentario de la transmisión clínica vinculado sensiblemente tanto a la singularidad del caso como a las particularidades de la obsesión. Nos detendremos con relación a este último aspecto, pues en las primeras páginas

Freud nos dice que la obsesión constituye “un dialecto del lenguaje histérico” (31) pero ¿Qué quiere decir esta afirmación?

En primer lugar, que a pesar de ser una referencia insoslayable del presente historial tanto como en Dora el eje de la sexualidad infantil en tanto estructural en el lugar de la etiología sexual, Freud no considera que la misma tenga su alcance para diferenciar ambos tipos clínicos, aunque esto ya se plantea como problema. (32). Recordemos que aún no está establecida para la neurosis obsesiva una modalidad de satisfacción específica, tal como será a partir de 1913 con el estadio sádico-anal y faltará aún un poco más para conceptualizar el superyó vinculado a la pulsión de muerte luego del llamado giro de los 20', aunque estos conceptos aparezcan ya anticipados. (33). Las diferencias entre histeria y obsesión en este punto del recorrido freudiano deben buscarse por lo tanto en el otro polo de la causalidad freudiana, a saber en las “constelaciones psicológicas”, o sea el empleo de la defensa y el camino de la formación de síntomas. (34).

En este sentido, y como segundo punto, debemos recordar que contamos en esta época con los escritos que apuntan a la dimensión textual, contemporáneos también del análisis de Dora: “Psicopatología de la vida cotidiana” (1901), “La interpretación de los sueños” (1900-01) y “El chiste y su relación con el inconsciente” (1906). Y es que dentro de este eje, de la referencia al “lenguaje”, donde la neurosis obsesiva forma parte de lo que podríamos llamar la misma “lengua madre” que la histeria: la represión. Pero, en tanto “dialecto”, sus manifestaciones fenoménicas son diversas si consideramos, como lo hace Freud las particularidades del relato, de importancia fundamental en la clínica psicoanalítica: el relato obsesivo es impreciso, indefinido, confuso, incompleto al modo de un telegrama mal redactado, en el que faltan las partículas que permitan su comprensión. (35). Freud describe una característica propia de la neurosis obsesiva y que tiene consecuencias de importancia clínica: los pacientes disimulan sus síntomas en sociedad y sólo recurren al médico en estadios muy avanzados de su enfermedad. Los síntomas padecidos son ocultados y no resultan objeto de comunicación. Sin embargo, la particularidad de la neurosis obsesiva es en principio, a nivel fenoménico, que no presenta el enigmático salto de lo psíquico

a lo somático, como la histeria, sino que se manifiesta estrictamente en el terreno de las representaciones, razón por la cual Freud considera que la hace “más familiar y transparente que la histeria” (36), cuestión que despierta el interés, al descubrir una nueva modalidad de presentación del inconsciente.

Tal como veremos y al igual que en Dora, en este contexto nos encontramos con el optimismo freudiano en cuanto al desciframiento del síntoma obsesivo siguiendo el modelo de las formaciones del inconsciente, es decir a partir del trabajo significativo (37), tal como queda de manifiesto en el tratamiento del significativo clave en este historial, “rata”, que recorre diferentes desfiladeros asociativos.

Presentación del síntoma y entrada en el dispositivo

El paciente llega a la consulta con manifestaciones que bien podemos enmarcar en lo que se denomina a partir de Freud “enfermedad en sentido práctico” (38) en tanto el síntoma conlleva un enorme gasto de energía psíquica para el sujeto que implica un malestar subjetivo de gran consideración. Su padecimiento consiste en *temores* de que les suceda algo tanto a su padre como a una dama por él admirada, *impulsos obsesivos* y ciertas *prohibiciones* que se extendían a cosas triviales o indiferentes.

Si bien estos síntomas han estado presentes desde su infancia, se habían incrementado hacía cuatro años y le habían dificultado verdaderamente su vida. La “lucha ansiosa” contra esas ideas le causan una gran pérdida de tiempo con el consecuente retraso en su carrera universitaria.

Vemos entonces la presentación del síntoma en su carácter de Zwang (39), propio de la obsesión, con la marca subjetiva que conlleva: la lucha ansiosa.

La elección de Freud como analista no fue casual, sino que es orientada por una transferencia previa: el paciente había leído una obra de su autoría: “Psicopatología de la vida cotidiana” y se sintió identificado con ciertos juegos verbales que allí se describían.

Tampoco resulta casual el tema con el que el paciente elige comenzar su tratamiento: la sexualidad infantil, a sabiendas de que constituía un material atractivo para Freud. Esta presentación del paciente otorga un dato significativo en cuanto al diagnóstico de estructura, en tanto pone al descubierto la estrategia del obsesivo frente al deseo del Otro, que tal como formaliza Lacan, consistente en rebajar el deseo a la demanda, como modo de defensa ante el deseo. (40). Por lo demás, es una cuestión que a Freud no se le escapa pues no deja de interrogar al sujeto el motivo de tal elección. (41).

Por otra parte, a medida que proseguimos en la lectura del historial, nos enteramos que la consulta misma se entreteje con los elementos de la obsesión, en el seno mismo del llamado “delirio obsesivo”, incluyendo a Freud en la parodia de la devolución del dinero. Será la intervención de Freud, en una vía que habilita la escucha del relato del momento traumático de la eclosión de la crisis, lo que posibilita la entrada del sujeto en el dispositivo analítico.

En este historial a diferencia del caso Dora, la regla fundamental de la asociación libre ya está formulada (42) y es Freud mismo quien se ocupa de explicitarla, dando cuenta del interés en la transmisión no sólo clínica sino también técnica: le indica al paciente que

“la única condición del tratamiento es la comunicación de todo lo que se le viniera a las mentes aunque le fuera desagradable, le pareciera nimio, incoherente o disparatado” (43)

Además deja librado a la elección del sujeto, el tema con el que iniciará su relato. Vemos así una confianza plena en el inconsciente como sujeto supuesto saber, y en la idea de que las ocurrencias espontáneas del paciente, son también productos nacidos de los mismos mecanismos que las demás formaciones del inconsciente. Comparten una homología a nivel estructural.

En la primera sesión con Freud entonces, el paciente brinda una detallada descripción de recuerdos sexuales infantiles. Estos decantan en lo que Freud llama una neurosis obsesiva completa ya en la infancia, núcleo y modelo del padecer posterior. Es completa porque la pulsión vinculada a un deseo entra en conflicto con un temor de carácter obsesivo y un afecto penoso que promueven medidas protectoras con el mismo carácter del Zwang. Hay además una suerte

de formación delirante que consiste en que los padres sabrían sus pensamientos por haberlos expresado el sujeto en voz alta sin advertirlo.

El material correspondiente a la neurosis infantil permite advertir que la existencia de un temor de muerte referido al padre existía ya desde aquella época.

Freud es insistente con respecto a preguntarse sobre el origen de esta idea de muerte referida al padre. Sostiene la hipótesis que tras un “temor” se oculta un deseo reprimido y que un reproche de una exagerada magnitud, obedece por la vía del falso enlace a una idea reprimida que lo justifica.

En este sentido, se ocupa de explicarle al paciente ciertos conocimientos básicos de la teoría psicoanalítica, por ejemplo, la diferencia entre consciente e inconsciente y el funcionamiento de la defensa (44). De este modo, arribará al odio reprimido al padre, a pesar de ser éste una figura adorada por el paciente, en tanto para Freud, tan intenso cariño es la condición necesaria del odio reprimido.

La fuente de la hostilidad al padre debía basarse en deseos sensuales para cuya satisfacción el paciente debió sentir a su padre como un estorbo.

El conflicto entre la sensualidad y el amor filiar, que Freud considera típico, queda en este caso incrementado a partir de encontrarse el paciente en una situación análoga que lo intensificará y que es el punto de partida de la aparición de los síntomas.

El conflicto infantil brindará así el antecedente necesario para la construcción de la neurosis posterior y el enlace con la crisis última.

El encuentro con el Capitán cruel y el delirio obsesivo

El episodio que decidió la consulta fue el encuentro, durante las maniobras militares en las que participaba, con un capitán que suscita la angustia del sujeto en tanto se mostraba propenso a la crueldad. Éste relata un castigo oriental que consiste en la introducción de ratas en el ano del condenado.

El relato del suplicio es transmitido con extrema dificultad, pero Freud se muestra insistente y solicita que el paciente lo diga, a pesar del malestar que evidencia. Es entonces que advierte en el rostro del paciente “el horror ante un placer que el sujeto ignora” (45) y que actualiza los temas de su neurosis. En efecto, luego del relato lo sacude la representación de que el suplicio sucede con las personas que le son queridas: su padre y la dama.

Nos detenemos aquí para señalar un punto interesante en el discurso del paciente: en un principio alude a que el castigo le pudiera suceder a su amada y se reserva la idea que se refería al padre. Este dato resulta de la propia crítica del sujeto que no desconoce la absurdidad de esa idea en tanto su padre ya estaba muerto. Sin embargo, es a partir de un lapsus en sus dichos, que Freud logra pesquisar, cómo esta idea sale a la luz. La intervención ante esas ideas obsesivas no puede ir entonces en la vía de contrastar al sujeto con la realidad, señalándole el aparente sin sentido de las mismas, pues esto es lo que el paciente piensa y sabe a la perfección. Tampoco radica en tratar de distraerlo de sus ideas, porque el carácter de *Zwang*, consiste justamente en esa coacción que el sujeto no puede evitar. Siguiendo la dirección de la cura en Freud se trata antes bien, en oponerse a considerar que estas ideas serían disparatadas y realzar su carácter justificado, en tanto la energía que les brinda el “*curso psíquico forzoso*” (46) depende de la fuente de la proviene, el afecto dislocado o transpuesto correspondiente a una representación inconsciente.

Surge entonces el motivo reciente de la crisis, o sea aquello que desencadena el llamado *trance obsesivo*, es decir el episodio agudo que lleva al sujeto al análisis. Se trata del anudamiento del relato del suplicio con otro de los dichos de este mismo capitán, en esta segunda ocasión, asignándole una deuda errónea. En efecto, el sujeto había perdido unos lentes en una de las maniobras militares y pide a su óptico el envío de unos nuevos. El capitán cruel le anuncia que debía pagar el reembolso del correo a un tal teniente A, que había pagado por él.

La forma que toma este reclamo del capitán es la de un “debes pagar al teniente primero A”, es decir a la manera de un mandato. En este sentido,

podemos pensar a la luz de las conceptualizaciones de Lacan, que ante el goce desconocido, suscitado por el relato de las ratas y que hace del capitán cruel otro gozador, el sujeto mediante su estrategia, se pone al resguardo de lo que experimenta como un exceso difícil de soportar, aferrándose al cumplimiento de una orden imposible de cumplir: debes pagar las 3,80 coronas al teniente A.

Con la lógica que imprime la obsesión, al mandato se le agrega la sanción: es la típica lógica de la obsesión, si lo cumples, no ocurrirá el castigo de las ratas. El sujeto lo sostiene aún sabiendo que no era al teniente A a quién le debía sino a la empleada del correo. ¿Por qué el sujeto se aferra tan fuertemente a este juramento sabiendo que es erróneo? Anticipemos lo que sólo podremos desarrollar más adelante: esta pantomima (47) pone en juego algo de la verdad mítica del sujeto, donde la imposibilidad toma valor estructural. En este sentido, Freud se pregunta por qué estas dos intervenciones del Capitán Cruel (el relato de las ratas y la orden de pagar el dinero) conllevan tan intensa excitación al sujeto y producen la reacción patológica con la que se presenta. Su respuesta está dada a partir de la noción de “sensibilidad del complejo”, suponiendo que tales palabras del capitán hieren puntos hiperestésicos de su inconsciente. Lo cual le permite explicar la relación del sujeto con el saber que omite:

“En una obediencia compulsiva él reprimió su mejor saber de que el capitán fundaba su reclamación en una premisa errónea (...)” (48)

Se trata de un rasgo no privativo de este caso ni del tipo clínico sino de la propia neurosis, Freud dirá más adelante: “la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella (...)” (49); y el caso lo ilustra de manera nítida (50).

A partir de este mandamiento obsesivo, se desencadena en el sujeto la singular comedia de devolución del dinero, incluida por Freud dentro de un tipo de formaciones que merecen un nombre particular: “delirios” (51). El término nos interroga dado que es el mismo utilizado a propósito de la paranoia, con la cual la neurosis obsesiva ha entrado en comunidad tempranamente en la obra freudiana. En efecto, partiendo de la cercanía clínica entre ambas, vislumbrada ya por la perspectiva psiquiátrica de la época (52), Freud agrupará a las dos en la categoría inaugural de “neuropsicosis de defensa” (53), diferenciándolas no

obstante por la vía del mecanismo psíquico y el correspondiente retorno de lo reprimido. ¿Se trata entonces en el Hombre de las ratas de un acercamiento a la paranoia a partir de la envoltura formal de lo que Freud llama “delirios”? Respondemos por la negativa por dos consideraciones al menos. En primer lugar se nos impone una consideración terminológica. Para J.C. Maleval (54), es necesario diferenciar “delirium” de “delirio”, pues su envoltura formal corresponde a la neurosis y a la psicosis respectivamente. A este respecto subraya que la pluma alemana de Freud hace una distinción terminológica que es borrada por las traducciones francesas pues distingue el término “Delirium”, con lo que se refiere a por ejemplo a ciertas perturbaciones de la obsesión como la de nuestro caso, del término “Wahn”, que se emplea para las construcciones psicóticas como las del Presidente Schreber. En castellano no obstante se hace referencia a esta diferencia en la traducción. (55)

En segundo lugar, una lectura atenta nos advierte que la estructura de estos “delirios”, parte de lo que Freud llama defensa secundaria, es la de ser productos mixtos en la medida en que están conformados por premisas de la propia obsesión, de las que parte el pensar lógico para combatirlas, dando como resultado un pensar patológico (56). De ahí que sean susceptibles de desciframiento dentro del dispositivo analítico, lo cual se opone a la dificultad del método ya advertida por Freud para con los paranoicos, pues éstos “dicen sólo lo que quieren decir” (57) (58).

El paciente resuelve consultar a Freud en el punto culmine de su angustia sitiado por la idea de “tener que pagar a A”, dado que ya le resultaba insuficiente compartir su padecimiento con el amigo a quien habitualmente confiaba sus pesares.

La eclosión de la neurosis y su vínculo a la novela familiar

Como hemos dicho, la particularidad de este caso radica en que muestra de manera ejemplar el anudamiento del síntoma a la novela familiar y de qué modo el padecimiento del sujeto resulta una manifestación mítica, en tanto intento de transmisión de una verdad, más allá de la generalidad del tipo clínico.

Es sabido que Freud ha establecido desde sus primeras conceptualizaciones, la noción de una causalidad en dos tiempos, es decir que el síntoma requiere para su conformación un enlace a lo reprimido que necesariamente se localiza en un tiempo pretérito. La noción de temporalidad con su efecto póstumo, es bien temprana en la obra freudiana.

En este historial asistimos a la noción de un pasado construido en el análisis y centrado en la novela familiar, es decir en el entramado de relaciones entre los personajes que constituyen la prehistoria del sujeto, pero que toman lugar en tanto significantes.

Lo que Lacan llama “mito” (59) es entonces un modo de transmisión de la verdad del sujeto y una puesta en escena de esta verdad.

En este contexto, algo que el sujeto trae como al pasar, resulta sin embargo señalado por Freud como aquello que produce la *eclosión de la neurosis*, hecho acaecido cuatro años antes de la consulta.

Se trata del momento en que el paciente se encuentra en posición de elegir entre dos mujeres, una rica propuesta por su familia para asegurarle un buen futuro y una pobre, pero amada. La neurosis resulta una elección, una solución a ese conflicto, en tanto el sujeto opta por enfermar. Esta elección entre dos mujeres, no es un hecho nuevo para el hombre de las ratas y es aquí donde Freud establece el vínculo entre lo actual y los elementos de la prehistoria del sujeto.

A partir de lo que se ha transmitido en su familia, el paciente conoce la historia previa a su nacimiento, la llamada “constelación originaria”, que constituye uno

de los polos de la primera forma del mito, tal como lo organiza Lacan: su padre se encontró en situación de poder realizar un casamiento ventajoso y al igual que el paciente, tuvo que elegir entre una muchacha pobre y una rica, casándose finalmente por una cuestión de rédito económico.

De acuerdo a esta historia, el paciente se encuentra en una situación similar que facilita la identificación al padre. Esta célula elemental transmite algo de la verdad del origen del sujeto, brinda una respuesta ficcionada a la unión entre sus padres.

En este punto, Freud recurre a una interpretación que articula la eclosión de la enfermedad con la prehistoria del sujeto y que consiste en situar al padre como interdictor del matrimonio con su amada. Interpretación que abrirá finalmente las vías que permitirán descifrar el trance obsesivo y rectificar la posición del sujeto. Pero su importancia no sólo reside a nivel de la eficacia del tratamiento, sino que tiene fundamentalmente un valor heurístico.

Para Lacan, tal interpretación es *inexacta pero verdadera* (60). ¿En qué sentido es inexacta? En relación a los hechos en primer lugar pues la propuesta de lo que mejor conviene al futuro del sujeto en términos de matrimonio es realizada por la madre y no por el padre. Más aún, el padre para la ocasión estaba muerto. Pero también es inexacta psicológicamente, en tanto el padre como castrador que presenta Freud se sitúa en un segundo plano en la observación.

En cuanto a su estatuto de verdadera, lo es en relación a que alcanza el núcleo de la verdad del sujeto, a saber que sostiene al padre muerto como interdictor de su goce.

Para Lacan, la verdad del sujeto se acompaña en este caso de un descubrimiento que da cuenta de la intuición de Freud: con esa interpretación se adelanta la función del Otro en la neurosis obsesiva, que puede ser ocupada por un muerto y más especialmente por el padre muerto, en tanto Padre Absoluto.

¿Sobre qué elementos se apoya esta intuición interpretativa freudiana? Adentrémonos para esto en la observación que realiza Freud acerca del

posible duelo patológico que sufría el paciente. Su padre había fallecido nueve años antes de la consulta y por mucho tiempo el sujeto no aceptó como un hecho real su pérdida, así por ejemplo pensaba en contarle un chiste que había escuchado o al oír la puerta creía que su padre estaba por llegar, fenómenos por otra parte, bastantes típicos del proceso del duelo normal. Sin embargo, un año y medio después del fallecimiento, se incrementaron los autorreproches referidos a no haber estado presente al momento de su muerte, sintiéndose un desalmado y generándole una grave incapacidad para el trabajo. El mismo paciente alega que sus síntomas neuróticos se vieron incrementados desde su muerte y Freud reconoce en ello una intensificación de la enfermedad como consecuencia de la tristeza provocada por la muerte del padre, o sea otro punto de discontinuidad en la vida del sujeto:

“Es como si la tristeza hubiera hallado en la enfermedad una expresión patológica. En tanto que una tristeza normal se extiende en uno o dos años, una tristeza patológica como la suya puede alcanzar duración ilimitada”. (61)

El criterio temporal lo califica de “patológico” en este momento, vislumbrando lo que adquirirá carácter típico cuando una pérdida de objeto acontezca sobre el fondo de una predisposición a la neurosis obsesiva a diferencia de la melancolía (62). Vinculado a ello, el Hombre de las Ratas enseña sobre el enlace entre la satisfacción pulsional y el autorreproche, lo que anticipa la satisfacción del superyó (63), algo que por otra parte advertimos porque Freud no deja de notarlo sobre la premisa de que la neurosis comporta siempre una satisfacción, pues el sujeto “(...) obtenía placer de sus reproches para el autocastigo” (64).

En consecuencia, Freud recurre al modelo del Edipo, complejo nuclear de la neurosis y la ambivalencia afectiva al padre. En esta línea, tanto la justificación del sentimiento de culpa, como los temores acerca de la muerte del padre, se anudan a que éste tiene el lugar de perturbador de la sexualidad, aquel que siempre se opuso al goce del sujeto. Siguiendo el modelo que Freud establecerá en el texto “Tótem y Tabú” (1913-14), donde el padre muerto es aún más poderoso en términos de establecer una ley.

Pero notamos que no sólo en aspectos clínicos o teóricos se apoya Freud para tal interpretación, sino también en su propia experiencia personal. En efecto, y

tal como lo sugiere Lacan (65), es a partir de un análisis que Bernfeld hiciera sobre el texto “Los recuerdos encubridores” (66) que sabemos que lo que allí se presenta atribuido a un paciente cualquiera, es en realidad un fragmento autobiográfico del mismo Freud, que da cuenta de que él mismo se vio sometido a un plan similar al de su paciente: entre su padre y su tío idearon un matrimonio que aseguraría la fortuna familiar. Lacan incluso plantea que es la posición adoptada por Freud frente a esta propuesta la que le esclarece el sentido de la del hombre de las ratas.

¿Y cómo confirma Freud lo acertado de la interpretación? La confirmación del lugar del padre para el paciente no adviene a partir de un recuerdo o de un sueño como en el caso de Dora, sino a partir de los efectos en transferencia. Así, la rabia contra el analista es interpretada como actualización de otra rabia: aquella que tenía el paciente por su padre. Tal como afirma S. Cottet (67), es el trabajo de transferencia lo que permite la convicción a falta de revelación. La transferencia toma de esta manera una dirección opuesta a la de Dora en donde, como vimos, Freud se encontró con ella al modo de un obstáculo para la cura. Cabe destacar por otro lado que si bien no está todavía establecida conceptualmente la noción de “neurosis de transferencia” (68) es patente en la clínica del caso.

La conformación última de la enfermedad y el entramado mítico

Como hemos mencionado, el llamado “trance” obsesivo, la crisis última que desencadena la consulta, responde al anudamiento de dos dichos del capitán Cruel: el relato de las ratas y la adjudicación de una deuda errónea.

Tales enunciados se entretajan en la trama mítica y ponen de manifiesto otro de los polos de la constelación originaria, aquella que ubica al padre como personaje en deuda con un amigo.

En este tejido significativo, la “rata” toma un lugar fundamental, ya que sirve de hilo conductor que enlaza el padecimiento actual con la novela singular.

En el texto que O. Mannoni consagra a “El hombre de las ratas” (69), sugiere que la palabra “rata” (*ratte*) es tratado de dos modos disímiles en el historial. Por un lado como significante, en tanto establece transformaciones como *spielratte* (deuda de juego) o *raten* (plazos), aplicando la lógica de “La interpretación de los sueños” y por otro, Freud se apropia del simbolismo junguiano y hace de la rata un símbolo que representa por ejemplo, el pene, el niño, la sífilis, etc., sin atender a su valor significante.

El significante rata establece la conexión entre el padecimiento del sujeto y la constelación originaria, así como la inclusión de una última forma del mito en transferencia.

En efecto, el mito individual sufre transformaciones a partir de su forma original, constituida por dos situaciones y cuatro personajes: las situaciones de deuda social (deuda de juego) y sexual (casamiento ventajoso) y los personajes del padre del paciente, el amigo y las damas rica y pobre.

El carácter mítico reside en que los ordenamientos de la célula original están orientados por una tendencia del sujeto, “la subjetivación forzada de la falta” como enuncia Lacan (70), que consiste en rectificar las faltas originales. En este caso, el sujeto intenta reunir los dos planos de la deuda resultando una labor imposible. Tal como enuncia Lacan:

“El elemento de la deuda está colocado en dos planos a la vez y es precisamente en la imposibilidad de hacer que estos dos planos se reunan donde se juega todo el drama del neurótico” (71)

El último reordenamiento de la célula original, tiene lugar en el seno del análisis incluyendo al analista a partir de un sueño de transferencia: el paciente se casa con la hija de Freud, quien tiene excremento en el lugar de los ojos, y cuya traducción es que se casa con la hija no por sus lindos ojos sino por su dinero.

Conclusiones

Los dos casos muestran, en el avance de la interrogación por la neurosis, el interés por el respeto al arreglo singular del sujeto más allá de la regularidad estructural. Tanto la sexualidad infantil, como los mecanismos psíquicos que nos permiten diferenciar histeria de obsesión, no agotan la singularidad de los casos: Dora y las vicisitudes de su cuarteto; el Hombre de las Ratas y su novela familiar. Todavía más, es a partir de esta singularidad precisamente lo que los eleva a la condición de paradigmas de la histeria y la obsesión respectivamente.

Por otra parte, estos historiales nos enseñan sobre la transferencia y el deseo.

En Dora se tiene acceso por primera vez no al fenómeno transferencial, sino al manejo de la transferencia, por la vía del reconocimiento de los errores del analista. Al contrario, en el Hombre de las Ratas la transferencia toma una vertiente de reconocimiento para el propio sujeto.

Sea como fuere, es la posición del analista, Freud en este caso, la que también está puesta en cuestión. El caso Dora es paradigmático al respecto: el prejuicio sobre la relación sexual (relación hombre-mujer), que para Freud estaba establecida por la biología, obstaculiza la culminación del análisis. Si bien en el Hombre de las Ratas esta cuestión no es tan patente, hay que decir no obstante que parte de la propia historia de Freud se puso en juego. Es verdad que aquí, habilitó la vía para que la verdad del sujeto se desplegara.

En ambos casos por lo tanto, fue su deseo, el deseo de Freud no interrogado, lo que imprime la dirección de los tratamientos el alcance de los descubrimientos.

Notas de Referencia

- (1) Freud, S.: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., P. 25
- (2) Serge Cottet: *Freud y el deseo del psicoanalista*, Bs. As., Hacia el tercer encuentro del campo freudiano, 1984, p.35
- (3) En el Seminario 4 "Las relaciones de objeto" (1956-57), Lacan trabaja el amor al padre en el caso de Dora situando la importancia del don de amor como don simbólico, signo de amor. "Dora es una histérica, es decir, alguien que ha alcanzado la crisis edípica y que, al mismo tiempo, ha podido y no ha podido franquearla. Hay una razón para ello -es que su padre (...) es impotente. Toda la observación descansa en la noción central de la impotencia del padre" p.141. El amor de Dora es correlativo a la impotencia del padre, lo ama y se mantiene apegada a él por lo que no da, queda a la espera del don del padre y esto le impide asumir una posición femenina.
- (4) Josef Breuer y Sigmund Freud: "Estudios sobre la Histeria" (1893-95), en OC, Bs. As., AE, 1998, p.174
- (5) En una nota al pie en la página 49 del historial, Freud postula la existencia de similitudes entre este estado de Dora y la melancolía, dado que en ambos hay un pensamiento hipervalente unido a una desazón profunda.
- (6) Jacques Lacan: "Intervenciones sobre la transferencia", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, p. 208
- (7) Sigmund Freud.: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] en OC, Bs. As., AE, 1998, Pagina 48
- (8) Sigmund Freud.: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] en OC, Bs. As., AE, 1998, p.49
- (9) Jacques Lacan "Intervenciones sobre la transferencia", Óp. Cit., p. 208
- (10) Jacques Lacan "Intervenciones sobre la transferencia", Óp. Cit., p. 208
- (11) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p.24
- (12) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] Óp. Cit., p 25. (13) Freud, S.: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] Óp. Cit., p. 63
- (14) Sigmund Freud: "Psicología de las masas y análisis del yo (1921)" en OC, Bs. As., AE, 1998, pp. 100-101
- (15) Sigmund Freud:"Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit. p. 37
- (16) Josef Breuer y Sigmund Freud: "Estudios sobre la Histeria" (1893-95), en OC, Bs. As., AE, 1998, pp. 306-7
- (17) Sigmund Freud: "La interpretación de los sueños (1900 [1899]" en OC, Bs. As., AE, 1998, pp. 554-5
- (18) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p. 103
- (19) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p. 103
- (20) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p. 104

- (21) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p. 104
- (22) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901]", Óp. Cit., p. 55
- (23) Sigmund Freud: "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] Óp. Cit., p56
- (24) Jacques Lacan: "Intervenciones sobre la transferencia", Óp. Cit., p 212
- (25) Jacques Lacan: "El Psicoanálisis y su Enseñanza", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, p. 424. Es interesante señalar que el enunciado "hombre de paja", de origen francés, equivale en el ámbito de la economía y el derecho a "testaferro"; designa la persona que interviene en la realización de un negocio, pero en representación de otra.
- (26) Jacques Lacan: "Pasaje al acto y acting out", en *El Seminario. Libro 10. La Angustia (1962-63)*, Bs. As., Paidós, 2006
- (27) Fue el primer congreso psicoanalítico internacional, realizado el 26 de abril de 1908, en el Hotel Bristol de Salzburgo. La exposición que Freud realizó del caso duró en la ocasión unas cuatro horas a pedido del entusiasmado auditorio.
- (28) Jacques Lacan: "El mito individual del neurótico, o poesía y verdad en la neurosis", en *El mito individual del neurótico*, Bs. As., Paidós, 2009, p. 22
- (29) Jacques Lacan hace estas menciones en: *El Seminario. Libro 5. , Las formaciones del inconsciente (1957-58)*, Bs. As., Paidós, 1999, p.407, y "El Acto psicoanalítico", en *Otros Escritos*, Bs. As., Paidós, 2012, p.402
- (30) Freud en el historial, p.163, nos dice que "la exploración científica mediante el psicoanálisis hoy es sólo un resultado colateral del empeño terapéutico, y por eso el botín suele ser mayor en los casos en que el tratamiento ha fracasado".
- (31) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", en OC, Bs. As., AE, 1998, p. 124
- (32) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", en OC, Bs. As., AE, 1998,
- (33) Octave Mannoni señala que en el historial del Hombre de las Ratas, si bien Freud no posee la noción de superyó, nada indicaría que le faltara en tanto aparecen cuestiones tales como la deuda no pagada, los oráculos de la infancia, los mitos familiares, es decir, el aparato completo del destino en todos sus detalles. Mannoni, O: "El 'Hombre de las ratas'", en Oscar Masotta y Jorge Jinkis (Selección) *Los casos de Sigmund Freud. El Hombre de las ratas*, Bs. As., Nueva Visión, 1988, p 90
- (34) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", en OC, Tomo X, Bs. As., AE, 1998, p 193
- (35) Lo cual Freud ya había subrayado: "Las representaciones obsesivas a menudo se visten con una peculiar imprecisión de palabra a fin de permitir ese uso múltiple" Carta 79 (1897), p 314, en Sigmund Freud Obras Completas, Tomo I, Bs. As., AE, 1998,
- (36) Sigmund Freud: "Conferencias de Introducción al psicoanálisis" (1916-17), Conferencia nº 17: El sentido de los síntomas. En O.C., Bs. As., p.236
- (37) Jacques Lacan, "Instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" 1957, *Escritos I*, Ed.Siglo XXI. Bs. As. 1975
- (38) Sigmund Freud: "Conferencias de Introducción al psicoanálisis" (1916-17), Conferencia nº 23: Los caminos de la formación de síntomas. En O. C., Bs. As., p 326.
- (39) El término Zwang, en alemán, alude a coacción, compulsión. Es representativo de la clínica de la neurosis obsesiva, en tanto el enfermo lucha contra ideas que se le imponen y que conllevan una energía de la cual no puede sustraerse. Ver llamado al pie p.123 de Sigmund

Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", en OC, Bs. As., AE, 1998.

(40) Jacques Lacan: "El obsesivo y su deseo", en *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente (1957-58)*, Bs. As., Paidós, 1999.

(41) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 127

(42) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 128

(43) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 128

(44) Este hecho ha llevado a algunos autores posfreudianos (Ernst Kris, Mark Kanzer) a mencionar el "adoctrinamiento" intelectual como instrumento necesario en la técnica analítica de esa época freudiana. Ver: Mark Kanzer "La neurosis de transferencia de "El hombre de las ratas" en Los casos de Sigmund Freud 3 ed Nueva Visión, Bs As 1973. p 171

(45) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 133

(46) Sigmund Freud "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 149

(47) La pantomima refiere a algo representado por medio de gestos y movimientos, es una acción que pretende engañar u ocultar algo, Lacan utilizó este concepto para referirse a las estrategias imaginarias neuróticas, "estas estructuras (histeria y obsesión) constituyen una especie de respuesta. (...) sometidas sin duda a la condición de que se concreten en una conducta del sujeto que sea su pantomima (...)". Jacques Lacan: "El psicoanálisis y su enseñanza", Escritos I, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, p. 432

(48) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 137

(49) Sigmund Freud: "La Pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis" (1924), Op. Cit., p195

(50) Posteriormente, Freud considerará este rasgo neurótico y tiende un puente a partir del mismo con la psicosis. Ver al respecto el capítulo "*Categorías clínicas y teoría psicoanalítica: puntuaciones en la obra de Freud*" en este mismo volumen.

(51) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p 138

(52) Sigmund Freud: "Manuscrito H (1895)" en OC, Bs. As., AE, 1998.

(53) Sigmund Freud: "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896)" en OC, Bs. As., AE, 1998

(54) Jean-Claude Maleval: *Lógica del delirio*, el serbal, Barcelona, 1998, p.69-70

(55) En la edición de Amorrotu, no así en la de Biblioteca Nueva.

(56) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", Óp. Cit., p174

(57) Sigmund Freud: "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descripto autobiográficamente (1911)", en OC, Bs. As., AE, 1998, p11

(58) Considerar su envoltura formal es de importancia pues permite realizar el diagnóstico diferencial con ciertas presentaciones de la psicosis, tema tan debatido en la actualidad.

- (59) Jacques Lacan: "El mito individual del neurótico, o poesía y verdad en la neurosis", en *El mito individual del neurótico*, Bs. As., Paidós, 2009, p. 16
- (60) Lacan, J. (1958): "La dirección de la cura y los principios de su poder", en *Escritos II*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, pp.577-8
- (61) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", *Óp. Cit.*, p.147
- (62) Sigmund Freud: "Duelo y Melancolía" (1915-17), *Óp. Cit.*, Tomo XVI, p.248. Ver al respecto el capítulo sobre "Neurosis obsesiva" y el capítulo "Categorías clínicas y teoría psicoanalítica: puntuaciones en la obra de Freud" en este mismo volumen
- (63) Ver al respecto el capítulo sobre *Neurosis Obsesiva* en este mismo volumen.
- (64) Sigmund Freud: "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", *Óp. Cit.*, p.145
- (65) Jacques Lacan: "Variantes de la cura tipo", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, p.339
- (66) Siegfried Bernfeld: "Un fragmento autobiográfico desconocido escrito por Freud", en *Revista de psicoanálisis*, 8 (1), Bs. As., APA, 1951, pp. 97-11
- (67) Serge Cottet: *Freud y el deseo del psicoanalista*, *Óp. Cit.*, p. 79
- (68) Ver al respecto el capítulo *Neurosis de transferencia* en este mismo volumen
- (69) Octave Mannoni: "El 'Hombre de las ratas'", en Oscar Masotta y Jorge Jinkis (Selección) *Los casos de Sigmund Freud. El Hombre de las ratas*, Bs. As., Nueva Visión, 1988, p. 96
- (70) Jacques Lacan: "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007, p. 291
- (71) Jacques Lacan: "El mito individual del neurótico, o poesía y verdad en la neurosis", en *El mito individual del neurótico*, Bs. As., Paidós, 2009, p. 21

Bibliografía

- Breuer, J. y Freud, S.: "Estudios sobre la Histeria" (1893-95), en *OC*, Bs. As., AE, 1998
- Bernfeld, S: "Un fragmento autobiográfico desconocido escrito por Freud", en *Revista de psicoanálisis*, 8 (1), Bs. As., APA, 1951, pp. 97-11
- Cottet, Serge: *Freud y el deseo del psicoanalista*, Bs. As., Hacia el tercer encuentro del campo freudiano, 1984
- Freud, S.: "Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa (1896)" en *OC*, Bs. As., AE, 1998
- "La interpretación de los sueños (1900 [1899])" en *OC*, Bs. As., AE, 1998

- "Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora) (1905 [1901] en OC, Bs. As., AE, 1998
- "A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el "Hombre de las Ratas") (1909)", en OC, Bs. As., AE, 1998
- "La predisposición a la neurosis obsesiva" (1913)" en OC, Bs. As., AE, 1998
- "Conferencias de Introducción al psicoanálisis" (1916-17)" en OC, Bs. As., AE, 1998
- "Psicología de las masas y análisis del yo (1921)" en OC, Bs. As., AE, 1998

Jones, E.: *"Vida y obra de Sigmund Freud"*, Bs. As., Anagrama, 1981

Lacan, J.: "El mito individual del neurótico, o poesía y verdad en la neurosis", en *El mito individual del neurótico*, Bs. As., Paidós, 2009

- "Intervenciones sobre la transferencia", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007
- "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007
- "Variantes de la cura tipo", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007
- "El Psicoanálisis y su Enseñanza", en *Escritos I*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007
- (1958): "La dirección de la cura y los principios de su poder", en *Escritos II*, Bs. As., Siglo XXI Editores Argentina, 2007
- "El obsesivo y su deseo", en *El Seminario. Libro 5. Las formaciones del inconsciente (1957-58)*, Bs. As., Paidós, 1999.
- "Pasaje al acto y acting out", en *El Seminario. Libro 10. La Angustia (1962-63)*, Bs. As., Paidós, 2006

Laurent, E. y cols.: "Lecturas de Dora" en *Histeria y obsesión*, Bs. As., Fondation du Champ Freudien, 1994

Miller, J.-A. y cols.: "La IPA y Lacan ante el Hombre de las ratas" en *Histeria y obsesión*, Bs. As., Fondation du Champ Freudien, 1994

- *"Recorrido de Lacan. Ocho conferencias"*, Bs. As., Manantial, 1994

Mannoni, O.: "El 'Hombre de las ratas'", en Oscar Masotta y Jorge Jinkis (Selección) *Los casos de Sigmund Freud. El Hombre de las ratas*, Bs. As., Nueva Visión, 1988

CAPÍTULO VIII

NEUROSIS INFANTIL - NEUROSIS EN LA INFANCIA: CONSIDERACIONES SOBRE SU TRATAMIENTO EN LA OBRA DE FREUD.

María Cristina Piro, María Romé

“...no procediendo jamás sino por los rodeos con que el inconsciente abre camino al volver sobre sus pasos. Mostré lo que era la fobia de Juanito, donde él paseaba a Freud y a su padre, pero donde desde entonces los analistas tienen miedo.”

Lacan, J. (1993). Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión. Barcelona: Anagrama

El presente capítulo tiene por objeto delimitar el tratamiento que en los desarrollos freudianos se otorga a las categorías de neurosis en la infancia y neurosis infantil, con el propósito de establecer las diferencias existentes entre ambas. Si recordamos que, en la práctica psicoanalítica, la terapéutica coincide con la investigación, es decir con la búsqueda de los factores causales que se expresan en las manifestaciones sintomáticas, podemos introducir una primera hipótesis: la neurosis Infantil es una de las formas que Freud (1909a, 1909b, 1925) propone para conceptualizar la causación de las neurosis. En tal sentido, intentaremos profundizar en la clásica distinción entre *neurosis en la infancia* como categoría clínica y *neurosis infantil* como aquella reconstrucción efectuada en el análisis de un adulto, el núcleo infaltable de los síntomas infantiles que sirve de antecedente necesario a la estructura de la neurosis.

Presentación

A partir de la modernidad, a la que debemos su invención en tanto categoría, el niño ha sido objeto de interés para distintos discursos. Lo jurídico, lo pedagógico, lo asistencial, lo político han ido definiendo campos de intervención especializados que determinan, a su vez, precisas distinciones entre niño y adulto.

Por su parte, el psicoanálisis, en tanto discurso, se ha planteado desde sus comienzos que “el niño es el padre del hombre”. La referencia a la sexualidad infantil perverso polimorfa a partir de las fantasías del adulto, hace del niño un nombre de esa sexualidad remanente, goce perturbador que persiste, cicatrices de una legalidad siempre fallida. Sin embargo, persisten las preguntas, particularmente si somos convocados por la clínica con niños: ¿Qué es un niño para el psicoanálisis? ¿Posee, desde el discurso analítico, alguna singularidad? ¿Cuál es el estatuto del niño para Freud? ¿Hay continuidad entre el niño y el adulto? Trataremos de encontrar algunas respuestas a estos interrogantes orientados por la necesidad de distinguir el binomio conceptual que da título al trabajo.

El niño-pre sexual de las neuropsicosis de defensa

En virtud de que la *neurosis infantil*, en tanto categoría metapsicológica, se inscribe en el segundo momento causal, con la consecuente reformulación de la etiología sexual en dos tiempos, se hace necesario a los fines de contextualizar la génesis de este concepto, realizar una breve reseña de sus antecedentes en las concepciones tempranas de Freud.

En un primer momento, en la teoría de la seducción (1894-1900), Freud sitúa “lo infantil” en el lugar de la causa, bajo la modalidad de la teoría del trauma, como una referencia última transparente, como una huella mnémica final que se corresponde de manera simple con la realidad objetiva. Junto a otros factores etiológicos, lo infantil aparece bajo la forma de un “trauma sexual infantil” acontecimiento vivido, cuyo efecto póstumo da lugar a la puesta en

marcha de un mecanismo psíquico, que distingue a las neuropsicosis de defensa. El niño, pre sexual, es un ser indefenso, que habría sido sometido en la realidad al atentado de un adulto perverso.

La sexualidad infantil es, en ese contexto, considerada contingente. Hace su entrada a partir de una vivencia sexual prematura, efectivamente ocurrida, una “escena de seducción” por parte de un adulto gozador. Freud establece entonces que tales vivencias sexuales de la infancia dejan como secuela huellas mnémicas, que adquieren una capacidad patógena por “efecto retardado” en períodos posteriores de la maduración sexual; huellas cuya reproducción luego de la pubertad generan un displacer renovado que activa el mecanismo de defensa. Propone así un trauma en dos tiempos, que requiere de la interposición del desarrollo sexual de la pubertad para adquirir su carácter patógeno.

El niño perverso polimorfo y la fantasía

Pero hay un segundo momento de los desarrollos freudianos en torno al problema de lo que se encuentra como factor etiológico: se trata del descubrimiento de la sexualidad infantil y la elaboración de la teoría de la fantasía privilegiada en lo que Freud denominaba “la realidad psíquica”, situada en el orden de la ficción (1901-1920). Este período se caracteriza por el pasaje del trauma como real fáctico a la fantasía, siendo el concepto de pulsión el real biológico incluido en su estructura compuesta. Freud intentará vincular la fantasmática inconciente con lo real de la estructura. El armazón de la escena en que se pone en juego el deseo tiene una fuente pulsional, definida por la sexualidad que desde entonces siempre será infantil. Freud introducirá, como avatares en el largo camino que recorre la libido en su desarrollo, el par fijación-regresión, herramientas metapsicológicas que, junto a las diversas declinaciones del mecanismo de la represión, le permiten repensar la génesis de los síntomas neuróticos. En esta etapa, que culmina con la formalización de las series complementarias, la fantasía adquiere un estatuto fundamental en la causación de la neurosis, situación que conducirá a Freud a precisar tanto su estructura como su función en la producción de los síntomas, aquello más

cercano a lo reprimido. Es en este momento cuando Freud conceptualiza la “neurosis infantil” como tal.

Las Teoría sexuales infantiles

En este punto, entendemos que las teorías sexuales infantiles merecen un tratamiento especial. Ya en 1907, Freud sostendrá la imposibilidad del sujeto para dominar la sexualidad. El niño no posee los medios intelectuales necesarios para ello, por lo que intentará simbolizar aquello que se le presenta como enigmático. ¿Qué lugar otorgarle a estas teorías, a estas elaboraciones “que constituyen una parte determinante sobre la forma en que se presentarán los síntomas”? ¿Pueden, estas producciones, llegar a constituir la matriz de las fantasías implicadas en el síntoma? Los saberes infantiles, las teorías que el niño crea y desarrolla, no son teorías abstractas que desaparecerán sin rastros: son, por el contrario, la matriz de la futura neurosis del adulto. Freud lo enuncia claramente: su conocimiento “(...) *es propiamente indispensable para la concepción de las neurosis mismas: allí, las teorías sexuales infantiles tienen aún curso y constituyen una parte determinante sobre la forma que presentarán los síntomas*”. (Freud, Teorías sexuales infantiles. La vida sexual). Estos saberes, que ponen en movimiento la curiosidad del niño, son el intento por establecer una relación entre satisfacción y saber. Y, más allá de eso, ofrecen una posibilidad frente a los enigmas que se suscitan a partir de experiencias a las que no puede dar respuesta. Las preguntas ¿de dónde vienen los niños? y ¿qué quiere decir estar casado? O, como lo formula en Tres ensayos, ¿en qué consiste la relación sexual? instalan, para el sujeto infantil, dos cuestiones: la primera, qué soy yo como niño para mi madre, pregunta a menudo actualizada por el nacimiento de un hermano, y la segunda, cómo significar la relación sexual. El niño no diferencia masculino y lo femenino para significar la relación sexual porque carece del operador que le permitiría hacerlo. Por esta razón, el armado de las teorías, el recorrido por la pregunta, es el testimonio de la estrategia puesta en juego para tramitar lo pulsional, mediante una particular juntura entre saber y satisfacción, ligados en una relación dialéctica. No son puro saber en sí mismas: representan el ejercicio de una satisfacción. El pene,

dice Freud, da testimonio de ello *“por su excitación que acompaña todo este trabajo de pensamiento”* (Teorías sexuales p. 18). Y más aún, en 1923 afirmará que *“la fuerza motriz que esta parte viril desplegará más tarde en la pubertad se manifiesta en esta época esencialmente como necesidad urgente de investigación, como curiosidad sexual”*.

Como lo señalamos al comienzo, esta teorías confrontan al sujeto infantil con la cosmovisión que estructura su universo produciendo en algunos casos una escisión psíquica producto de la incompatibilidad que se produce entre el universo que sostiene su existencia vinculado a la madre fálica y lo que le viene, como dice Freud, de sus excitaciones internas. Escisión que se ve conmovida por el descubrimiento de la falta de pene en la madre y el surgimiento del problema de la castración como castración materna. La idea del padre agente de la castración llega en segundo término como un intento de pacificación ante lo que no tiene respuesta, más aún si el niño persiste en su identificación fálica, en los idilios de su relación con la madre. La reformulación que realiza Lacan, nos permite situar que más allá de la imaginarización del padre terrible, resulta fundamental la sanción simbólica que afecta al pene otorgándole una significación fálica. Se trata de una represión secundaria, como lo señala Freud, íntimamente vinculada con la constitución de los ideales. De esta manera, el síntoma neurótico que presenta el niño, particularmente las fobias infantiles, puede ser entendido como intentos de resolver el agujero de saber que se produce cuando se conmocionan las identificaciones. Apelación al padre, al agente de la castración que se interponga entre la madre castrada y el niño en el lugar del falo, y que llevará el nombre del elemento alrededor del cual van a gravitar toda clase de significaciones, elemento que suple lo que faltó y que, más allá de la forma típica que elija para ser representado, tiene una función muy precisa. El complejo de castración, el descubrimiento de la castración femenina, marcará el fin de las teorías sexuales y, por efecto de la represión, su amnesia infantil, junto con la terminación de la infancia.

Desde esta perspectiva, es lícito afirmar que las teorías sexuales infantiles, los saberes infantiles, pueden ser consideradas como otro nombre de la fantasía en el niño, y pueden constituirse como la matriz del síntoma. Freud irá más

lejos aún, diciendo que ese saber que a partir de ellas se elabora es el núcleo mismo el inconsciente.

La neurosis en el niño en los historiales freudianos

Si bien el presente tema será desarrollado de manera exhaustiva en el capítulo VII nos ha parecido necesario, a fin de precisar la noción de *neurosis en la infancia*, en primer lugar, cernir la estructura y función que Freud otorga en sus historiales a los síntomas infantiles y, en segundo término, despejar el valor que aquel les adjudica en relación con la neurosis del adulto.

En **Dora** (1905), Freud considera, entre otros elementos clínicos de importancia como antecedentes del estado actual de la neurosis, su enuresis secundaria, después del 6° año, como “prueba indiciaria de la masturbación infantil”. En cuanto a la función, agrega, con mayor contundencia:

“... los síntomas histéricos casi nunca se presentan mientras los niños se masturban, sino sólo en la abstinencia; expresan un sustituto de la satisfacción masturbatoria, que seguirá anhelándose en el inconsciente hasta el momento en que aparezca una satisfacción más normal de alguna otra clase”. (Freud 1905, p.96)

Aquí se verifica que el síntoma infantil, en tanto índice, tiene estructura de formación sustitutiva en dos sentidos: en primer término, el síntoma expresa la identificación con su hermano mayor, quien padecía de una enuresis primaria. En segundo lugar, entraña una satisfacción que alcanza el cuerpo y procura una descarga real para la exigencia de la libido. Desde esta perspectiva, la enuresis, el asma y la tos son síntomas presentes en Dora en su niñez y son resultado de una defensa y de un retorno de lo reprimido.

Asimismo, en **el Hombre de las ratas** (1909), Freud también encuentra manifestaciones neuróticas en la niñez, a partir de los 6 años de vida. Para él, estos fenómenos no constituyen solamente el comienzo de la enfermedad:

“sino [que nos confrontan] con la enfermedad misma. Una neurosis obsesiva completa a la que no le falta ningún elemento esencial, al mismo tiempo el núcleo y el modelo del padecer posterior, por así decir, el organismo elemental cuyo estudio -y sólo él- nos proporcionará la escala para medir la organización compleja de la enfermedad de hoy”. (Freud 1909, p.130)

Junto a un deseo, todavía no obsesivo, de mirar desnudeces femeninas, se anudaba ya un temor obsesivo: toda vez que pensaba algo así, el paciente era forzado a temer que algo terrible e impreciso sucediera.

Ahora bien, cabe preguntarse por el vínculo que Freud establece entre estas manifestaciones neuróticas de la niñez y los síntomas por los cuales consulta Pablo, el Hombre de las ratas. Un primer aspecto de la relación es que estos síntomas presentan la misma envoltura formal que los del adulto; a saber, un pensar compulsivo, absurdo e impreciso, que es combatido en el plano del pensamiento y de la acción. De modo semejante, la enuresis secundaria de Dora niña nos confronta con un desarreglo de las funciones del cuerpo, perturbación del yo corporal, sufrida pasivamente por el yo psíquico, con un relieve fenoménico equivalente al de la posterior tos nerviosa, alrededor de la cual se vertebrará gran parte de la elaboración de Freud sobre dicha “petite hystérie”. ¿Qué le permiten aseverar estas constantes clínicas que insisten en el tiempo para cada agrupación sintomática?

Por otra parte, Freud ya había constatado y establecido en *Tres ensayos* los rasgos cardinales de la sexualidad de los niños: perversa, polimorfa y autoerótica. Y tal como ya lo hemos expuesto, planteaba que los síntomas neuróticos en la niñez implican una resignación del quehacer sexual: la masturbación, el chupeteo en Dora y el mirar compulsivo del Hombre de las Ratas.

Es importante señalar que el interés de Freud en la caracterización de estos síntomas reside en encontrar fundamentos para apoyar su hipótesis causal. Tanto la pequeña histeria, que era Dora, como el precoz obsesivo que era Pablo, presentan una sintomatología cuyos rasgos esenciales atestiguan su valor de resultado, de retorno de lo reprimido. En efecto, en ambos casos, la presencia de los mismos rasgos fenoménicos testimonia una identidad de naturaleza con los síntomas de los neuróticos adultos.

La actividad sexual infantil es, para Freud, un hecho constatable. También lo es el hecho de que los síntomas irrumpen tras su abandono. Junto a su fina capacidad de observación, Freud arriesga entonces una lectura: la represión se activa para desalojar mociones inconciliables de naturaleza incestuosa y perversa. Esta lectura articula –aunque no sin una laguna fundamental–

sexualidad y represión, a la base de los síntomas neuróticos, mediante una referencia al mito edípico y en particular al padre. La clínica freudiana desplegada en el campo de la transferencia, tal como lo reflejan los historiales mencionados, permite ubicar el pasaje del padre en su dimensión fenoménica al padre en su función en la estructura. Recordemos cómo particulariza en Dora la general “*incapacidad para cumplir la demanda real de amor (...) uno de los rasgos de carácter más esenciales de la neurosis*: ante el hombre real tentador, el Sr. K, Dora huye a refugiarse al ámbito de la fantasía...a los brazos de su padre:

“Quien haya aprendido a conocer la fina estructura de esos productos que son los sueños no se sorprenderá si halla que el deseo de que el padre sustituyera al hombre tentador no trajo el recuerdo de un material infantil cualquiera, sino justamente de aquel que mantiene también las relaciones más íntimas con la sofocación de esa tentación. En efecto, si Dora se siente incapaz de ceder al amor por ese hombre, si llega a reprimirlo en vez de entregársele, con ningún otro factor se entrama esta decisión de manera más íntima que con su prematuro goce sexual y sus consecuencias, el mojarse en la cama, el catarro y el asco.” (Freud 1909, p.77)

Este párrafo de Freud presenta la *prematurez de la satisfacción sexual*, un rasgo estructural, como causa de los síntomas neuróticos en la infancia – la enuresis, el mojarse en la cama - ahora pensada como resto prehistórico, deseo inconsciente que, vía su fecundidad en fantasías, posibilita el retorno insistente del sueño de transferencia, de una huida renovada ante la demanda *real* de amor.

En el caso del **Hombre de las ratas**, podemos constatar este mismo desplazamiento desde el padre fáctico y, por lo tanto, accidental, a un padre fantaseado y necesario. Señala Freud que, sólo por el “doloroso camino de la transferencia” Pablo pudo adquirir el convencimiento de que “repetía un viejo arquetipo”, de que su auto-martirio obsesivo, sus dudas y postergaciones, exigían un complemento inconsciente, una “*ya adquirida en la prehistoria, y devenida luego latente, contra el padre amado*”:

“Responde por entero al complejo nuclear infantil que el padre reciba el papel del oponente sexual y del perturbador del quehacer auto-erótico, y la realidad efectiva tiene habitualmente buena participación en ello”. (Freud 1909, p.163)

A partir de lo expuesto sobre estos historiales de neuróticos adultos, podemos pensar a la *neurosis infantil reconstruida* como aquellas mociones de deseos inconscientes, que insisten bajo la forma de un elemento fijo, prehistórico, el “complejo nuclear de la neurosis”. Se trata de una invención, poetización

universal que, en la pubertad, distorsiona el recuerdo de las concupiscencias auto-eróticas elevando sus huellas mnémicas al estadio de amor de objeto, bajo la forma de seducciones o atentados fantaseados.

Contamos con la exposición más pormenorizada de la noción de *neurosis infantil* en la obra de Freud: aquella que establece en el historial del “**Hombre de los Lobos**” y que lleva por título justamente “Historia de una neurosis infantil.”

En el texto dedicado al tratamiento del aristócrata ruso Serguéi Pankéyev, (1918 [1914]) aparecen planteados con claridad el problema del valor de las construcciones, de la fantasía y del factor infantil.

“El caso clínico sobre el que informaré aquí -si bien sólo de manera fragmentaria- se singulariza por cierto número de particularidades que es preciso poner de relieve antes de pasar a su exposición. Se trata de un joven que sufrió un quebranto patológico a los dieciocho años, tras una infección de gonorrea; cuando entró en tratamiento psicoanalítico, varios años después, era una persona por completo dependiente e incapaz de sobrellevar la existencia. Había vivido de una manera cercana a la normal los diez años de su mocedad transcurridos hasta el momento en que contrajo la enfermedad, aprobando sin grandes problemas sus estudios secundarios. Pero en su primera infancia estuvo dominado por una grave perturbación neurótica que se inició, poco antes de cumplir los cuatro años, como una histeria de angustia (zoofobia); se traspuso luego en una neurosis obsesiva de contenido religioso, y sus ramificaciones llegaron hasta su décimo año. (...) Mi descripción tratará entonces de una neurosis infantil que no fue objeto de análisis mientras persistía, sino sólo quince años después de pasada”. (Freud 1918, p.9).

Como puede advertirse en el final del párrafo seleccionado, en el primer capítulo del artículo Freud adelanta ciertos rasgos generales del historial que, a diferencia de los que ya hemos comentado, ponen de relieve su singularidad: en el caso del “hombre de los lobos”, no se trata entonces del relato de un análisis, sino más bien de exponer la reinterpretación de la neurosis infantil que se construyó en ese análisis quince años después.

Habría un tiempo de la historia del padecimiento propiamente dicho, el de la secuencia de la neurosis infantil y el de su construcción a posteriori, lo que da cuenta de los obstáculos de lo particular clínico que se dispone a construir. Pero con el agregado de que Freud se ve aquí confrontado con un tiempo no cronológico, *Nachträglichkeit*, efecto retroactivo que no sólo atañe al análisis sino también a la estructura del historial.

En este historial, lo que aparece en discusión es el valor patógeno *per se* del “factor infantil”, esto es, el valor que un suceso infantil puede tener en la

posterior neurosis. El Hombre de los lobos da testimonio de una zoofobia infantil, lo que prueba para Freud que las vivencias infantiles tienen efecto por sí mismas, *“son capaces por sí solas de producir una neurosis sin que para ello haga falta la huida frente a una tarea planteada por la vida”*:

“...es lícito aseverar que los análisis de las neurosis de la infancia pueden ofrecer un interés teórico particularmente grande. El servicio que prestan a la recta comprensión de las neurosis de los adultos equivale, más o menos, al que los sueños de los niños brindan respecto de los de aquellos. Y no porque sean más transparentes o más pobres en elementos; al contrario, para el médico es harto dificultoso lograr una empatía de la vida anímica infantil. Lo que ocurre es que en ellos sale a la luz de manera inequívoca lo esencial de la neurosis porque están ausentes las numerosas estratificaciones que se depositan luego”. (Freud 1918, p.10).

Este último historial refleja el esfuerzo de Freud por brindar una reconstrucción exhaustiva de una neurosis en la infancia, signada por “la perturbación en el comer, la fobia al lobo y la beatería obsesiva (...) que conlleva la predisposición al quebrantamiento neurótico de los años posteriores a la pubertad”. Este primerísimo tratamiento del factor infantil, cuya irrupción es posible sin que para ello sea necesaria la “huida frente a los apremios de la vida” –recordemos la demanda real de amor que Freud postulaba en el historial de Dora-, implica, por lo tanto, la posibilidad de un inaugural retorno de lo reprimido sin una predisposición poetizada en la pubertad de la que, por el contrario, él mismo se constituye en antecedente necesario. Freud asevera a continuación que toda neurosis de un adulto se edifica sobre su neurosis de la infancia, adquiriendo la misma un carácter necesario y estructural, aunque no siempre sea lo bastante intensa como para llamar la atención y ser discernida como tal.

Muy diferente se nos plantea el problema de la estructura de la neurosis en el historial de Juanito en 1909. ¿Cuáles son las particularidades que podemos encontrar? Trataremos de analizar las enseñanzas que nos ofrece este caso para situar la especificidad de la neurosis en la infancia.

El caso Juanito

El Análisis de la fobia de un niño de 5 años (Freud, 1909) tiene su origen en el interés freudiano de investigar, mediante la observación de un niño

“las mociones pulsionales y las formaciones de deseo que en el adulto exhumamos con tanto trabajo de sus enterramientos y acerca de las cuales, además, aseveramos que son patrimonio constitucional común a todos los seres humanos y en el neurótico no hace sino mostrarse reforzadas o deformadas.”
(Freud 1909, pg. 8).

Freud había extraído sus descubrimientos acerca de la sexualidad infantil de su experiencia psicoanalítica con neuróticos adultos. En esa dirección, tributario del espíritu científico de la época, y con el propósito de obtener una confirmación directa, pidió a sus discípulos que recogieran observaciones sobre la vida sexual de sus hijos.

Es decir que Juanito se nos presenta, inicialmente, como un niño de la observación. Criado en un ambiente amable y propicio, con padres formados intelectualmente y con intenciones progresistas, las restricciones que padeció Hans fueron las absolutamente necesarias y “éste creció lejos de toda intimidación”, según comenta Freud. Juanito era un niño muy despierto, quien manifestaba gran curiosidad por el hace-pipí (su pene), lo cual lo convirtió en un investigador. No obstante, y a pesar de las bondades del contexto, Juanito desarrolla un síntoma, una fobia, convirtiéndose, de esta manera, en el primer analizante niño y su caso, en el texto principal de Freud consagrado al niño y a su inscripción en el discurso analítico.

Esta fobia se presenta con la apariencia de un miedo, miedo irracional a los caballos: es el miedo que reemplaza a la angustia indefinida inicial. Freud se pregunta por las razones de la emergencia del síntoma y por los procesos en juego en la elección del caballo como objeto de la angustia. Freud apela a la represión de mociones sexuales perversas e incestuosas como herramienta conceptual para pensar las manifestaciones de esta histeria de angustia a partir de la reformulación de la vieja noción del trauma sexual en dos tiempos. Considera la zoofobia infantil de Juanito como una psiconeurosis en la que un trauma auxiliar, presenciar la caída de un caballo en un momento de intensa privación de su satisfacción sexual, reactiva mociones incestuosas

exitosamente sepultadas un año antes. Esta lectura forzada, en términos de la represión secundaria -de lo que en realidad representa un primer triunfo sobre el quehacer sexual infantil-, parece olvidar que entre los dos tiempos del trauma debe mediar la pubertad y que el segundo es gatillado por la insistencia de un deseo inconsciente que liga, en el campo de la transferencia, un objeto no prohibido, cuando de neurosis se trata.

A pesar de esta posible vacilación metapsicológica, a Freud no se le pasa por alto, *“que la contracción de histeria de angustia es aquella que menos títulos reclama a una constitución particular”* (Freud 1909, p.95)

Como se había señalado anteriormente, Freud plantea la constitución como aquel conjunto de mociones incestuosas conflictivas que, en calidad de integrantes del complejo nuclear de la neurosis, establecen una nueva y heterogénea configuración de la prehistoria inconsciente desde la pubertad, predisposición patógena ya en vigencia durante el período de salud aparente del adulto.

Las consecuencias de sus interpretaciones en el marco del análisis del pequeño neurótico quedarán en segundo plano; y esto, porque, preocupado por encontrar una referencia causal, considera el derrotero de la evolución de la fobia de Juanito en términos de una revelación progresiva del supuesto sentido oculto de la fobia inicial. Dicha posición, lo conduce a “reclamar para esta neurosis infantil un significado típico y paradigmático, [derivado] de muy pocos procesos relativos a idénticos complejos de representación”. (Freud 1909, p. 117)

Ciertamente, Freud no parece privilegiar los efectos actuales de la comunicación de sus construcciones al niño, en el marco de los lazos transferenciales fundacionales “sin una constitución particular”, que posibilitan, vía los diálogos del paciente con su padre, la tramitación del síntoma fóbico. Es oportuno señalar, en relación con la respuesta subjetiva del analizante a estas intervenciones, que es justamente en el terreno de la relación transferencial que se pone claramente de manifiesto la distancia existente entre el niño como metáfora lumínica de la verdad -referencia última de los síntomas del neurótico adulto-, y las producciones de Juanito durante aquellas “conversaciones” con

su padre, testimonio cabal de las transformaciones sucesivas de un sujeto de la palabra.

Es en el tercer momento causal donde Freud vuelve sobre la zoofobia infantil otorgándole un valor arquetípico, ya no solamente de los conjuntos de deseos inconciliables a la base de los síntomas neuróticos, sino de la necesaria y novedosa conexión entre angustia, represión, y formación de síntoma. Pero antes de revisar esta última etapa de la obra freudiana donde una vez más se ponen en tensión los conceptos de neurosis infantil y neurosis de la infancia,

El giro de los años 20

Freud vuelve sobre el caso de la fobia infantil de Juanito, más aún el caso se convierte en el principal paradigma clínico que le permite reformular su teoría de la angustia. Allí, parte del estudio de las zoofobias infantiles, consideradas más transparentes que la histeria y la obsesión para precisar los motivos de la represión. Cuestión que había quedado como un interrogante en la redacción del historial. La reformulación del caso le permite elaborar la noción de “angustia de castración” con el modelo de la fobia, operador estructural que da la clave para enlazar sexualidad y represión, logrando finalmente la respuesta ante la pregunta que orienta la investigación freudiana: ¿por qué la sexualidad debe ser reprimida?

La segunda teoría de la angustia establece la diferencia entre la “angustia automática” y la “angustia-señal”. Esta última se produce ante la previsión de una situación de peligro, que activa el mecanismo de placer-displacer, conduciendo al Yo a emitir una “señal de angustia”, que opera como motor para la represión. De esta manera se evita el desarrollo completo de angustia (“angustia automática”), protege al sujeto de la experiencia del trauma caracterizado en términos económicos: es el exceso, lo que el sujeto no puede soportar, y conduce a la impotencia, o sea, al avasallamiento del yo. En síntesis, la angustia señal, discreta, es considerada como el factor que activa la represión propiamente dicha o secundaria. A partir de aquí, la angustia de castración deviene motor del sepultamiento del complejo de Edipo. Se considera entonces que es necesario reprimir la mociones pulsionales

incestuosas porque ha aparecido el agente de la castración temida, o en su lugar el objeto temido que puede morder.

Freud equipara, a esta altura de sus desarrollos, el temor de Juanito y la zoofobia del Hombre de los lobos. En ambos, se trata del mismo peligro: la angustia frente a una castración inminente. En cuanto a Juanito, por angustia de castración éste resigna la agresión hacia el padre; su angustia de que el caballo lo muerda puede completarse, sin forzar las cosas: que el caballo le arranque de un mordisco los genitales, lo castre. En ambos casos el motor de la represión es, para Freud, la angustia frente a la castración; los contenidos angustiantes son sustitutos desfigurados del contenido “ser castrado por el padre”. Hasta aquí la prevalencia del complejo paterno, ya entrevisto en su cualidad estructural en el abordaje de las neurosis de la infancia en los historiales.

Pero, ¿acaso no podría pensarse que Freud vuelve a caer en el error de forzar la clínica de Juanito –y también de la reconstrucción del miedo a los lobos del paciente ruso-, al desdecirse de la importancia del factor infantil actual postulado en 1918 y concebir, para el surgimiento de tales síntomas, un mecanismo que, en realidad, vale para la formación de síntoma del neurótico adulto (represión propiamente dicha o represión secundaria)?

Por el contrario, ¿no podría contemplarse que el modelo que permite pensar mejor la aparición de la angustia ante el caballo –o el temor frente a los lobos- es el que Freud plantea en el capítulo II de *Inhibición, síntoma y angustia* en relación con las ocasiones inmediatas de las represiones primordiales? Al respecto, Freud refiere lo siguiente:

“En otro escrito he puntualizado que la mayoría de las represiones con que debemos habérnoslas en el trabajo terapéutico son casos de “esfuerzo de dar caza” {“Nachdrängen”}. Presuponen *represiones primordiales* {“Urverdrängungen”} producidas con anterioridad, y que ejercen su influjo de atracción sobre la situación reciente. Es aún demasiado poco lo que se sabe acerca de estos trasfondos y grados previos de la represión. Se corre fácilmente el peligro de sobreestimar el papel del superyó en la represión. Por ahora no es posible decidir si la emergencia del superyó crea, acaso, el deslinde entre “esfuerzo primordial de desalojo {“Urverdrängung”} y “esfuerzo de dar caza”. Comoquiera que fuese, los primeros –muy intensos- estallidos de angustia se producen antes de la diferenciación del superyó. Es enteramente verosímil que factores cuantitativos como la intensidad hipertrófica de la excitación y la ruptura de la protección antiestímulo constituyan las ocasiones inmediatas de las represiones primordiales.” (Freud 1925, p.90)

A partir de los elementos teóricos propuestos por Freud en esta última etapa de su obra, el factor *infantil* actual anunciado en el Hombre de los lobos quizás pueda ser pensado en términos económicos como un excedente energético que hace efracción en el aparato anímico. Se trataría entonces de una angustia “traumática y originaria”, experiencia de aquella parte indomeñable de la etiología sexual, capaz de despertar una actividad incesante de ligazón, de elaboración inconsciente en el aparato psíquico, y de establecer las bases de la compulsión de repetición. Así, los arquetipos infantiles, aún cuando se reconfiguren en la pubertad, ejercerían su poder de atracción, de ligazón, más allá del principio del placer, en razón de su articulación problemática con ese elemento heterogéneo, el excedente constante que exige satisfacción en su ingreso al aparato anímico.

Independientemente de que respondan a un modelo u otro de la represión, Freud hacia el final del artículo no deja de otorgar a estos preludios de las neurosis infantiles el valor de “etiología más directa” de las neurosis. Son tratadas como “episodios regulares del desarrollo”. En ese sentido, aún cuando apela, dado el contexto científico de su época, a hipótesis filogenéticas, no deja de advertir que la interrupción del desarrollo sexual del ser humano obedece a un precipitado histórico que adquiere significatividad patógena. Esta se debe a que la mayoría de las exigencias pulsionales de esa sexualidad infantil son tratadas como peligros por el yo, quien se defiende de ellas como si fueran tales, de modo que las posteriores mociones sexuales de la pubertad que debieran ser acordes con el yo, corren el riesgo de sucumbir a la atracción de los arquetipos infantiles y seguirlos a la represión.

“Neurosis elemental”

Es importante señalar que, en el desarrollo de la obra freudiana, encontramos cierta ambigüedad en el uso de la expresión “neurosis infantil”. En algunas oportunidades, es empleada para designar el punto de fijación, origen inconsciente de la neurosis del adulto, de la que sólo se tendría conocimiento retrospectivamente, mientras que otras veces se emplea para referirse a

manifestaciones clínicas del momento de la infancia. Un ejemplo de esta última acepción aparece en el caso del pequeño Hans, cuya enfermedad Freud denomina “neurosis infantil”.

En ciertos pasajes de su obra, Freud establece una distinción terminológica y para referirse a las manifestaciones clínicas de la neurosis en los niños emplea otras expresiones, tales como neurosis de la infancia o neurosis de los niños. En las Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena, de 1909, Ernst Jones afirma:

“Esperamos que terminará por hacerse evidente que todas las neurosis graves tiene su prototipo durante la infancia, de modo que tendríamos que hallar el núcleo de las neurosis ulteriores en las perturbaciones del desarrollo de la infancia. Esto es enteramente evidente, por ejemplo, en el caso de los neuróticos obsesivos. Esta neurosis se concentra, en forma casi monosintomática, en un punto y se halla completamente formada entre los seis y los ocho años. Se plantea el problema de si todos no hemos pasado por una especie de neurosis elemental en los años de infancia y si la correlación no es más íntima aún de lo que imaginamos, de modo que no sólo los elementos sino también el prototipo mismo de la neurosis tendrían su origen en la infancia. La ulterior neurosis bien puede no ser otra cosa que la magnificación de un producto- al que no podemos dar otro nombre que el de neurosis- de los últimos años de la infancia o de la parte media de la misma. En este caso tendríamos un concepto claro de la fuente de la neurosis y habríamos de interpolar la “neurosis elemental” como una etapa intermedia entre el complejo nuclear y la subsiguiente neurosis grave”.

Aquí puede leerse la neurosis en la infancia como una formación elemental vinculada a la resolución del Complejo de Edipo. Permanece candente la pregunta de Freud acerca de las razones por las cuales algunas neurosis de la infancia son “episodios regulares del desarrollo” que tienen un final resolutorio, y otras, en cambio se continúan más tarde en la neurosis del adulto. ¿Qué es aquello que determina que persistan las condiciones de angustia pretérita? Freud responde señalando que

“Parece que para cada sujeto existiese un límite, más allá del cual fallase su aparato anímico en el dominio de la descarga de magnitudes de excitación.” (Freud, 1925. P. 1242)

Esta noción de “límite”, que depende de la singularidad de cada sujeto, parece remitir a los efectos resolutorios de la neurosis de la infancia, efectos parciales, como lo indica la existencia de ese “más allá”, que nos confronta con un real insoportable en las que el sujeto se encuentra sin recursos.

En su Conferencia 23°, Los caminos de la formación de síntoma, Freud señala:

“... la observación muestra, fuera de toda duda, que las vivencias infantiles tienen una importancia que les es propia y que ya han probado en los años de la niñez. (...) Y bien; las neurosis de los niños son muy frecuentes, mucho más de lo que se supone. A menudo no se las ve, se las juzga signos de maldad o de malas

costumbres y aun son sofrenadas por las autoridades encargadas de la crianza. No obstante, viéndolas retrospectivamente desde algún momento posterior siempre es fácil individualizarlas. En la mayoría de los casos se presentan en la forma de una histeria de angustia". (Freud 1916. p.331)

Conclusiones

Freud ha demostrado y la experiencia clínica nos lo enseña, que la neurosis de un niño obedece al proceso de formación de síntomas, lo mismo que la neurosis del adulto. Nos preguntamos entonces si puede reconocerse la misma envoltura formal, cuál es la particularidad de la neurosis en la infancia.

Tal como lo hemos mencionado, la neurosis en la infancia es una neurosis del niño con sus propios mecanismos, en la que intervienen los procesos de la retórica del inconsciente y ponen en juego un real pulsional traumático. Su desarrollo así como su productividad sigue un derrotero que se enmarca en la búsqueda de una solución. La emergencia y surgimiento de síntomas neuróticos se encuentran, tal como lo señala Freud, ligados a dificultades del desarrollo infantil, relacionados con el pasaje por el Edipo y el Complejo de castración.

Es en este contexto, que se destaca el carácter elemental de la fobia, definida por Lacan como "un cristal significativo", una formación del inconsciente hecha de un número limitado de significantes, en el que el niño explora todas las permutaciones posibles, intentos constituyentes de elaboración de la significación fálica, donde está la marca simbólica de la castración. La fobia aporta a Juanito una reglamentación fundamental que no es obtenido por la función paterna.

La sintomatología de la infancia no se presenta de manera simple. Al igual que los síntomas del adulto, los síntomas tiene el valor de resultado de un proceso represivo, y a la vez resultan índice velado y sustituto de la moción pulsional desalojada. Los atolladeros teóricos en los que parece caer Freud para pensar la fobia de Juanito y su posterior revisión del caso a partir de la segunda teoría de la angustia, proporcionan elementos de juicio para repensar las neurosis manifiestas de la niñez como elaboraciones del Complejo de Castración. Tras

su paso, resta un punto de fijación, el siempre renovado intento de ligazón inconsciente del excedente energético pulsional. Esta fuerza de atracción dará origen a la neurosis infantil, que en calidad de predisposición a la neurosis del adulto, consiste en una peculiar ligazón imposible de dos órdenes heterogéneos, pulsión y representación, que exige su repetición y si tiene ocasión de realizar un análisis, se despliega en el campo de la transferencia.

La fobia infantil, paradigma por excelencia de la neurosis de un niño, como bien lo dice Freud, se produce “en favor de los factores represores mismos”. Esto significa que si bien la estructura de la neurosis responde al empleo de los mecanismos de la formación de síntoma y a la retórica del inconsciente, su dirección apunta fundamentalmente al intento de una simbolizar lo real de la emergencia pulsional. Lacan ha realizado una relectura novedosa del historial al respecto, demostrando de qué manera este intento no puede dejar de conmover la identificación imaginaria que lo mantenía en una relación sin salida con su madre. En la medida que permite el paso de la angustia al miedo, se opera una restricción a partir de la nominación que tiene efectos metafóricos, creando contextos de significación nuevos. Para Lacan, la fobia de Juanito nos enseña la productividad del sujeto y la invención del cuarto elemento que permite, de una manera atípica, configurar una situación en la que puede salir del universo cerrado que lo mantenía anclado a la identificación con aquello que pudiera compensar la falta materna.

Cabe señalar que, más allá de la diferencia que se presente entre la neurosis del niño y los síntomas fóbicos del adulto, insertados generalmente en la histeria o la obsesión, ambos se presentan como una apelación al padre y responden a una localización que tiene como propósito la nominación y el evitamiento de la emergencia de la angustia.

Esta neurosis de la infancia se diferencia de la neurosis infantil como fantasía reconstruida en los análisis de adultos, como lo señaláramos particularmente en el caso del Hombre de los Lobos. En éste Freud llega a recuperar los recuerdos que le permiten hacer una “historia de una neurosis infantil”, reconstrucción hecha desde el análisis de un adulto de los síntomas infantiles; historia infantil que se reescribe en el análisis del adulto. Categoría conceptual

que apunta a la causa de los síntomas por un recurso a los orígenes, tal como se plantea en los textos freudianos.

Por último, cabe señalar que desde el psicoanálisis, no es con la neurosis infantil con la que tenemos que trabajar, sino con los fenómenos que puedan permitir al analista construir esta neurosis, en el sentido en que Freud habla de las construcciones en psicoanálisis. Esta construcción es una apuesta sobre el futuro, eso que permanecerá, de la infancia y del análisis, como determinante para el porvenir. Es el conjunto de condiciones que permiten al sujeto afrontar la pubertad y el despertar de los sueños necesarios para afrontar nuevos problemas vinculados a una pregunta que difiere de la pregunta del niño. Se trata ahora de la pregunta por “lo quiere una mujer”, si es un hombre, por “lo que desea un hombre”, si es una mujer. Es en ese momento que los efectos resolutorios o fallidos de la neurosis infantil, serán puestos a prueba.

Bibliografía

- Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas. Tomo VII* (1993). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- (1909a) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En *Obras Completas. Tomo X* (2000). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1916). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III. En *Obras completas. Tomo XVI* (1994). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1918). De la historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas. Tomo XVII* (2000). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1916). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras Completas. Tomo XVI* (1994). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas. Tomo VII* (1989). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1909b). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras Completas. Tomo X* (2000). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
 - (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas. Tomo XX* (1992). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Miller, J.A. (2010). *13 clases sobre El Hombre de los Lobos*. Buenos Aires: Pasaje 865.
- Hartmann, A. (2009). *En busca del niño en la estructura. Estudio psicoanalítico de la infancia y su patología*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Valas, P. (1989). ¿Qué es un niño? En Aramburu, J; Di Ciaccio, A; et al. *Niños en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Goldemberg, I. (s.f.). *Neurosis infantil y neurosis de la infancia*. Recuperado el 20 de febrero de 2013 de: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/659_clinpsicoa2/materiallibros/material/fichas/neurosisinfantil.rtf.
- Jones, E. (1960). Actas de la Sociedad Psicoanalítica de Viena. Noviembre 17 de 1909. En *Vida y obra de Sigmund Freud. Tomo II: Los años de madurez*. Buenos Aires: Nova.
- Laurent, E. (1995). Las personas grandes y el niño. En *Psicoanálisis con niños*. Buenos Aires: Atuel.
- Napolitano, G. (2009). Estructura y desarrollo en la enseñanza de Jacques Lacan. En *Revista de Psicología*. Segunda época, n°10. La Plata: Edulp.
- Lacan, J. (1969). Dos notas sobre el niño. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
- (1988). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial.
 - (1995). *El seminario. Libro 4. La relación de objeto (1956-57)*. Buenos Aires: Paidós.
- Silvestre, M (1991). *Mañana el psicoanálisis. La neurosis infantil según Freud*. Buenos Aires: Manantial.
- Morel, G. (1990). Sur le concept de névrose infantile. En *Quarto*. Año 5, n°39. Pp.34-37.
- Golbenberg, M. (2006). Lo infantil en la estructura. Variaciones del niño en la obra de Freud. En Salman, S. *Psicoanálisis con niños: los fundamentos de la práctica*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

CAPÍTULO IX

NEUROSIS DE TRANSFERENCIA, LA NEUROSIS DEL PSICOANÁLISIS

Graciela C. Sosa Córdoba, Luis H. Volta, María del Pilar Bolpe

“La transferencia es un asunto peligroso. He confiado mucho en otras personas, y luego uno está verdaderamente entregado, al final.” (...) “Y bien, la transferencia es un arma de doble filo. Por un lado ayuda, por otro lado es una cosa que no está bien. Si yo considero a Freud como un padre y le creo todo, puedo cometer un error”

Pankejeff, Serguei (“Hombre de los lobos”)^{lxiv}

Introducción

Nos ha parecido que no podía faltar en este volumen un capítulo dedicado a una categoría propia del Psicoanálisis: la neurosis de transferencia. Tal vez, para un profano, podría aducirse el hecho de que el psicoanálisis, al tener en cuenta el concepto de transferencia, agrega una dimensión más, ausente en las clasificaciones diagnósticas clásicas y actuales. Pero necesaria es la aclaración que se impone un cambio de registro, ya que la noción es solidaria de la invención del dispositivo analítico y de la clínica novedosa que se desprende de su implementación. De una descripción exterior de la neurosis como objeto psicopatológico, cuando el método es la observación, pasamos a otra en la que el analista está efectivamente implicado en el inconsciente. Se define entonces una categoría clínica diferente a las conocidas, ya que la neurosis de transferencia es una creación del psicoanálisis, una categoría verdaderamente original, una neurosis “artificial” favorecida y desencadenada por el dispositivo analítico mismo.

El concepto de transferencia introducido por Freud, heterogéneo a los criterios de clasificación usados hasta aquí, en el que se basa esta “nueva neurosis”,

es usado además en psicoanálisis como un indicador de estructura y eventualmente puede orientar el pronóstico y la dirección de la cura. Recordemos al respecto la distinción neurosis de transferencia-neurosis narcisísticas empleada por Freud.

Nos interesa entonces precisar el concepto de transferencia y de neurosis de transferencia, y la función que Freud les otorgó en diferentes momentos de su obra. Para esto nos hemos propuesto revisar los artículos que han marcado su aparición y las precisiones posteriores que fueron tallando su forma más acabada. También revisaremos dos de los historiales freudianos, leídos con la ayuda de la orientación de Lacan, a partir del eje de la transferencia, considerando las vicisitudes u obstáculos de la cura y la posición de Freud frente a ellos, para despejar, finalmente, en qué condiciones el deseo del analista permitiría dirigir la cura hacia su término con la liquidación de la neurosis de transferencia que, según Freud, es la única que el psicoanálisis puede aspirar a curar.

Vemos que la posibilidad de formación de esta neurosis está basada en un mecanismo más general del aparato psíquico, la ya mencionada transferencia, que Freud describe por primera vez en 1900, en su “Interpretación de los sueños” como la condición que permite a una carga libidinal desplazarse de una representación a otra^{lxv}.

La transferencia como obstáculo

Sin embargo, Freud pronto comprobará que esta posibilidad, necesaria a la expresión en los sueños y otras formaciones del inconsciente de un material reprimido, deviene un obstáculo cuando aparece interrumpiendo el libre fluir de las asociaciones, a lo que insta la regla fundamental. En efecto, frente al corte de la cadena asociativa, generalmente al acercarse a elementos reprimidos particularmente conflictivos,^{lxvi} los pacientes (en su mayoría mujeres) logran decir que se les impone la figura de Freud ligada a sentimientos amorosos hacia él, que les avergüenza confesar. Lejos de sentirse halagado, Freud

entiende esta repentina ligazón de los afectos de sus pacientes a su persona, como la consecuencia de una actualización de vínculos importantes de su pasado que reemplaza e interrumpe los recuerdos que se les solicitan. Esta actualización, que también podría ser de naturaleza hostil, generalmente trae desde el pasado infantil la reactivación de una demanda de amor, ahora ligada al analista.^{lxvii} Repetición del pasado, que al reemplazar al recuerdo se hace resistencia. Esta transferencia, aunque positiva, interrumpirá el trabajo analítico al sustituir a la rememoración y más aún si incluye componentes eróticos muy marcados. En este último caso, así como en el del odio, la transferencia será difícil de manejar. En el caso de la demanda de amor, la permanencia del paciente en esta última posición, lo que podría definirse como un amor de carácter transferencial, presenta una situación delicada, que constituye para Freud en sus primeros trabajos, un serio obstáculo a la cura, ya que un rechazo provocaría enojo o decepción, pero la correspondencia por parte del analista de dicho amor neutralizaría su papel y dejaría al paciente en una condición igual o peor que antes de este encuentro.

Por lo tanto, Freud se ocupará especialmente de advertir a los practicantes analíticos acerca del manejo de estas situaciones internas a un tratamiento, mediante la regla de la abstinencia, no sólo por razones éticas sino porque el no seguir esta regla, redundaría, como vimos, en el fracaso del análisis. Es justamente la posición de Freud frente a la histérica, ligada a su peculiar deseo, lo que da origen al psicoanálisis^{lxviii}.

La transferencia como auxiliar

La transferencia no es en sí un fenómeno privativo del campo analítico, se halla también fuera de él, en los vínculos interhumanos y ha sido descrito desde otras perspectivas.^{lxix} Freud nunca dejará de sorprenderse por la aparición repetida de la transferencia y su mérito ha sido reconocerla como un componente esencial del método, que transforma en un instrumento para dirigir

la cura y que hace del psicoanálisis algo totalmente diferente a otras disciplinas.

Vemos entonces que otra vertiente de la transferencia, que en primer lugar había aparecido como obstáculo, será el de ser tomada como algo necesario al proceso analítico. Dirá Freud, en 1905:

“La transferencia, destinada a ser el mayor obstáculo del psicoanálisis, se convierte en su más poderoso auxiliar cuando se consigue adivinarla y traducir su sentido al enfermo”^{lxx}.

El tipo de transferencia que mejor conviene a la intervención del analista será una transferencia positiva atemperada, que otorgue confianza a la palabra del analista y que ayude al paciente a superar la resistencia, o bien el goce de su síntoma. Esto abriría la cuestión de la relación de la transferencia con la sugestión.

La transferencia, entonces, tendrá un carácter doble, tanto de obstáculo, como de auxiliar imprescindible. En este último caso, el analista ocupará para el sujeto una posición que justifica que se dirija a él como a un lugar donde (tal como promete la regla fundamental) se sustancie una promesa de significación, inédita y específica del encuentro analítico.^{lxxi}

Creación de la neurosis de transferencia

Cuando las reacciones transferenciales se organizan en torno del analista como eje de la constelación patológica, es cuando aparece esta nueva noción de *neurosis de transferencia*, que Freud menciona por primera vez en “Recuerdo, repetición, elaboración”^{lxxii} (1914). Esta neurosis, que como ya dijimos, es creada dentro del análisis y por efecto del dispositivo mismo, reemplazará a la neurosis original y facilitará su curación. Será la vía que el analista deberá tomar para reconstruir, en reemplazo del recuerdo, un mapa de la neurosis infantil (en esencia su matriz edípica) que ha caído bajo el manto del olvido, reproduciendo en acto las posiciones libidinales de un sujeto.

"Es la apertura a una escena, un tiempo y un espacio específico del tratamiento analítico, en el cual las maniobras sobre la transferencia serán decisivas en su consecución".^{lxiii}

Si bien Freud ha celebrado la aparición de esta neurosis como positiva para la cura, no dejará de aconsejar un manejo cuidadoso de ella, evitando un desarrollo excesivo, que deje de tener en cuenta "factores de la realidad", en el sentido de que "siempre se deberá dejar claro su carácter ligado a la repetición del pasado."

El problema del cierre del inconsciente

Después del giro de los años 1920 se produce también un viraje en el concepto de transferencia concomitante a la flamante elaboración de la pulsión de muerte. El límite de la rememoración está ligado para Freud al fracaso del principio del placer, ensombreciendo y demonizando a la repetición. Ahora, no siempre la repetición será repetición de lo mejor y, si bien se mantiene su referencia al complejo de Edipo y sus ramificaciones, serán sus aspectos más desgraciados los que se repitan, las experiencias precoces más traumáticas. El analista será convocado aquí a satisfacer los costados masoquistas del paciente. M. Silvestre^{lxiv} articula la neurosis de transferencia con la reacción terapéutica negativa, y con la tiranía indefectible del superyó, como fenómenos inmanentes al masoquismo moral, derivado del primario. El analista será convocado a ese lugar, desde el cual no debe tampoco responder. Pero, más allá de esto, se perfila la pregunta acerca de qué tanto un camino significativo, de palabra, puede tocar lo real para modificarlo. Freud pone una duda en el centro mismo de las interpretaciones edípicas, acentuando el ombligo de lo que el analista no puede formular.

La arena de la transferencia en los casos de Freud

No obstante haber despejado Freud claramente el carácter engañoso de la transferencia, no siempre le fue posible dejar de caer en sus trampas. Esto se puede ver en el manejo que hace de algunos casos, donde aparecen ciertos lapsus o vacilaciones a este respecto, sobre los que a veces vuelve^{lxxv} y otras veces no. Del estudio de estos casos se puede obtener un mejor entendimiento del concepto y también se puede, tomando este eje, comprender mejor su derrotero.^{lxxvi}

El encuentro de Freud con la transferencia fue correlativo al nacimiento del psicoanálisis mismo, incluso podría decirse que es previo a que el procedimiento le resultase suficientemente confiable. La célebre Anna O. que fuera atendida por Breuer con la ayuda del método catártico lo puso en parte sobre la pista acerca del secreto sentido sexual en juego en la etiología de las neurosis. El intempestivo embarazo nervioso que motivó la turbación de aquel y el abandono de su paciente, fue la primera manifestación de los efectos del amor de transferencia en la historia de la terapia analítica. Así, el camino que se cortó para Breuer fue sin embargo retomado por Freud con la ganancia de un saber incipiente. “Uno quedaba advertido de que el vínculo afectivo personal era más poderoso que cualquier trabajo catártico, y ese factor, justamente, no podía ser gobernado”^{lxxvii}

Los historiales freudianos son piezas fundamentales de la literatura analítica en relación a nuestro tema. Dos de ellos han sido objeto de estudio en otro capítulo de este libro, el caso Dora y el del Hombre de las Ratas. Por nuestra parte, nos detendremos en el problema de la transferencia en el Hombre de los Lobos y en la Joven Homosexual. En cada uno de ellos es posible detectar el camino elegido por Freud para intentar poner ese factor al servicio de la cura analítica, y al mismo tiempo nos permite poner en evidencia las dificultades y yerros que como analista tuvo para conseguirlo. Veremos cómo las mismas se derivan – en palabras de Lacan - del hecho de que “algo, en Freud, nunca fue analizado”^{lxxviii}. Este “algo”, que concierne a Freud como sujeto, al deseo de

Freud, alude a dos cuestiones esenciales: por un lado, al “continente oscuro” de lo femenino, y por otro, al “deseo” del Padre.

El Hombre de los Lobos. La transferencia y sus residuos

*“Yo soy por supuesto, el caso más famoso.
Por eso hay que observarlo hasta el último momento”^{lxxix}*

¿Cómo es posible que un sujeto de ochenta y seis años, casi 60 años después de la salida del análisis con Freud pueda albergar tamaña convicción? ¿Cómo es posible que “El Hombre de los Lobos” haya sustituido de modo indeleble al trazo del nombre propio (Sergei Pankejeff) y su función de sutura? Intentar responder esta pregunta nos introduce de lleno en el problema del manejo de la transferencia paterna y sus obstáculos en los distintos momentos de la historia de la “cura” del Hombre de los Lobos. Más allá de los debates siempre vigentes en torno a la cuestión diagnóstica, es indudable que los efectos de captura en la relación transferencial marcaron a fuego al paciente ruso durante y después del tratamiento con Freud. Por otro lado, el “uso político” que Freud hizo del caso en las polémicas teóricas con Adler, con Jung y con Rank no fue sin consecuencias, tanto para Freud, como para el paciente.

La transferencia en el primer tratamiento con Freud (1910 – 1914)

Si bien el complejo historial del Hombre de los Lobos está construido por Freud con el interés esencial de dar cuenta de la Neurosis Infantil, existen varios pasajes referidos al tratamiento mismo que brindan elementos sobre las particularidades desplegadas en el terreno “actual” de la transferencia. El rasgo de la “dependencia” frente a la figura del médico, asentado en el influjo del maestro alemán de su juventud, que relevó al período de la beatería obsesiva, es señalado como una ventaja sustancial.

“Un efecto postrero de su dependencia del maestro, que pronto lo abandonó, fue que más tarde prefiriera el elemento alemán (médico, sanatorios, mujeres) al de su patria, lo cual significó también una importante ventaja para la transferencia de la cura”^{lxxx}.

Sin embargo, si fue necesario que la cura se desplegara durante tanto tiempo, fue porque en su transcurso Freud se topó progresivamente con lo inmodificable de la llamada “constitución arcaica” del paciente, responsable de la tenacidad de sus fijaciones libidinales, de su extraordinaria ambivalencia y de la llamativa aptitud para conservar investiduras libidinosas contradictorias entre sí. Allí donde el paciente permanecía instalado en una posición inercial, lejos de toda transformación dialéctica, Freud resolvió hacer una fuerte apuesta sostenido en los poderes de la transferencia.

“El paciente de quien trato aquí se atrincheró durante largo tiempo tras una postura inabordable de dócil apatía. Escuchaba, comprendía, pero no permitía aproximación alguna. Su intacta inteligencia estaba como cortada de las fuerzas pulsionales que gobernaban su comportamiento en las escasas relaciones vitales que le restaban. Hizo falta una prolongada educación para moverlo a participar de manera autónoma en el trabajo a fin de prevenir ulteriores alteraciones y mantenerse cómodo en la situación establecida. Su horror a una existencia autónoma era tan grande que contrarrestaba todas las penurias de la condición de enfermo. Para superarlo, se halló un único camino. Me vi precisado a esperar hasta que la ligazón con mi persona deviniera lo bastante intensa para equilibrarlo, y en ese momento hice jugar este factor contra el otro. Resolví, no sin orientarme por buenos indicios en cuanto a la oportunidad, que el tratamiento debía terminar en cierto plazo, independientemente de cuán lejos se hubiera llegado. Estaba decidido a respetar ese plazo; el paciente terminó por creer en la seriedad de mi propósito: Y bajo la presión intransigente que aquel significaba, cedió su resistencia, su fijación a la condición de enfermo, y el análisis brindó en un lapso incomparablemente breve todo el material que posibilitó la cancelación de sus síntomas”^{lxxxi}.

Freud volvió en “Análisis terminable e interminable”^{lxxxii}, a comentar los méritos y desventajas de tal estrategia terapéutica. Pero, sobre lo que no se pronunció demasiado, fue sobre las consecuencias en el paciente, del hecho de haber acentuado la dependencia sobre su persona. En el momento en que redactó el historial, le bastaba con encontrar en ella las comprobaciones más cabales de sus hipótesis sobre la etiología sexual infantil de la neurosis adulta. Así plantea por ejemplo:

“La meta sexual de esta fase sólo podría ser el canibalismo, la devoración; en nuestro paciente, por regresión desde un estadio más alto, sale a la luz en la angustia de ser devorado por el lobo. Y en efecto, debimos traducir así la angustia: angustia de ser poseído sexualmente por el padre. (...) El paciente no hizo sino corroborar esta conjetura mediante su llamativa conducta en la transferencia. Toda vez que ante las dificultades de la cura se refugiaba en la transferencia, amenazaba con devorar y luego con toda clase de maltratos posibles, lo cual no era más que una expresión de ternura”^{lxxxiii}.

El segundo análisis con Freud (1918)

Se sabe que en 1918, y estando de paso por Viena, el Hombre de los Lobos se somete a un segundo análisis con Freud por algunos meses. Existen dos versiones acerca de quién lo solicitó.

La brindada por Freud:

“Lo di de alta, a mi juicio restablecido, pocas semanas antes del inesperado estallido de la [Primera] Guerra Mundial, y sólo volví a verlo cuando las vicisitudes de la guerra abrieron a las potencias centrales el acceso a la Rusia meridional. Acudió entonces a Viena y me informó de un afán, que le había sobrevenido poco después de terminada la cura, por librarse de la influencia del médico. En unos meses de trabajo se logró dominar un fragmento de la transferencia todavía no superado; desde ese momento, el paciente, a quien la guerra privó de su patria, de su fortuna y de todos sus vínculos familiares, se sintió normal y tuvo un comportamiento intachable”^{lxxxiv}.

La escrita por el paciente en sus memorias:

“Mi nuevo análisis en 1919 no se llevó a cabo por pedido mío, sino por deseo del propio profesor Freud. Cuando le expliqué que no podía pagarle por ese tratamiento, se mostró dispuesto a analizarme sin remuneración” (Mis recuerdos de Sigmund Freud, por el Hombre de los Lobos, en “Los casos de Sigmund Freud” Nueva Visión, 1983, pág 166) “Pero como sucede a menudo con un tratamiento psicoanalítico, mi nuevo análisis fue prolongándose más y más, y hasta Pascua de 1920 no me comunicó Freud que lo consideraba terminado”^{lxxxv}.

Lo cierto es entonces, que fue un análisis gratuito. En un contexto ruso de posguerra, hiperinflación y devaluación, Freud retiene al paciente en Viena y éste termina perdiendo toda su fortuna, con excepción de algunas joyas. El resultado es verdaderamente irónico si se considera que el objetivo de este segundo tramo era liquidar la dependencia con el médico.

También se sabe que después de esto, y hasta 1926, todos los años Freud – ¿sentimiento de culpa? - organizaba una colecta entre sus amigos para brindarle una suma de dinero al paciente que había visto esfumarse su riqueza por la causa analítica. De su lado, el Hombre de los Lobos, escondía a Freud la existencia de esas joyas para poder recibir esa suma de dinero, que consideraba justificada. Es que él le imputaba sus desventuras económicas a Freud.

“Me dijo, por ejemplo, que no debía viajar para arreglar mis asuntos materiales, y sin embargo se trataba del momento apropiado. Pero debido a la transferencia que yo mantenía con él, permanecí aquí”^{lxxxvi}.

Si el análisis es gratuito, y el pago incluso se invierte ¿cómo evitar considerarse ser el caso más famoso, el “hijo favorito”?

La transferencia y el episodio paranoide (1926)

Freud sufrió dos operaciones en su boca a principios y a fines de 1923. La segunda de estas, anuncia claramente el carácter grave de la enfermedad que lo conduciría hasta la muerte. La imagen de Freud, que otrora le había inspirado tanta confianza, se derrumbaba frente a los ojos del Hombre de los Lobos. Éste dio un primer indicio del acuse de recibo del deterioro, cuando en febrero de 1924 comienza a inquietarse al encontrar unos poros nasales que sobresalían como “puntos negros”. Tras una intervención médica sobre el rostro, sus preocupaciones cesaron hasta principios de 1925, cuando descubre nuevamente un grano doloroso en su nariz. Un nuevo dermatólogo, y una nueva intervención quirúrgica logran nuevamente calmarlo temporariamente. Pero a comienzos de 1926, y en otro contexto peculiar las preocupaciones nasales reaparecen. Freud, en plena polémica con Otto Rank por su crítica a la idea freudiana de reconstrucción de la historia, le pide al Hombre de los Lobos que corrobore sus tesis gracias a la afirmación por escrito de que aquel famoso sueño realmente hubo acontecido en su infancia y que no fue una construcción realizada en análisis derivada del tratamiento como adulto. El pedido de Freud se fundaba en la necesidad de probar sus afirmaciones. De este modo insta al paciente a tomar la posición de garante de la teoría psicoanalítica. Por otro lado “salvar” a Freud lo confirma una vez más en su posición de “hijo favorito”. Es justamente por esos días que el célebre espejo volvió a desempeñar un papel de suma importancia ante las preguntas reemergentes acerca de si las cicatrices nasales desaparecerían alguna vez. En esa coyuntura visita a Freud, que lo deriva a su discípula Mack Brunswick. El diagnóstico: “paranoia hipocondríaca”.

De este breve tratamiento que culminó exitosamente con el restablecimiento del paciente debemos considerar dos versiones que no son necesariamente excluyentes. En el informe de Mack Brunswick^{lxxxvii} leemos que la fuente de la enfermedad era “un residuo no resuelto de su transferencia”, en “El hombre de los lobos por el hombre de los lobos”^{lxxxviii}. El análisis, que consistió esencialmente en la interpretación de una serie de sueños estructurados por los significantes centrales de su historia, estuvo orientado hacia

“Un intento concentrado por minar la idea que el paciente tenía de sí mismo como hijo favorito”^{lxxxix} y “el mismo paciente había admitido que X era obviamente un sustituto de Freud (...) No era posible progresar en el tratamiento mientras siguiera combinando sus dos técnicas de satisfacción: por un lado culpando a Freud por la pérdida de su fortuna para poder aceptar de este modo su ayuda financiera, y por el otro manteniendo su posición de hijo-favorito. Esta pared impenetrable no permitía llegar a los síntomas principales de la enfermedad del paciente. (...) Le hice comprender cuál era su posición real con Freud, la ausencia total (que conocía por boca del propio Freud) de todo tipo de relación social o personal entre ellos. Le hice saber notar que el suyo no era el único caso publicado (esto lo hacía sentir muy orgulloso). Se defendió y dijo que él era el paciente que había sido analizado por Freud durante más tiempo”.^{xc}

En la versión defendida por el Hombre de los Lobos en sus entrevistas posteriores con la periodista Karin Obholzer (1973-1976), la superación del episodio estuvo ligada no ya a la desestabilización de su posición en la transferencia con Freud, sino frente a su sustituta. Cuando ella le comunicó el diagnóstico de paranoia su reacción fue decisiva.

“La cosa no me gustó. Y entonces, de repente, sentí el deseo de no ser considerado como un paranoico (...) entonces junté todas mis fuerzas, y no me miré más al espejo, y de alguna manera superé esas ideas. Eso duró algunos días”.^{xci}

A pesar de no llegar a comprender cómo pudo obtenerlo, Serguei considera que ese fue el mayor logro conseguido. Atisba, no sin lucidez, a percibir que

“Con la doctora Mack obtuve el mejor resultado ya que me puse en contra de los psicoanalistas, y tomé por mí mismo una decisión. Bueno, ahora vas a terminar de una vez de pensar siempre en tu nariz. Por eso fue tan importante el efecto curativo. Fue un resultado mucho mejor que el obtenido con Freud, ya que rechacé en este caso la transferencia”.^{xcii}

En cualquiera de las dos versiones propuestas, es su decisión de rechazar y abandonar su posición de extrema pasividad y dependencia frente al Padre en la transferencia, lo que le pone fin al episodio paranoide.

Algunos años más tarde^{xciii}, Freud realiza un comentario sobre la evolución del caso tras la finalización del segundo tratamiento con él y finalmente menciona, aunque tímidamente, la incidencia de los restos transferenciales en la génesis del episodio paranoide de 1926.

“El paciente ha permanecido en Viena, conservando cierta posición social, aunque modesta. Pero en ese lapso su bienestar fue interrumpido varias veces por unos episodios patológicos que sólo podían ser aprehendidos como unos vástagos de su vieja neurosis. La habilidad de una de mis discípulas, la doctora Ruth Mack Brunswick, puso término a esos estados, uno por uno, tras breve tratamiento; espero que ella habrá de informar pronto sobre estas experiencias. Algunos de estos ataques estaban referidos todavía a restos transferenciales; mostrando con nitidez, a pesar de su fugacidad, un carácter paranoico”^{xciv}.

La Joven Homosexual. El orden de la verdad y la mentira en el inconsciente.

“Debe ser un encanto esta chica para que, como en el caso de Dora, Freud no actúe con libertad en este asunto”.^{xcv}

Elegir una comparación entre La Joven Homosexual y Dora como punto de partida, no es ingenuo. Es que pesar de la distancia en el tiempo, y de la ganancia teórica cosechada en el lapso que va de la publicación de un caso (1905) a la del otro, (1920) es posible encontrar a Freud advertido y al mismo tiempo errante, frente a los obstáculos de la transferencia. Lo interesante del caso es que Freud va a cometer aquí un error exactamente inverso al que cometió con Dora. Si con ésta Freud no logró percatarse a tiempo del punto en que estaba siendo capturado por la transferencia en su dimensión de obstáculo, con la Joven Homosexual este hecho no le pasó inadvertido. Las dificultades podemos intentar situarlas, junto con Lacan^{xcvi}, a nivel del manejo de la transferencia. En un mismo movimiento, lograremos sentar las bases para articular otra equivalencia propuesta por Lacan, esta vez entre transferencia y engaño. “Transferencia, esto es engaño en su esencia. Si ello es así, se debe poder dar figura a la equivalencia: neurosis de transferencia, neurosis de engaño.”^{xcvii}

Recordemos que la Joven Homosexual acude a Freud en un intento ambivalente de congraciarse con su padre, pues le pesaba mucho causarle

una pena así, al mismo tiempo que se mantenía en una actitud desafiante hacia él, obstinada en mantener la cercanía con la Dama mundana. De hecho Freud subraya el rasgo de que la muchacha “no desdeñara ningún medio de *engaño*, ningún subterfugio ni mentira para posibilitar y encubrir sus encuentros con ella” ^{xcviii}.

Al mismo tiempo, Freud constata la existencia de una producción significativa destinada, según él, también a engañarlo. Se trata de ciertos sueños acaecidos en un momento en que el tratamiento no avanzaba más allá de la primera fase. En efecto, no llegaba a producirse el trabajo analítico que posibilita el cambio interior buscado, ni adquirir entonces las convicciones que vuelven al paciente independiente de la autoridad médica. Un mero “interés intelectual” no alcanza para producir en un análisis efectos de verdad y mutación subjetiva. Sucedió entonces que la paciente trajo a las sesiones con Freud una serie de sueños.

“Ellos anticipaban la cura de la inversión por el tratamiento, expresaban su júbilo por las perspectivas de la vida que ahora se le abrían, confesaban la añoranza por el amor de un hombre y por tener hijos y, así, podrían saludarse como feliz preparación para la mudanza deseada” ^{xcix}.

Freud invoca la transferencia y los lee desde

“Esa radical desautorización del varón que la dominaba desde su desengaño por el padre”. Así nos lo relata: “Puesto sobre aviso por alguna ligera impresión, le declaré un día que no daba fe a estos sueños, que eran mendaces o hipócritas y ella tenía el propósito de engañarme como solía engañar al padre. (...) No obstante, creo que junto con el propósito de despistarme había también una pizca de galanteo en esos sueños; era también un intento por ganar mi interés y mi buena disposición, quizá para defraudarme más tarde con profundidad tanto mayor” ^c.

En el historial de 1920, se señala que el tratamiento fue interrumpido por Freud mismo tan pronto como hubo reconocido la repetición de la actitud de la muchacha hacia su padre, y aconsejó que en caso de realizar un nuevo ensayo terapéutico se lo prosiguiese con una médica. Así terminaron las cosas entre Freud y la paciente en ese momento. Todo se detuvo a partir de los sueños de transferencia cuando Freud comete el “lapsus” de identificarse con el Ideal derivado del complejo paterno. ¿Qué podemos decir, junto a Lacan, al respecto?

En primer lugar, que la distinción de los registros imaginario, simbólico y real, aplicada al manejo de la transferencia, es una herramienta valiosísima para no

perderse en este terreno y permitir avanzar la cura. Freud en 1920 no disponía de “los tres”. En consecuencia, al hacerse destinatario en su persona de una maliciosa intención de engaño, Freud reduce sin advertirlo la transferencia simbólica, a una resistencia imaginaria. ¿Cómo es esto? Lacan coincide con Freud al detectar en los sueños el factor transferencial.

“Esto lo ve muy bien Freud. Pero al parecer algo se le escapa, a saber, que se trata de una verdadera transferencia y se le abre la vía de la interpretación de un deseo de engañar. Y en vez de tomar esta vía, por decirlo de forma algo más grosera, se lo toma como algo dirigido contra él”.^{ci}

Lacan ubica así la resistencia del lado del analista. La vía simbólica, - la que articula el \$ al A - , está abierta para Freud. De hecho logra servirse de ella en la interpretación del famoso pasaje al acto vía el equívoco significante *Niederkommt*. El eje simbólico en que el sujeto espera el don del Padre, está en el centro de la cuestión del “engaño” transferencial. Pero en lugar de aprovechar esta apertura, Freud la cierra bajo el efecto de la resistencia imaginaria - a - a' - al interpretar los sueños en su contra, desviando la cura sobre el eje imaginario.

En lugar de tomar los sueños, en relación a la Demanda de amor dirigida al padre de la paciente, que le reservaba al analista el lugar del Ideal del yo en la transferencia, Freud decide encarnarlo y responder desde ahí:

“En nuestra soñante, el propósito de engañarme, tal como solía hacerlo con su padre, provenía del preconscious, si es que no era consciente; ahora bien, pudo abrirse paso en la medida en que se conectó a la moción inconsciente de deseo de agradar al padre (o a su sustituto), y así creó un sueño mendaz. Los dos propósitos, el de engañar al padre y el de agradarle, provienen del mismo complejo”.^{cii}

Es decir, del complejo paterno. De allí que Lacan concluya que

“Lo esencial de lo que hay en el inconsciente es la relación del sujeto con el Otro propiamente dicho, y esta relación implica en su fundamento la posibilidad de que se efectúe como mentira. En el análisis, nos encontramos en el orden de la mentira y la verdad”.^{ciii}

Pero Freud no paga aquí con su persona, para mantener la máxima diferencia entre los registros imaginarios y simbólicos en la transferencia. Por no semblantar durante el tiempo necesario el lugar del Ideal, ésta se ve reducida a la repetición. Lacan hace una interesante puntuación clínica:

“Su contratransferencia, de algún modo, hubiera podido servirle —pero a condición de no creérsela, de no estar implicado”. “Cuando afirma que lo peor estaba cantado, lo que quiere evitar es sentirse desilusionado. O sea que está dispuesto a hacerse ilusiones. Si se pone en guardia contra estas ilusiones, ya ha entrado en el juego. Realiza el juego imaginario”.^{civ}

Pero al ponerse él mismo en el lugar del padre, hacia quien la joven tiene una actitud de rabia y desafío, la transferencia negativa interrumpe el tratamiento.

“Si Freud titubea ante este contenido, es, precisamente, a falta de llegar a una formulación depurada de la transferencia. Hay en efecto en la transferencia un elemento imaginario y un elemento simbólico, y en consecuencia hay que elegir”.^{cv}

Con estas palabras resumiré finalmente por escrito el problema de Freud en el manejo transferencial del caso:

“Para la joven homosexual del caso de homosexualidad femenina, ve con más claridad, pero se estrella por considerar que la transferencia negativa le apunta en lo real”.^{cvi}

Posición del analista

¿Qué posición le corresponde tomar al analista frente a la transferencia?

En primer lugar vimos que Freud aconseja la abstinencia en lo que hace a la transferencia amorosa, pero si nos atenemos a que la transferencia es casi un proceso de curación espontáneo que se desencadena por la asociación libre corresponderá que el analista haga el menor obstáculo posible a este proceso, tomando el rol del catalizador que precipita el síntoma, cristalizado a partir de este significante de la transferencia. Es frente a los desafíos de la transferencia que se dirigen, aparentemente, a su persona, que su deseo de analista, deseo de proseguir el análisis, lo debe apartar de una implicación subjetiva y dirigir la situación hacia la investigación del inconsciente.

Pero ciertamente los analistas se han visto conmovido por este fenómeno y eso ha dado lugar a respuestas, como la que sigue.

Contratransferencia

Un concepto estrechamente relacionado al de transferencia es el de *contratransferencia*, que se refiere al conjunto de reacciones afectivas suscitadas en el analista por el analizante. Es una forma de decir que el fenómeno de la transferencia toca la subjetividad del analista. En principio, se plantea como una situación que debe poder controlarse mediante el análisis del propio analista. Más adelante, los desarrollos posfreudianos lo colocarán en un lugar de mayor relevancia, el análisis de la contratransferencia pasa a ser un instrumento para analizar las proyecciones del paciente sobre el analista, como si éste fuera una caja de resonancia inequívoca del tipo de transferencia atribuida al analizante, recibida sobre sí de forma casi telepática. Esto termina deformándose en una permanente autorreferencia del analista, un analista implicado subjetivamente en la sesión. Esta exageración, casi corporativa, de toda una generación de analistas, parece obedecer a una forma de defensa fallida frente al obstáculo de la transferencia exacerbado por una posición dual^{cvii}. De hecho, la contratransferencia sería la marca de esta posición dual intersubjetiva.

Los años '50, abundaron en ejemplos de psicoanalistas del ego que, de hecho, reducían el análisis a una relación de dos, dando lugar a gran confusión. No se halla justificación para esto en ningún texto freudiano. La contratransferencia, dirá Lacan, no es más que el deseo del analista implicado como sujeto^{cviii}.

Fin de análisis o el destino de la neurosis de transferencia

Dice Freud, con la claridad que lo caracteriza, que “en la práctica un análisis ha terminado cuando el psicoanalista y el paciente dejan de reunirse para las sesiones de análisis”^{cix}.

Tiene como condición el haber superado el paciente el sufrimiento que le provocaban sus síntomas y el juicio del analista de haber hecho consciente

tanto del material reprimido como para pensar que no se repetirá el material patológico anterior. Menciona que se ha hecho todo lo que se tiene que hacer si ha reconducido la miseria neurótica a la miseria banal. Otro significado, más ambicioso, implicaría el pensar que se ha llevado al analizante a un nivel tal que ya no se podrían lograr mayores cambios en él.

Freud opone los casos donde el componente es “constitucional” a aquellos afectados por situaciones traumáticas, que considera de mejor pronóstico.

Menciona cómo en algunos casos clínicos, la curación es más permanente que en otros. Se pregunta de qué modo podrían preverse puntos de conflicto y, de poder detectarlos en ciernes, cómo advertir al paciente acerca de la posibilidad de que se desencadenen en el futuro. Concluye que su sola mención sería totalmente ineficaz y usar la transferencia para desencadenarlos sería un ejercicio de crueldad impracticable, además, porque la transferencia tiene límites:

“Los pacientes no pueden llevar por sí mismos todos sus conflictos a la transferencia, ni el psicoanalista puede concitar todos sus posibles conflictos instintivos a partir de la situación transferencial”^{CX}.

Es decir, hay un límite al análisis y, en el mejor de los casos, nos queda desear que el analizante haya sido suficientemente analizado como para que en el futuro no repita los síntomas que lo trajeron a la consulta.

Freud menciona un factor llamativo al servicio de la resistencia, que podría incidir en los resultados de un análisis y que es una característica de la libido: una cierta adhesividad, en algunos pacientes que hace que los procesos que el tratamiento pone en marcha sean más lentos que en otras personas, porque

“Al parecer no pueden separar las catexias ^{CXI}libidinales de un objeto para transferirlas a otro, aunque no podamos descubrir una especial razón para esta lealtad de las catexias”^{CXII}.

Por el contrario, otro grupo, con catexias fácilmente movilizables puede entrar en nuevas catexias, sugeridas por su análisis, rápidamente abandonando las antiguas, pero sólo para abandonarlas a su vez, haciendo poco duraderos los resultados. El analista se sentirá como un escultor que labra una piedra dura en un caso; en el otro, como esculpiendo yeso o, peor aún, escribiendo en el agua.

¿Se puede deducir también sobre estas peculiaridades libidinales una facilidad menor o mayor para establecer vínculos transferenciales y lo mismo para abandonarlos al final del análisis?

Freud encuentra un imposible al final del recorrido de analítico, algo intramitable que lo detiene y a lo que llama “la roca viva de la castración”, confiesa que no logra intervenir sobre la pulsión, como si la búsqueda de sentido en el inconsciente solamente permitiera circunscribir lo ininteligible.

La cura freudiana, a nivel libidinal, es una desinvertidura de los síntomas y de los significantes implicados en estos síntomas y, correlativamente, una concentración libidinal en el reducto que Lacan llamará “objeto a”.^{cxiii}

Por otro lado, el final de análisis implicaría que el desentrañamiento de la transferencia lleve a descubrir que el analista, no detenta en realidad un saber. Es él mismo quien conduce la cura hacia su destitución, desde ese deseo singular que Freud pudo definir como el de no confundirse a sí mismo con la encarnación de los Ideales, dejando siempre lugar para la emergencia del deseo del analizante en su singularidad. El desenlace, que coincide con un eclipse o deslizamiento del analista como resto de la operación, posee un carácter depresivo, de pérdida de objeto o de abandono. En Lacan, el dispositivo del pase, es lo que dará cuenta de lo que de ese análisis no se pudo tramitar y de la invención, construcción, singular en torno a ese imposible.

Conclusiones

En el trayecto realizado hemos intentado recortar los conceptos de “transferencia” y de “neurosis de transferencia” y comprobado claramente su función con respecto a la dirección de los tratamientos.

Observamos en los casos clásicos de Freud cómo el no tener en cuenta esta noción, o su incorrecto manejo, lo condujo a vías muertas de la cura, perdiéndose la posición más operativa.

Los historiales freudianos nos permiten encontrar un punto en común a todos ellos en lo que atañe al manejo transferencial. Freud, es convocado en la transferencia a insertarse en la serie paterna y responde en gran medida con su subjetividad. Como bien lo ilustra la pista del olor a humo evocadora del tabaco en Dora; el trato de “mi capitán” del Hombre de las Ratas; la posición congelada de “hijo favorito” del Hombre de los Lobos; y los sueños mendaces de la Joven Homosexual.

En palabras del propio Freud “... tengo muchas cosas que me descalifican como gran analista. Una de ellas es que soy mucho «el padre»”^{CXIV}.

Esta dificultad advertida pero nunca resuelta por Freud es lo que le hace perder la posición analítica. Lacan será quien, apoyándose en las recomendaciones freudianas acerca de no identificarse con el Ideal del Yo, y mantener como guía la consecución de un análisis, afinará el instrumento con el concepto del “deseo del analista”, brújula que evitaría perderse en los callejones subjetivos de la contratransferencia.

Notas de referencia

ⁱ BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 22.

ⁱⁱ SYDENHAM, T. (1681) *Dissertatio epistolaris ad Guilielmum Cole de observationibus iruperis circa curationem variolarum confluentium nee affectione hysterica*, originalmente en *Opera omnia (editio novísima)*, fragmentos. Typographia Bellooniarum, Venecia, 1735. Traducido por Jorge Saurí y publicado en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.87.

ⁱⁱⁱ *Ibíd.* p. 90.

^{iv} *Ibíd.* p. 90.

^v *Ibíd.* p. 88-89.

^{vi} BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 59.

^{vii} MOREL, B. (1852) *Etudes cliniques sur les maladies mentales*, Tomo II, p. 212

^{viii} FALRET, J. (1866) *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Baillière, 1890, p. 489-503.

-
- ^{ix} CHARCOT, J.-M. (1866) *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, en *Oeuvres complètes*, t. VII, Paris, 1889, pp. 2-3.
- ^x CHARCOT, J.-M. *Leçons du mardi à la Salpêtrière* (1887-1888), citado en H. Colin: *Essai sur l'état mental des hystériques*, 1890, pág. 76.
- ^{xi} CHARCOT, J.-M. (1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tomo III, pág. 11
- ^{xii} *Ibíd.*
- ^{xiii} BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 70.
- ^{xiv} GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, p. 10.
- ^{xv} CHARCOT, J.-M. (1887) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, tomo III, pág. 14-15.
- ^{xvi} *Ibíd.*, pág. 14-15.
- ^{xvii} BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 74.
- ^{xviii} GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, p. 93.
- ^{xix} BERCHERIE, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 85.
- ^{xx} CHARCOT, J.-M. (1890) *Oeuvres complètes*, Paris, t. IX, p. 258.
- ^{xxi} *Ibíd.*, p. 303.
- ^{xxii} *Ibíd.*, p. 306.
- ^{xxiii} “De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale”, clase de diciembre de 1877, retomada como apéndice del t. I de las *Leçons sur les maladies du système nerveux*, *op. cit.*, p. 446.
- ^{xxiv} Manuscrito de la clase del 14 de marzo de 1884.
- ^{xxv} *Ibíd.*
- ^{xxvi} FREUD, S. (1886) Informe sobre mis estudios en París y Berlín, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1994, Tomo I, p.10.
- ^{xxvii} CHARCOT, J. - M. (1890) *Oeuvres complètes*, Paris, t. III, p. 455.
- ^{xxviii} En francés en el texto original: “hago morfología patológica, hago incluso un poco de anatomía patológica, pero no hago fisiología patológica; espero que la haga algún otro”.
- ^{xxix} KRAEPELIN, E. (1905) Locura histérica, en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.150.
- ^{xxx} *Ibíd.* p. 150.

^{xxxi} “En una palabra, la histeria es un *estado mental* anormal congénito caracterizado, tal como sostiene Moebius, por cambios patológicos del cuerpo producidos por “ideas”. A esto quiero agregar lo que Moebius afirma en otra parte, que estas ideas están *cargadas con emociones*, y frecuentes sentimientos de vago contenido” en KRAEPELIN, E., (1899) *Histeric Insanity*, en *Psychiatry A textbook for students and Physicians*, Science History Publications, U.S.A., Vol. 2, p. 382.

^{xxxii} BLEULER, E. (1911) *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Editorial Lumen, Buenos Aires, 1993, p. 334.

^{xxxiii} KRAEPELIN, E. (1905) *Locura histérica*, en *Las histerias*, Jorge Saurí (compilador), Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.152.

^{xxxiv} BLEULER, E. (1911) *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Editorial Lumen, Buenos Aires, 1993, p. 249.

^{xxxv} FREUD, S. (1911) *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente (Schreber)*, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2007, Tomo XII, p.70.

^{xxxvi} BERCHERIE, P. (1980) *Esquirol*, capítulo II de *Historia y estructura del saber psiquiátrico. Los fundamentos de la clínica*. Navarin Editeur, Tournai, p. 34.

^{xxxvii} *Ibíd.*

^{xxxviii} ESQUIROL, J.E.D. (1838) *Des maladies mentales*, Ed. Baillière, Paris, p. 361.

^{xxxix} FALRET, J. (1866) *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Baillière, 1890, p. 489.

^{xl} FALRET, J. (1866) *De la folie raisonnante ou folie morale*, en *Annales Médico-Psychologiques*, n° 32-7, p. 382- 431.

^{xli} *Ibíd.* p. 416.

^{xlii} MAZZUCA, R. (2003) *La elaboración freudiana de la neurosis obsesiva*, en *Cizalla del cuerpo y del alma. La neurosis, de Freud a Lacan*, Roberto Mazzuca (compilador), Bergasse 19, ediciones, Buenos Aires, 2003, p. 107.

^{xliii} JANET, P. (1919) “*Las obsesiones y la psicastenia*” en *Las obsesiones en neurosis y psicosis*, Graziela Napolitano (compiladora), Colección Clínica y Psicopatología: Los conceptos y su historia. De la campana, 2010, p. 62.

^{xliv} FREUD, S. (1925) *Inhibición, síntoma y angustia*, en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992, Tomo XX, p.87.

Bibliografía citada

BERCHERIE, P. (1983) *Génesis de los conceptos freudianos*, Ediciones Paidós, Buenos Aires, 1era edición, 1988.

BLEULER, E. (1911) *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Editorial Lumen Hormé, Buenos Aires, 1993, 539 páginas.

-
- CHARCOT, J. (1887) "Paralysie hystéro-traumatique développée par suggestion" Leçons du mardi en *L'hystérie*, textos elegidos e introducción por E. Trillat, L'Harmattan, Psychanalyse et civilization, Paris, 1998, 99 -106.
- ESQUIROL, J.E.D. (1838) "El caso de la Srta. F." en *Historia de la Ansiedad*. Textos escogidos. Editorial Polemos, Buenos Aires, 2007, p. 177 – 182.
- FALRET, J. (1886) "Las locuras razonantes" en *Las obsesiones*. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1983, p. 47 – 50.
- FREUD, S. (1893) "Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas" en *Obras Completas*, Amorrortu Editores, 1994, Tomo I, p. 191 – 210.
- GAUCHET, M.; SWAIN, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente". Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.
- JANET, P. (1909) "El estado mental histérico" en *Las Histerias*, II La histeria en el campo de la mirada. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p. 169 – 192.
- KRAEPELIN, E., (1899) *Psychiatry. A textbook for students and Physicians*, Resources in Medical History. Science History Publications, U.S.A., 1990, Vol. 1 & 2.
- LANTERI – LAURA, G. (1991) *Psychiatrie et Connaissance*, Collection Sciences en Situation, Paris, 317 páginas.
- LEGRAND DU SAULLE, H. (1875) "La locura de la duda (con delirio de tacto)" en *Las obsesiones*. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1983, p. 51-60.
- MAZZUCA, R. y otros (2003) *Cizalla del cuerpo y el alma. La neurosis, de Freud a Lacan*. Bergasse 19, Buenos Aires, 414 páginas.
- NAPOLITANO, G. (2010) *Las obsesiones en neurosis y psicosis. Colección Clínica y Psicopatología: Los conceptos y su historia*. De la campana, 2010, 195 páginas.
- SYDENHAM, T. (1735) "La afección histérica" en *Las Histerias*, II La histeria en el campo de la mirada. Saurí, J., compilador y traductor. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p. 87 – 92.

^{xlv} Freud, S. (1933) Conferencia nº 32. En *Obras Completas V. XXII*. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985 Tomo XXII, p. 84

^{xlvi} Abraham toma los desarrollos de Freud en "Erotismo y carácter anal", relaciona los estadios de la libido (estado evolutivo de la relación de objeto que para Abraham es objeto de amor) y los trastornos psicopatológicos. En el caso de la neurosis obsesiva, la fijación a la etapa sádico anal da lugar a determinado tipo de carácter con tres características fundamentales: amor al orden, avaricia y obstinación y a un tipo de relación con los objetos: amor parcial, es decir, que tiende a la posesión de una parte del mismo.

^{xlvi} Freud, S. (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, pp. 153-154

^{xlvi} Freud, S. (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 155

^{xlx} Freud, S. (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas V. X. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985

ⁱ Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 321

^{li} Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 325

^{lii} Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 337

^{liii} Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 326

^{liv} Freud, S. (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 339

^{lv} Nietzsche, F. (1883-1885) Así hablo Zaratustra, Editorial Alianza, Madrid, 1986. p. 66

^{lvi} Al respecto, en el Seminario 1, Lacan refiere que a partir de la teorización de las tres instancias del aparato psíquico, es en el Yo donde radican todas las dificultades evidenciadas en la clínica. Y agrega "...el "yo" está estructurado como un síntoma. No es más que un síntoma privilegiado en el interior del sujeto. Es el síntoma humano por excelencia..."- Lacan, J. (1981) El Seminario, Libro 1, *Los Escritos Técnicos de Freud*. Editorial Paidós. Barcelona-Buenos Aires, 1986 Lacan, 1981, p. 31

^{lvii} Freud, S. (1923-25) El yo y el Ello. En Obras Completas V. XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 31.

^{lviii} Freud, S. (1930) El Malestar en la Cultura. En Obras Completas V. XXI. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 95

^{lix} Freud, S. (1933) Conferencia nº 32. En Obras Completas V. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985, p. 75.

^{lx} Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980, p. 159

^{lxi} Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980, p. 171

^{lxii} Lacan (1957-1958), *El Seminario*, Libro 5. Paidós, Bs. As. 1999, pp. 484-485.

^{lxiii} Miller (2003) plantea que el obstáculo que significa el carácter a la clínica psicoanalítica, obliga al analista a hacer uso de otros recursos frente al carácter, que no son los mismos recursos que se usan para el síntoma. Así, Miller afirma que la matriz fundamental de la operación analítica consiste no en el desciframiento sino en perturbar la defensa, perturbación que no iría por la vía significativa sino por la vía de lo real. Al respecto Miller agrega "Y porque si seguimos a Freud, se inscribe en el trabajo analítico como un obstáculo, pienso que es legítimo inscribir el carácter como la experiencia de lo real en la cura analítica.". Miller, J.- A. (2003) La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, p. 113.

Bibliografía

Abraham, K. (1934) Contribuciones a la teoría de la Libido. Editorial Hormé. Buenos Aires, 1985.

Fenichel, O. (1945) Teoría psicoanalítica de las neurosis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1964.

Freud, S. (1894) Obsesiones y Fobias. En Obras Completas V. III. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

- (1896) Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En Obras Completas V. III. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

- (1905) Tres ensayos sobre teoría sexual. En Obras Completas V. VII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

- (1909) Carácter y erotismo anal. En Obras Completas V. IX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

- (1909) A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En Obras Completas V. X. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.

-
- (1912) Sobre los tipos de contracción de neurosis. En Obras Completas V. XII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1913) La predisposición a la neurosis obsesiva. En Obras Completas V. XII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1916) Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico. En Obras Completas V. XIV. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1923-25) El yo y el Ello. En Obras Completas V. XIX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1926) Inhibición, síntoma y angustia. En Obras Completas V. XX. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1930) El Malestar en la Cultura. En Obras Completas V. XXI. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1933) Conferencia nº 32. En Obras Completas V. XXII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - (1937) Análisis terminable e interminable. En Obras Completas V. XXIII. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1985.
 - En Memoria de Karl Abraham. En Obras Completas V. III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1968.
- Klein, M. Envidia y Gratitud, O.C. vol. 3. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2000.
- Desarrollos en Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1967.
- Lacan, J. (1981) El Seminario, Libro 1, *Los Escritos Técnicos de Freud*. Editorial Paidós. Barcelona-Buenos Aires, 1986.
- (1957/8) El Seminario, *Las formaciones del inconsciente*. Libro V. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1999.
- Miller, J.- A. (2003) La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica. Editorial Paidós. Buenos Aires, 2003
- Nietzsche, F. (1883-1885) Así hablo Zaratustra, Editorial Alianza, Madrid, 1986
- Reich, W. (1933) Análisis del carácter. Editorial Paidós. Barcelona, 1980.
- Roudinesco, E. (1998) Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1998

^{lxiv} Obholzer Karin, Conversaciones con el Hombre de los Lobos, Capitulo “Restos de la transferencia”, Nueva Visión, Buenos Aires, 1996, Pág.59 – 8.

^{lxv} “Este desplazamiento de un significante a otro permite que los significantes que se repiten perfilen la historia del sujeto. Estos significantes, como otros que el dispositivo social impone, alivian al sujeto del peso del goce que le impone su existencia. El significante tiene una virtud curativa porque puede representar a un sujeto sólo frente a otro significante”. (Michel Silvestre citando a Lacan).

^{lxvi} Lacan dirá:...” a la vez obstáculo a la rememoración y presentificación del cierre del inconsciente, que es el fracaso, siempre en el momento exacto, del buen encuentro”.

^{lxvii} “Demandar: el Sujeto no ha hecho nunca otra cosa, no ha podido vivir sino por eso, y nosotros tomamos el relevo.” (Lacan, La dirección de la cura, Escritos II)

^{lxviii} Amor como Interpretación del deseo del Otro, que el analista sólo podrá sostener desde su deseo de analista. M.Silvestre. “Mañana el psicoanálisis y otros textos”.Editorial Manantial. Bs As. 1988

^{lxix} Se transforma en analítica cuando incluye al analista como significante. (Miller)

^{lxx} Freud, S., Fragmento de Análisis de un caso de Histeria (1905) Obras completas, Amorrortu Editores, Bs. As. 2006

^{lxxi} Un lugar de saber, aporte lacaniano inédito en Freud.

^{lxxii} Freud, S., Recordar, repetir y reelaborar (1914). Volumen 12, Amorrortu Editores, Bs.As., 2006.

^{lxxiii} Volta, Luis. Les Versants du Transfer dans le Séminaire XI, Rencontres franco-russes, Université Rennes 2 (17 et 18 juin 2005)

^{lxxiv} Silvestre, M., Mañana el Psicoanálisis. op.cit.

^{lxxv} Fragmento de Análisis de un caso de Histeria, op. cit., Nota de 1923.

^{lxxvi} “Freud no parece siempre situarse muy bien sobre este punto, en los casos de que nos ha hecho partícipes. Y por eso son tan preciosos”. (Lacan, La Dirección de la Cura , pág.576-577)

^{lxxvii} Freud, S. Presentación Autobiográfica. Amorrortu Editores Vol. XX pág, 26

^{lxxviii} Lacan,J. Seminario 11, “Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis”. Pág 20. Editorial Paidós.

lxxix “Conversaciones con el Hombre de los Lobos” K. Obholzer. pág 210

lxxx Freud, S. “De la historia de una neurosis infantil” Amorrortu Ediciones. Vol XVII, pág 65

lxxxi Freud, S. “De la historia de una neurosis infantil”. Amorrortu ediciones. Vol XVII, pág 12 -13

lxxxii En el año 1937

lxxxiii Freud, S. “De la historia de una neurosis infantil” , Amorrortu Ediciones. Vol XVII, pág 97

lxxxiv Freud, S. “De la historia de una neurosis infantil”, Amorrortu ediciones. Vol XVII, pág 110)

lxxxv Las Memorias del Hombre de los Lobos, en “Los casos de Sigmund Freud” Nueva Visión, 1983, pág 133

lxxxvi Karin Obholzer, Conversaciones con el Hombre de los Lobos, Nueva Visión, Buenos Aires, 1996, Pág. 63

lxxxvii Mack Brunswick, Ruht: “Suplemento a la historia de una neurosis infantil de Freud (1928)

lxxxviii 1980, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 181op. Citada.

lxxxix (Mack Brunswick, Ruht: “Suplemento a la historia de una neurosis infantil de Freud (1928)”, en “El hombre de los lobos por el hombre de los lobos”, 1980. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 199).

xc Mack Brunswick, Ruht: “Suplemento a la historia de una neurosis infantil de Freud (1928)”, en “El hombre de los lobos por el hombre de los lobos”, 1980, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 199.

xcI Obholzer, Karin, “Conversaciones con el hombre de los Lobos”, Ediciones Nueva Visión, pág. 70.

xcii Obholzer, Karin, “Conversaciones con el hombre de los Lobos”, Ediciones Nueva Visión, pág. 70.

xciii 1937

xciv Freud, S “Análisis terminable e interminable”. 1937, Amorrortu ediciones. Vol XXIII, pág. 221

xcv Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidós. Pág 110.

-
- ^{xcvi} Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidos. Págs 108-112; 136-138, 147-149
- ^{xcvii} Lacan, J. Seminario XII “Problemas cruciales para el psicoanálisis” 1964-1965. Inédito, Clase del 3/2/1965.
- ^{xcviii} Freud, S. “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina” Amorrortu Ediciones., Vol XVIII, pág. 142
- ^{xcix} Freud, S. “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, Amorrortu ediciones. Vol XVIII, pág. 157
- ^c Freud, S. “ Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, Amorrortu Ediciones. Vol XVIII, pág. 157- 158
- ^{ci} Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidos. Pág 110
- ^{cii} Freud, S. “Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina, Amorrortu ediciones., Vol XVIII, pág. 158
- ^{ciii} Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidos. Pag. 110
- ^{civ} Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidos. pág 110
- ^{cv} Lacan, J. Seminario IV. Editorial Paidos. Pág, 137
- ^{cvi} Lacan, J. “La dirección de la Cura”. Pág. 619
- ^{cvii} Silvestre, M., Mañana el Psicoanálisis. op.cit
- ^{cviii} Justamente contra esta posición dual advierte Lacan, recordando a los analistas que el sujeto se dirige al analista en tanto Otro, del cual él es soporte.
- ^{cix} Freud, S,” Análisis Terminable e Interminable “1937, OC. T.III, Ed. Nueva, Madrid, 1968, pág.513.
- ^{cx} Ibid, pág.555
- ^{cxí} En psicoanálisis :la concentración de deseos sobre algún objeto e idea; también la cantidad de deseos así concentrados.
- ^{cxii} Freud, S,” Análisis Terminable e Interminable “1937, OC. T.III, Ed. Nueva, Madrid, 1968
- ^{cxiii} Miller, J.-A., Conferencias porteñas, t.III, Paidós, Bs. As., 2010
- ^{cxiv} Kardiner A., “Mi análisis con Freud”, México, Joaquín Mortiz, 1979.

LOS AUTORES

María del Pilar Bolpe: Licenciada en Psicología, UNLP. Ayudante alumna en la cátedra de Psicopatología 1 de la Facultad de Psicología de La Plata. Ex becaria de entrenamiento de la CIC.

Nicolás Campodónico: Licenciado en Psicología. Doctorando en Psicología. Realizando la Especialidad en Clínica Psicoanalítica con Adultos en la Facultad de Psicología de La Plata. Becario de Investigación tipo A de la Universidad Nacional de La Plata. Ayudante diplomado ordinario e investigador en la cátedra de Psicopatología 1 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

Nora Carbone: Licenciada en Psicología. Ex residente de Psicología del Hospital “Sor María Ludovica” de La Plata. Ex jefa de residentes de Psicología del Hospital “Sor María Ludovica” de La Plata. Jefa de Trabajos Prácticos ordinaria e investigadora de la Cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de la Plata. Realizando la Especialidad en “Clínica psicoanalítica de adultos” de la UNLP. Profesional supervisora de la Secretaría de Niñez y Adolescencia de la Pcia de Bs. As.

Julieta De Battista: Doctora en psicopatología de la universidad de Toulouse y Licenciada en psicología de la UNLP. Docente e investigadora de las cátedras de Psicopatología I y Teoría psicoanalítica. Becaria de formación superior de la UNLP, además fue becaria del gobierno francés y del ministerio de salud de la nación. Ex residente y jefa de residentes del HIEAC A. Korn.

Anahí Evangelina Erbetta: Licenciada y profesora en Psicología (UNLP) Docente e investigadora de la Cátedra de Psicopatología I, Facultad de Psicología UNLP. Ex becaria de investigación de la Facultad de Psicología. Residente de Psicología HIGA Prof. Rodolfo Rossi, La Plata.

Martina Fernández Raone: Licenciada Psicología. Doctorando en Psicología. Realizando la Especialidad en Clínica Psicoanalítica con Adultos en la Facultad de Psicología de La Plata. Becaria Tipo A en Investigación de la UNLP. Ayudante Diplomada e investigadora en la Cátedra Psicopatología 1.

Marina Fogola Arena: Licenciada en Psicología. Adscripta graduada e investigadora en la cátedra de Psicopatología 1. Realizando la Especialidad en Clínica Psicoanalítica con Adultos en la Facultad de Psicología de La Plata. Pasante del Servicio de Externación del Hospital A. Korn de Melchor Romero.

Mara García: Licenciada y Profesora en Psicología. Adscripta graduada y colaboradora en investigación en la cátedra de Psicopatología 1.

Mercedes Kopelovich: Licenciada y Profesora en Psicología, UNLP. Residente de Psicología del HIGA Gral. San Martín de La Plata. Adscripta graduada y colaboradora en investigación de la cátedra Psicopatología I, Facultad de Psicología, UNLP.

Andrea López Bonanni: Licenciada en Psicología. Adscripta graduada e investigadora de la cátedra de Psicopatología I. Residente del HIGA Rossi.

Diana Edith Lozano: Licenciada y profesora en Psicología (UNLP) Adscripta y Colaboradora de investigación de la Cátedra de Psicopatología I, Facultad de Psicología UNLP. Realizando la Especialización en Clínica Psicoanalítica UNLP.

María Inés Machado: Licenciada y profesora en Psicología de la UNLP. Ayudante Ordinaria e investigadora de la cátedra de Psicopatología I de la Facultad de Psicología de la UNLP. Ex residente de Psicología y ex becaria posresidencia de psicología en el H.Z.G.A. "Mario Larraín". Actual Psicóloga de Planta de dicho hospital.

Julia Martín: Licenciada y Profesora en Psicología, U.N.L.P. Ayudante Diplomado Ordinario e investigadora de la cátedra Psicopatología I, U.N.L.P. Ex residente y ex jefa de residentes de Psicología del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Psicóloga del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Gral. San Martín de La Plata. Ex rotante del Centre Hospitalier Sainte-Anne (París), Clinique Laborde (Blois), Centre Hospitalier CESAME (Angers) y Maison Verte (París).

Nicolás A. Maugeri: Adscripto alumno y auxiliar alumno en investigación de la Cátedra de Psicopatología de la Facultad de Psicología.

María Luján Moreno: Licenciada y Profesora en Psicología. Ayudante Diplomado ordinaria e investigadora de la Cátedra Psicopatología I. Ex Residente de Psicología del Hospital “Sup. Sor María Ludovica” de La Plata. Ex Jefe de Residentes del Hospital “Sup. Sor María Ludovica de La Plata. Ex Becaria del Hospital “Sup. Sor María Ludovica” de La Plata.

Graziela Napolitano: Doctora En Psicología (UNLP). Profesora Titular Psicopatología 1 y Desarrollos de la Teoría Psicoanalítica (UNLP). Directora Especialización “Clínica Psicoanalítica Adultos”- UNLP. Directora Colecciones “Clínica y Psicopatología: los conceptos y su historia.”; “Psicoanálisis: estudios e investigaciones universitarias.” Editorial de la Campana La Plata. Directora Investigación Programa de Incentivos UNLP: Estructura y función del síntoma obsesivo en neurosis y psicosis. (2010-2013). Miembro EOL y AMP

Gastón Piazze: Medico Psiquiatra. Jefe de trabajos prácticos e investigador de la cátedra de Psicopatología 1. Jefe de trabajos prácticos e investigador de la cátedra de Psicopatología 2. Ex Residente de Psicología del Hospital “Sup. Sor María Ludovica” de La Plata.

María Cristina Piro: Licenciada en Psicología. Profesora adjunta a cargo de la cátedra de Psicopatología II. Facultad de Psicología. U.N.L.P. Ex-residente del HIGA Sor María Ludovica de La Plata. Investigadora. Secretaria de Extensión de la Facultad de Psicología.

María Romé: Licenciada y Profesora en Psicología UNLP. Residente en el Hospital de Niños “Sor M. Ludovica” de La Plata. Realizando la Carrera de Especialización en Clínica con niños y adolescentes. Ayudante diplomada e investigadora en la cátedra de Psicopatología I. Ex-rotante del Centre Hospitalier Sainte-Anne (Paris).

Estela Soengas: Psicóloga. Jefa de trabajos Prácticos Ordinario e investigadora de la Cátedra de Psicopatología 1. Psicóloga consultora del servicio de psiquiatría y psicología del hospital "Dr. Ricardo Gutiérrez" de La Plata. Ex- jefa del consultorio externo, de psicología del hospital "Dr. Ricardo Gutiérrez" de La Plata.

Graciela Sosa Córdoba: Psicóloga. Ex Psicóloga del servicio de psicopatología del Hospital de Niños “Sor M. Ludovica”. Ex Instructora del Hospital de Niños “Sor M. Ludovica”. Miembro del Comité de Ética Clínica del Hospital de Niños “Sor M. Ludovica”. Colaboradora en investigación en la cátedra Psicopatología 1 de La Facultad de Psicología de La Plata.

Jesica Varela: Licenciada en Psicología. Becaria Tipo A en investigación de la UNLP. Inscripta a la carrera del Doctorado. Adscripta y colaboradora en investigación a la cátedra Psicopatología I.

Luis Horacio Volta: Licenciado y profesor en Psicología (UNLP) Docente de grado y posgrado e investigador de la Cátedra de Psicopatología I, Facultad de Psicología UNLP. Especialista en Psicología Clínica de Adultos. Magíster en

Psicopatología (Universidad Rennes II) Ex residente y actual instructor de residentes de Psicología HIGA Prof. Rodolfo Rossi, La Plata.

Silvia Zamorano: Licenciada en Psicología. Especialista en clínica de adultos. Ayudante diplomada e investigadora en la Cátedra Psicopatología I de la Facultad de Psicología. UNLP. Ex residente de psicología del Htal Mario Larrain de Berisso. Jefa de Servicio. Hospital Zonal Especializado en Drogadependencia y Alcoholismo Reencuentro.

Sergio Zanassi: Licenciado en Psicología (UNLP) Docente e investigador de la Cátedra de Psicopatología I, Facultad de Psicología UNLP. Curso la Carrera de Especialización en Clínica Psicoanalítica UNLP. Doctorando en Psicología, UNLP. Egresado del ICBA (Instituto Clínico de Buenos Aires- Enseñanza e investigación en psicoanálisis)