

A  
V  
I  
D  
A  
R  
G

II Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis



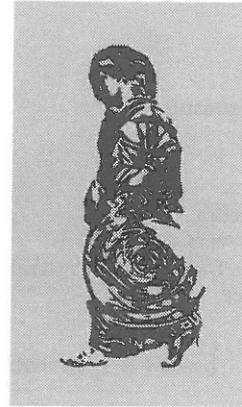
**HOMENAJE A FREUD:  
LA HISTERIA 100 AÑOS DESPUÉS**

---

**GRADIVA**

Associació d'Estudis Psicoanalítics

II Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis



**GRADIVA**

Associació d'Estudis Psicoanalítics

**HOMENAJE A FREUD:  
LA HISTERIA 100 AÑOS DESPUÉS**

---

Barcelona, 17 y 18 de Noviembre de 1995

**GRADIVA**  
**Associació d'Estudis Psicoanalítics**

**JUNTA DIRECTIVA**

PRESIDENTA:	María Elena Sammartino
VICE-PRESIDENTE:	Jerónimo Erviti
SECRETARIA:	Margarita Solé
TESORERA:	Tesi Cabo
VOCALES:	Montserrat Cruellas Graciela Davidovich María Teresa de Diego Joana Hernández

**COMITÉ ORGANIZADOR DE LAS JORNADAS**

<i>Coordinadora:</i>	Graciela Davidovich	Tesi Cabo
	Eduardo Braier	Montserrat Cruellas
	María Elena Sammartino	Joana Hernández
	María Luisa Siquier	Margarita Solé

**MODERADORES DE LAS JORNADAS**

Eduardo Braier	Andrés Cabo
Tesi Cabo	Gloria Cueva
Montserrat Cruellas	Graciela Davidovich
Jorge Del Río	Jerónimo Erviti
Joana Hernández	Nuria Mata
Montserrat Moncunill	María Elena Sammartino
María Luisa Siquier	Margarita Solé

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

© GRADIVA, 1996  
 Associació d'Estudis Psicoanalítics  
 Putget, 81, 4º 2ª  
 08023 Barcelona

I.S.B.N. 84-605-5489-9  
 Depósito legal: B-33.002-96

PRODISA, S.L.  
 Barcelona

**Índice**

<b>Prólogo</b> .....	5
<b>Homenaje a Freud: 1895, el secreto develado</b>	
María Elena Sammartino .....	7
<b>Mesa redonda: La Histeria, 100 años después</b>	
Lucy Bermann, <i>La histeria: entre Klein y Bion</i> .....	13
Ana Martínez Westerhausen, <i>¿Dónde están las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N. ...?</i> .....	21
Jaime Szpilka, <i>La histeria, cien años después</i> .....	31
<b>Ponencias libres</b>	
Hiltrud Amuser, <i>Lou Andreas Salomé</i> .....	41
Clara Arnó, <i>Genital Love</i> .....	45
Adolfo Berenstein, <i>Freud-Charcot, 100 años atrás</i> .....	50
Carlos Blinder, <i>Una histeria de fin de siglo</i> .....	56
Eduardo Braier, <i>Fantasías de seducción y fantasías 'perversas' en la histeria femenina</i> .....	61
Montserrat Canal, <i>El duelo por la muerte del padre: una adolescente en busca de identidad</i> .....	67
Miguel Díaz, <i>¿Quién me contesta: qué es ser un hombre?</i> .....	74
Perla Ducach-Moneta y Yolanda La Torre, <i>El sueño de la inyección de Irma. Cien años después</i> .....	79
Maite Fernández, <i>La deuda que el psicoanálisis tiene con la histeria: ¿Es suficiente con sólo reconocerla?</i> .....	87
Aurelio Gracia, <i>Dos comentarios clínicos sobre la histeria en el hombre</i> .....	92
Ramón Riera, <i>Histeria y narcisismo</i> .....	95
Beatriz Salzberg, <i>¡Socorro! ¡Auxilio! ¿Soy mujer?</i> .....	99

## Mesa redonda: La clínica de la histeria, hoy

Bernardo Arensburg, <i>Histeria y depresión</i> . . . . .	107
Valentín Barenblit, <i>Consideraciones acerca de la configuración edípico-narcisista</i> . . . . .	115
Joël Dor, <i>La histeria masculina hoy</i> . . . . .	122

## Conclusiones y cierre de las Jornadas

María Luisa Siquier . . . . .	125
-------------------------------	-----

# Prólogo

**Freud** asignó al año 1895 una significación inaugural. Escribe a Fliess en 1900: “¿crees que en esta casa (en Bellevue) podrá leerse algún día una placa de mármol que diga así?: AQUÍ, EL 24 DE JULIO DE 1895 SE LE REVELÓ AL DR. SIGMUND FREUD EL ENIGMA DE LOS SUEÑOS”. Se trataba del sueño de la Inyección de Irma.

Ese mismo año se produjo otro acontecimiento fundacional: la introducción, en el mundo de la cultura, de los descubrimientos freudianos vinculados al tratamiento de la histeria. Con la publicación de los *Estudios sobre la Histeria* se instaura una nueva posición teórica sobre el psiquismo humano y se desarrolla el primer instrumento para el examen científico de la mente.

Un siglo después del sueño de la Inyección de Irma y de la publicación de los *Estudios sobre la Histeria*, el 17 y 18 de noviembre de 1995, GRADIVA -Associació d'Estudis Psicoanalítics- organizó en Barcelona un homenaje a Sigmund Freud, en el marco de sus Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis.

Lugar de encuentro y diálogo de las distintas vertientes del Psicoanálisis, el homenaje transcurrió a través de la exposición y confrontación de ponencias teóricas y clínicas elaboradas en torno a un tema común: “La Histeria 100 años después”.

En un clima cálido y estimulante por su rigor científico, se desarrollaron dos mesas redondas: “La Histeria, 100 años después” y “La clínica de la Histeria, hoy”. Finalizada cada una de las mesas, se constituyeron grupos de trabajo en los que el público debatió ampliamente las ponencias. El otro eje científico de las Jornadas giró en torno a la presentación de 12 ponencias libres seguidas, cada una de ellas, por un debate vivo y enriquecedor.

Ponentes y público compartieron dos jornadas de fructífero trabajo centrado en el tema de la Histeria, compatibilizando el recuerdo y homenaje al fundador del Psicoanálisis con el testimonio vivo del interés por la creación y la investigación permanente.

Esta publicación recoge la totalidad de los trabajos presentados. La riqueza del intercambio científico y humano, aún en la divergencia, pertenecerán al recuerdo de cada uno.

Barcelona, mayo de 1996

GRADIVA  
Associació d'Estudis Psicoanalítics

# Homenaje a Freud: 1895, el secreto develado

MARÍA ELENA SAMMARTINO ROVIROSA

**Corría** el año 1885 cuando el joven Freud atraviesa por primera vez el monumental arco de piedra que se abre a los jardines del Hospital de la Salpêtrière, en la margen izquierda del Sena, junto a la estación de Austerlitz. Antiguo Hospital General de los Pobres de París, la Salpêtrière había acogido en un régimen carcelario hasta finales del siglo XVIII, una corte de enfermos, huérfanos, prostitutas y dementes. Philippe Pinel, primero y el profesor Charcot, después, revolucionaron la vida de la corte del Hospital de Pobres. Charcot, el bautista, daba nombre y lugar a cada una de las enfermedades nerviosas, Charcot el mago, el genio, el artista, recuperó del baúl de las miserias una enfermedad mental hasta entonces imaginaria o uterina: la histeria. Charcot fascinó a Freud. París y Notre-Dame fascinaron a Freud. Pero dos cosas impactaron al joven neurólogo: la psicopatología y esa escena repetida en el pabellón de la Salpêtrière en la que se hacía patente que, sin mediar la conciencia, las ideas producían efectos somáticos. Y una vez más, y una más entre tantas otras veces, Freud se dejó envolver, transformar, embarazar por aquello que impactaba su mente, mente dúctil, tierra fértil, hetaira anhelante, receptiva y apasionada que atesora las simientes hasta el tiempo de la siega.

Sólo tres años antes, Breuer había dejado caer otra semilla que quedaría latente a lo largo de 7 años. Breuer y Anna O. Él, observador atento, escucha amorosa, pensador receptivo. Ella, original, cultivada, imaginativa, exigente, reclamaba oídos para aquel mundo secreto y antiguo que la mantenía atrapada.

Doble conciencia, catarsis, escucha respetuosa, aportes de Breuer que hicieron un día dudar a Freud. “¿Quién descubrió el Psicoanálisis?” -se preguntaba en 1910-. Pero sólo cuatro años más tarde afirma: “*El Psicoanálisis es creación mía, yo fui durante 10 años, el único que se ocupó de él*”. Y continúa diciendo: “*Tal vez debía apreciar el procedimiento catártico de Breuer como un estadio previo al Psicoanálisis y fijar el comienzo de éste sólo en el momento en que yo desestimé la técnica hipnótica e introduje la asociación libre.*”

De la hipnosis a la asociación libre: largo camino.

Cosechas escasas, año tras año. Tiempo de incubación, de mestizaje, de incompreensión y soledad.

Pero el genio de Freud avanza sin descanso, obtiene frutos inesperados aliando el saber médico adquirido, la cultura que lo marca, la pasión por la verdad...y el camino que **ellas** le trazan. Ellas: Emmy, Cecilia, Lucy, Katharina, Elizabeth, tras el surco abierto por la primera musa, Anna O.

Ellas padecen alucinación y fobia, dolor y abatimiento, parálisis y ahogo. Son cuerpos extraviados y mentes lúcidas a la búsqueda de una escucha diferente.

Y si es Freud quien se atreve por primera vez a aplicar el método catártico con Emmy y a correr tras las huellas de la historia de cada síntoma, es Emmy quien se apodera del método, habla y recuerda libremente fuera del estado hipnótico, y pone así en movimiento otro engranaje en la historia del Psicoanálisis: el que llevará a lo largo de los **Estudios sobre la Histeria**, al nacimiento de la asociación libre.

El año 1892, fue crucial. Freud y Breuer publican **El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos**, la futura **Comunicación preliminar**. “*El histérico padece de reminiscencias*”, dicen ambos, y el método catártico va develando el secreto escondido tras el síntoma, recoge el llanto y la ira silenciados, da lugar a las palabras que dicen el sentir. La **Comunicación** no acaba allí. **Defensa, represión** y a partir de Miss Lucy R, la **resistencia**, vértebras del futuro con que había topado la imparabla reflexión a que Freud somete la clínica en el camino que va de la hipnosis y la sugestión hasta la asociación libre.

Elizabeth von R es la última musa de los **Estudios**, el primer análisis completo de una histeria, dice Freud. Terminó con ella de gestar un procedimiento que luego elevaría a la condición de método: “*la remoción del material patógeno estrato por estrato*”, una técnica para la “*exhumación de una ciudad enterrada*”.

Elizabeth no se dejó hipnotizar, Elizabeth quiso hablar y Freud exigió, entonces, su palabra. Y Elizabeth habló de su reminiscencia escondida pero también de aquella sensación de “*no avanzar un paso*”. Y Freud pudo entonces pensar la palabra que marcaba al cuerpo.

Teoría y técnica avanzan sin freno a lo largo de los **Estudios** y culminan en el año de su publicación, 1895, en que Freud escribe el capítulo final: Sobre la Psicoterapia de la Histeria, donde confiere *status* a la **represión** y la **resistencia**, esboza en un contexto restringido el concepto de **transferencia**, y realiza la más detallada exposición acerca del método de la **asociación libre**, por poco tiempo ligado aún a la búsqueda de las huellas del síntoma.

Y hemos llegado así a 1895. ¿Qué ocurría aquel año en otros ámbitos de la cultura?

En 1895 Paul Cezanne pinta Los Jugadores de Cartas mientras Toulouse-Lautrec decora con sus murales el cabaret de La Gouloue, en París.

Nietzsche publica **El anticristo**, fallece Engels, se descubren los Rayos X.

Mayo de 1895. Se publican los **Estudios sobre la Histeria**. Herida abierta en el seno mismo de la sociedad, la cultura y la ciencia, el Psicoanálisis develó allí un hombre escindido, ignorante respecto de sí mismo, incapaz de dominar, ya no sólo el cuerpo, sino tampoco el alma.

Más cerca de la intuición del poeta que del saber médico, la genialidad del descubrimiento freudiano encontró eco más sonoro en algunos literatos que en los círculos médicos. Trece años después de la publicación de los **Estudios**, apenas 600 ejemplares habían encontrado comprador.

Pero 1895 no fue sólo la meta de los **Estudios sobre la Histeria**. La pasión incentivaba sin descanso el trabajo intelectual de Freud. En el verano de 1895 Breuer escribía a Fliess: “*la inteligencia de Freud está alcanzando su máxima altura. Lo sigo con la vista como una gallina que contempla el vuelo de un halcón*”.

En el mismo mes en que se publicaron los **Estudios sobre la Histeria**, Freud

se encontraba absorbido por dos ambiciones: introducir el enfoque cuantitativo en el funcionamiento psíquico y extraer de la psicopatología lo que fuera útil para la psicología normal.

Entre septiembre y octubre de 1895 escribió para Fliess todos los pensamientos que había gestado en medio de una gran tormenta intelectual y emocional: se trataba del **Proyecto de una Psicología para Neurólogos** que fue abandonado poco después. Ignorado incluso en su autobiografía, el **Proyecto** contenía esbozadas ideas fundamentales para el futuro Psicoanálisis. De hecho, el capítulo VII de la **Interpretación de los Sueños** recogerá conceptos básicos de la **Psicología**: la metapsicología releva a la neurología y, sin abandonar jamás la clínica novelada, Freud irá aún más allá, al encuentro del destino y los mitos.

El genio de Freud desplegado a lo largo de 1895 no se agota allí. En junio de 1900, instalado en la casa de veraneo de Bellevue, escribe a Fliess una carta oracular, cargada de poesía y humor. Escuchémoslo:

“*..la vida en Bellevue es muy agradable para todos. Las mañanas y las noches son deliciosas; después de las lilas y del laburno, las acacias y el jazmín perfuman ahora el aire. Las rosas silvestres están en flor, y me parece como si todo esto hubiese ocurrido de pronto,*

*¿Crees que en esta casa podrá leerse algún día una placa de mármol que diga así?*

AQUÍ, EL 24 DE JULIO DE 1895

SE LE REVELÓ AL DR. SIGMUND FREUD

EL ENIGMA DE LOS SUEÑOS”

24 de julio de 1895. Freud tiene 39 años. “*Propil, propils...ácido propiónico...trimetilamina*”. Freud, el soñador de sueños, interroga su propio sueño con el arma más fina que ha construido con sus pacientes: la asociación libre. Y el inconciente habla y cuando habla devela su secreto, secreto ya intuído y ahora confirmado por ese sueño histórico, el primero en ser analizado palabra por palabra, imagen tras imagen: el Sueño de la Inyección de Irma.

Los sueños son realización de deseos, e ahí el enigma, su más bello descubrimiento.

En 1895 Freud desconocía el alcance del secreto develado, pero lo intuía. Poco después diría a Fliess: “*En los sueños se encierra, como en una cáscara de nuez, la psicología de las neurosis*”.

1895-1995. A lo largo de este siglo hombres y mujeres se han inspirado en el pensamiento freudiano para continuar explorando, descubriendo y creando, dentro y fuera del saber psicoanalítico. Esos aportes han permitido repensar desde distintos vértices la obra de Freud sin que ésta haya perdido por ello su vigencia.

Hoy, GRADIVA, abre un espacio para seguir pensando, para que el intercambio estimule el trabajo y la creación, ya que no hay mejor homenaje al fundador que testimoniar que sigue viva su pasión por la verdad.

**MESA REDONDA:**

**LA HISTERIA,  
100 AÑOS DESPUÉS**

# La histeria: entre Klein y Bion

LUCY BERMANN

*“Vosotros que tenéis la mente sana,  
observad la doctrina que se enconde  
bajo el velo de versos enigmáticos”.*

## La Divina Comedia

**NO** sin cierto asombro se me volvió evidente, y también a colegas a los que consulté, que no sólo el diagnóstico nosológico de histeria sino también el uso freudiano habitual había ido progresivamente perdiendo vigencia en nuestra tarea, y entonces el peso de la herejía cayó sobre mí.

En nuestra tarea no eran, desde ya, la preocupación central los diagnósticos psiquiátricos; y diría que no demasiado el tipo de neurosis: el eje parecía haberse desplazado a la posibilidad de calibrar la fuerza de las partes psicóticas de la personalidad en términos de Bion y su interrelación con los aspectos más saludables.

¿Cómo se había -o habíamos- llegado a este punto?

Melanie Klein no era médica ni psiquiatra. Dotada, sobre todo, de una gran intuición clínica, se convirtió, a partir de la utilización del método psicoanalítico con niños, en una arriesgada exploradora de la mente, de la vida emocional, de las fantasías inconscientes que están en el centro de la vida psíquica. Esto le permitió conectarse con lo que denominaría las ansiedades primitivas o arcaicas, y poner en palabras e imágenes -y también en teorías- el funcionamiento mental en sus inicios.

El verdadero aporte kleiniano fue su primer descubrimiento: es decir cuando se percató, a través del informe de los niños, de que hay un interior de los cuerpos de sus madres, así como hay también un interior de sus propios cuerpos. Estos lugares internos parecen poblados y las cosas que allí acontecen se vivencian de un modo concreto y poseen una influencia predominante sobre el psiquismo: la cuestión clave es esa cualidad de concreto de la realidad psíquica y su prevalencia en las modificaciones de los estados mentales.

Pudo delinear una categoría de fenómenos que llamó los estadios precoces del complejo de Edipo y comenzó a describir unos tipos particulares de relaciones de objeto, con defensas específicas y ansiedades básicas diferentes.

En aquella época pensaba que el estado mental de los niños pequeños era, en sus aspectos fundamentales, el mismo que en las enfermedades mentales. Tendía a hablar como si el niño atravesase padecimientos equivalentes a la esquizofrenia, a la manía y a la melancolía. En un principio, el término de posición tenía relación con la teoría de Freud de los puntos de fijación. La enfermedad mental era efecto de los fallos en un desarrollo regido por la continuidad psicológica.

posiciones no tienen entonces ninguna relación especial con el desarrollo en términos de fases evolutivas; tampoco, con las configuraciones patológicas. Pero sí pueden considerarse como una referencia general, otra perspectiva para enfocar todas las fases evolutivas y también la psicopatología.

El mejor conocimiento del funcionamiento mental primitivo, aun cuando las teorías fueran confusas, alentó la investigación, por lo tanto, de aquellas patologías que tradicionalmente no parecían accesibles al análisis, en un principio la psicosis, luego las llamadas patologías narcisistas, los *borderline*, etc. Y la histeria, según dice Bleanonu, es la parienta pobre de la galería de los retratos clínicos ejecutados por los kleinianos.

Sin embargo, quizá de rebote, algún rayo iluminó aquellos aspectos más primitivos de la histeria. Una neurosis en la que el conflicto edípico aflora en los niveles fálicos y orales será fatalmente modificada cuando el Complejo de Edipo se vuelve temprano. Paradojalmente, no fue un discípulo quien puso de relieve la relación de la histeria con la teoría kleiniana, sino un analista proveniente de la filosofía de la ciencia. Wisdom habla no sólo de la importancia de los mecanismos esquizoides en la formación del conflicto, sino de que las relaciones históricas conciernen a objetos parciales.

El descubrimiento de la importancia de la disociación en el sistema yo-vínculo-relación de objeto debe ser acreditado a Fairbairn y a Klein, que fueron estimulándose mutuamente en sus observaciones. Aunque los puntos de vista respectivos diferían en más de un sentido (ella decía, entre otras cosas, que la aproximación de Fairbairn era desde el ángulo del desarrollo del yo en relación con los objetos, mientras que la suya era desde el ángulo de las ansiedades y sus vicisitudes), Klein se enfrentaba a una idea similar: una clase de disociación especial que llevaba a una parte profundamente inconsciente de la mente a un sistema de relación de objeto primitiva inmodificada. Fairbairn relacionó los estados de disociación en la histeria con la fragmentación de la esquizofrenia.

Me gustaría referirme a un trabajo actual que, creo, refleja este estado de la teoría y de la clínica, el de Eric Brenman sobre el tema que nos ocupa. Piensa que es válido postular la existencia de una organización defensiva histórica de la psicosis y para ser quizá más coherente, prefiere hablar del carácter histórico.

Propone que el estado mental del histérico es una combinación de negación de ansiedades catastróficas, por un lado, y la exageración de dichas ansiedades, por otro. No se trata de la ambivalencia ordinaria, sino como de dos identidades separadas que ocupan la misma personalidad y se alternan en ejercer su control. Esto puede manifestarse como una identidad cambiante o una disociación excesiva, en la que la histórica se muestra por un lado como la de la *belle indifférence* y, por otro, sufriendo síntomas invalidantes.

Describe los vínculos que establece el histérico con los objetos externos vivientes de esta forma: dicho objeto externo es utilizado fundamentalmente para sostener y prevenir crisis más serias que puedan conducir a la depresión o a la desintegración esquizofrénica. Es decir que la relación objetual externa se presenta como relación con un objeto total, pero es de carácter esencialmente narcisista, es decir que un objeto aparentemente total es usado como objeto parcial para evitar la crisis. Se exige amor para el *self* omnipotente y falso: es el amor engañoso del narcisismo infantil.

El uso que hace el histérico del objeto externo supone una agresión hacia su propia realidad mental. Parece disponer de una diversidad de métodos a través de los cuales utiliza su objeto con el fin de negar la verdad psíquica. Emplea en forma especial la persuasión y suele ser insistente en la búsqueda de pruebas para convencer de 'su' verdad, intentando conseguir la complicidad del objeto. La propaganda persuasiva aparece tan organizada que puede ofrecer pruebas de que cierto estado es "verdadero".

La consecuencia es no poseer objetos internos que los sostengan para alimentar la parte auténtica e independiente de la personalidad. Los pacientes introyectan objetos dañados y persecutorios de los que tienen que defenderse. Por lo tanto, contienen impulsos primitivos que no han sufrido modificación alguna, así como un severo superyó. Como resultado de este *modus vivendi* tienen que defenderse de la catástrofe psíquica. Por tanto postula dos procesos en tanto la mentira histórica se desmorona: o bien el paciente se hunde en la depresión y aparece el peligro de suicidio, o bien acecha la fragmentación del yo. Es decir que intentan ser unos históricos exitosos buscando la colusión con otras personas. Pero cuando algo les pasa a esos objetos vivientes, fallecen o se marchan, el paciente se encuentra solo, a merced del superyó.

Según Brenman, el histérico le plantea al analista los problemas siguientes: dependencia ávida, dedicación siempre presente y adoración; comprensión de que existe una catástrofe absolutamente insoportable; presión en el sentido de que el analista niegue todo lo anterior y le diga al paciente que todo está perfecto y que es una persona encantadora; presión, también, para que el analista asuma la culpa y la responsabilidad; y presión para que se entregue amor y se conceda aprecio a falsas virtudes sin examinarlas de veras ni ponerlas en duda. El autor enfatiza el poder de estos pacientes para cambiar la realidad psíquica de los otros, del analista por supuesto, queriendo hacerle creer que su mundo es el único que tiene significado. Son numerosos los ataques hacia el verdadero saber y hacia las preguntas que se les formulan.

Es interesante la relación que describe a propósito de las múltiples identificaciones y su engarce con la verdad. Brenman señala que los pacientes de este tipo recortan y cambian identidades para destruir el conocimiento intuitivo de lo que es real y verdadero. La labilidad de las identificaciones con el objeto es usada para evitar la verdad acerca de sí mismos, porque esta verdad podría llevarlos a la locura.

A partir de conceptos bionianos, Brenman intenta describir también lo que sería una madre histerógena. Ésta presentaría la combinación siguiente: Es una madre que se siente abrumada por la angustia y la transmite con una cualidad de catástrofe. Pero al mismo tiempo le ofrece una panacea al bebé: le quiere hacer creer que todo está perfecto y que ella está absolutamente segura, ofreciéndole una imagen omnipotente e idealizada de sí misma. Atiende al hijo con un cuidado excesivamente indulgente, con exceso de dedicación y con intensa estimulación sensual. Se ofrece, por un lado, como modelo que alienta la negación de la realidad psíquica y, por otro, como un objeto de amor para evitar la catástrofe.

Y aclara que si bien es cierto que una madre histerógena puede coadyuvar al desarrollo de un carácter histérico, también se puede dar un infante que no pueda soportar el dolor en función de su envidia y de su avidez y, entonces, podría "alucinar" a una madre semejante y rechazar a la madre suficientemente buena y

hacer que ésta se sienta culpable y sin valor por no haberle podido proporcionar respuestas a sus exigencias.

Como se ve, es otra mirada la que recorta y analiza. No es que la descripción freudiana de la histeria se haya desechado: sigue tal cual, pero la lupa se ha enfocado en caracterizar las relaciones de objeto, en relacionarlas con tipos específicos de ansiedades, en clarificar los aspectos más primitivos.

Quizá lo que más llama la atención del trabajo es el vaivén entre describir esta organización y la afirmación de que muchos de estos rasgos se pueden encontrar en otras patologías. Impacta el esfuerzo en seguir a Freud en sus concepciones metapsicológicas intentando, al mismo tiempo, ampliarlas con las descripciones kleinianas de sus peculiares relaciones de objeto, de sus vinculaciones con las ansiedades persecutorias y depresivas, incorporando también conceptos bionianos como el de mentira y reverie. Y choca también, a mi modo de ver, una cierta falta de convicción en la pertinencia de este intento, esto es, el forzamiento conceptual.

Con el desarrollo del pensamiento kleiniano, el movimiento entre las posiciones comienza a ser descrito como una oscilación continua entre ambas. Es Bion quien fija esta nueva perspectiva. Se comienza a pensar que estos conceptos no tienen ninguna relación especial con el desarrollo en términos de fases evolutivas, ni relación específica con las configuraciones patológicas, pero que sí implican una referencia a todas las fases evolutivas y a las diversas configuraciones psicopatológicas. Clínicamente se pueden examinar casi todas las crisis evolutivas como transiciones y oscilaciones entre las posiciones esquizoparanoide y depresiva.

Al mismo tiempo se van especificando y discriminando conceptos como psicosis y esquizofrenia. Los mecanismos de defensa pierden su especificidad. De acuerdo al modelo kleiniano son fantasías inconscientes. Por lo tanto la descripción y los nombres que se les pueden otorgar son potencialmente infinitos, como la imaginación. En el marco de M. Klein tienden a ser cada vez menos, ya que se reconocen factores comunes en las fantasías operativas. Así se produce una concentración a muy pocos mecanismos de defensa; los procesos de escisión, la identificación proyectiva, el control omnipotente. Casi todos los estados mentales se pueden describir como variedades de las combinaciones de estas tres categorías. Claro está, sin dejar de tener en cuenta sus modos de empleo, los motivos por los que se despliegan, el grado de sadismo o de gentileza en su uso y el grado de omnipotencia con que se infiltran.

El punto de mira es de qué manera afronta el individuo el dolor mental. ¿Con qué estructura? ¿Es ésta unívoca, o está compuesta de diferentes partes y, en tal caso, cuáles? ¿Qué y cómo conserva la mente de sus experiencias vitales anteriores? ¿Cómo las ha integrado en su aparato psíquico? ¿Qué ha aprendido de su experiencia y cómo ha modificado ésta su personalidad? ¿Cómo ha ido estructurando el individuo su aparato mental a través de su relación con los objetos, primero externos y luego internalizados? ¿En qué nivel de funcionamiento están las distintas dimensiones de su aparato psíquico?

Cito a Meltzer: "Cuando tratamos de hacernos una idea de la concepción metapsicológica acerca de un paciente, la estructura de la personalidad sigue siendo la preocupación fundamental y con ello quiero significar:

- cómo seguiría la parte infantil en la estructura global del paciente
- cuales son las cualidades de los objetos internos y sus relaciones mutuas - en

qué medida ha surgido la parte adulta de la personalidad a través de la introyección y de la identificación con los objetos internos

-si existen partes de la personalidad que parecen estar viviendo constantemente dentro de un objeto y, en este sentido, en un estado psicótico

-si existen áreas de la personalidad que están funcionando de una forma a-mental."

Si la que intentamos estudiar la estructura adulta, la organización narcisista, las tendencias psicóticas y las áreas a-mentales.

Como puede observarse, el superyó y el yo de Freud se han disuelto y se han transformado en los objetos internos en la formulación kleiniana. Y es quizás éste el otro desarrollo que se comienza a vislumbrar, una suerte de *continuum* que va desde Freud, pasando por Klein, a Bion y a Meltzer. Dando lugar a un modelo de la mente en algunos aspectos diferentes al modelo freudiano y donde los hallazgos sobre la histeria quedan ¿subsumidos?, ¿redistribuidos?, ¿reubicados? de otra manera.

Una de las consecuencias de la elaboración de estos conceptos estructurales es que el apoyo originario que el psicoanálisis encontraba en las categorías diagnósticas, no vale ya. Cuando se ha llegado a ver al paciente según las categorías expuestas, resulta imposible volver a colocarlo dentro de una casilla de tipo psiquiátrico.

Cuando a Meltzer se le pregunta sobre ciertos temas suele decir: eso ya lo estudió Freud, forma parte de nuestros conocimientos. Y de alguna manera es así, aunque tengo la impresión de que, como en un caleidoscopio que gira, los hallazgos y conceptos se han ido acomodando, distribuyendo, colorándose y brillando de otra manera. El resultado es una visión algo diferente de la mente. Quizá, para tener una visión más gráfica, se podría pensar el funcionamiento mental recurriendo a la metáfora teatral. El modelo se aproxima a un amplio escenario multidimensional. Un estado mental -y quizás también los momentos de enfermedad- se puede considerar como el resultado de una lucha por una posición de primer plano en el escenario, o directamente sobre la pasarela; en esa lucha algunos personajes pierden y se exilian detrás de las bambalinas sólo para reaparecer, a veces, en los momentos menos oportunos. Bion sugiere pensar al paciente como una persona que está utilizando solamente algunos aspectos (arcaicos, infantiles, adolescentes) de su propia personalidad, aspectos que están permanentemente ahí, pero entre bambalinas.

Podemos observar también que si bien es cierto que hay una fluidez en la posibilidad de pasaje de funcionamientos neuróticos a psicóticos en una misma persona, esto no quiere decir que no hay distinción entre lo que sería la psicosis, la neurosis, la perversión o los aspectos adultos. Pero la distinción no es sintomatológica, es metapsicológica. Y un síntoma en el cuerpo -tan propio de la histeria- puede aludir a una reacción narcisista de identificación proyectiva con un objeto enfermo, en la que una parte del cuerpo se identifica con la enfermedad y debilidad del objeto (como en la hipocondría); o puede tratarse de una respuesta basada en el fracaso de la formación de símbolos (del lado de las reacciones psicósomáticas); o se puede tratar de una situación en que una parte del *self* es experimentada como habitando un área determinada del cuerpo, constituyéndose desde allí en un enemigo del *self* (delirio somático); o bien constituye la representación simbólica

de un conflicto emocional que está referido al cuerpo como teatro de la simbolización (la histeria de conversión).

Querría terminar haciendo más algunas consideraciones que Meltzer realiza en la introducción de su libro *Desarrollo kleiniano*. Ciertamente, dice hablando del psicoanálisis, constituye el principal método para la investigación clínica de los orígenes más profundos del desarrollo y funcionamiento de la personalidad. Su metodología y descubrimientos nutren a una serie de disciplinas relacionadas. No obstante, no constituye en sí mismo una disciplina unificada. Se ha desarrollado en varias direcciones, diferentes en métodos, fenomenología y teorías. La dificultad para describir los inefables sucesos que se desarrollan en el despacho ha ampliado la brecha existente entre diferentes líneas seguidas por el psicoanálisis, incluso generando agrupaciones políticas en donde los genuinos desacuerdos, pese a los diferentes puntos de vista, quizás sean mínimos, yo diría no tantos.

Quizá, dice Meltzer, "mi Freud, mi Klein y mi Bion no se correspondan precisamente con el de otras personas; no siempre conforman una feliz relación entre sí y de algún modo esto puede verse en el trabajo". Pero, agrega más tarde, "no son mutuamente excluyentes, sino que se relacionan como raíz, tronco y ramas, con lo que florece y da fruto en el consultorio y esto constituye mi tema, mi postulado y, probablemente, mi fe".

## ¿Dónde están las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Emmy von N. ....?

ANA MARTÍNEZ WESTERHAUSEN

El título que elijo para mi ponencia corresponde a una cita de *J. Lacan*. Se trata concretamente de las primeras palabras que pronuncia en su conferencia de Bruselas de 1977, sobre el tema de la histeria (Propos sur l'hysterie, 26-2-77). El discurso prosigue diciendo que tales histéricas inaugurales del psicoanálisis, jugaban no sólo un cierto rol social, (al sostener a la histeria frente al discurso médico), sino que permitieron el nacimiento del psicoanálisis, pues fue escuchándolas como Freud pudo inaugurar un modo enteramente nuevo de concebir la relación humana, el discurso analítico. A continuación, Lacan se pregunta: ¿Qué es lo que reemplaza (hoy) a aquellos síntomas de antes? ¿Podemos decir que la histeria se desplaza (del campo médico) al campo social? ¿El psicoanálisis mismo no la habrá sustituido, reemplazado?

El trabajo que presento a continuación, en razón al tema que nos convoca hoy aquí a todos: "La histeria, 100 años después", es una búsqueda de respuestas a estas preguntas, ciñéndome para ello en todo momento a la enseñanza de S.Freud y J.Lacan.

Es conocido ya por todos los estudiosos del tema, que la histeria es un tema antiguo, concretamente las primeras referencias encontradas datan del año 2000 a.J.C., y que no deja de interesar tanto a religiosos, como a filósofos y médicos en ninguna época de la historia. Así pues, si bien la histeria no esperó a Freud para existir, sí que sólo él pudo desentrañar su enigma y sentido, así como su causalidad psíquica.

### *Freud y la histeria*

Me interesa destacar en este apartado la existencia en Freud de dos etapas en su encuentro con la histeria. Una, la primera, que podríamos denominar el "buen encuentro o encuentro feliz" con la histeria. Nos referimos con ello a los primeros

tratamientos exitosos de Freud, (ver Estudios sobre la histeria, 1895) en los que las histéricas “se le curaban”. Es en esta etapa cuando Freud, basándose en el estudio del funcionamiento de la histeria, construye sus primeras hipótesis sobre la estructura de las neurosis en general, que entiende como procesos de defensa patológica.

Pero el idilio terapéutico de Freud con sus histéricas -que se apoya en el deseo de la histérica de sostener el deseo del padre- se acaba pronto, dando paso a otra cara de la histeria, igualmente estructural, pero mucho más recalcitrante por su resistencia a la cura. El ejemplo princeps es el caso Dora, que de alguna forma Freud reconoce fracasado, en cuanto concluye con una interrupción del análisis. Y sin embargo es Dora la que más enseña a Freud sobre la estructura de la histeria: sobre la relación al padre, padre impotente, sobre la identificación histérica, sobre el objeto de amor de la histérica, respecto del cual Freud se equivocó de una forma rotunda, así como también acerca de la dinámica intrigante que el sujeto histérico alimenta en sus relaciones personales. Finalmente Dora es un ejemplo ilustrativo del predominio de la sexualidad infantil en la histeria.

Si Charcot dignificó la histeria introduciéndola en el campo de la medicina académica, Freud, guiado por el sujeto histérico mismo, creará una nueva disciplina, un nuevo campo de saber, para y por la histeria: el psicoanálisis. Un nuevo discurso que revolucionará la civilización y acabará repercutiendo, modificándolas y haciéndolas irreconocibles para algunos, las formas mismas de la histeria. Veamos entonces los avatares de la histeria después de Freud.

### *La histeria 100 años después de Freud*

Para abordar este punto, distinguiremos entre lo que ocurre con la histeria postfreudiana en el campo de la psiquiatría por una parte, y en el campo mismo del psicoanálisis por otra.

**La histeria en la clínica psiquiátrica.** Esta clínica, clásicamente dedicada al estudio de la locura, sufrirá una transformación por la influencia de las tesis psicoanalíticas. Se instaura una competencia entre ambas disciplinas, que Freud había soñado complementarias. Así lo dice en 1922 en *Psicoanálisis y teoría de la libido* (1), donde sostiene que, “... si bien la psiquiatría es una ciencia esencialmente descriptiva y clasificadora, que suscribe una etiología somática para las enfermedades nerviosas, y que carece de una explicación para los fenómenos observados, no por ello el psicoanálisis se contraponen a ella, como pudiera hacer pensar la actitud casi general de los psiquiatras. El psicoanálisis, como psicología profunda que es, dice Freud, está llamado a procurar a la psiquiatría una subestructura imprescindible, y a ayudarla a superar sus limitaciones actuales.” Así mismo afirma en ese momento que: “...seguramente en el porvenir, se creará una psiquiatría científica, a la cual habrá servido de introducción el psicoanálisis”.

Se puede considerar que los manuales de psiquiatría de los años 50, de inspiración psicodinámica, de autores como Jaspers, H. Ey, Le François, Guiraud, y Schneider, entre otros, son en cierto modo un esfuerzo por acercarse a dicha orientación integradora. En todo caso inscriben en la psicopatología la clínica de las neurosis descubierta por el psicoanálisis. Pero esta orientación no ha impedido

que la psiquiatría se haya deslizado progresivamente hacia un pragmatismo terapéutico que ha arrasado finalmente con el espíritu y el contenido clínico. La demostración flagrante de ello es el DSM-III y IV, Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, el cual, al decir de un reciente artículo del periodista Vicente Verdú, se ha convertido en “la biblia de las miserias espirituales de nuestro tiempo”, “un volumen de 1.000 pags., traducido a 17 lenguas, con más de un millón de ejemplares vendidos, que es texto de referencia no sólo para médicos o psicólogos, sino también para investigadores, estadísticos, expertos de compañías de seguros, escuelas y tribunales, así como para cualquier ciudadano interesado en el tema. Este manual, que surge en su primera versión en 1952 en EEUU, comprendiendo 106 entidades patológicas, ha ampliado en su 4ª versión de 1995 el número de patologías a 300.” El dato a destacar en relación al tema que nos convoca, es que en este manual universal de la psiquiatría de 1995, 100 años después de que Freud estableciera la enfermedad histérica, la histeria ha desaparecido completamente de la nosografía psiquiátrica. Si en la versión primera del DSM, 1952, aún aparecía el síndrome de trastorno de personalidad múltiple, TPM, formando parte de los síntomas histéricos, en el DSM III, de 1980, el mencionado síndrome es elevado a estatuto de síndrome clínico con entidad propia, perdiéndose ya definitivamente toda referencia a la histeria.

Ahora bien, lo que podemos decir los psicoanalistas, y probablemente algunos psiquiatras también, es que aunque la histeria haya sido borrada del mapa de los manuales psiquiátricos, no por ello deja de existir, camuflada bajo cuadros tan frecuentes y espectaculares, hoy, como son la anorexia, toxicomanías, depresiones, fenómenos psicósomáticos, etc.

**La histeria postfreudiana en el psicoanálisis.** Si bien en el momento germinal de la clínica psicoanalítica eran las grandes histerias convulsivas y conversivas las que estaban de moda, Freud nos advierte inmediatamente que la clínica histérica no se limita a la conversión, sino que incluye también, como ejemplifica él mismo con el caso de Emmy von N. (*Estudios sobre la histeria*) o con el protagonista masculino de *Una neurosis demoníaca del siglo XVII*, de 1923, otro tipo de síntomas psíquicos como son los delirios, las alucinaciones, las fobias, la angustia, la depresión, etc. Así pues, no hay que olvidar que la clínica freudiana de la histeria abarca todo un campo amplio de manifestaciones habitualmente descritas como psicóticas, que Freud mismo ya recogía con el término de psicosis histérica o neuropsicosis. Aquí tal vez sea conveniente recordar que el término neuropsicosis lo toma Freud de la psiquiatría clásica, concretamente de Kraft-Ebing. Dicho término hace alusión a la neurosis concebida como trastorno funcional somático, que puede cursar con manifestaciones nerviosas reflejas en todos los niveles del sistema nervioso, incluso en el nivel superior. Cuando se producen los trastornos en el nivel superior, sin que ello alcance a transformar la neurosis en psicosis, es cuando se diagnostica una psiconeurosis o psicosis de la neurosis. Nos encontramos en ese caso con fenómenos psicóticos en estructuras neuróticas.

Si lo dicho refleja la teoría clínica de Freud respecto a la histeria, sabemos también que paralelamente a la práctica freudiana se asiste a una modificación paulatina de las formas de manifestación de la histeria. Por una parte se constata un claro declive de las grandes manifestaciones conversivas y convulsivas de la

época charcotiana, al tiempo que surgen formas inéditas de la histeria, que la harán irreconocible para aquellos que se atengan a fórmulas descriptivas o excesivamente típicas de diagnóstico.

Esta migración de la histeria ha llevado a distintos autores psicoanalistas, especialmente de la esfera anglosajona, pero no únicamente, a llevar a cabo una tarea de reevaluación de la histeria postfreudiana. Para exponerles algo de estos trabajos, me he servido de un excelente artículo de un autor lacaniano, **Jean Claude Maleval**, Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis, (2).

Lo primero que advierten estos analistas, es que la histeria se puede evaluar a partir del dispositivo analítico mismo. Es decir, a partir de su respuesta al setting analítico. Los criterios evaluativos son entonces: los tipos de reacciones transferenceles, el mayor o menor grado de regresión dentro del dispositivo, el mayor o menor grado de narcisismo o la mayor o menor fuerza del yo, incluso se añade un criterio nuevo, el *factor esquizoide* como obstáculo a la cura.

Este concepto procede de **Fairbairn**, que en 1954 publica una obra, *Observations on the nature of hysterical states*, (3), en la que reúne dentro de lo que él considera la sintomatología histérica, además de los síntomas corporales, trastornos de la vida sexual, manifestaciones de angustia y cierta compulsión al sufrimiento moral. Pero añade una nueva perspectiva, la disociación histérica en relación a la Spaltung esquizofrénica, al clivaje del yo y a la represión, concluyendo que en ciertos casos se produce una interpenetración de fenómenos neuróticos y psicóticos. El *factor esquizoide* sería entonces ese rasgo histérico, aislado por Freud y P. Janet con el nombre de personalidad múltiple, que Fairbairn considera resultado de la represión.

Se puede entrever en las tesis de Fairbairn, que sus presupuestos teóricos se basan en una teoría del yo, en la que lo fundamental son los niveles de integración yoica. Tales niveles, dentro de una escala, irían desde un nivel inferior, propio de la esquizofrenia, hasta un nivel máximo, en el que supuestamente encontraríamos la ausencia del clivaje del yo. Según **J.C. Maleval**, que no hace sino seguir con ello las tesis de J. Lacan, la consecuencia del viraje de la teorización hacia una concepción de la neurosis como patología del yo, conllevará la desaparición del concepto freudiano de histeria. ¿Cómo es eso posible? Rápidamente diremos, que al acentuar desmesuradamente la función de los mecanismos psicóticos, en gran parte como consecuencia de las teorizaciones de M. Klein, se acaba perdiendo de vista la neurosis, en especial la histeria. Pero veamos el proceso más detalladamente.

En 1956, una psicoanalista de la egopsychology, **S. Reichard**, publica una obra, *A re-examination of Studies in Hysteria*, (4), en la que revisa los casos freudianos de histeria, y concluye que tanto Anna O. como Emmy von N. son esquizofrénicas. Sostiene este diagnóstico por una parte en el criterio de gravedad de la enfermedad, gravedad fundada en el gran número de síntomas existentes así como en la debilidad del yo, y por otra en base a la procedencia de tales sujetos histéricos de familias muy perturbadas. Según la autora, las restantes histéricas de Freud, Miss Lucy, Catalina e Isabel von R, sí serían “verdaderas” histéricas, entendiéndose por tal los sujetos que presentan síntomas de conversión derivados de deseos edípicos no resueltos.

Respecto al criterio de gravedad aplicado a la histeria, y a la neurosis en general, nos parece pertinente recordar lo que el mismo Freud decía en 1904, Sobre

psicoterapia. “(El método psicoanalítico) Hasta ahora sólo he podido desarrollarlo y contrastarlo en casos muy graves, en enfermos que habían pasado años enteros recluidos en un sanatorio y habían probado ya todos los procedimientos terapéuticos, sin encontrar alivio... La terapia analítica ha sido creada para enfermos prolongadamente incapacitados para la vida, se ha ido perfeccionando en su tratamiento, y su mayor triunfo ha sido devolver a un número muy satisfactorio de estos enfermos su plena capacidad.”

En la misma línea de la autora citada, **A. Krohn**, publica en 1978 una monografía sobre la histeria, *Hysteria: the elusive neurosis*, (5), en la que desecha el criterio libidinal, es decir la hipótesis de la fijación oral en la histeria, como criterio diagnóstico válido, reservando como único criterio utilizable el del funcionamiento yoico. Así mismo rechaza los términos freudianos de psicosis histérica y de amencia por considerarlos propios de una terminología ya superada, proponiendo en su lugar una nueva terminología: *esquizofrenia renovada*, la cual vendría a nombrar aquellos cuadros con fenómenos esquizofrénicos que no perteneciesen necesariamente a las psicosis.

Se puede ir viendo en esta trayectoria cómo la histeria va quedando constreñida a un cuadro patológico caracterizado por : ser una buena indicación de análisis y con un pronóstico favorable. Esta perspectiva, nos introduce pues un nuevo criterio para evaluar la histeria: *la analizabilidad*, criterio adoptado hacia los años 60. En función de este nuevo criterio, lo que se va a constatar, es que, pese al prejuicio de que la histeria es una buena indicación de análisis, lo que los analistas practicantes van a decir al respecto es todo lo contrario. De lo que dan cuenta es de que las histéricas no ceden en sus síntomas durante el tratamiento. Este hecho va a conducir a acuñar un nuevo concepto clínico, el *de personalidad histérica*, que servirá para seleccionar aquél grupo restringido de histéricas, que por su madurez y buen grado de integración yoica, reaccionan bien a la cura analítica, diferenciándose de los sujetos histeroides resistentes a ella.

Tres años más tarde, 1978, **E.R. Zetzel**, en su texto *The so called good hysteric* (6), clasifica la histeria en 4 grupos en función del criterio de analizabilidad. De estos 4 grupos sólo uno recoge los casos de histeria considerados analizables.

Del punto álgido, no obstante, del desencuentro entre el psicoanálisis y la histeria, es ejemplo el artículo de **Masud Khan** en 1974, *El rencor de la histérica* (7), en el que el autor se inclina por la idea de una inanalizabilidad fundamental de la histeria. Literalmente dice: “El mundo interior del histérico es un cementerio de rechazo,..., sus recuerdos se encarnan en estados somáticos, de tal suerte que no se prestan ni a la elaboración psíquica ni a la verbalización.” Estas palabras consueñan bien con una cierta tendencia a creer en los años 70-80 en una cierta “mala voluntad” de la histérica, posición por otra parte tan habitual en el campo de la medicina.

Es aquí donde la enseñanza de J. Lacan va a incidir, ofreciéndonos algunas claves de lectura para entender este fenómeno de rechazo mutuo entre la histeria y el psicoanálisis. Lo que nos dice Lacan, es que, en realidad, lo que indica la evolución de la histeria tanto en sus formas como en su reacción al dispositivo analítico, es un hecho de estructura. Lo que la histeria rechaza es todo saber que se presente como constituido y como total, en tanto dicho saber viene a ocultar una verdad fundamental, de la cual ha hecho el sujeto histérico causa de su existencia.

Se trata de la verdad de que algo del orden de la sexualidad no puede ser nunca simbolizado, y por tanto no puede entrar en el campo del saber. El sujeto histérico rechaza como impostor al analista que se posicione como amo del saber. Lo que Freud consiguió transmitir magistralmente al sujeto histérico era su deseo de saber, de saber sobre el saber inconsciente del cual el sujeto histérico es portador.

El resultado de la evaluación de la histeria en la corriente de la egopsychology será finalmente, que la clínica histérica quedará englobada en gran parte dentro de otros cuadros psicopatológicos, especialmente dentro de los diagnósticos de: borderline, personalidad narcisista y casos de perversión afectiva. Un ejemplo claro de esta posición es el texto de *Otto Kernberg*, de 1979, *Les troubles limites de la personnalité* (7), donde el autor no duda en integrar a la gran histeria dentro del conjunto de la patología borderline, apoyándose en las reacciones disociativas, los estados crepusculares, las amnesias acompañadas de perturbación de la conciencia y los desdoblamientos de personalidad.

Para J.Lacan la clínica del *bordeline* comprende unas manifestaciones que pueden presentarse en diversas estructuras: histeria, perversión y psicosis. Para Lacan, las famosas “personalidades como si”, descritas por H.Deutsch, y que habitualmente se incluyen entre los cuadros borderline, a pesar de que la autora inventora del término las había considerado como esquizofrenia, para Lacan, como decíamos, estas personalidades corresponden a estados de estabilización de estructuras psicóticas.

Según la enseñanza lacaniana, hoy en día, hay otros términos nosográficos, además de los expuestos, que vienen a recubrir lo que Freud y Lacan diagnosticarían como histeria. Estos términos son: personalidad narcisista (de Kohut), la esquizofrenia pseudoneurótica o ambulatoria (de Zilboorg) y la perversión afectiva (de Cristian David).

Vemos por tanto, que la histeria 100 años después, tanto para la psiquiatría como para algunas corrientes del psicoanálisis, prácticamente se ha extinguido.

### *¿Cómo se posiciona la enseñanza lacaniana en relación a la histeria?*

Me limitaré a dar algún apunte acerca de lo que J.Lacan aporta a la comprensión y definición de la histeria, que es muy extenso. Lo primero que se constata al leer sus Escritos y Seminarios es que hizo referencia a ella desde el principio hasta el final de su enseñanza. Prueba de ello es que al iniciar su seminario, hacia los años 50, con el comentario de los casos clínicos freudianos, uno de los primeros que abordó fué el caso Dora, y la cita que les daba para encabezar mi trabajo procede de una conferencia sobre la histeria que pronuncia en 1977.

La primera observación que haré, es que la enseñanza lacaniana, como el mismo J.Lacan explicita en el acto de fundación de su escuela, EFP, en 1964, protagoniza un *movimiento de reconquista del Campo Freudiano*, ¿Qué quiere decir esto? que ante la constatación de un deslizamiento de la teoría y la práctica analítica hacia una psicologización que se aleja del sentido freudiano del psicoanálisis, lo que J.Lacan se propone y propone a todos aquellos que se inscriban en su escuela, son los siguientes fines: “la restauración de la verdad del descubrimiento freudiano, la

### *¿Dónde están las histéricas de antaño...?*

transmisión del saber analítico, ofreciéndolo al control y al debate científico, y el fundar en razón la calificación del analista”.

Dentro de este marco, la histeria es para Lacan una excelente ocasión para poner en acto ese objetivo de retorno a Freud. Siguiendo la orientación freudiana, J.Lacan considerará a la histeria como la gran neurosis, o la neurosis de las neurosis. En su Seminario de 1977 (*L'insu...*, clase del 19-4-77) dice que “la neurosis es en su fondo histérica”, lo cual no deja de evocar la afirmación freudiana de que la neurosis obsesiva es un dialecto de la histeria. Es a partir de esta tesis, que Lacan formulará el concepto de *histerización*, para nombrar aquel proceso por el cual un neurótico se coloca en posición subjetiva histérica, como condición necesaria para que pueda haber análisis.

Otro aspecto en el que Lacan se diferencia de gran parte de los psicoanalistas contemporáneos, en lo que concierne a la valoración de la histeria, es en que no amputa al cuadro clínico histérico de los síntomas que no son conversivos. Es decir que no reduce la histeria a la conversión, sino que revaloriza todo el campo de las “locuras histéricas, histerias crepusculares o psicosis histéricas”, con las que Freud trabajó. Evidentemente que incurrir en este campo implica la necesidad de disponer de un criterio de diagnóstico diferencial entre neurosis histérica y psicosis. Y la clínica lacaniana lo tiene. Se trata de la *significación fálica* (o capacidad de dar significación a los fenómenos o la experiencia), función que está presente en las neurosis, mientras que no se encuentra en las psicosis, por lo que, en el mejor de los casos, tiene que ser remedado por una significación delirante, de valor ortopédico, para alcanzar una estabilización de la psicosis.

Pero, quizás, el aporte mayor de la enseñanza lacaniana a la histeria se sitúe a nivel de la formalización de su estructura. Estructura que no es otra que la que Freud entrevió, pero que J.Lacan consigue formalizar de un modo más razonado. De ahí que se pueda decir que: lo que Freud descubre, J.Lacan lo funda (lo fundamenta en razón). Esa capacidad de formalización es posible gracias al recurso a otras disciplinas, de las cuales J.Lacan toma el saber que necesita para formalizar y transmitir lo más científicamente posible la experiencia psicoanalítica.

Es de este modo, que Lacan, tomando el saber de la lingüística moderna, que *F.Saussure* inaugura, lanzará su tesis fundante del edificio lacaniano: *el inconsciente está estructurado como un lenguaje*. A partir de esta tesis, podrá establecer una teoría del deseo, que permitirá diferenciarlo claramente de la demanda y de la necesidad. Este trípode inicial, necesidad-demanda-deseo, le va a servir para determinar inicialmente las estructuras clínicas. Así por ejemplo la histeria será aquella neurosis que acentúa por encima de todo la dimensión del deseo, mientras que la neurosis obsesiva se acantona en la vertiente de la demanda.

La tesis del inconsciente estructurado como un lenguaje (en 1954), más el establecimiento de la tópica lacaniana (en 1953): imaginario, simbólico y real, instauran ya unas coordenadas fundamentales a partir de las cuales J.Lacan irá definiendo los rasgos principales de la estructura histérica. A señalar, que estas formulaciones teóricas irán ampliándose a medida que Lacan vaya desplegando su teorización y añadiéndole nuevas tesis.

Para terminar, daré una escueta puntuación a modo de índice orientativo, acerca de lo que me han parecido los puntos más relevantes y oportunos para la ocasión, de la teorización lacaniana sobre la estructura histérica.

### 1. El deseo del sujeto histérico es un deseo insatisfecho.

Para ilustrar esta afirmación, Lacan comentará el sueño de la Bella Carnicera (Traumdeutung), que muestra muy bien cómo lo propio de la histeria es mantener el deseo insatisfecho. O lo que es lo mismo, que el deseo histérico se caracteriza por ser deseo de deseo. Este rasgo da cuenta, en parte, de la mala relación del sujeto histérico con la satisfacción sexual, circunstancia de la cual el asco o aversión es máximo exponente. La Bella Carnicera, al fijar su insatisfacción en lo superfluo, a saber en los canapés de caviar, lo que desconoce es que : sería dejando la satisfacción genital (que a ella no le falta) a otra, como ella encontraría su plus de gozar, es decir que gozaría privándose de la satisfacción. Este gozar con la privación tiene dos lecturas posibles, ambas válidas. Por una parte se trata de no alcanzar la satisfacción, es decir de mantener el deseo, y por otra, si la histérica rechaza la satisfacción, es porque en su horizonte vislumbra otra satisfacción más plena. En este sentido la histérica no se conforma con una satisfacción recortada, ella seguiría en esto una lógica del : o todo o nada.

### 2. La identificación histérica es la identificación al deseo del otro

Lacan retoma la teoría freudiana de las identificaciones (Psicología de las masas y análisis del yo, cap. VII), y siguiendo a Freud considera que la 3ª identificación, o identificación al deseo del otro, es la histérica. Añade no obstante un eslabón más a la teoría freudiana, especificando que el deseo al que se identifica la histérica es el deseo del padre o el deseo del sujeto masculino, ya que la posición deseante es atribuida exclusivamente al sujeto que detenta el falo. También en esto se mantiene en el espíritu freudiano, ya que fue Freud el que dijo que la libido es masculina.

### 3. El objeto de deseo histérico es la mujer

Ya Freud, en una nota a pie de pag. añadida en 1923 al caso Dora, reconoce que se equivocó al señalar a Dora que su objeto de deseo era el Sr. K, pues en realidad era a la Sra. K a quien Dora apuntaba en su amor. Lacan profundiza en esta cuestión, en el Seminario III, y concluye, que si eso es así, se debe a que la histeria se organiza en torno a un pregunta fundamental, la pregunta de: *qué es una mujer*. Si esta pregunta es tan importante, es porque de últimas no hay en el inconsciente un símbolo que representa a la mujer, como tampoco lo hay para la muerte. El sujeto histérico está empeñado en hacer existir a La Mujer, que no existe, de ahí la fascinación de Dora por la Sra. K y por la Madonna de Dresden.

### 4. El fantasma histérico: el sujeto se propone como siendo el falo que al Otro le falta

Lacan trabaja este tema en el Seminario VIII, 1960-61, donde minuciosamente comparará y diferenciará el fantasma de la histeria y el de la neurosis obsesiva. La identificación del sujeto histérico con el objeto fálico en el fantasma, da la clave de la relación, clásicamente establecida, entre la histeria, el narcisismo y el falo.

### 5. Diferenciación entre histeria y posición femenina

A mi entender, es éste uno de los puntos fundamentales de los aportes de la enseñanza lacaniana a la clínica . Aquí Lacan va más allá de Freud. Si Freud dejó sin resolver el interrogante de: ¿Qué quiere una mujer?, y confesaba su desconocimiento de la feminidad al nombrarla con el apelativo de "continente negro", Lacan sí que dará una respuesta a esta cuestión.

Antes de pasar a ella, conviene hacer no obstante una precisión. Que Freud no pudiese responder al interrogante mencionado, no quiere decir que no tuviese su fórmula para establecer cómo un sujeto deviene hombre o mujer, pues la tenía. Se trata de una fórmula, que rechaza sistemáticamente toda solución naturalista o biologicista. La respuesta freudiana a la cuestión de la sexuación es la dialéctica fálica, es decir los avatares del falo en el atravesamiento del C.d.E. , anudado al Complejo de Castración. Esta dialéctica se reduce al binario: tener o no tener el falo.

Pues bien, va a ser precisamente la histeria la que delate la insuficiencia de esta respuesta freudiana. Es ella la que pone el dedo en la llaga al señalar que más allá del falo el término no reconocido es el del goce femenino. La histeria no se conforma con el falo. Ella, por medio de su resistencia a curarse, desvela que más allá del falo hay un goce rebelde a la palabra, un goce que sólo puede ser cernido a medias.

La posición femenina entonces, a diferencia de la posición histérica, sería aquella que ha aceptado ya esa limitación en la simbolización posible del goce y puede manejarse con ello sin renunciar al goce femenino. Esta posición implica por tanto que el sujeto renuncia a la perspectiva de hacer existir La Mujer para avenirse a ser una mujer.

En verdad, en lo que respecta a la feminidad, el sujeto histérico, tal como se constata en la clínica, no es un sujeto femenino, sino más bien un sujeto bisexual, asexual, o fálico-masculino. Precisamente por ello, lo que se juega en gran parte en la cura del sujeto histérico es la posibilidad de pasar de un nivel de la castración, entendida como castración aplicada al falo (lógica de tener o no tener el falo), a un nivel de la privación, entendida como una castración que se aplica a nivel simbólico (poder ser o no ser el falo). Aceptar la privación. quiere decir aquí aceptar la imposibilidad de simbolizar en el inconsciente la diferencia sexual, aceptación que paradójicamente constituye la única vía de acceso a una posición sexuada.

En todo caso, se puede decir que Freud intuía la magnitud de esta cuestión, pues en uno de sus textos últimos, Análisis finito e infinito, ubicaba la dificultad mayor y última para poder finalizar un análisis en la aceptación de la feminidad, y ello aplicado a ambos sexos: varones y hembras.

### 6. El discurso histérico

El concepto de discurso lo elabora J.Lacan en una etapa ya avanzada de su enseñanza, años 1969-70, y lo hace para poder dar cuenta con él de una formalización de la relación al Otro en la que quede incluida el objeto a. El discurso por tanto, es un matema que escribe el vínculo social del sujeto con el Otro. Lacan construye este matema a base de 4 términos (Amo, Saber, Sujeto y objeto a) y

cuatro lugares (del agente, del trabajo, de la producción y de la verdad). La dinámica que se establece entre estos términos y estos lugares, en base a un movimiento rotatorio de los distintos términos por los diferentes lugares, da como resultado la posibilidad de que se estructuren 4 tipos de discursos: del amo, histérico, universitario y analítico.

El discurso histérico reflejará el tipo de relación característica que el sujeto histérico, aquí representante de cualquier sujeto neurótico, establece con el Otro, lugar en el que se coloca a la figura del amo (padre, maestro, jefe, analista...). La histérica lo amará y encumbrará, pero para hacerlo trabajar, hacerle producir algo, y finalmente lo rechazará porque ella misma provocará la emergencia de la castración en el Otro, que luego se le torna intolerable. Esta dialéctica queda muy bien recogida en el conocido aforismo que dice: "la histérica busca un amo para reinar sobre él", si bien hay otras caras o figuras posibles en la clínica histérica.

El discurso histérico indica así mismo, que este sujeto está regido por un deseo de saber, ¿de saber qué? la verdad. Pero de últimas esa verdad, como hemos visto antes, es la verdad sobre el goce. Un goce, que al no estar todo él simbolizado, no puede ser dicho, sino sólo a medias. En el Seminario 17, (pag.98) Lacan dice que: "(El discurso histérico) tiene el mérito de mantener en la institución discursiva la pregunta por lo que constituye la relación sexual, a saber, cómo un sujeto puede sostenerla o, por el contrario, no puede sostenerla."

#### Bibliografía:

- (1) S.FREUD, *Psicoanálisis y teoría de la libido*, 1922, O.C., Ed.B.N., tomo VII, pag. 2672
- (2) J.C.MALEVAL, *Las variaciones del campo de la histeria en psicoanálisis*, en *Histeria y Obsesión*, Ed. Manantial, Buenos Aires, 1986
- (3) FAIRBAIRN, *Observations on the nature of hysterical states*, en *British Journal of medical psychology*, 1954, 27, pag.105-125
- (4) S.REICHARD, *A re-examination of Studies in Hysteria*, en *The psychoanalytic quarterly*
- (5) A.KROHN, *Hysteria: the elusive neurosis*, en *International universities Press. New York*, 1978
- (6) E.R.ZETZEL, *The so called good hysteric*, en *International journal of psycho-analysis*, 1968, 49, pag. 256-260
- (7) M.KHAN, *El rencor de la histeria*, en *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1974, 10, pag. 151-158

## La histeria cien años después

JAIME I. SZPILKA

1. Cien años después convoca los fantasmas del Proyecto de psicología y de Estudios sobre la histeria, en los cuales Freud sentó bases de pensamiento que tienen consecuencias en muchos de los puntos de vista actuales, y aun vigencia cuando se los analiza con rigor.

Así, el Proyecto de psicología de 1895 nos permite adentrar en temas tan diversos como la memoria, la experiencia de satisfacción, la realización de deseos en su relación con la identidad, la constitución del Yo, el pensamiento y el juicio, la enigmática relación con el semejante, los procesos primarios y secundarios, el dormir y el soñar, etc.

El sistema planteado por Freud como inhibidor de la descarga para evitar la satisfacción alucinatoria y el desprendimiento displacentero de las huellas mnémicas, estaría al servicio del principio de placer aliado al principio de realidad para conseguir el mejor funcionamiento de la estructura. Esta alianza sería sin fisuras si no se entrometiese un principio de licitud. Con este entrometido ya no basta para la salud del sistema evitar la regresión alucinatoria o el desprendimiento displacentero del recuerdo, ya que independientemente del encuentro del objeto de la realidad, un aspecto del mismo permanece interdicto.

Por lo tanto, principio de realidad y represión o defensa primaria sobre la que se sustenta el primero, y represión del complejo de Edipo con el corolario de la censura, son procesos diferenciales que expresan conflictivas diferentes. Si bien comparten la inhibición de la descarga a la espera de la acción específica, en la represión del Edipo, licitud, se plantea una inhibición radicalmente definitiva de la acción que queda emplazada por la castración que transforma el deseo en angustia, abriéndose la vía de que lo que es placentero para un sistema es displacentero para el otro. Así se crea una brecha definitiva entre la "Befriedigung"-apaciguamiento- y la "Erfüllung" - cumplimiento de deseo-. Entonces solamente le faltaría al Proyecto de 1895 para ser un sistema casi perfecto del funcionamiento del aparato psíquico, la inclusión de las consecuencias del Edipo en su condición de ley.

En el célebre ejemplo de Emma, Freud nos muestra sin embargo que lo típico para comprender la especificidad de la represión histérica es que lo que ha devenido trauma es el efecto retardado de un recuerdo a causa del retardo de la pubertad respecto del resto del desarrollo individual. La "Nachträglichkeit" se convierte así en pilar para la comprensión de una defensa patológica, y nos abre la interrogación

acerca del motivo de la defensa. ¿Es un contenido cuya significación no se tolera? ¿Es una intensidad de carga que no se soporta? En realidad a lo que Freud apunta es más bien a la investidura de una representación de imposible realización. Todo estriba en un antes que no era y un después que no puede ser. Antes era demasiado pronto para la significación eficaz, pero después ya es demasiado tarde para la realización. Y creo que es interesante reflexionar sobre lo que importa para lo reprimido esa curiosa situación de lo que antes no era pero después no puede ser, y sobre todo para la curiosa posición de Freud acerca de que un recuerdo se presenta como traumático más allá de la vivencia real del mismo, y sobre todo que eso ocurra únicamente en el campo de la sexualidad, que se constituye entonces como condición fundamental de lo reprimible.

Dejando de lado otras consideraciones, podemos decir que si la represión tiene que ver con la sexualidad, podemos destacar claramente que solamente en ese terreno que nos encontramos con el fundamento de una represión primordial, que en ese momento podemos definir como una cantidad que inviste a una representación de imposible realización. ¿No es acaso ésta la definición posible del incesto y del complejo de Edipo en general? Así la "Nachträglichkeit" queda inscripta justamente en el lugar que marca un antes en donde todavía no era y un después que ya no puede ser, un demasiado temprano con un demasiado tarde ya, que lastra la esencia de lo reprimido con la marca de la imposibilidad de una efectivización en el terreno de la sexualidad.

2. Cien años después podríamos pensar que la revolución freudiana entre sus múltiples consecuencias cuestionó la jubilosa promoción del ser parlante y racional, denunciándolo como una de las vanas y equívocas ilusiones del ser humano. La jubilosa maravilla es al mismo tiempo la complicada desgracia, por la cual todas las promesas que la palabra presenta, acceso al ser, a la verdad, a la objetividad, etc, terminan siendo mitos retrospectivos creados por el propio habla, que se delatan finalmente en su tropiezo e imposibilidad. La condición parlante nos impone pues la búsqueda de aquello que nos torna al mismo tiempo imposible, y por lo tanto porque se dice hay algo que quiere saber, pero ya no se puede ni se podrá saber.

Si el sujeto está en esa encrucijada entre la jubilosa maravilla y la complicada desgracia, todo lo que su palabra le va a permitir revelar implica al mismo tiempo la sospecha de que lo que dice no es la cosa de la que dice sino otra que falta al decir. Y no en vano el doble registro entre lo manifiesto y lo latente ocupa el dispositivo fundamental del psicoanálisis. Y esto nos llevaría a preguntarnos si cuando lo manifiesto recupera lo latente entramos por fin en el mundo de la jubilosa maravilla, o si sujetos de la palabra no podemos despojarnos nunca de la complicada desgracia.

Es como si entonces pudiéramos movernos entre dos fórmulas aparentemente contradictorias. Una que enunciamos como "porque se dice se puede decir" (a la cosa de la que se dice), y otra que enunciamos "porque se dice no se puede decir".

Estas fórmulas no son ociosas ya que implican posiciones particulares en la asunción y en la dirección de la cura. Así si pensamos en "porque se dice se puede decir" entramos en un punto de vista empirista que desdeña el lugar del significante en la construcción del inconsciente, con la probable confusión entre necesidad, demanda y deseo, por desconsiderarse la pérdida que la palabra implica. Si en

cambio pensamos en "porque se dice no se puede decir" se trasciende lo meramente empírico, lo dado a la vista, ya que se apunta esencialmente a lo que falta a toda otredad aún en su plena presencia, con lo cual se destaca la imposibilidad de todo otro de ser exhaustivo en su ser.

Lo que interesa además es que de la dialectización de ambas fórmulas podemos obtener diferentes criterios de verdad. Si la primera remite a un objeto mundano, a una ontología positiva que da cuenta de la verdad comprometida con la "adaequatio rei et intellectus", la segunda nos remite a un objeto fuera del mundo, a una ontología negativa, a un significante articulado a una falta y a una verdad que justamente no se puede decir porque se dice. Todo lo cual complica la situación, ya que no se trata solamente de que el sujeto puede mentir hablando sino de que incluso puede mentir con la "verdad". Es decir que con una verdad positiva del mundo donde porque se dice se puede decir, puede mentir acerca de la verdad imposible, a la que no se puede decir porque se dice. Y por eso para Freud, aún detrás de toda verdad positiva, de toda constatación de adecuación y correspondencia con los hechos, sigue insistiendo el secreto y el misterio del deseo como determinación esencial. Así podemos entrar algo más en la irreductibilidad de la famosa escena traumática del caso Emma que comentábamos más arriba, y de su imposible atrapamiento, ya que gira en torno a un curioso objeto que antes no era y que después no puede ser, y que compromete al recuerdo más que a la efectuación.

Gran parte de la cuestión reside en si la palabra puede decir toda la verdad de la cosa, y qué es entonces lo que el contenido latente agrega al manifiesto, la verdad de la cosa de la que se dice, y otra distinta es pensar que el contenido latente destituye el exceso de verdad que el contenido manifiesto se atribuye. Como si se tratara no tanto de conseguir finalmente una buena articulación del "logos" con el ser, sino de deshacer la imaginaria articulación que insiste como exceso en lo que llamamos nuestros contenidos manifiestos. Lo cual nos llevaría además a interrogarnos sobre si padecemos de una falta de verdad - más arriba dijimos que tanto el concepto de ser como la búsqueda de algo que llamamos verdad son un efecto mítico retrospectivo del habla mismo - o si padecemos de un exceso de verdad, en el sentido de creer que la palabra puede o debe finalmente decir la verdad de la cosa. Y en ese sentido es que podríamos pensar que la palabra que articula la jubilosa maravilla con la complicada desgracia es la que se puede asumir como dando cuenta del duelo por la verdad imposible, donde el contenido latente implica justamente el recorrido que destituye de lo manifiesto la idea de una unidad del ser, del saber y de la verdad.

Para que la palabra pueda decir algo de la cosa, debe poder presentarse siempre como mermada. Es decir que si no le falta algo tampoco puede decir nada, como que debe estar perpetuamente lastrada por algo con lo que finalmente nunca terminará de articular. Así no toda la verdad de la cosa debe estar en la palabra, y el contenido latente no agrega un resto de verdad que le faltaba al contenido manifiesto, como si de una nueva adecuación o correspondencia de la palabra con la cosa ahora pudiera por fin instituirse, sino que pone en cuestión la adecuación o correspondencia que todo contenido manifiesto insiste en sostener, articulando una pura enunciación significativa. Y es en ese sentido que podemos insinuar que el contenido latente no es la verdad sino la delación de la mentira de la verdad que lo manifiesto abriga.

Así desde las diferentes articulaciones entre la palabra y la cosa podemos plantear diferentes posiciones subjetivas. El reconocimiento de la diferencia entre la cosa y la palabra parece en principio esencial para discriminar lo no psicótico de lo psicótico, donde la diferencia se borra. Pero reconocer la diferencia entre cosa y palabra implica además un paso nuevo en el sentido del lastre o de la merma que la cosa misma en su verdad sigue conservando o no respecto de la palabra que la dice. No debemos olvidar el papel crucial que Freud hace jugar como lastre para que decir sea decir a la investidura de la representación inconsciente de cosa.

Tanto en la llamada "normalidad" como en los caracteres narcisistas o en los sujetos con un Yo fuerte, lo que justamente predomina es que aún discriminando la cosa de su palabra, el sujeto supone saber que sabe lo que dice cuando lo dice, como que la verdad de la cosa puede decirse en la palabra misma, que "porque se dice se puede decir" y que por lo tanto "al pan pan y al vino vino". La palabra más allá de su posición de interrogación o de promesa, deviene posibilidad de expresión casi sin duelo por la imposible verdad que implica a la cosa.

En la histeria en cambio hay una palabra que siempre hace defecto, por la insistencia recurrente del significante que siempre va a faltar entre la cosa y la palabra. Eso da lugar a la paradójica situación en la que si bien está siempre a la búsqueda de un amo que profiera finalmente la verdadera palabra sobre la cosa, éste mismo queda descalificado en tanto la falta del significante de la verdad queda una y otra vez delatado, con lo cual un amo tras otro caen, erigiéndose un nueva cantidad de ídolos sin fin. La palabra está sin duda diferenciada de la cosa, pero como herida o llaga abierta que siempre la delata insuficiente sin que termine de establecerse la sutura en ninguna cicatriz, por lo cual el sujeto es puro cráter por donde mana el deseo. Tal vez por eso se puede decir que la histérica es el verdadero sujeto del inconsciente y el lugar "princeps" del encuentro de Freud con el psicoanálisis.

En la neurosis obsesiva, ese dialecto de la histeria como decía Freud, se produce en cambio una palabra en exceso. Como si no se soportara la falta de un significante entre la palabra y la cosa, que siempre hay que llenar con una palabra más, que ocuya cualquier intersticio de falta por donde pudiera asomar una pizca del deseo. De allí la monotonía del relato, el relleno excesivo de todas las lagunas y huecos, y la constante preocupación de haber relatado o no los hechos en su más verídica versión.

Pero justamente por la insistencia de ese fallo entre la cosa y la palabra es que podemos decir que tanto la histeria como la neurosis obsesiva son las genuinas neurosis de transferencia, que ponen en juego la problemática crucial del inconsciente como deseo, en la manifestación de "porque se dice no se puede decir", y donde la palabra parece como lugar para colar una interrogación sobre el ser y básicamente como promesa. En la así llamada "normalidad" o en las estructuras narcisistas o en el Yo fuerte, se produce en cambio una evitación de la "spaltung" que hace que podamos decir que solamente insiste el sujeto como lo manifiesto, y que entonces o hay narcisismo, que de alguna manera siempre implica la creencia de que la verdad toda de la cosa se dice en la palabra, o hay inconsciente. Así lo manifiesto es fundamentalmente una astucia narcisista para abrigar al ser de la cosa en lo que se dice que es.

3. Si la palabra fundamentalmente aparece como interrogación y como promesa, se nos hace patente y sobre todo en la histeria la importancia del "Que". ¿Qué? es tener un sexo si no se tiene falo? Por eso Dora aparece como paradigma de la conflictiva del acceso a una identidad llamada femenina.

El camino que Freud transita para la comprensión de Dora lo conduce a un punto límite, límite que como tal no implica un fracaso sino más bien al contrario, el fracaso aparece en el momento en que el límite quiere ser escamoteado. Así Freud se empeña en que Dora sea una mujer, como si el significado de la mujer fuera algo enraizado en lo real de la cosa, y en que elabore su complejo de Edipo, que cuanto más positivo, aparece como más natural. La consecuencia, tan bien señalada por Lacan, es que queda atrapado en ese campo insistiendo en que es natural que una joven muchacha ame a un hombre- el señor K. en este caso- sin sentir repugnancia, porque naturalmente una mujer debe desear a un hombre y si no es una histérica.

Pero la encrucijada de la sexualidad lejos de señalar el fracaso de la misma muestra sin embargo el único advenimiento posible a una determinación sexual. Es la elusión de la encrucijada donde surge la pregunta por el qué de la mujer, el escamoteo de límite, lo que da en realidad lugar al fracaso. Freud hace una completa revisión de todos los pasos de Dora en su Edipo positivo: su amor por el padre, sus escenas infantiles con el hermano, sus vínculos con las niñeras, sus celos hacia la madre y hacia la sra. K., la huida del señor K. hacia el padre infantil, las múltiples identificaciones con la escena primaria imaginada y las consecuencias somáticas de conversión, etc. Pero a pesar de eso hay olvido que permanece esencial.

Freud partió de la base de que Dora era una mujer, o mejor dicho de que aquello que es ser una mujer es un fenómeno a cielo abierto, diáfano y esencial. Y justamente aparece en la famosa nota al pie, en el momento en que cree que su error consistió en no haber interpretado adecuadamente en la transferencia la hostilidad hacia el hombre-padre. Así se encuentra con su primer desengaño, ya que en lo esencial no se trataba de amar-odiar a un hombre sino a una mujer. Freud trataba con la feminidad, hacia su esencia de mujer y se lamenta no haber interpretado el odio transferencial hacia el hombre. Pero también es en ese mismo lugar donde su propio deseo de hacer de Dora una mujer se intenta consumir, que el odio hacia el hombre-padre se pronuncia y se gesta el fracaso.

Pero como por algo Freud es Freud, en el sitio donde su fracaso se consuma comienza a vislumbrar algo de la imposible verdad. La aparición del amor homosexual hacia la sra. K. aparece como lo que de ninguna manera tiene la función primordial de mostrar la bisexualidad constitucional de todo ser humano, sino que emerge en el sitio donde el fracaso de Freud se delata como intento de resolver lo insoluble; que Dora sea una mujer, cuando la pregunta, el "que" es su condición y su requisito esencial. Freud quiso encontrar una respuesta a la feminidad de Dora en el tiempo previo al que la pregunta sobre la feminidad emerja. Porque ¿qué es ser una mujer antes del qué? ¿cuál es la mujer de que se trata antes de la pregunta? Se trata de la mujer del sr. K., de la mujer del padre de Dora, de la mujer del hombre Freud, pero no de la mujer del psicoanálisis.

Por eso en la famosa nota al pie del epílogo del historial hace su entrada la homosexualidad, diciéndonos Freud que debería haber sospechado o adivinado como la fuente principal del conocimiento sexual que Dora tenía provenía de la sra. K., la misma que luego la acusó de estar demasiado interesada en esas cuestiones.

Debía haber atacado ese enigma y haber buscado los motivos de una pieza tan extraordinaria de represión. De haberlo hecho, el segundo sueño le hubiera dado la respuesta, ya que el enorme ansia de venganza contra el hombre, expresada en el mismo, era lo más apropiado para encubrir la corriente de sentimientos antitética.

Más que referirnos entonces a la bisexualidad constitutiva del ser humano como cuestión puramente biológica o animal, es preferible pensar en que el sexo no tiene sexo, o lo que es lo mismo, que el sexo solamente tiene un conocimiento o un saber sobre él, y que lo que aquí aparece como corriente homosexual da cuenta del amor que suscita en primera instancia, la mujer que media para Dora el saber de la sexualidad. Así adquiere todo su valor la formulación que J.Lacan anuncia en "La relación objetal y las estructuras freudianas" de 1956, cuando insiste en que la sra.K. no es únicamente objeto elegido, sino la pregunta de Dora frente a la que encarna el misterio de feminidad corporal. Lo que Dora busca así en la sra. K es la respuesta a su interrogación sobre qué es una mujer y cómo aceptarse como objeto frente al deseo de un hombre. Homosexual o heterosexual se anticipan así en el tiempo cuando se formulan sin ser tamizados antes por la fuente del conocer.

Así la histeria puede definirse en función de su sujeción a una cuádruple identificación vacilante: una mujer que desea como un hombre a un hombre por quien quiere ser deseada como si él fuera una mujer. La pregunta por la falta fálica y por la paradójica identidad que se establece en función de aquella, da lugar a todas las figuras imaginarias que en torno a lo fálico implican una respuesta obturante a esa pregunta inicial, y un intento de sacudir la angustia que se liga al interrogante de tener acceso al placer justamente en el lugar de la fijación pulsional, el pecho de la madre o el pene del padre ya que la cuestión solamente puede enunciarse mostrando que se trata de poder amar como hombre a un hombre que la ame como si él fuera una mujer. Esta es la encrucijada insoluble, la estructura vacilante de su extraña e inquietante oscilación sexual. Si la histérica se disfraza de hombre y lo mima, es para tener acceso a la mujer que "sabe" qué es una mujer para un hombre, cómo se puede acceder al goce en lugar de una falta, y sobre todo cómo aún desde una falta se es sin embargo complemento de lo que al hombre le falta para poder ser algo. Porque se trata de que la mujer que "sabe" sabe que el falo no es el pene.

Una mujer que desea como hombre a un hombre por quien quiere ser deseada como si él fuera una mujer marca la ironía de la imposibilidad de la relación buscada y el atravesamiento fálico de la misma de cabo a rabo. Siendo lo fálico aquí lo que da cuenta de lo que le falta a todo significado para poder terminar de decir a la cosa.

4. Freud insiste constantemente en el lastre que toda palabra debe tener para poderse decir, y el lastre queda planteado como la investidura de la representación inconsciente de cosa, que da justamente cuenta de lo que la cosa en lo real implica, fundamentalmente una imposibilidad de goce con lo real mismo. Si esa imposibilidad no se sostiene como marca de la primera y verdadera relación de objeto - y ese es todo el valor estructurante del complejo de Edipo - cuando se dice no se dice nada, ya que decir da cuenta especialmente de la cosa como índice de imposible goce.

Por eso podemos decir que la palabra para aparecer como "verdadera" debe implicar el duelo por la verdad como imposible, y por eso el contenido latente más

que agregar una nueva verdad como adecuación o correspondencia, implica la destitución del decir todo en la palabra que se dice. El contenido latente dialectiza el significado mundano del contenido manifiesto con el sinsentido del significante articulado a una falta. Es esa dialéctica la que permite dar sentido al significado codificado del mundo.

El sentido como tal no puede decirse, nos deja atónitos y perplejos, ya que solamente puede advenir cuando la palabra no marca su emergencia en el lugar del goce imposible. El sentido es así pura perplejidad, silenciamiento de la palabra en su significado común, advenimiento casi de lo sagrado cuando la palabra invita al silencio, al tope de lo que no se puede decir porque se dice invadiendo el espacio de lo que se puede decir. Y si el contenido latente abre un sentido no es justamente por donar un nuevo significado al significado anterior, sino porque abole un significado que intentaba suturar una articulación imposible entre el logos y el ser. Donar sentido es hacer enmudecer, casi como acercarse al ombligo del sueño, donde antes todos los significados estaban dados.

De allí que en la histeria cien años después podamos introducir los hermosos versos de Hölderli "...pero donde está el peligro crece también lo que salva". Si el peligro implica deshacer lo que en el contenido manifiesto insiste, que la palabra dice a la cosa que quiere decir, es justamente allí donde nace la salvación de poder emerger al deseo inconsciente, soportando que la cosa como índice del goce imposible con lo real quede en el lugar de lo que no se puede decir porque se dice, aunque la llamada palabra "verdadera" la evoque y la conmemore en cada nuevo decir.

## **PONENCIAS LIBRES**

# Lou Andreas - Salomé

HILTRUD AMUSER

**En** un caluroso día de verano , allá lejos en la frontera entre Galicia y Alemania, donde mi padre tenía su cuartel entonces, siendo yo una niña pequeña, estaba sentada en el brazo de mi ama y veía como su marido le pegaba en la nuca . Los ojos de la mujer permanecían clavados en él con amorosa sumisión. La nuca morena y fuerte, que el ama llevaba descubierta debido al calor, quedo marcado con un cardenal del rojo vivo, indudablemente ese golpe brutal formaba parte de las cosas especialmente agradables de su vida y nunca las canciones populares sonaban con tanta claridad de sus labios, como después de estos encuentros festivos.

Cuando tenía diecisiete años nos trasladamos a Brieg, en Silesia y yo me enamoré locamente de mi primo Benno Frensdorff, que despertó en mí la mujer con un auténtico delirio erótico y estético, pero jamás, en la vida sería capaz de soportar el amor de un hombre que pretendía violar mi intimidad, como Benno en su ignorancia lo había intentado.

Como artista, desde luego, puedo extasiarme y excitarme, y al mismo tiempo acercarme con la más profunda simpatía a un ser humano querido por mí. Pero todo lo que me toca en lo más íntimo como mujer, todo lo que , instintivamente me afecta más profundamente de lo que la amistad y la fantasía juntas son capaces de hacer, todo esto está oscuramente emparentado con este estremecimiento con este escalofrío que recorría mi espalda cuando yo empecé a llorar, asustada por lo sucedido a mi ama en aquel momento. Quizá sea el final de una cadena larga de sumisiones, de infinitas generaciones de mujeres felices en su sumisión, una cadena que extraña y contradictoriamente se cierra en mí.

¿Acaso no son miles las ocasiones que dejan huellas de misteriosa violencia en nuestra vida más íntima, por haber sacudido muy tempranamente nuestros nervios y nuestros sueños? ¿Hasta dónde hay que volver atrás en el tiempo? (1)

Cuando Lou Andreas -Salomé escribió esta narración, publicada por primera vez en 1898 bajo el título de “Una divagación ”, aún no se había familiarizado con la denominada psicología profunda aunque entrara más adelante en la historia del Psicoanálisis a través de su fundador Sigmund Freud, ejerciendo de psicoanalista como consecuencia y fruto de su colaboración con él.

Aparte de ser considerada, una de las mujeres mas fascinantes de su época, por su extraordinario talante y belleza, representa el esplendor y la creatividad de la

cultura centroeuropea de su tiempo, pero es cierto que ella no se conformó con este papel solamente, sino que investigó y profundizó en la condición femenina creando su propia obra, anticipadora del movimiento de la liberación para la mujer .

Según mi criterio, lo que sigue ejerciendo fascinación y despierta interés por su persona, es sin embargo, su capacidad de transmitir de una forma asombrosamente lúcida , auténtica y poética las vivencias más íntimas y escondidas del alma humana. Pocas mujeres han podido transmitir, a través de su obra novelada o de sus ensayos, aquello tan íntimo del alma femenina y que hizo confesar incluso a Freud, que en algunos puntos nunca llegaría a entenderla. Seguramente, no es a través de la comprensión que uno se pueda acercar a estas huellas misteriosas, a esta intimidad a veces desconocida por nosotros mismos y que sin embargo, nos empuja sin cesar en la misma dirección.

En su autobiografía, afirma que gracias a su descendencia rusa y a su juventud revolucionaria, ya que en Rusia se había autorizado el acceso de las mujeres al estudio e incluso, formado universidades de mujeres con plantilla docente completa, mucho antes que en cualquier otra parte, ella se pudo entregar con entusiasmo juvenil por completo a aquello que a lo largo de toda su vida la vincularía con fuerte instinto amoroso a su pueblo. Aquella comunidad campesina, que a través de los grandes escritores rusos, nos ha permitido entender la vida y la muerte, el trabajo y la plegaria, estas cosas eróticas, estos vínculos primarios de cuyos lazos, el individuo adulto, nunca llega a desprenderse por completo en la profundidad de su ser.

Seguramente, fue este interés por el prójimo, aparte de compartir amorosamente e intelectualmente a lo largo de toda su vida el destino personal de diferentes individuos singulares de su época, lo que la predispuso en su receptividad para el encuentro con la entonces denominada psicología profunda de Freud. Pero podemos suponer, que más allá de esto, es su propia existencia peculiar y complicada, la que la impulsó a profundizar e investigar cual era el papel que ella misma desempeñaba en esta historia y de la cual, ella nos da suficientes datos y elementos.

A la edad de diecisiete años, Louise von Salomé, conoció a Hendrick Gillot, predicador protestante-inortodoxo en la embajada de St. Petersburgo y cuando este subió al púlpito y comenzó a desplegar su capacidad oratoria, quedó seducida y fascinada por él de inmediato. Durante más de dos años, tuvo con él una relación apasionada de discípula, colaboradora y llena de amor platónico, esto era lo que ella había buscado esperando acabar de esta forma con su soledad. Estaba dispuesta a seguirle, porque al fin lo había encontrado, era El en mayúscula , pero dejó de serlo inmediatamente, al confundirla con una proposición de matrimonio. Nunca, los dioses deberían bajar del altar, porque éste es su lugar , no se puede elegir a un Dios y conformarse con un hombre, que de éstos ya hay muchos. Su carácter independiente y apasionado, no le permitió que ninguna relación erótica mantenida a lo largo de su vida, fuera la definitiva, porque para ella, el amor auténtico y apasionado no podía ser eterno, sino que era efímero en su esencia y siendo auténtica y fiel a su formulación vivió de esta manera.

“Siempre, pienso que estos años de juventud, son el momento en que debemos arrancarle a la vida nuestra forma interior, agarrarnos a ella completamente, porque la fogosidad y el coraje son las virtudes de la juventud . Después sólo se es y se tiene lo que entonces se conquistó, porque cuanto más fuerte sea la dotación erótica

de una persona, tanto mayor también serán las posibilidades de su sublimación y con tanto más largo aliento sostendrá las exigencias que se le hagan, congeniando los años eróticos y la productividad intelectual.”(2)

En un momento de su vida, Lou Andreas - Salomé se ocupa del misterio que Hendrick Gillot sigue siendo para ella, afirmando que tendría que poder llegar a conocerlo como pensaba que había conocido a otros, reconociendo sin embargo que esto es tan poco posible como siempre, porque el otro siempre será aquello que nuestros sentimientos hagan de él, objeto causa de nuestro deseo. Aquello que buscamos afuera responde a la interioridad de nuestro propio deseo y a la pregunta “¿Quién eres?”, la respuesta aunque poco lógica sería “¿Quién quieres que sea ?”, porque en vez de un retrato, nos encontramos con un velo eterno y es la fascinación ejercida por este velo eterno, la que domina en el erotismo como promesa de continuidad. Develar este enigma, es alcanzar este punto de temblor y temor, donde el ánima falla y el ser mismo se desvanece.

Solamente Friedrich Carl Andreas, su marido, logró que ella aceptara casarse, dado que la víspera de su compromiso matrimonial y ante la renuncia de Lou Salomé a concluirlo intentando matarse, salvó la vida. “No fue ésa la única vez que estuvimos ante la muerte, porque una tarde mi marido, se había tendido a mi lado sobre el diván, donde yo yacía profundamente dormida. No me desperté de inmediato sino lo que me despertó, fue un sonido de tonalidad vehemente extraño y la sensación de no tener mis brazos conmigo. Mis manos rodeaban con fuerte presión un cuello, lo estaba estrangulando. El sonido era un estertor.”(3)

Un abrazo amorosamente mortal, fusión total, hay amores que matan, a quien matan, sino al ser, hasta que la muerte nos separe, qué mentira tan piadosa , nunca los vivos han sido más nuestros una vez que han muerto. Entonces es cierto como dice Bataille que el erotismo es la aprobación de la vida hasta en la muerte.

Lou Andreas-Salomé, nunca se planteó la posibilidad de un divorcio e incluso, llegó a decir, que lo más raro y ciertamente lo más magnífico que haya creado Eros entre los hombres, es lo que se llama “ casarse”. Este acto simbólico, que solamente es realizable después de una primera separación, donde a pesar de la angustia de nacer y ser y de la angustia de morir y perder, un yo se ha podido constituir. Nuestros sueños de odio y de muerte que aparentemente van dirigidos a un otro, en definitiva no son nada más que la evidencia de la angustia por uno mismo.

Los pueblos antiguos, festejaban a través de los rituales que se repiten hasta la saciedad, la propia pulsión; no importaba el objeto, sino el acto como tal, que a través de su forma repetitiva, otorgaba una significancia al objeto aunque fuera de poco valor, intentando apaciguar de esta forma la violencia original .Este es, el elemento diferencial amoroso entre el mundo antiguo y el nuestro, donde la valoración es fundamentada por el mérito del objeto y la implicación pulsional poco contemplada.

25 años de diálogo epistolar con Freud, así como el análisis didáctico llevado a cabo con él, no de forma sistemática y evidentemente la asistencia a sus cursos le permitieron a Sigmund Freud, realizar alusiones frecuentes al hecho de que Lou Andreas - Salomé, proyectaba sobre todos los hombres del mundo, la solidaridad que había experimentado con sus hermanos en la infancia. ¿Se contó Freud entre ellos, cuando hacía referencia a seis hermanos, cuando realmente habían sido

solamente cinco? Hermanados y embarcados en una empresa común de investigación, nada permite a una mirada superficial establecer un vínculo erótico, ocultado y desfigurado por el trabajo intelectual. Pero sin embargo, otra vez discípula, colaboradora, amor platónico, de ambos por qué no. Freud lo expresó de la siguiente manera, "las alturas desde las que vino a nosotros" y Lou Andreas - Salomé, manifestó su confianza diciendo: "la cara de padre sobre mi vida". Por suerte, nunca la iba a pedir en matrimonio porque se había establecido una diferencia, el El con mayúscula se había convertido en un Ello con mayúscula .

"Existe, entre las manifestaciones de Eros, mas allá de todo lo que pueda unir a dos seres humanos de manera personal o reproductora, otra forma de relación profundísima, que rara vez se da y que consiste en que el otro siga siendo una suerte de mediación humana, algo así como una imagen transparente, de aquello que nos colma a nosotros mismos como la más profunda exigencia. Compartir, para profundizar la mutua soledad, tan profundamente, que en el otro se comprende uno a si mismo, como entregado a todo el engendrar humano."(4)

En su carta abierta de agradecimiento, dirigida a Sigmund Freud, con motivo de su 75 aniversario, Lou Andreas Salomé, hace referencia a la habilidad de Freud para develar de forma absolutamente particular los secretos y enigmas de la vida anímica, transmitiendo la riqueza y belleza de este mundo inconsciente, en el que vivimos cada día, recurriendo a la poesía como estructura vital, que como cualquier otra forma de erotismo, según ella, nos lleva a la indistinción y a la eternidad.

En sus años de juventud, había compuesto una poesía , a la cual Nietzsche había puesto música, con algunas modificaciones, que se llamaba *Oración a la vida* .

*A fe que así el amigo ama al amigo, como yo te amo vida -enigma, que aún en las ascuas de la lucha, siga adentrándose en tu enigma, ser milenios y pensar. Cobijarme entre ambos brazos. Si regalarme dicha ya no puedes, Sea aún tienes tu dolor.*(5)

Sigmund Freud, había leído en algún momento estos versos y los había rechazado de lleno, considerando que tales deseos, no eran lo adecuado para él, pero en su último encuentro personal en el año 1928 y a pesar de la dificultades de Freud para hablar y oír, volvieron a hablar de ello y de repente Lou Andreas Salomé, se dio cuenta de que aquello que ella en sus años de juventud había compuesto inocentemente, le había sucedido a Freud y rompió en un llanto desconsolador, en protesta contra su martirio y destino y espantada por su propia franqueza y alusión. A lo cual Sigmund Freud no respondió sino que simplemente la rodeó con su brazo.

Humano, demasiado humano, diría Nietzsche.

### Bibliografía:

- (1) FENITSCHKA, *Una Divagación*, Editorial Icaria literaria, 1986
- (2) FREUD, *Andreas Salomé Correspondencia*, Siglo Veintiuno Editores, 1977
- (3) LOU ANDREAS SALOMÉ, *Mirada retrospectiva*, Alianza Tres, 1988
- (4) LOU ANDREAS SALOMÉ, *El Erotismo*, Lunas, José J. de Olañeta Editor, 1993
- (5) LOU ANDREAS SALOMÉ, *Mirada retrospectiva*, Alianza Tres, 1988

## Genital Love

CLARA ARNÓ

**Se** dice que una característica de la histeria, algo que la define, es atentar contra el discurso del Amo, atentar contra el discurso del poder, del saber instituido. Si pensamos en lo que sucedió entre Freud y Dora, y en cómo ella fue llevada, por la posición en la que se colocó el Maestro, a retirarse de la escena, podríamos decir que son en realidad, cuestiona-Doras eternas.

Ellas están en condiciones de señalarnos nuestros desvíos y nuestras errancias y es por ello que debemos escucharlas con tanto cuidado.

En el momento en el cual nos toca vivir, los libros, las radios, las revistas, la T.V., todos los medios audiovisuales, los medios a través de los cuales se ejerce el poder y se expresa el discurso del Amo, hablan de sexo.

Hay sexólogos, expertos, sabios, entendidos en eso que se llama "hacer el amor" que enseñan al hombre y a la mujer cómo relacionarse, cómo gozar, cómo gozar más, cómo gozar mucho más, cómo complementarse, cómo complementarse mejor. Miles de maestros, algunos, hasta se autodenominan psicoanalistas, intentando enseñar cómo se hace, cómo se debería hacer, para cerrar la brecha, soldar la hiancia que a gritos dice de la imposibilidad de la "relación" sexual. (relación en el sentido de complementariedad y proporción). Estos gritos no se escuchan sólo en nuestros despachos, y de ninguna manera son nuevos. Se articulan desde que el hombre es hombre, es decir, desde que habla.

Si ese es el discurso imperante- término que deriva de imperio- en relación al sexo y al goce, es fácil pensar que cada vez habrá más síntomas histéricos, cada vez habrá más "oposicionistas" en forma de frigideces, vaginismo, o simple desgana. También podría pensarse que es al revés y que son ellas con su actitud de denuncia, las que han hecho surgir tanto profesor y tanto saber, puesto al servicio de doblegarlas, es decir, de hacerlas gozar y sobre todo callar. Sea como sea, la consecuencia es que la histérica ya no se preguntará ¿Qué es ser una mujer? sino: ¿Por qué yo no soy una mujer bien sexuada? ¿Por qué tengo una relación con el sexo que nada tiene que ver con eso de lo cual me hablan? Ella ya decía algo parecido, mucho antes de la época de Freud.

Tengo un cuerpo, decía, tengo un cuerpo, les decía a los médicos, que nada tiene que ver con el cuerpo del cual vosotros habláis. Mi cuerpo no es el cuerpo de la medicina. Cierto, dijo Freud, muy cierto; la representación del cuerpo que tienen estas mujeres, corresponde a una anatomía imaginaria.

El imaginario. Uno de los tres registros de los que nos habla Lacan. Va de

imagen, va de espejo, va de constitución del yo, va de primera matriz identificatoria y va de mirada. Cientos de miradas que en la Salpêtrière quedaban fascinadas u horrorizadas frente a las exhibiciones escandalosas, impúdicas y siempre desmesuradas de las "enfermas". Ellas fascinan, es verdad, cautivan, y a la vez, ellas son incómodas, muy incómodas. Difíciles de aguantar, porque hay algo de insoportable en lo que dicen.

Su reclamo no es fácil de escuchar ni es en absoluto divertido. Están demasiado cerca de un punto de verdad que se rechaza. A través del mismo, ellas se hacen portadoras de la denuncia de una falacia que afirma la idea de que es posible no sólo la relación sexual en el sentido de encuentro entre los sexos sino que además es posible un amor genital. Y si las dos palabras no van separadas, ni por un puntito, ni un guión, ni por una coma, nada, podríamos haber escrito: amorgenital. O, tal vez ¿ Amo(r)genital?

Aún a sabiendas, como todos, que el síntoma de la discordia sexual es el más desacreditado, se atreven con ello. Al menos en ese punto, no se dejan engañar. Charcot, Breuer, Freud, y sus discípulos, decidimos otro camino que el de la hoguera, el de la condena, el del exorcismo, o el del exilio. Les hemos dado crédito, y un crédito abultado. Se lo merecían. El psicoanálisis nace entonces gracias a ese acreditamiento. No se puede dudar que la inversión que hemos hecho, ha producido réditos extraordinarios.

Cien años ya, hablando de ellas sin parar y, Lacan, a lo largo de toda su obra.

## II

El ser hablante está constituido de tal manera, que aquello que lo satisface se basa en una imagen privada, una imagen singular, puesta por su fantasma. Esa imagen privada se fija allí durante la primera edad, lo condiciona todo y es relativamente inmodificable.

Hay una mitología de la maduración sexual, construida con trozos escogidos de la obra de Freud. Las mejores plumas destilan su tinta en plantear ecuaciones que satisfagan las exigencias del misterioso *Genital Love*. Lacan dice: "Nadie, sin embargo, parece conmocionado por el malestar que esto genera".

Al ver a hombres y mujeres desgarrarse las vestiduras para alcanzar el cielo de la plena realización de objeto genital, se hace la siguiente pregunta "¿Por qué atar fardos pesados e insoportables, para doblar aún más con ellos, las espaldas de los hombres?".

En un artículo titulado *Intervención sobre la transferencia (1951)*, trabajo hecho sobre la relación Dora -Freud, vemos que éste no sabe qué hacer con el deseo homosexual que allí descubre, y, hombre de su tiempo, o tal vez podríamos decir: hombre, considera como natural, y no como normativa, la prevalencia del personaje paterno.

El *Genital Love* de Freud, sería aquí: "Cada cual con su cada cuala" o "Como el hilo es para la aguja, la muchacha es para el muchacho".

Szpilka lo expresa de otra manera cuando muestra que el deseo de Freud, es hacer recuperar a Dora, su "esencia" de mujer.

Laplanche y Pontalis nos informan acerca de la expresión Amor Genital y dicen

que ésta como tal, no se encuentra en los trabajos de Freud. Se halla, si, en algunos textos, la idea de una forma completa de la sexualidad donde confluirían la corriente sexual y la de la ternura.

Tomado desde el ángulo de la pulsión, en la pubertad habría un nuevo fin sexual a cuya realización contribuyen las pulsiones parciales, mientras que las zonas erógenas, se someten a la primacía de la zona genital.

Los autores del Vocabulario de Psicoanálisis hacen dos comentarios.:1) "Si se intenta definir positivamente el amor genital, resulta difícil escapar a criterios normativos, e incluso la propuesta cae indefectiblemente, en un discurso moralizante." 2)"A la concepción de la posibilidad de la existencia de un *Genital Love* se opone, indiscutiblemente y en su conjunto, la teoría freudiana". Esto que dicen Laplanche y Pontalis, trataremos de fundamentarlo.

Al comienzo de su andadura y en la correspondencia con Fliess, aparecen temas que tienen que ver con la infancia perversa o violada; novios a los cuales la abstinencia neurotiza; impotencia o frigidez en la pareja ; histeria de angustia en las viudas; enfermedades venéreas del soltero; neurastenia por el uso del profiláctico, y un largo etcétera.

Avanzada ya su edad y su producción, en *El malestar en la cultura*, Freud habla de un desarreglo, no contingente, sino esencial, de la sexualidad humana. Y en *Análisis terminable e interminable*, bien al final, habla del tope más allá del cual no se puede llegar en un análisis. Ese tope es absolutamente sexual, ya que implica la superación, nunca del todo, del complejo de castración, tanto en el hombre como en la mujer. A ningún conocedor de la obra freudiana se le escapa que el tema de la discordia tanto amorosa como sexual preocupa al fundador de nuestra disciplina durante todo el tiempo, pero es a partir de 1910 donde Freud se propone, golpeado por la contundencia de la clínica, hacer una elaboración rigurosamente científica de la vida amorosa de los seres humanos. Aparecen tres trabajos que se agrupan bajo el subtítulo de "Contribuciones a la psicología del amor".

El primero es *Sobre un tipo particular de elección de objeto*. En éste, se ve que el varón deseante, se salta sistemáticamente el noveno mandamiento. Para desear sexualmente, para exitarse, la mujer tiene que ser del prójimo "No desearás la mujer de tu prójimo". ¡Vaya paradoja ! Para eso, sería mejor decir: "No desearás" ya que la mujer siempre es la del prójimo. Y cuando somos pequeños, tanto niñas como niños, es de un prójimo muy próximo.

Dice el autor, "Sólo si se pueden sentir celos, adquiere la mujer su pleno valor". Para que haya deseo, nos está diciendo, en la relación con un objeto, algo debe interponerse. Tiene que haber terceridad . Además si es deseable, porque es de tu prójimo, ¿ no nos estaría anticipando Freud a su manera que el deseo, es el deseo del Otro.?

Freud aclara: Esto que estoy describiendo, les pasa a los individuos neuróticos. Respiramos aliviados....

Sigue: pero también a las personas sanas y hasta a los individuos sobresalientes.

¿A todos?!!!!

El alivio, duró sólo un instante.

El segundo trabajo se llama *Sobre la degradación general de la vida erótica*, y habla de la impotencia de origen psíquico. Dice que las actividades sexuales no están respaldadas por una íntegra fuerza pulsional, es decir que hay pocas ganas,

salvo que el objeto sea un objeto degradable y degradado. Entonces sí, si la corriente tierna queda reprimida, la sexualidad se expresa con entera libertad. Freud dice: la cuestión no está reducida a lo que les sucede a unos pocos hombres, es importante y generalizada, mucho más de lo que se cree. Lo cito: "Quien haya de ser realmente libre, y de ese modo también feliz en su vida amorosa, ha de superar el respeto por la mujer y admitir la representación del incesto con su madre y con su hermana". Y continúa: "Quien se someta a un serio autoexamen hallará dentro de sí, sin duda alguna, que en el fondo, juzga el acto sexual como algo degradante, que mancha y ensucia, y no sólo en lo corporal."

Se pregunta por qué es tan diversa la relación del amante con su objeto amado. Y entonces, escribe una frase clave: **"Por extraño que suene, habría que ocuparse de la posibilidad de que haya algo en la naturaleza misma de la pulsión sexual, algo ahí mismo, desfavorable al logro de la satisfacción plena"**.

*El tabú de la virginidad* es el tercer trabajo de la serie que menciono y en él nos da sus opiniones acerca de una parte de la vida amorosa de la mujer. Habla de que la pérdida del himen es sentida por las mujeres como una afrenta narcisista engendrada por la destrucción de un órgano. No es la rotura del órgano, aclara Freud, lo que la resiente, sino que eso se vive como una pérdida, como una herida en la totalidad del cuerpo. Cuerpo despedazado, cuerpo morcelado, vivencia muy cercana a la que se produce con anterioridad a la fase del espejo. Aquella que la imagen especular intenta neutralizar y cernir. Otra vez el imaginario.

La primera razón para que esto suceda, está motivada por el hecho de que como es el padre quien posee el primer título en la capacidad de amor de la esposa, al marido le corresponde, a lo sumo, el segundo. Siendo así, si es éste el que la posee por primera vez, nunca dejará de estar de alguna manera relacionado con fantasías de violación. En muchos de los pueblos llamados primitivos -como si tuviesen un saber sobre esta cuestión- el himen es roto por alguien ajeno; a veces hasta debe ser ajeno a la tribu. Pero hay una segunda razón: el primer coito activa en la mujer el complejo de castración, ergo, la envidia del pene. De ahí la concepción de Adler acerca de la protesta masculina, cosa que Freud acepta.

Según Freud, la hostilidad nunca está ausente del todo en la relación entre los sexos. Hay un afán defensivo en la mujer, que él plantea como universal. También es verdad, añadimos nosotros, que esta guerra de los sexos que está servida, no tiene por qué convertirse necesariamente en "La guerra de los Rose."

### III

Pero el malestar está ahí, ingobernable. "Se hace la estrecha"-acusar ellos- ¿Sabrán ellas con ese saber que no se sabe, que no es de su cuerpo de lo que él goza, que nunca el hombre goza del cuerpo de la mujer, sino que de lo que goza, es del goce de su órgano?

Aquí fue necesario que apareciera EL AMOR como tapadera. El AMOR como solución como prótesis, como parche, como consuelo...Y el PLENO AMOR GENITAL de la mano de algunos psicoanalistas. Eros con su afán por reUNirlo todo, por hacer UNO desmiente de la manera más flagrante las evidencias, no ya de la clínica, sino de la vida. Entonces ellos piden.... la "prueba" de amor.

Hace algunos años y como anticipo a toda la avalancha que vino luego, hubo un programa en la T.V. española que se llamaba *Hablemos de sexo*. Hoy tenemos otro, con un enorme éxito de audiencia que se llama: *Lo que necesitas es Amor*.

Sabio título, da en el centro de la cuestión. Así es, necesitamos el Amor ya que es éste en su función de suplencia, el que nos permite enfrentar el sin sentido no solo del sexo, sino a veces de la vida entera. El Amor, sí que da sentido y consistencia. De todos modos siempre habrá un resquicio por el cual se cuele la pregunta que da título a una película "¿Por qué lo llamas amor cuando quieres decir sexo?"

Muy próximo a los descubrimientos de Freud, en el seminario XX, Lacan plantea de forma radical que la conjunción sexo-amor no existe como tal. Esta afirmación no quiere decir que no sea posible que se entrecrucen el sentimiento amoroso y el deseo sexual. Claro que tal cosa sucede, pero entrecruzamiento no es conjunción. La no existencia de tal conjunción, es una prueba más de que en relación a la toma de posición como ser sexuado, el sujeto está estructuralmente dividido, escindido. Amor y sexo son dos fenómenos de naturaleza heterogénea y de eso saben mas los hombres que las mujeres. Salvo que sean histéricas.

Hace pocos días se ha estrenado en Barcelona "Carrington". Emma Thompson es la actriz que encarna el personaje y dudo que esté familiarizada con el psicoanálisis y mucho menos con el pensamiento de Lacan. En una entrevista transcrita en la revista de La Vanguardia, entrevista que se le realizó después de estrenarse la película, dice hablando del personaje de Dora Carrington y de las relaciones y los valores que prevalecían entre las personas del grupo de Bloomsbury: "Juntar amor y sexo es una bella ficción"

¿Hasta dónde el ser humano puede vivir sin ficciones? ¿Hasta donde los psicoanalistas nos veremos tentados una y otra vez a caer en ellas?

# Freud-Charcot 100 años atrás

ADOLFO BERENSTEIN

*“No era Charcot un pensador, sino una naturaleza de dotes artísticas, o, como él mismo decía, un “visual”.*

*S. Freud (1)*

**Cuando** se buscan las raíces de la práctica psicoanalítica es posible rastrear los hilos del pensamiento freudiano y verlos anudarse con las antiguas concepciones de Paracelso en la cura de las enfermedades, el magnetismo animal de Mesmer y la hipnosis.

Pero para llegar a esta encrucijada debemos tomar como punto de arranque del psicoanálisis el encuentro de Freud con la histeria, o mejor dicho, con el deseo en la histeria. Este cruce de caminos no ha sido, ni mucho menos, puntual, instantáneo, sino progresivo en el transcurso de las dos últimas décadas del siglo pasado. De este período nos quedan los documentos escritos por el propio Freud y la reconstrucción histórica hecha por diversos investigadores.

Para facilitar mi exposición de los hechos dividiré en tres espacios bien diferenciados, pero ligados entre sí, los acontecimientos más sobresalientes de esta etapa experimental de Freud.

La primera escena, preámbulo de las otras, se desarrolla en Viena, durante los años 1880-1882. Durante este tiempo Freud es un privilegiado espectador del tratamiento catártico conducido por su protector y consejero, el Dr. Joseph Breuer.

Esta experiencia inaugural, por todos conocida, ha pasado a la historia del psicoanálisis como el caso Anna O. No me detendré mucho en él, simplemente recordaré algunos pequeños detalles muy significativos para la mirada del joven Freud.

Cada tarde, a la caída del sol, Breuer visitaba a su paciente, y luego de hipnotizarla, mantenía con ella un largo diálogo sobre los síntomas aparecidos durante el día. Estos encuentros ofrecían el sereno espectáculo de una adolescente entregada por entero a su confesor. Anna O., esperaba con ansiedad la llegada de su médico para actualizar con un nuevo capítulo la historia novelada de sus síntomas originados a partir de la muerte de su padre. Lo más sorprendente era observar cómo ellos desaparecían después de cada sesión para volver a instalarse en el sufrido cuerpo de la paciente al cabo de un corto lapso. Esta cura, definida por la propia Anna O. con el singular nombre de talking-cure, debía su éxito parcial al uso de la hipnosis o a la presencia real de Breuer?

Para responder a este interrogante debemos aproximarnos al desenlace brusco

e intempestivo bajo el signo de la ruptura que tuvo el tratamiento de Berta Papeenheim, verdadero nombre de la paciente.

Habiendo logrado una notable mejoría Breuer decide visitarla, acompañado de su hija, para dar un corto paseo por los bosques de Viena. Sus consecuencias fueron catastróficas, Anna O. sufre una recaída bajo los efectos de un embarazo fantasmático de carácter histérico. No hay duda, Breuer era el padre. El manifiesto lazo erótico de la escena obliga a Breuer a hacer **mutis por el foro** interrumpiendo el tratamiento. No pasará mucho tiempo para que este deseo se realice. En un viaje a Venecia, Breuer concibe un nuevo hijo con su mujer.

Lo que era una transferencia no analizada se transforma para cualquiera de los protagonistas en un potencial acting-out.

Esta inesperada circunstancia sexual postergó la publicación de los Estudios sobre la histeria hasta el año 1895, y motivó más tarde la ruptura entre Freud y Breuer.

El último acto de este prolongado, pero explosivo encuentro de Freud con la histeria, se desarrolla también en Viena durante el año 1899 y tiene como actriz principal a una joven mujer de condiciones parecidas a Berta Papeenheim. Es el caso Dora.

Este corto tratamiento coloca a Freud, por entero, en la escena analítica, rehusando del poder de la sugestión hipnótica, en favor de la reconstrucción histórica de los síntomas, a modo de legajos temáticos.

Nuevamente encontramos en el centro de este caso a un padre, no ya muerto, sino impotente, atraído sexualmente por los bellos encantos de una joven esposa, amiga de la familia.

Dora entra por la fuerza del deseo a formar parte de la intrincada malla erótica tejida entre el padre, la Sra. K. y el Sr. K.; y junto con ella, Freud, es arrastrado a tomar posición, como un eslabón más, en esta cadena sexual. Poco más sabía Freud de la transferencia de lo que le había sucedido años atrás a Breuer. Llevado por el empuje de la identificación al padre, creyó ver en la conducta de Dora, la celosa y hostil desaprobación provocada por la presencia de una competidora sexual que intentaba robarle el preciado objeto de su amor.

A pesar de los esfuerzos encaminados hacia la resolución de la atadura erótica de Dora con el padre, Freud fracasa sin saber muy bien por qué. Y recibe con la interrupción del tratamiento la misma bofetada sufrida por el ingenuo Sr. K., junto al lago, cuando quiso seducirla confesándole que su mujer no representaba nada para él. Sólo más tarde Freud cae en la cuenta de su equivocación: si en algo le interesaba a Dora el affaire amoroso de su padre era, simplemente, por la curiosidad que le despertaba la vida sexual de la Sra. K.

Nuestro último tiempo constituye una verdadera *aufhebung* donde se conservan y superan los momentos anteriores. Freud, como hemos indicado antes, abandona definitivamente la sugestión y conduce el tratamiento siguiendo la vía de la interpretación onírica. Busca ubicarse en el lugar que le ofreció Anna O. a Breuer, pero fracasa en su intento. Descubre, entonces, ciertos meandros de la transferencia. Ella no aparece sólo como un poderoso motor movilizándolo la interpretación de los síntomas, sino, también, en ciertos momentos, como un enorme obstáculo para el desarrollo del tratamiento.

La histeria deja de ser un mero hecho físico o biológico de origen traumático

con supuestos antecedentes hereditarios para convertirse en un acontecimiento significativo. Desde la memoria parten las inervaciones somáticas en la producción de los síntomas, sus leyes no son anatómicas sino las del proceso primario, y su materia es el lenguaje. El dramatismo imaginario que acompaña a este cuadro le recuerda a Freud los fenómenos observados en las presentaciones clínicas de la Salpêtrière.

La fascinación que provoca en el observador el cuerpo histerizado, erogenizado, deja ahora su lugar al resplandor del deseo. Un deseo cuyo único fin es ser objeto de todo deseo. Empresa por cierto, de realización siempre fallida con un elevado coste para el narcisismo del sujeto.

Si una enseñanza le deja Freud este período marcado por el encuentro con la histeria es el pleno reconocimiento de la función del deseo como deseo insatisfecho.

Pero volvamos ahora un paso hacia atrás para introducirnos en el segundo acto, el más impactante de todos por el insólito espectáculo ofrecido por la histeria en el escenario de la Salpêtrière. Cerrado el camino hacia la investigación biológica en el Instituto Brücke, Freud decide orientar sus pasos hacia la clínica neurológica, y atraído por la figura de Jean Martin Charcot, obtiene una beca para trasladarse a París en el año 1885. Allí puede alternar sus días entre las presentaciones clínicas de Charcot y las representaciones teatrales de Sara Bernhardt; entre una actriz cuya técnica dramática era todo un arte de representación y la representación de un drama que la histérica escenificaba sin poseer ninguna técnica actoral.

Algunos años atrás, Charcot era designado titular del Departamento de Clínica en el Hospital de la Salpêtrière. Según el relato de los historiadores se inicia una serie de reformas arquitectónicas en el vetusto hospital cuyo resultado es el cierre de algunas salas con el consiguiente reordenamiento de los pacientes ingresados. El azar de esta circunstancia obliga a separar a los enfermos psicóticos y a reunir en un mismo pabellón a los histéricos y los epilépticos. Es en el marco de esta conjunción de la histeria con la epilepsia, con sus insólitos efectos, lo que atrae la atención de Charcot y lo conduce al estudio y el desciframiento de la histeria.

Fascinado por la plasticidad de este cuadro monta la puesta en escena de los días martes. En su seminario hace reconocer a sus discípulos las diversas manifestaciones de los fenómenos histéricos: los cuadros convulsivos, las parálisis motoras, los trastornos de la sensibilidad, los síntomas oculares con el retraimiento del campo visual y las discromatopsias, los estremecimientos y temblores musculares, las tetanias y estados catalépticos, los cuadros alucinatorios y las actitudes pasionales de los enfermos.

Con el comportamiento propio de un director teatral, Charcot se aparta de la escena, y observa en silencio la actuación de los pacientes en una representación cargada de explosiones emotivas.

La histeria con su variedad de formas, su gran plasticidad, propia de una entidad proteiforme, adquiere progresivamente en sus manos un carácter clínico acotado, una tipificación. Prueba de ello son sus descripciones sobre la *petite* y *grande histerie*, esta última producto genuino de la cohabitación de la histeria con la epilepsia en la Salpêtrière.

Algo nuevo y distinto comenzaba a surgir con el trabajo de Charcot, algo que representaba un verdadero corte con una tradición histórica, y que era posible por el ingreso de la histeria en un orden nosográfico. Se dejaban atrás las ideas de los

vapores uterinos cuyos efluvios atenazaban y retraían la osamenta de las mujeres histéricas, o las ideas de la posesión demoníaca desarrolladas en las teorías oscurantistas de los sucubos y de los incubos que condujo a más de una histérica a la hoguera de la inquisición.

La histeria con Charcot dejaba de ser una posesión o una impostura. Comenzaba a tener una carta de ciudadanía, una razón de verdad.

En una época en que la medicina privilegiaba el dominio de las localizaciones anatómicas en la causalidad de muchas enfermedades, Charcot sostenía su independencia de criterio afirmando el origen dinámico-funcional de los cuadros histéricos.

Imposibilitado de reproducir los fenómenos histéricos a través de la estimulación nerviosa, este gran observador clínico apeló al uso de la hipnosis como método de investigación. En un lugar no muy lejano de París, la reconocida Escuela de Nancy, con Liébault y Bernheim a la cabeza, utilizaba al mismo tiempo la sugestión hipnótica como medio terapéutico, y acusaba a Charcot de promover con los pacientes histéricos un espectáculo denigrante alimentado con sus maniobras sugestivas.

Para Bernheim la histeria era sólo sugestión, o mejor dicho, autosugestión. Esta postura restaba, indudablemente, empuje a las investigaciones de la Salpêtrière y desvalorizaba la objetividad de las observaciones allí realizadas. Sólo veían tras los casos de histeria presentados en el seminario, la figura dominante y autoritaria de Charcot, la potencia de su deseo y la capacidad de dominio e influencia sobre sus enfermos. Este criterio desmoronaba, por supuesto, el esfuerzo realizado por ordenar y tipificar los síntomas histéricos. Basta sólo un ejemplo para mostrar los fundamentos racionales de esta crítica. Charcot había estudiado años atrás los efectos de los metales imantados en el tratamiento de las enfermedades nerviosas. No es necesario escudriñar demasiado el horizonte para darse cuenta que la fuente de estas experiencias están desarrolladas en las doctrinas de Paracelso. Según este médico, alquimista, místico y aventurero, la enfermedad era el resultado de un desorden provocado por la disyunción de las fuerzas intraorgánicas cuyo equilibrio era posible recuperar con el empleo de los metales sobre las zonas afectadas.

Siguiendo estas consideraciones, Charcot realizaba la experiencia del transfert con sus pacientes histéricos, frente a un público que asistía encantado a sus seminarios.

Esta prueba consistía, primero, en colocar bajo estado de hipnosis al enfermo para, luego, desplazar una zona de anestesia o de hipersensibilidad de una extremidad a su simétrica opuesta con el empleo de una barra de metal imantada. Arte de magia o sugestión mostraba el íntimo diálogo de la histérica con Charcot, una especie de comunidad sincopada difícil de transmitir más allá del espacio visual.

Pero volvamos a la Escuela de Nancy, y a la paradoja de su crítica, que al indicar los vectores esenciales sobre los cuales se desarrollaba la puesta en escena en la Salpêtrière, bajo estado de hipnosis, indicaba, al mismo tiempo, la contextura esencial del cuadro histérico.

Primero, la existencia de una figura en posición de maître, o de dominio en el saber, poseedor de aquellos secretos que constituyen un enigma para el sujeto. Evoquemos aquí la posición que tenía la Sra. K. para Dora.

Segundo, el sujeto pasional, denominación que recibía el histérico desde la

antigüedad, atraído por la autoridad del saber y fascinado por el brillo de esa *agalma*. Es en este lugar donde Freud descubre la histeria masculina. Ella no se presenta como un protocolo teórico, un conjunto de nociones abstractas, sino como un hecho real, un acontecimiento que emana de la propia postura de Charcot. El es un *sileno* que encandila con el resplandor fálico de sus actos con la misma o mayor intensidad que los histéricos fascinan con sus turbulentas emociones.

El sujeto sufre de la pasión que el objeto provoca. Hacia su captura dirigirá su voluntad y con el fin de obtenerlo se propondrá asimismo como señuelo para atrapar el deseo del Otro. Dicho de otro modo, su mecanismo esencial es la identificación a ese deseo lo que hará del histérico una substancia de enorme plasticidad.

Tercero, el arte de la teatralidad. La *Darstellbarkeit* freudiana, es decir, la aptitud dramática que posee el histérico para montar en la ficción la dimensión real de un dolor sexual y traumático. Privilegio imaginario, propio de la puesta en escena del deseo histérico, que lleva a un primerísimo plano la función del ojo y de la mirada.

No me refiero aquí, por supuesto, a los trastornos de la visión ya mencionados anteriormente, sino a las fuerzas de tensión creadas por la magia del espectáculo entre el espectador y los personajes de la representación.

No era para nada casual que Charcot cerrara los ojos de sus pacientes por medio de la inducción hipnótica y los llevara al estado de sonambulismo. Con ello pretendía hacerles **ver** y **sentir** escenas imaginarias, empujándolos a un más allá, donde eran poseídos por los objetos de su deseo. Bajo estas condiciones experimentales no podían hacer otra cosa que desplegar sobre el escenario un conjunto variado de actitudes pasionales. Se creaba así una atmósfera oniroide, alucinada, que envolvía a los espectadores hasta el punto de hacerlos partícipes de las vibraciones emanadas de esos cuerpos convulsionados.

Si el sueño con su texto en imágenes se asemeja a una histeria artificial novelada, la histeria con sus representaciones escénicas se aproxima, en su estructura a un sueño artificial.

Las fuerzas oscuras de la naturaleza humana, aquellas que invocaba Paracelso en sus enseñanzas, o las que pretendía dominar Mesmer con los conjuros ritualizados del magnetismo animal, alcanzaban en la Salpêtrière su mayor expresión simbólica en las figuras estáticas de los cuadros visuales.

Tal era este privilegio de la mirada que el propio Charcot impulsó en la Salpêtrière la instalación de un laboratorio fotográfico. Una memoria de imágenes, documento arqueológico del acontecer clínico de la histeria en el escenario parisino.

Los médicos de la Salpêtrière se condujeron como policías científicos en la búsqueda de un criterio de diferencia en el reconocimiento de una identidad. En esas fotografías quedan los vestigios de las actitudes pasionales de los pacientes, de sus contorsiones o de la fisonomía de sus rostros en la construcción de una topología. Se buscó por este camino sistematizar los rasgos esenciales de una afección que hallaba en la plasticidad del cuerpo el vehículo adecuado para expresar los trazos reprimidos de una historia individual. (2)

El mismo Charcot mostraba una fuerte inclinación por el dibujo, práctica que ejercía con asiduidad. Esta circunstancia le condujo a interesarse por la pintura y a estudiar en los cuadros de los grandes maestros los signos descubiertos en los enfermos de la Salpêtrière. Con ello pretendía demostrar que los ataques de

contorsión o de grandes movimientos, de delirio, de letargia, de sonambulismo, de catalepsia, o las formas de parálisis con hiperestésias o anestésias no eran un simple producto de su acción sobre los enfermos de la Salpêtrière, sino una entidad que había existido en otras épocas, y por lo tanto, merecía estudiarse con absoluta objetividad. Como resultado de estas investigaciones iconográficas queda su libro en colaboración con Paul Richer, titulado *Les démoniaques dans l'art*, publicado en París en el año 1887. Freud fue, sin lugar a dudas, un espectador privilegiado del montaje de las presentaciones clínicas en la Salpêtrière. A diferencia de otros discípulos como Janet, Pièrre Marie o Babinsky, supo ir más allá de las enseñanzas de Charcot, penetrando en **la otra escena** donde dormitan los deseos inconscientes. Supo leer en el cuerpo sufriente del histérico el jeroglífico de un lenguaje cuyos caracteres se inscriben con los trazos de la historia subjetiva.

El acontecimiento traumático deja su lugar a la memoria y la mirada queda relegada en favor de la escucha. La narración ocupa el lugar de la escenificación.

Por este camino, sin saberlo, Freud se acerca al campo de la literatura con sus relatos clínicos, breves y excelentes ensayos sobre la histeria, y encuentra, desde una perspectiva distinta, aunque no muy distante de la suya, el testimonio escrito de otro asistente a las sesiones de la Salpêtrière. Me refiero a Guy de Maupassant. Atraído también por el magnetismo de la figura de Charcot concurre a sus seminarios, dejando en muchos de sus cuentos fantásticos las señales de su paso por la Salpêtrière. Allí están los fenómenos del magnetismo animal, la hipnosis, el sonambulismo o la posesión demoníaca. Sólo extraigo un corto párrafo de su Cuento de Navidad (3) que bien podría formar parte de la historia de la literatura analítica: "La Endemoniada bajaba ahora rápidamente los párpados, después los alzaba al punto, como impotente para soportar la vista de su Dios. Había enmudecido. Y después, de pronto, me di cuenta que sus ojos seguían cerrados. Dormía con el sueño de los sonámbulos, hipnotizada, ¡perdón!, vencida por la contemplación persistente de la custodia de rayos de oro, abatida por el Cristo Victorioso. Se la llevaron, inerte, mientras el sacerdote volvía a subir hacia el altar.

La concurrencia, trastornada, entonó un Te Deum de acción de gracias.

Y la mujer del herrero durmió cuarenta horas seguidas, al cabo de las cuales se levantó sin el menor recuerdo de la posesión ni de la liberación.

Y ahí tienen, señoras, el milagro que ví."

### Bibliografía

- (1) S. FREUD, *Obras Completas*. Tomo I, pag. 17. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948.
- (2) G. DIDI-HUBERMAN, *Invention de l'histerie*. Ed. Macula, 1982.
- (3) G. DE MAUPASSANT, *El Horla y otros cuentos fantásticos*. Alianza Editorial, 1979.

# Una histeria de fin de siglo

CARLOS A. BLINDER DUBILET

*Augusta tiene 35 años y una hermana gemela.*

**Se** presenta con síntomas difusos y confusos: se encuentra mal, muy angustiada, triste... “me preocupa que me falle la memoria, a veces me quedo en blanco... no tengo amigos, no suelo hablar de lo que me pasa. Venir significa para mí un paso atrás, las profundidades me asustan”. Casi no me mira, como si escondiera algo... Me quedo pensando en esas profundidades...

Estudia 2º año de filología, y trabaja desde casi la mitad de su vida, desarrollando también una actividad sindical, en una fábrica de televisores a la que siguió sus pasos cuando trasladan la planta desde Valencia, de donde es natural, y donde vivía con sus padres, su hermana y un hermano 6 años mayor que ellas, ya casado.

“Fue una forma de escapar de casa... mi familia... todos están mal... Soy el centro de todos, soy vital para ellos, no sé la solución, y ellos me la piden, que sea la solución... se complicó con la historia de mi hermana... tengo miedo que ahora se quede sin trabajo... El sentirte tan necesario (aquí usa el masculino) es horrible... Mi hermana se volvió loca... fue hace 8 años... se metió en una secta, después tuvo una depresión y se metió de monja... para salir de casa, creo. La echaron del convento y la ingresaron... yo me hice cargo de la situación... pero mi hermana me culpó de que la hubieran echado del convento”.

Relata una infancia con una gran carencia económica y afectiva y mucha violencia, altamente traumática. El padre, alcohólico le pegaba al hermano, se peleaba con la madre y se iba de casa; la madre siempre estaba gritando y les pegaba por nada; una vez amenazó con tirarse por el balcón... “Prefirió siempre a mi hermana...”.

Ella también era violenta en la escuela... “estábamos en el pelotón de los tontos...”.

De su historia recuerda los gritos, las peleas; y relata abusos sexuales por parte del hermano; “me tiró con fuerza sobre la cama...” no puede seguir hablando, va bajando a las profundidades. Quizás articulado con esto, cuenta un episodio en que deja de hablar... “sólo miraba a través del cristal y dibujaba figuras que cobraban vida y me acompañaban, hablaba con ellas”. Recuerda la respuesta de su familia: “¿Y a esta gilipollas qué le pasa?”. Rescata a una tía con la que tenía un vínculo cordial, pero que muere precozmente, y a la abuela materna, ya fallecida: “a veces abro el buzón e imagino que encuentro alguna carta de mi abuela, y lo único que

## Una histeria de fin de siglo

encuentro es el polvo acumulado por falta de palabras y todo lo más alguna que otra factura”.

También en las sesiones faltarán palabras, se desplegará la conversión, las actuaciones, la erotización (los polvos acumulados) y a ella le pasarán factura...

Pese a que deseaba seguir estudiando, a los 16 años la madre, según cuenta, la obliga a buscar trabajo. Comienza en una heladería, donde tiene un episodio, relatado muy confusamente: “dejé de respirar y un médico me hizo una respiración boca a boca...”. Será lo que tratará de repetir conmigo en la transferencia: que le dé ese aire narcisista que tanto le faltó en su vida. “Siento que me han robado día a día, minuto a minuto, el aire para respirar...”.

Al poco tiempo de aquel episodio, tiene un ingreso en un psiquiátrico: “me pusieron una camisa de fuerza y me preguntaron qué había hecho... no había hecho nada. Me dejaron esa duda. Me dijeron que me sacarían la camisa de fuerza si contaba lo que había hecho. Recuerdo estar en una habitación, todas las puertas cerradas con llaves... me asomé por la ventana... vi que estaba sola. Un hombre vigilaba de afuera, no podía salir, no hice nada... que me suelten, no puedo respirar, que me la quiten...”.

En el origen de las locuras histéricas, casi siempre se encuentra la conexión de una intensa culpabilidad con vivos deseos eróticos. Deberá preservar la insatisfacción de su deseo como sacrificio y pago por esta culpabilidad.

Dan comienzo sus conversiones y actuaciones en las sesiones. A veces es el psiquiátrico o aquella cama donde su hermano parece que abusó de ella, o el comedor familiar donde se producían las peleas, o la calle y la noche con sus peligros... o su brutal soledad. Me vienen a la cabeza “Generalidades sobre el ataque histérico”, “Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”.

“Mi cuerpo es una cárcel... tengo inseguridad de que no sea yo, que sea un sueño”.

Me pongo en contacto con el psiquiátrico donde estuvo ingresada. A mí también me mueve a actuar. Fueron dos ingresos en urgencias de pocas horas: “Pseudopérdida de conciencia, sin convulsiones, cefaleas y palpitaciones, que se interpretan de tipo psicógeno, y tras una serie de disgustos en el ámbito familiar”, dice el escueto informe.

Cito una frase que me parece importante: “A veces, no soy yo, sé que soy yo, pero no me reconozco...”. La desaparición de todo límite es lo que desencadena su angustia loca.

“Tengo miedo de perderme... a la locura, estuve cerca...”.

Pienso en su hermana y voy configurando la idea de que es la doble histérica de su hermana loca. Aquí hay un punto central en relación al doble y un aspecto de su serie complementaria: su gemelitud. Augusta vivió junto a su doble.

D. Vasse señala (El ombligo y la voz) que la visión de la imagen especular junto a la angustia que ella provoca, evocan el cara a cara de los cuerpos en el acoplamiento del fantasma de la escena primaria. La emoción es tan invasora que petrifica. Augusta queda petrificada, inmóvil, sin hablar, desplomándose. En la relación con el doble, queda así excluida la diferencia.

Cuenta que es “como si me metieran dentro... y me manejaran... son voces, a veces inteligibles. Me cuesta hablar, las letras se me presentan físicamente delante

de mis ojos... las veo, se mueven, se detienen, se ríen o desaparecen... se interponen entre yo y los demás, me invaden, me asusto. Hablo y salen de mi boca”.

Está hablando de su especie de locura. No es la convicción delirante psicótica, hay un retorno de lo reprimido en su realidad psíquica, son pseudoalucinaciones, con fuerte componente en su representación psíquica y menos objetividad espacial. Augusta se queja de ser perseguida por la pseudoalucinación en la que ve a sus padres colgados frente a ella, cuando toca temas delicados, reprimidos. En Estudios sobre la histeria, Frau Cecile se quejaba de ser perseguida por una alucinación en la que veía a Freud y Breuer colgados en el jardín. Anna O ve a su padre con una cabeza de muerto al ver su propio reflejo en el espejo.

La violencia de la transferencia, las pseudoalucinaciones, el afloramiento del inconsciente, las tendencias a pasar al acto, me inclinan a pensar que estoy frente a una “gran histérica”, de fin de siglo...

Comienza a tener sacudidas en las sesiones “estoy bloqueada, todo se me queda adentro... no puedo llorar, me estoy cayendo al vacío... ayer me pasó, sentí como si me tiraran, caer de golpe y según caes, sentirte apretada por dentro, y sin poder reaccionar... son caídas en picado, me dejan como después de una paliza”.

Quizás invierta los términos; después de aquellas palizas de la madre, quedaba tirada, golpeada y caída, apretada y en el vacío, pero es el vacío que intenta llenar con su masoquismo.

El “Pegan a un niño” toma en ella la forma de “una niña es echada” en la transferencia. Volveré sobre esto más adelante.

“Es horrible, año tras año, estoy ahogada, me siento impotente, con la misma impotencia del que siempre nada contracorriente. Le ahoga tener que llamar por teléfono cada semana a Valencia. La inundan con quejas, reproches, y tiene pocos recursos para poder nadar contracorriente y evitar ahogarse... Tampoco la escuchan, se convierte en una oreja-water que recibe el caos familiar... y me trae, ese producto a las sesiones. Me voy colocando mi chaleco salvavidas, y repasando las técnicas de sacar a un ahogado.

Las sesiones se hacen duras. Le cuesta hablar, el silencio se le hace insoportable... me conmina a que yo hable, y cuando va tocando temas espinosos vienen los “latigazos”, las sacudidas, las convulsiones y después las desconexiones... es como un aparato de T.V., con los que ella trabaja, que se desconecta... es como si ante una brutal sobrecarga tensional, desconecta la conciencia. Caer en el vacío, y se repiten las pseudo-pérdidas de conciencia... Se desploma y tampoco reacciona ante el fin de la sesión. Tengo que levantar ese peso muerto-ahogado y trasladarlo, sin hacerle la respiración boca a boca, hasta el recibidor, donde después de largos minutos, se recompone. Si no la sostengo, se desploma. La interpreto, como puedo y cuando ella puede escuchar, que, a veces, es como una niña temerosa que necesita el sostén de sus padres, sino, se cae. Muerte y resurrección.

Se queja de que la echo de las sesiones. Se despliega su goce masoquista. Aparece el fantasma de “ser echada”. Su padre, alcoholizado, se va, es echado de casa, su madre amenaza con echarse por la ventana. Los hijos son precozmente echados de la escuela hacia el mundo laboral, de la infancia a la supuesta adultez. Me pregunto cómo se habrá significado la gemelitud para Augusta. Dos fetos en el lugar de uno... ella salió primero ¿Habría sido la echada?.

Cuenta que cuando ve las fotos de su infancia, no se reconoce; reconoce a su hermana, y le da la sensación de que la hermana está en el lugar de las dos.

“No soy como las demás, la vida ha podido conmigo desde el mismo día en que nací. He sido un fallo desde el primer día, no teníamos que haber nacido; sólo uno, los gemelos son un fallo, es como una mutación, como si una persona nace con cuatro brazos, eres una mezcla... Yo he sido la más problemática... desaparecer, y tú tenías que desaparecer (aquí su voz cambia), no me estás ayudando desde que te fuiste a Barcelona, no me has ayudado, la culpa la tuviste tú, me echaron del convento por tu culpa (se ha transformado en la hermana), lo estoy pasando mal y llama cada 15 días, no quiere dejar dinero... se va a enterar cuando llegue... es como hablar con un muerto, tienes la culpa de lo que pasó en casa”. Otras sacudidas y desconecta.

Cuando el doble es proyectado fuera del yo, se produce, según Freud en “Lo Siniestro”, “un grado extraordinario de extrañamiento inquietante”.

Una interconsulta neurológica había descartado patología orgánica.

La situación se va tornando complicada. No porque no pueda ayudarle a incorporarse, sino por la dificultad en la presencia de la palabra... la acción y el cuerpo están en su lugar... la amenaza de la seducción por el adulto, aparentemente algo consumada por su hermano, y lo erotizado y en aumento que conllevan estos cuasi-desmayos. Las sesiones se alargan con estas actuaciones, y ella intenta gobernar los tiempos. En la transferencia puede propiciar que sea otra vez echada... Intenta ocupar el tiempo y el lugar del próximo paciente.

Mis interpretaciones son como una gota en una piedra. Hacen y harán efecto, supongo, pero con el paso del tiempo. Los cambios geológicos no solemos verlos, nuestra vida es más efímera.

El masoquismo y la melancolía se conjugan y se despliegan en una repetición mortífera. Freud cita en la carta a Fliess del 16 de Enero de 1899 la “melancolía histérica”. “He pensado en tirarme al metro, pero cuando lo intento, una especie de mareo, de fuerza, me tira hacia atrás, aunque, y esto parece una contradicción, es la misma fuerza y el mismo mareo que me empuja hacia el andén”.

Decido ampliar el recurso terapéutico y propongo un acompañante. Ella se resiste a que sean sus dos amigas, con las que vive; y será entonces un acompañante terapéutico, que acude al terminar la sesión, la ayuda a incorporarse, cuando ella lo necesite, y la acompañe alrededor de una hora.

Es una forma de distribuir su masiva y erotizada transferencia, y permitir que el análisis continúe. Pero tiene sus riesgos: las actuaciones con el acompañante, lo que puede quedar “fuera” de las sesiones, y la inclusión de un otro que entra en la privada escena analítica, “mira” y se la lleva.

Pero su brutal carencia en ser libidinizada, la fragilidad, el desecho, el “no tener que haber nacido”, lo melancólico, me hacen decidirme en ese sentido. Sé que sacará nuevas cartas. La partida no está a favor de Eros.

Coincidiendo con mis vacaciones y las del acompañante, dice que queda embarazada de un compañero de trabajo: ¿una repetición del episodio con el hermano?. Decide abortar: ¿Una repetición de su identidad?. Me pregunto también ¿si es que estuvo embarazada?.

En las sesiones, para empezar a hablar, a veces construye historias y me pide que la ayude: “Había una vez... Y entonces...”. Cito un párrafo: “Subió al puente

en la ciudad de Praga... pensó en tirarse. Como la gente tira monedas por ese puente y pide deseos, si se tiraba, sería un deseo... ". Pero un deseo de otro, le digo. "Sí, siempre los deseos son de los otros. Después subía, pero volvía la gente con sus deseos, y tenía que volver a tirarse".

Tengo que sujetarla para que no se tire por la ventana.

"Es como una fuerza, dice, que me empuja a la ventana... no soy yo... ". El aborto y ella.

100 Años después han cambiado ciertos recursos y abordajes terapéuticos, desarrollándose nuevas patologías de la actual modernidad.

En "Historia y Repetición", E. Galende resalta con la caída de "lo público", un incremento de la individualidad narcisista, favorecida por el empobrecimiento de los proyectos colectivos, la ruptura de los conjuntos humanos por migraciones, la pérdida de lo religioso, la pérdida del sentimiento de historicidad y las nuevas conformaciones de la vida urbana, que dificultan crecientemente el encuentro con los otros. Aumenta el aislamiento, la queja hipocondríaca, el consumo masivo de drogas, las preocupaciones excesivas por el cuerpo (las anorexias), y las manifestaciones de agresividad con el semejante.

Me pregunto si la histeria ha variado en este siglo.

No es frecuente encontrar las histerias Charcotianas o las histerias de los "Estudios" de Freud y Breuer, salvo algunos casos, como por ejemplo esta paciente. ¿Ha desaparecido la gran histeria o aparece disfrazada en formas nuevas?.

El síntoma de Augusta es su dificultad de ser. Maleval apunta que es la forma de la patología histérica más frecuente hoy en nuestra civilización.

Así como la histeria se apoderó en una época de lo demoníaco: eran las brujas del imaginario social; en el fin del anterior siglo, se deslizó a cuestiones neurológicas (síntomas de conversión que recordaban la epilepsia, las parálisis, las afecciones de la sensibilidad). La reunión de histéricos y epilépticos en la Salpêtrière, en época de Charcot, dió origen a la "histero-epilepsia". En el fin de este siglo, la gran histeria parece deslizarse al modelo psicótico, debido en parte, a su divulgación a través de los medios de información (películas, reportajes televisivos) y por la mayor difusión de la enfermedad mental.

Pero, ¿cómo influye la modernidad en el fin de siglo de la histeria?. Los mitos científicos han reemplazado a los mitos religiosos y animistas; pero a veces a costa de su fetichización.

Dejo abierto el interrogante.

## Bibliografía

- S. FREUD, "Estudios sobre la histeria". Amorrortu TII.  
— "Fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad". Amorrortu T IX.  
— "Generalidades sobre el ataque histérico". Amorrortu T IX.  
— "Lo siniestro". Amorrortu T XVII.  
E. GALENDE, "Historia y repetición". Paidós.  
J. C. MELEVAL, "Locuras histéricas y psicosis disociativas". Paidós.  
D. VASSE, "El ombligo y la voz". Amorrortu.

# Fantasías de seducción y fantasías "perversas" en la histeria femenina

EDUARDO BRAIER

*"El interés de quien estudia la histeria abandona pronto los síntomas para dirigirse a las fantasías de las cuales proceden."*

*S. Freud, Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad (1908).*

## I. Introducción

El presente trabajo se centra en ciertas fantasías que he tenido ocasión de observar durante el análisis de pacientes histéricas y cuya recopilación y estudio he emprendido.

Las pacientes de las viñetas clínicas que incluyo poseían una estructura definitivamente histérica, caracterizada por: 1) rasgos de personalidad propios de la serie, tales como tendencia a la seducción, teatralidad, sugestibilidad, etc., y, en todas ellas (un total de tres pacientes) una marcada inclinación a la ensoñación; 2) una estructuración fantasmática con hegemonía de la configuración edípica.

Razones de tiempo me obligan a pasar por alto la revisión del concepto de fantasía para abordar de inmediato dos tipos particulares de ésta.

## II. La fantasía de seducción en la relación transferencial

La fantasía de las analizandas de ser seducidas pueden surgir a veces, de un modo sorpresivo para el analista, dentro de la propia relación transferencial analítica. Aquellas poseen entonces una llamativa convicción - a la que suelen aferrarse, dadas sus motivaciones inconscientes- de que el analista intenta seducirlas. Vemos así instalada la escena que las pacientes de la etapa preanalítica relataban a Freud, sólo que en lugar del padre - seductor, perverso- o de un subrogado cualquiera de éste, se trata ahora de la figura del propio analista.

Hace aproximadamente veinte años analizaba yo a M., que tenía entonces veintiocho, estaba casada y, según mi criterio, poseía una estructura predominantemente histérica. En determinado momento, M. comenzó a recibir llamadas telefónicas anónimas, en las que una voz masculina le hacía proposiciones amorosas y la instaba a que tuvieran un encuentro. Con el correr de los días- y de las

llamadas- en M. fue acrecentándose la idea de que el autor de esas llamadas era... yo mismo. Sostenía que aquella *era* mi voz.

La paciente mostraba por momentos una considerable alteración de su juicio de realidad. Felizmente, pude mantener la comprensión analítica ante tan curiosa - y hasta algo graciosa- situación, en la que ella me hacía objeto de reproches, casi segura de que yo intentaba seducirla.

Poco antes que todo esto sucediera, yo venía detectando una transferencia erótica latente en M.. Se defendía entonces de sus deseos libidinales por medio de la represión, a la que después, ante su falla, vino a asociarse la proyección de esos deseos en la figura del analista, lo cual se manifestó a través de la fantasía de seducción.

Los contenidos inconscientes de esta fantasía pudieron ser analizados (giraban en torno a su complejo edípico positivo) y el proceso analítico siguió su curso, no sin antes haber pasado M. por diversas reacciones resistenciales (transferencia negativa).

Hay un segundo caso, cuya descripción no podré en esta ocasión realizar.

### Consideraciones teóricas

El análisis de la fantasía de ser seducida por el analista revela: a) su carácter *desiderativo* (recordemos que la función primaria de la fantasía es la escenificación del deseo), en relación con los impulsos libidinales correspondientes al complejo de edipo (a predominio positivo en el ejemplo expuesto, en el que el analista representaba - inconscientemente- en esos momentos al padre amado). La búsqueda de satisfacción del deseo de ser deseada y amada por el padre-analista, anima también la fantasía de ser seducida por éste; b) su carácter *defensivo*. Como en el caso de las fantasías de seducción de las histéricas finiseculares que Freud trató, la defensa está dirigida a mantener sumergidos en el inconsciente los deseos sexuales infantiles e incestuosos, recurriéndose esta vez, ante el retorno de lo reprimido y como mecanismo esencial, a la *proyección* de esos deseos prohibidos en la figura del analista, mecanismo al que además acompaña la transformación en lo contrario. Lo sexual es así vivido como ajeno y viniendo desde fuera. Traducido en palabras, sería:

“No soy yo, ni una niña enamorada, ni la que desea seducir al padre- analista. Es él quien, ‘perversamente’, quiere seducirme, transgredir la ley<sup>1</sup>. Soy, pues, sólo una víctima pasiva”.

Los dos casos observados cursaron con una considerable alteración del nexo con la realidad, pero se hallan aún dentro del campo de las neurosis. Como señala Freud en *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924), también en las neurosis hay “[...] intentos de sustituir la realidad indeseada por otra más acorde al deseo. La posibilidad de ello- continúa Freud- la da la existencia de *un mundo de la fantasía*.” (el destacado es mío). Pero una acentuación del mecanismo proyectivo -con disminución de la capacidad introyectiva- puede conducir a una forma de verdadero delirio histérico.

Finalmente, estas fantasías de seducción conllevan: c) *una reacción resistencial* (resistencia de los mecanismos de defensa o de la represión y resistencia de transferencia en la denominación freudiana de 1926 [1925]). Entre otras cosas, pueden justificar en las pacientes su desconfianza y hostilidad hacia el analista y, por ende, actitudes reticentes y de falta de cooperación en general (M. estuvo a punto de abandonar el tratamiento).

### III. Fantasías “perversas” en la histeria femenina

La denominación “perversa” fue adoptada por D’Alvia, Maladesky y Picollo (1980) en una breve aunque valiosa comunicación, y alude a fantasías de contenido manifiesto perverso, esto es, corresponde a deseos pregenitales, sean estos sado-masoquistas, homosexuales, escoptofílicos, etc. Ahora bien: a ello agrego que el contenido manifiesto de estas fantasías puede además ser, de acuerdo con la pequeña aunque significativa experiencia que me han proporcionado dos casos que he analizado, de una ostensible naturaleza incestuosa.

Otra diferencia que surge en relación con el trabajo de mis tres colegas es que ellos no vincularon la fantasía “perversa” con algún tipo particular de patología. A mí en cambio me ha tocado encontrarla en dos casos de histeria.

N., de cuarenta y un años al consultarme, docente, comenzó el tratamiento a raíz de sus problemas en su relación matrimonial. Su estructura parecía también la de una histérica típica. Al cabo de unos meses de iniciado su análisis (que constaba de cuatro sesiones semanales) me confió que para poder llegar al orgasmo en sus relaciones con su marido debía, en el instante culminante, apelar necesariamente a una fantasía que, de acuerdo a la primera vez que me la relató, consistía en lo siguiente: ella observaba una escena en la que un hombre de edad avanzada seducía unas veces, otras violaba, a una joven. Esto le resultaba sumamente excitante. Añadió que se trataba de padre e hija. Ni el hombre ni la joven le recordaban a nadie en especial. Más adelante agregaría que jamás había imaginado esa escena a cargo de su propio padre y/o de ella misma. Meses después de estas revelaciones se atrevió a decirme que en realidad me había ocultado parte de la verdad: junto al “viejo” aparecía además, en aquella fantasía, una mujer, también “mayor”, que sería, al decir de N., la madre de la joven. “En mi fantasía veo no solamente al padre. Están el padre y la madre. La madre observa lo que pasa, o puede también participar acariciando a la chica. Yo nunca le conté esto, Eduardo. Es el detalle que faltaba.”

En N. la fijación edípica a la figura materna era tan intensa como la que registraba respecto de su padre.

Junto a la *escena de seducción*, a cargo del padre o de ambos progenitores, podemos considerar coexistía la *escena primaria*, modificada de tal modo que N., representada por la joven, se incluía en dicha escena, satisfaciendo a la vez sus deseos edípicos positivos e invertidos, o bien desplazaba a la madre-rival y se colocaba en pareja con el padre amado.

Pero, hete aquí que en N. existía un antecedente que no hace más que demostrar cómo los distintos factores en psicopatología y en lo que a la seducción se refiere, a menudo se entrecruzan e interrelacionan en la singular experiencia de cada

1 Aquí se trata de la regla de abstinencia, en la que, como en todo el método psicoanalítico, confluyen las razones técnicas y las éticas.

persona: había cohabitado con sus padres hasta los siete años, y luego con un hermano, algunos años mayor, hasta que ella tuvo trece. En mi opinión esto nos lleva a incluir dentro de su problemática la seducción *real* de sus padres sobre N., al exponerla repetida y traumáticamente a la escena primaria, lo que influiría de un modo decisivo en su fijación a dicha escena. Considero por ende este antecedente como un elemento importante dentro de las series complementarias de esta paciente, a los fines de comprender la psicogénesis, sobreinvestidura y persistencia de las fantasías que nos ocupan, las cuales reproducen la cohabitación infantil, con modificaciones de la escena al servicio del cumplimiento de deseos.

B., de veintisiete años, soltera, consultó por problemas afectivos con su pareja. Presentaba también rasgos acentuados de la serie histérica. Al igual que N., B. necesitaba acudir a una fantasía para lograr el orgasmo con su pareja. Sólo podía obtenerlo cuando su compañero (lo mismo le había sucedido con los anteriores) la masturbaba acariciándole la zona próxima al clítoris, a lo que B. debía engarzar una fantasía que consistía en lo siguiente: ella *recibía masajes* de parte de un tío, o ... de su hermano o, con menor frecuencia, y como una imagen más velada en dicha fantasía, de su propio padre... (en ese orden, de acuerdo con el grado de prohibición de cada objeto para B.). Con la penetración no conseguía tener orgasmo.

Era notable la desconexión de B. durante el coito y también en las sesiones respecto del significado sexual de estas escenas. Los masajes, como resulta obvio (para nosotros, pero no para B. por entonces), eran una manera, apenas disimulada -tal como sucede con las llamadas "casas de masajes", en las que en realidad se practica la prostitución- y más bien eufemística de representar la relación sexual. Además, en su propia experiencia vital, los masajes tenían para B. un inequívoco e intenso significado erótico. Solía pedirle a un amigo suyo que la masajeara en la espalda, desentendiéndose de la existencia real de un lazo libidinal con él, en otros momentos reconocido por ella... A esto se sumaba la relación entre las fantasías, que debían ser convocadas durante la relación sexual, y el momento mismo de procurar el orgasmo, relación directa e insoslayable, dada la simultaneidad de ambos hechos. Pero todo esto no era óbice para que en B. persistiera la tal desconexión en torno a la evidente connotación sexual de sus fantasías. En éstas los "masajes" -pude saberlo poco después de empezar a animarse B. a confiarme su secreto- consistían en caricias en... sus genitales y pechos, sin incluir la penetración, vale decir, lo que en toda relación sexual constituyen las caricias preliminares.

A esta altura, y siguiendo la modalidad freudiana de presentar diversas formulaciones a propósito de su caracterización de las fantasías histéricas (1908), he de precisar algunas de las peculiaridades destacables de estas fantasías de contenido perverso-incestuoso, de acuerdo con los dos casos observados y coincidiendo en gran parte con la experiencia clínica de mis colegas D'Alvia, Maladesky y Picollo (1980), sin pretender una generalización, que sería apresurada.

1) Son *preconsciente-conscientes*.

2) Su contenido manifiesto es de naturaleza abiertamente sexual y muestra:

1º) *impulsos pregenitales*, y 2º) *impulsos de clara naturaleza incestuosa*. Todo esto nos permite hablar de fantasías "perversas".

3) Guardan relación con los *sueños diurnos*. Por lo tanto, son fantasías prevalentemente desiderativas.

4) Son de *tipo masturbatorio*. Podemos decir que las pacientes se masturban - o son masturbadas - en la relación con su compañero sexual.

5) Las pacientes recurren a estas fantasías preferentemente durante el coito, y éstas se convierten en una *condición sine qua non* para lograr el orgasmo, lo que les confiere un status especial dentro de las fantasías masturbatorias.

6) Son *repetitivas y estereotipadas*.

7) Son *egosintónicas*, a diferencia del síntoma neurótico y por lo general no constituyen el motivo de consulta.

8) *No producen culpa manifiesta* (aunque cabe esperar haya cierta reticencia para su comunicación).

9) *No conducen al acto*. Las pacientes se limitan a una actitud fantaseadora dentro de la realización de un coito típico, a diferencia de las personas con estructura perversa y las actuatoras.

10) *El propio analista puede ser incluido* en ellas.

11) Si se vuelven inconscientes, *pueden constituirse en sustrato de síntomas* (crisis hemorroidales en N.)

El hecho de que estas fantasías "perversas" lleguen a ser preconsciente-conscientes nos hace pensar en algunas hipótesis explicativas-en parte ya consideradas por D'Alvia, Maladesky y Picollo- y que aquí sólo podré citar. Así tendríamos:

A) Un *modelo neurótico*: gruesa falla de la represión-retorno de lo reprimido. (En N., la cohabitación perturbó el proceso represivo normal?).

B) *Modelo de la fantasía "retenida"*. Sigue la hipótesis freudiana expuesta en **Pegan a un niño** (1919): una fantasía de la temprana infancia, a la manera de un rasgo primario de perversión, que habrá de ser retenida, "[...] sustrayéndose de los ulteriores procesos evolutivos" (Freud, 1919).

C) *Modelo de la perversión*. Corresponde al modelo freudiano de *escisión y desmentida* (Freud, 1927; 1940 [1938]; 1940a [1938]).

Para N. me basta el modelo neurótico o el de la fantasía "retenida". B. en cambio me lleva a pensar que en ella predominan la escisión y la desmentida.

#### IV. Algunas reflexiones e interrogantes.

Hemos abordado dos formas de fantasía factibles de ser observadas en histéricas, teniendo ambas en común su contenido sexual manifiesto, el remitir claramente al edipo y reflejar un fracaso flagrante de la represión.

Mientras las fantasías de seducción, desde su hallazgo por Freud en las histéricas, son ubicables dentro del campo de las neurosis (aunque pueden evolucionar hacia un delirio histérico), las fantasías "perversas" nos plantean en cambio ciertas dudas. Estamos todavía dentro del campo de la histeria? ¿Se trata de "la histeria, hoy", con sus transformaciones, por un lado menos inclinada a las conversiones y, en consecuencia, a los síntomas -para algunos como A. Green (1974) la conversión no debería actualmente seguir siendo lo fundamental del modelo histérico-, debido quizás a influencias socioculturales en ciertos estratos, y por otro acaso con una

mayor permisividad, por cambios en la moral sexual, para hacer conscientes estas fantasías, en otros tiempos destinadas invariablemente a ser reprimidas? O debemos pensar más bien que nos encontraríamos fuera ya de los límites de una estructura neurótica y que estas fantasías que acceden a la consciencia nos revelan la existencia de otra estructura, más próxima a la perversa?

Lo cierto es que dichas fantasías “perversas” no son, valga la redundancia, ni síntoma *neurótico* ni acto *perverso*. Ocupan, cierto es, el lugar que debería ocupar el síntoma histérico, pero en nada se diferencian de las fantasías conscientes de un perverso. Eso sí: no suelen desembocar en la acción.

Más que punto final cabe poner puntos suspensivos y continuar atentos a todo lo que puedan seguir enseñándonos las pacientes histéricas de hoy, tal como ayer le sucediera a Freud con las que se llamaron Emmy von N, Lucy, Katharina, Elisabeth, Dora, y con las que inició la fascinante aventura del psicoanálisis.

### Bibliografía

- D'ALVIA, R.; MALADESKY, A. Y PICOLLO, A. (1980). *Retenciones de fantasías perversas (Perversión de la fantasía)*. X Congreso Interno y XX. Simposio de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Perversión. Bs. As., 1980. Tomo I.
- FREUD, S. (1908). *Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad*. A.E., IX.
- , (1919). *Pegan a un niño. Contribución al conocimiento de la génesis de las perversiones sexuales*. A.E., XVII.
- , (1924). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. A.E., XIX.
- , (1926[1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. A.E., XX.
- , (1927). *Fetichismo*. A.E., XX.
- , (1940[1938]). *Esquema del psicoanálisis*. A.E., XXIII.
- , (1940a[1938]). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. A.E., XXIII.
- GREEN, A. (1974). *Panel sobre “La histeria hoy”*. En *Imago*, n°4. Editorial Letra Viva, Bs.As., julio de 1976.

## El duelo por la muerte del padre: Una adolescente en busca de identidad

MONTSERRAT CANAL I RIFÀ.

### Elección del caso

**OS** hablaré del primer año de tratamiento de una adolescente a la que llamaré Nieves.

Nieves fue el primer nombre que acudió a mi mente cuando decidí presentar este caso. Mientras intentaba pensar, para descubrir por qué, recordé lo que me dijo en una de las primeras entrevistas:

— Mi nombre no me gusta nada... pero nada, nada, eh!

Y, al preguntarle por qué, añadió:

— Es un nombre vacío... A mí, los nombres, me hacen pensar, siempre, en colores. Y, el mío, me hace pensar en el color blanco.

Calló. Me miró a los ojos. La sentí muy triste. Pero, ella, sonreía.

—Y, el blanco, no es ningún color.

Blanca, vacía, como la hoja de papel que finalmente me devolvió, angustiada, incapaz de dibujar en ella “la familia” que yo le había pedido que dibujara...

(Y Nieves, semánticamente, equivale a “Blanca”)

Elegí este caso intentando mostrar las dificultades de una adolescente para aceptar y mentalizar un duelo que vino a incidir y reactualizar duelos y pérdidas anteriores.

Y, también, efectos de las carencias en la función materna, y su expresión en la transferencia, en una estructura a predominio histérico, con elementos fóbicos, pero, también, con aspectos psicossomáticos.

Tradicionalmente se consideró la histeria (fijada al estadio fálico), como la neurosis más evolucionada en el devenir psicosexual del individuo. Pero la clínica nos la muestra como la etapa más primaria en la escala de la neurosis, etapa sobre la que se edifican las estructuras obsesiva y fóbica.

Por otra parte, este caso, presenta el problema de los estados mixtos. Lo que no

es inhabitual en la clínica. En los inicios del desarrollo de Nieves encontramos el conflicto de la doble figura materna, -descrito rigurosamente por M. Fain, L. Kreisler y M. Soulé, entre otros conflictos de expresión funcional en el primer año de vida-<sup>1</sup> que da la base de los aspectos psicosomáticos que aparecían en su evolución cuando los conflictos sobrepasaban sus posibilidades de mentalización, es decir, de poder recurrir a defensas o desplazamientos más neuróticos.

### Metodología

Para esta presentación he preparado:

- unas viñetas de las primeras entrevistas,
- breve resumen de la historia clínica,
- algunas viñetas de las primeras sesiones, representativas de cómo se desplegó la transferencia y de algunas variaciones técnicas e intervenciones destinadas a evitar y neutralizar la aparición de actuaciones,
- y la primera sesión después de las primeras vacaciones de verano.

### Primeras entrevistas

Fue la madre quien pidió hora para su hija, telefoneándome desde una ciudad cercana a Barcelona.

— Imagino que querrá venir sola. Tiene 16 años. Y hay muy buena comunicación hasta Barcelona.

Nieves llegó puntual. Alta, bonita, ojos grandes y muy expresivos... Mirada inteligente.

Pero, también, una serie de síntomas que fueron apareciendo: obesidad, insomnio, fobias, problemas en la escuela, dificultades de relación...

Al entrar, lanzó una rápida ojeada al entorno.

— Bien... Bien... Esta escultura la tienes ahí a propósito, ¿verdad que sí..? - preguntó refiriéndose a una maternidad del escultor Canyes que tengo en un rincón de mi consulta.

Ante la falta de respuesta, continuó:

— Será por algo simbólico. O para comprobar qué decimos los que venimos aquí...

— ¿En qué te hace pensar?

La respuesta fue rápida.

— En una madre como Dios manda... ¡Siempre con el hijo a cuestas!

Se la quedó mirando... Después, volvió a mirarme a mí, fijamente.

— Yo no sé cuidar mis cosas. Todos los animalitos que me regalan, al final se me mueren. -y una rápida asociación- No me fío de los médicos. Ninguno pudo salvar a mi hermano.. ¡ni a mi padre!

Y apareció el primer "lapsus".

— Mamá me tuvo cuando yo era muy pequeña... uuy...! ¿Qué digo...? Cuando

yo era pequeña, ella se iba siempre con mi padre. Y no me dio el pecho porque no tenía. Lo que no tenía era leche, claro. Así que yo salí ganando, porque siempre tuve dos mamás. Primero, me cuidó una "tata" y, después, mi abuela. Y, cuando empecé a ir a la escuela, era mi hermana quien estaba conmigo, hasta que se vino a vivir a Barcelona. Entonces estaba sola... ¡lo que llegaba a comer...!

Durante la segunda entrevista me explicó que, a los 8 años, se quedaba muchas horas despierta, por las noches.

— Más tarde, me ponía histérica si veía cualquier bicho, y, aún ahora, no soporto arañas, ni gusanos. Y, hacia los 11, volví a tener insomnio... pasaba las noches en blanco. Pero nadie se dio cuenta.

(De la casa del H.T.P. -una casa formalmente vacía, blanca, con la chimenea apagada-, me explicó que era la casa de una familia de personas felices. Añadiendo: "y yo, observándolo todo desde arriba, pero cuidando que no me vean, porque podría estropearlo".)

Le pregunté por qué no dijo nada a su madre, ni a nadie, acerca de su insomnio. Sentí que me escudriñaba como si yo fuese un extraterrestre.

— ¿No lo entiendes...? ¿No entiendes que mamá estaba preocupada por alguien que, realmente, tenía razones por las que sentirse fatal, porque se estaba muriendo...? ¿Cómo es posible que no lo entiendas...? -y, en inmediata asociación - A mí no me importa mi vida. Lo que no soportaría es que mamá se muriera antes que yo... Ya se lo tengo dicho.

En la entrevista que posteriormente tuve con la madre, y entre otros datos de la anamnesis, me explicó que no le dio el pecho:

— No sirvo para eso. Además, Nieves, se cogió rápidamente al biberón. Siempre fue muy tragona.

En otro momento explicó:

— Siempre ha sido autosuficiente. Una tarde, no tendría ni 7 años, llegué de trabajar y ya se había preparado la cena... ¿Y sabe qué me dijo...? "¡He cenado mejor que nunca!".

La madre, por su propia historia infantil, no había podido contactar con las necesidades más primarias de su bebé, con las demandas, el desvalimiento/desamparo de la Nieves-bebé. (lo que ya aparecía en su primera llamada telefónica: sólo una mayor distancia física hubiera podido hacerle pensar en la posibilidad de una necesidad o deseo -por parte suya o de su hija-, de acompañarla en su primer encuentro conmigo).

Y, ante la pérdida del marido/padre, objeto idealizado, tranquilizador, la madre reafirmó a su hija en ese lugar de personaje idealizado, indestructible... y Nieves, a su vez, llegó a identificarse con esa fantasía inconsciente de su madre.

### Breve resumen de la historia clínica

Nieves fue la única hija del segundo matrimonio de su padre, el cual, viudo y con dos hijos adolescentes, volvió a casarse con una muchacha mucho más joven, que asumió con gran capacidad y responsabilidad su lugar en la familia, sin descuidar su profesión. Por lo cual, a los tres meses de nacer Nieves, se reincorporó al trabajo.

El pecho, fue sólo la primera de toda una serie de pérdidas para la pequeña.

1 "El niño y su cuerpo". Ed. Amorrortu.

A los 3 años, la jubilación de la "tata".

A los 5, la muerte de la abuela. Dos años más tarde, la del hermano.

Poco después, la hermana marchó a vivir a Barcelona.

Ya en la pubertad, el fallecimiento del padre. Y, en ese momento, el mandato, a través de un tío paterno, al que ella confesó que no quería asistir al entierro. "¡Ni soñar en dejar de ir! Tu, ahora, tienes que estar al lado de tu madre. No puedes dejarla sola."

### *Viñetas de las primeras sesiones*

Antes de las vacaciones de verano, fijamos la fecha para el inicio del tratamiento. Igual que el primer día, observó el entorno.

-¿Cambiate algo...? Hay menos luz... No, falta un mueble... Tampoco. ¿Qué fue lo que pasó...? ¡A mí no me cambies nada, eh...!

Silencio...

-¿Seguro que no falta nada...?... Bien...¿Recuerdas que te dije que no recordaba los sueños...? ¡Pues hoy te traigo dos...! ¡No te quejarás...!

### **1er. sueño:**

- Mi padre estaba vivo (eso ya lo he soñado otras veces) Pero en este sueño, me decía que se moriría el fin de semana. Yo me enfadaba muchísimo y le gritaba que, para volver por tan poco tiempo, no merecía la pena. También le dije que si había regresado era porque con mi sufrimiento le había devuelto la vida, pero que no estaba dispuesta a volver a pasar de nuevo por lo mismo... Y me marché.

### **2do. sueño:**

- Yo estaba en un barco y, con la mente, podía mover cualquier cosa o persona por grande que fuese. Y, de pronto, tras los cristales de una ventana, apareció un pez enorme. Como un pez sierra, pero más grande. Cerré rápidamente las persianas y fui a la habitación de mis padres, que era un camarote muy lujoso. Y vi, a través del ojo de buey, que el pez no podía dañarles porque estaban por encima del nivel del mar. Me tranquilicé... No recuerdo nada más.

Pedí asociaciones y dijo que el pez le recordaba a un tiburón. Luego, la escena de una película en la que una mujer destroza una habitación, porque está furiosa: ha perdido al marido y al hijo... Y, un recuerdo.

- Un recuerdo que no quiero pensar... No, no te lo digo.

Ante mi silencio, comenzó a triturar un caramelo.

-¿Qué...? ¿No vas a decir nada...? - inició un ademán como si fuera a levantarse. Arrugó el entrecejo... Finalmente - De acuerdo. Te lo contaré, ¡no vayas a enfadarte!. -Un día, de pequeña, estaba muy enfadada. Así que agarré una muñeca de trapo que tenía desde que nací y comencé a golpearla contra la pared. Una y otra vez... Y, al final, le arranqué la cabeza... Así, ¡zas...! ¿Por qué lo hice, si la quería?

Le dije que, al parecer, había muchas cosas que para ella eran difíciles de entender. Y difíciles de pensar, y de decir.

Aparecía su miedo a que las cosas cambien, desaparezcan, o se destruyan. Su temor a que también a mí se me muriesen los animalitos a mi cuidado. En el sueño, ella se iba, para no tener que sufrir de nuevo la pérdida. Y por el miedo a la aparición, en su interior, de ese terrorífico pez sierra/tiburón.

La fantasía de que los objetos dependen de ella, de que es ella quien mueve todas las cosas, quien les exige que no se mueran, que no se destruyan, era la fantasía omnipotente que ocultaba el miedo al desamparo, a la impotencia, a la exclusión... y, también, el terror a la hostilidad, a la agresividad, frente a esa escena primitiva imposible de soportar.

Antes de terminar la sesión explicó que a ella los chicos no le duraban más de un mes. "¡Les dejo antes de que me dejen!".

### **20 de setiembre**

- ¿Sabes aquel chico que te conté que me gustaba...? Me dijo que quería salir conmigo, y luego le vi tonteando con otra. Pero no me importa, porque ya no me gusta.

Asoció con una profesora que se marchó a vivir a Madrid. Y con una amiga que le dijo: "¡Si dejas de ser amiga mía, te ahogo!".

Me acordé de la muñeca de trapo. Y le expliqué que, seguramente, aparecerían momentos en que podría sentir deseos de ahogarme, ella a mí... Al decirle "hemos de dejarlo por hoy", algún día que fuese fiesta, cuando llegasen las vacaciones... Si en alguna ocasión tuviera que anularle una sesión...

- ¿Qué...? ¿Puedo irme ya...? -me interrumpió.

Le dije que aún no había acabado la sesión. Asoció con un rompecabezas.

- Un rompecabezas muy grande y bonito... Pero no pude terminarlo. Siempre faltaron piezas.

### **A los 3 meses de tratamiento**

Callada. ... Al final...

- Estoy histérica... ¡Es que no sé si es importante, o no..! Pero, ayer, cuando fuimos con mi clase al Museo, cruzamos la plaza... ¡y me mareé...!

Le dije que la plaza, o el Museo, pudieron evocarle algún recuerdo.

- ¿Recuerdo...? ¿Por qué pudieron evocarme algún recuerdo...? Y, recuerdo, ¿de qué...? Me parece que tengo dolor de estómago.

Finalmente, recordó un episodio de cuando era pequeña.

- Iba en bus a la escuela. Después de unas vacaciones. Mucho tiempo antes, la chica que nos acompañaba me había dicho: "Debes ser muy feliz. Siempre ríes y cantas". Y, un día, súbitamente, me preguntó: "¿Qué te pasó que ya no ríes ni cantas...?"

- Pero, lo curioso, es que ni siquiera estoy segura de que fuera realmente yo, aquella niña que siempre reía y cantaba.

Lo decía con una tranquilidad que me inquietó. Y mi inquietud aumentó cuando no vino a la siguiente sesión.

Vino a la otra. Pálida.

– Me desmayé. No podía dormir y tomé unas pastillas, pero como vi que estaban caducadas, tomé el doble.

– Bueno, no me mires así... ¡Cómo iba yo a saber...! ¡Si no pasó nada! ¿No estarás enfadada... ? - después, añadió- Irene me dijo que a su madre le han detectado no sé qué en la sangre... Me parece que estoy histérica.

Y, finalmente.

– Yendo al Museo, pasamos frente al despacho que fue de mi padre. Hay un cartel que dice: “Se alquila”. Y deja ya de poner esa cara... ¡no pasó nada!... Yo creí que las pastillas estaban caducadas.

Ahí, intervine.

– Vas a prometerme que, si en algún otro momento vuelves a sentir que te pones “histérica”, como tú dices, esperarás. No tomarás ninguna pastilla. Pensarás. Eso que te pasa tiene que ver con unas emociones, con unos sentimientos, que te dan miedo.

– Dile, a la pequeña Nieves que hay dentro de ti, repítele, esto que yo ahora te estoy diciendo. Dile que lo que sucede es que está asustada, muy asustada y muy triste. Pero que, en la siguiente sesión lo podremos hablar y, juntas, intentaremos pensarlo y entenderlo. Y si, en algún momento, sientes que no puedes esperar, telefonéame.

Y le di el teléfono de mi casa. Me escuchó muy atenta. Pero...

– El teléfono no lo quiero. ¡No...! No pienso anotarlo. ¡Ni lo sueñes! Y aunque lo anotase, ¡tampoco lo utilizaría!

Añadí que, en cualquier caso, yo quería que lo tuviera.

### Siguiente sesión

– No sé qué me sucede. O estoy bien, o estoy histérica. Sólo dormí 4 horas. No sé qué demonios me pasa.

– Quizá estés triste.

– ¿Triste? ¿Por qué ...? Hoy vine con Irene, porque he de cuidarla. Me espera abajo. ¿Recuerdas lo que te dije de su madre...? Esta mañana me dolía la garganta. Se lo dije a mamá y me dijo que tomara una aspirina. ¡Seguro que tengo un febrón de cuidado ...!

### Más adelante

– Cuando Irene está enferma, su madre le lleva leche calentita a la cama... ¡y le compra merengues!

A la siguiente sesión entró diciendo que tenía sed.

– Vengo sedienta. ¿Me puedes dar agua..? ¡No irás a dejarme morir de sed! ... Llevo dos noches sin dormir. Y otra cosa que no sé si decírtela o no... Ayer me fumé un “porro”.

Nieves pedía a gritos que la cuidaran.

Le ofrecí ampliar el número de sesiones. Aceptó. Y también lo aceptó la madre, después de una entrevista conmigo.

### Siete meses después

Una serie de sesiones en las que no conseguía entender qué estaba pasando. Sueños, fantasías, recuerdos, en los que aparecían pérdidas, cajas vacías, mutilaciones... hasta que, al fin, pocos minutos antes de que terminase la última sesión de la semana, me confesó que su madre le había dicho que deberíamos suprimir una sesión a partir del próximo mes.

– O sea, a partir de la próxima semana, una sesión menos. ¡Ya me dirás cual eliminamos!

Alargué la sesión para explicarle que lo seguiríamos hablando. Que, evidentemente, lo hablaría con la mamá, pero que, en cualquier caso, no la “eliminaríamos” de un día para otro.

Se fue, aparentemente más tranquila.

Pero no vino a la primera sesión de la siguiente semana.

– Me dormí -me explicó a la segunda- ¡Y perdí el tren!

Le recordé que ya me había advertido. “Yo dejo a los chicos, antes de que ellos me dejen a mí”.

Felizmente, en mi entrevista con la madre, ésta pudo reconsiderar su decisión. Y el episodio sirvió para que Nieves pudiera empezar a hacerse cargo de sus dificultades para mentalizar duelos y pérdidas, y empezar a trabajar la separación de las próximas vacaciones.

### Sesión después de las primeras vacaciones de verano.

– Te traigo un sueño. Aparece un ataúd. A su lado, una mujer, o quizá fuese una chica, completamente vestida de blanco. Y, dentro, otra figura, igual, completamente igual a la primera, también vestida de blanco. Intentaba no mirarlas, especialmente a la de dentro, pero las veía, ¿sabes...?

– Me hace pensar en lo que siempre te dije del entierro de mi padre. Que fui, porque me dijeron que debía ir, pero no vi nada. Y, en cuanto al ataúd... ¡yo siempre pensé que estaba vacío!

Más adelante, a lo largo de sus años de análisis, fuimos avanzando y analizando acerca de qué podían representar aquellas dos figuras femeninas vestidas de blanco.

Pero lo importante, en ese momento, era que, finalmente, el ataúd, tenía un contenido. La prohibición de pensar en la muerte, en las pérdidas, la imposibilidad de mentalizar duelos, había desaparecido.

La limitación en el tiempo me obliga a resumir -y perder- parte importante del material de esos primeros meses de tratamiento.

Pero también nosotros, como Nieves, hemos de aceptar nuestras limitaciones y pérdidas.

Así que, simplemente, quedo a vuestra disposición para cualquier aclaración o ampliación.

Gracias.

## ¿Quién me contesta: qué es ser un hombre?

MIGUEL DÍAZ

**Reconozco** que el título que propongo a mi presentación poco tiene de original en el terreno que hoy nos ocupa.

Aunque en el caso que os presento esta pregunta dejó el ámbito teórico para ser una constante literalmente enunciada por Pedro en su búsqueda de una identidad, desde los primeros años de su vida.

Esto mismo se preguntó, en una de las últimas sesiones de su análisis, antes de tomar la decisión de darlo por terminado.

Para rápidamente contestarse: **“Hay muchas respuestas y yo tengo que encontrar la mía”**.

El camino que lo trajo hasta aquí había comenzado también a partir de otro interrogante, surgido seis años atrás.

En esa época, llegaba a mi consulta después de varios años de tratamiento psicoterapéutico, con otra pregunta.

Decía sentirse bien, agregando inmediatamente, **“mi problema son las mujeres, y quiero saber por qué me resulta tan difícil pensar en una pareja”**.

Con 12 años, Pedro había preguntado a su madre: **“¿Mamá, soy un hombre, tengo el pene normal?”**. **“Mi madre se quedó perpleja”**.

“Pero para mí, dijo Pedro, el hombre era un misterio”.

Para quién no, pensé yo.

**“Su respuesta fue llevarme al médico, y él me dijo que era normal”**.

A lo largo de todos estos años ninguna respuesta le satisfizo.

Dice: **“Yo me veía un chiquillo afeminado, débil de personalidad, cobarde, gordito, con cara de tonto, físicamente grotesco, sentía mi cuerpo fofo y pequeño, sin pelos”** ¿De qué cuerpo hablaría?

Así describía su imagen de niño entrando a la adolescencia, momento en el cual, según él, fue “descamado” por su madre.

**“Me sentía muy vulnerable, muy inseguro de quién yo era, y quién podía llegar a ser”**.

Tuvo que pasar mucho tiempo para que aquello que creía lejano pudiera traerlo a su análisis. Así se actualizaba una vieja incertidumbre que aún intentaba neutralizar a través de la masturbación, buscando reencontrarse como decía él: **“en ese**

## ¿Quién me contesta: qué es ser un hombre?

**lecho calentito, abrazado a mi madre, un lugar de bienestar, placer, tranquilidad, seguridad, certidumbre”**.

Para él, frente a ese paraíso imaginario, no había realidad que se resistiera.

Paraíso del que fue, según dice “descamado” con 12 años.

**“Creo que mi madre se daba cuenta de que se me ponía dura”**.

“Sentí que me echaba”.

“Descamado” sin que aún estuviera lista la nueva “epidermis”, ésta de textura simbólica, que le permitiera protegerse de la realidad hacia donde se sintió arrojado y a la que aún no podía asimilar si no era a través de ese mundo imaginario al que recurría prestamente frente a cada frustración, ante cada señal de angustia, de dolor.

Mundo imaginario poblado de mujeres: **“guapas, deseosas de felación, en permanente actitud de sometimiento a mí”**. Así las imaginaba en sus incontables encuentros “a solas” con su sexo.

“Yo buscaba la relación que colmase toda esa inseguridad, mi caos interno”.

Búsqueda que por cierto, por momentos, aún no ha cesado.

Todavía, ese “lecho calentito”, donde Pedro se abraza fusionalmente con su madre sin lugar para un tercero, viene por momentos a intentar suplantar una “realidad dolorosa”.

Pedro reedita con cada mujer con la que intenta llevar adelante una pareja estable un síntoma de conversión, una falta de erección que es selectiva. Esto no ocurre cuando las relaciones son circunstanciales, sin un compromiso afectivo. Ternura y sexo le son incompatibles.

Síntoma conversivo que viene precedido por una conducta fóbica, con la cual Pedro intenta evitar a través de distintas actitudes llegar, como él dice: “a mayores”.

Evitación puesta al servicio de una fantasía que se asienta en una experiencia erótica, repetidamente consumada durante las noches de su infancia y pre-adolescencia. El dice haber dormido con su madre hasta los doce años, y que cada noche antes de dormirse le pedía a ella que lo abrazara y lo besara “como en las películas”. Su madre accedía y él así se dormía. Su madre también lo bañó hasta los 11 años.

Así era su “Shangri-La”, hasta que arribaron las “erecciones” y con las mismas llegó el “descamamiento” y el fin de las sesiones de baño “a dos” y también de una película de amor, y por cierto no con un final al estilo americano.

Pedro recuerda sus distintas actitudes corporales para tratar de “escurrir el bulto”, como llamaba él a sus intentos de ocultar su erección frente a la madre durante el baño.

Dos frases destacadas en su discurso nos ofrecen pistas para la construcción de un fantasma.

“Evitaba pasar a mayores”, y “escurría el bulto”. Dos metáforas que nos hablan tanto de su estructura neurótica, como de la actividad de un fantasma, en el cual se manifiesta una peculiar forma de tránsito edípico, que intenta asegurar ese “amor” de madre que el ser “mayor” pondría en cuestión, por lo que se hace necesario “escurrir el bulto”.

La erección como muestra de la genitalidad puberal pone en aviso que el acto prohibido, tiene ya posibilidades de consumarse, y con ello el riesgo de perder esa relación privilegiada frente a su madre, aseguradora de ese mundo imaginario paradisíaco.

La impotencia viene a asegurar la vinculación objetal fálica, como muestra de fidelidad al objeto amado y de renuncia a cualquier otro nuevo amor, evitando así también, cualquier interrogación sobre su posición masculina.

Esta posición dentro de su fantasía asegura el amor "eterno", comandado por un goce fálico que bloquea por momentos la entrada plena a un mundo exogámico. Destino sexuado como hombre que supone la posesión de una mujer distinta de la madre.

Goce que intenta ser sostenido por una masturbación compulsiva, como él dice: **"Como una droga, yo busco un placer continuo"**.

Goce puesto en entredicho por alguna interpretación mía, que fue recibida según él, **"como un jarro de agua fría"**, pero que su rápido rearme narcisista le lleva una y otra vez a que se seque rápidamente a través de paraísos tropicales que convierten en arena cálida la tórrida amenaza de castración.

La historia familiar se completa con el padre de Pedro, que según su madre le contó, había muerto justo en la época del nacimiento de este, y que cuando tenía 13 años "resucita" a través del relato de una prima de la madre.

Esta prima por cierto, es situada por Pedro en el lugar de: **"el hombre de la casa"**.

En esa época vivía, con cuatro mujeres, su madre, su abuela materna, una tía materna y esta prima, también materna.

Por lo visto, el único hombre de la casa, el abuelo materno había abandonado hace mucho tiempo a la abuela por otra mujer **"dicen que era alcohólico y mujeriego"**.

La revelación del secreto familiar por esta prima, hace que su madre lo confirme.

Su padre no había muerto antes de él nacer, según creía.

Su madre le cuenta que en realidad el jardinero portugués, que trabajaba con ella en Suiza, no había muerto cuando el nació.

Esta relación habría durado un año, hasta que decide romperla y volver a España, ignorando según ella, de que estaba embarazada. Aunque nosotros podemos pensar que se sabía poseedora de un botín.

Juntos trabajaban en casa de un Arquitecto suizo, de prestigio y fama mundial.

Parece ser que la madre le había hablado mucho a Pedro de la gran admiración que sentía por este arquitecto de nombre Pierre.

Recordaba frases dichas por ella del estilo de, **"era muy gentil", "respetuoso", "un verdadero hombre"**.

Pienso que este relato materno le permitió a él construir una novela familiar que viniera a reemplazar ese relato primero.

De esta forma ese "pobre jardinero", era reemplazado por un brillante arquitecto, "un verdadero hombre".

Creo que otro dato biográfico vino a alimentar esta fantasía. ¿Fantasía?.

Este arquitecto muere en accidente, por la misma época en que la madre de Pedro abandona Suiza.

Así, en su novela familiar Pedro pasa a ser el hijo de una relación adúltera que se ve truncada con la muerte trágica del padre.

Todo coincide para que esta historia sea la "verdadera", y así sea vivida durante su infancia.

El relato de su prima vino a sembrar confusión y angustia al ya de por sí terreno abonado de la adolescencia, si la pensamos desde la importante crisis de identidad que la misma conlleva.

Momento en que la identidad se ve puesta en entredicho, pero que la novela familiar sostenía.

Esta "verdad" que irrumpe viene a llenar de incertidumbre y confusión este nuevo tiempo de resignificación Edípica.

No es lo mismo un padre "prestigioso" muerto, que un "pobre jardinero, abandonado y vivo".

Pedro se inclinó por quién operó como tercero desde el inconsciente materno como un ideal que venía a ocupar un lugar vacío, o en todo caso el lugar de un "pobre hombre", como muchas veces le había llamado su madre al supuesto padre.

Esta identificación le lleva a estudiar Arquitectura, llegando a ser el profesor titular mas joven de la facultad.

Lugar idóneo para satisfacer su constante necesidad de reconocimiento, de ser amado por todos, y más aún en un mundo como el universitario, poblado de jóvenes estudiantes que, según él, **"son fácilmente seducidas"**. Sin embargo, ellas nunca conseguían satisfacerle, cosa que le abocaba a renovados intentos.

El éxito conseguido en sus estudios no se corresponde con los resultados obtenidos en la búsqueda de una identidad que le permitiera consolidar una vida de relación afectivamente placentera.

**"Del tema de mi padre prácticamente no se habló más en mi casa"**, dijo Pedro.

"Y él no quiso "saber" nada más", pensé yo.

No se habló mucho, pero su madre se encargó de que estuviera presente; algunos relatos, una foto, etc.

Negado el segundo relato, donde se daba cuenta de la existencia de un padre vivo, Pedro se reafirmó en el primero, el padre muerto, construyendo un yo sostenido fundamentalmente por un "yo-ideal" que marcaba una pauta narcisista de relación donde la masturbación venía a sellar cualquier fisura por donde el deseo le llevara a reclamar una posición de hombre que para él era insostenible.

Es así que la demanda de cualquier mujer, al no entrar en una dialéctica del deseo es vivido como una orden que le lleva a tener que certificar su virilidad, llevándolo a un constante intento de "demostrar" lo que no quiere "mostrar".

Como escribe *L. Israel*: *".....La preocupación por parecer. Él no muestra ninguna cosa, "se" muestra"*.

Porque mostrar lo enfrenta a tener que renunciar a esa imagen ideal omnipotente infantil para acercarse a otra dolorosa y siniestra, asociada al abandono, al rechazo, al vacío, a la muerte.

Dirá: **"siento miedo de mostrarme exitado"**

**"Creo que en el fondo me cuesta acabar con ese mito. Prefiero acabar con las relaciones y no con el mito"**.

**"En él encuentro una situación de plenitud, de completud, de seguridad inequívoca, intensa, estable, que me cuesta creer que no exista realmente, solo creo que aún yo no he sido capaz de conseguirla"**.

**"Tengo que encontrar ese amor auténtico. Como lo sentí con mi madre."**

**No acepto que aquello se acabó” . “Pensando en eso no puedo disfrutar de lo que tengo ahora, hoy”.**

Mas claro..... No acepta que aquello se haya acabado. Aún lo esta viviendo.

Una y otra vez el fracaso a constituir como él dice, “una pareja estable”, le permite no separarse de aquella con la que sí lo ha conseguido, su madre.

Seguirá siendo fiel, con un claro mensaje, “nadie ocupará tu lugar, madre”, quedando alienado en el supuesto deseo de ella que pasa a constituirse en su propio deseo.

Entre los papeles encontrados dentro del coche de *Albert Camus*, que permitieron completar su obra póstuma, “*El primer hombre*”, había una hojas sueltas, y en una de ellas escribió: “*Oh madre, oh tierna, querida niña, más grande que mi tiempo, más grande que la historia que te sometía a ella, más verdadera que todo lo que he amado en este mundo, oh madre, perdona a tu hijo que huyó de la noche de tu verdad*”.

Y en otra de sus notas que conformaban el proyecto del que iba a ser su próximo libro se lee: “.....*Y todo lo que les enseñaron, a él y a los que se le parecían, todo lo que habían aprendido, desde entonces, los hombres de su raza, todos los valores por los cuales había vivido, morirían de inutilidad. ¿Qué es lo que seguirá viviendo?.....El silencio de su madre. Deponía sus armas delante de ella*”.

*“Ahora sólo le quedaba amar su propia muerte”.*

Albert Camus muere en ese accidente.

Cuatro años después de iniciado su análisis, Pedro comienza la búsqueda material de ese supuesto padre que aparentemente aún vivía.

Consigue furtivamente, a escondidas de su madre, una vieja carta que ella guardaba en la que la familia de su padre daba cuenta de haber recibido la noticia del nacimiento de Pedro, pero que habían perdido toda relación con él. Es sugerente la actitud de la madre, que por un lado omite toda referencia al padre y por otro lado deja pequeñas huellas para que sean descubiertas. Huellas de la presencia de un tercero.

Las señas de esa antigua carta le permitieron a Pedro contactar con la familia paterna, y estos le dieron la nueva dirección del supuesto padre.

Seguía viviendo en Suiza.

Pedro se decide contactar con él, y lo hace telefónicamente.

Luego de un par de llamadas, de las cuales él trasmite haberse sentido bien acogido, organiza su viaje a Suiza para encontrarse con él.

Los preparativos de este encuentro, los mantiene en secreto frente a su madre, y solo se lo revela un par de días antes de marchar, y por teléfono.

Su madre le dice que muy bien, pero que tiene algo importante que decirle antes de que viaje.

Y el día antes de viajar la madre le dice: **“No sé si ese hombre es tu padre. Por esas fechas tuve una relación con otro hombre, sólo estuve con él ese día. Nunca más lo volví a ver”.**

“Ni me acuerdo como era”.

A la vuelta de su viaje, Pedro dirá: **“Encontré al hombre de los relatos, de la foto. Pero no era como lo soñé. Es mediocre, racista, poco inteligente. Pero cálido, acogedor, parece un buen tipo”.**

## El sueño de la inyección de Irma. Cien años después

PERLA DUCACH - MONETA

YOLANDA LA TORRE GUEVARA

*“La condición primera y la última de todo genio es el amor a la verdad”*

Goethe

**Deseamos** agradecer a Gradiva, Associació d’Estudis Psicoanalítics, por la oportunidad que nos ofrece de participar en este homenaje a Sigmund Freud, particularmente por tratarse del joven Freud de 1895, el de los Estudios de la Histeria y el del sueño de la Inyección de Irma.

Hemos elegido este sueño, primero por ser un sueño, como todos sabemos los sueños son fundamento del Psicoanálisis; nada como un sueño para estrechar la distancia entre lo consciente y lo inconsciente.

Freud nos relata su sueño con la generosidad de quien experimenta su descubrimiento en sí mismo, con lo cual nos aproxima con su verdad a la verdad del inconsciente.

### *Ubicación histórica. Situación personal e intelectual de Freud en 1895*

Hacia el año 1895 Freud estaba ya instalado en la residencia de Bergasse en Viena, lugar que fue su morada durante 47 años.

Freud fue un hijo de su época, su vida privada era bastante estable y tranquila; inserto en el mundo burgués de la Viena de aquellos tiempos, tuvo que luchar contra un orden social y científico que se instituía como un obstáculo importante para el desarrollo del Psicoanálisis. Según relata Jones, en una carta de 1900, llegó a decirle a Fliess con mucha ironía lo siguiente: “En realidad yo no soy un hombre de ciencia, ni un observador, ni un experimentador, ni un pensador.

No soy más que un Conquistador por temperamento, con la curiosidad, la audacia y la tenacidad que caracterizan a esta clase de hombres. Si triunfan se los recuerda, de lo contrario se los tira por la borda... y esto no es del todo injusto..”.

A menudo expresaba el sentimiento de que era improbable alcanzar a ver reconocimiento alguno de su obra durante su propia vida o incluso después. Este escepticismo que a veces lo embargaba se veía reforzado por la creencia en la cercanía de su propia muerte; tomaba en cuenta las predicciones de Fliess por las que habría de morir a los 51 años.

Junto a esto existía el deseo de acabar la gran obra que en ese momento estaba gestando: su teoría de las neurosis.

Freud, sin embargo, no estaba preocupado únicamente por su obra, tenía preocupaciones por su salud, trabajo y familia. En aquel entonces, trataban conjuntamente con Fliess a una paciente con aplicaciones de cocaína por un problema nasal, la enferma reaccionó mal y se desencadenó una necrosis. Un paciente que dejó partir a Egipto sufrió un acceso histérico y fue tratado inadecuadamente. Una anciana a la que aplicaba inyecciones, durante su periodo de vacaciones y tratada por otro colega se vio perjudicada probablemente por usarse una jeringuilla no del todo limpia.

En cuanto a las pacientes de su consulta privada, a menudo la relación terapeuta - paciente se veía obstaculizada con relaciones amistosas. Varias de sus pacientes eran amigas de la familia, de su mujer y eran invitadas a las fiestas familiares como veremos luego que sucedió con Irma.

En lo que se refiere a su familia, le preocupaba la salud de su hermanastro Emmanuel. Martha, su mujer estaba embarazada de su sexto hijo y él temía que esto podía poner en peligro su salud.

Freud tenía con frecuencia escaras en los cornetes de su nariz que lo inquietaban y las trataba, según el consejo de su amigo Fliess, con aplicaciones de cocaína. Fuera de esto, había tenido problemas que hacían pensar en una afección cardíaca que lo llevó por un tiempo a abandonar su hábito de fumar, esto se disipó y con ello pudo volver a sus añorados cigarros.

Desde el punto de vista de la producción científica, su interés estaba centrado en el estudio de las neurosis. En efecto, en 1895 sus trabajos reflejaban ya el concepto de conflicto desde el punto de vista dinámico y económico y la libido estaba reconocida como energía de la vida psíquica. Hablaba de un principio de constancia y el aparato psíquico era percibido todavía según el modelo del sistema neurológico. Pensaba que la neurosis adulta se generaba a partir de emociones sexuales en la infancia causadas generalmente por los padres.

En el caso de la histeria, estaba vigente la teoría de la seducción, más tarde reconocerá que detrás de los síntomas está la organización del deseo y la prohibición en la fantasía. Vio los mecanismos de defensa diferentes para cada cuadro, conversión y simbolización en la histeria, también la equivalencia entre síntoma y símbolo. En la neurosis obsesiva detectó el desplazamiento, la sustitución y autoacusación y en la paranoia la proyección.

Según indica Jones, una ambición siempre despierta en Freud fue la de incorporar sus descubrimientos al conjunto de la psicopatología y llegar mediante la elaboración del mismo a una psicología normal; tomar para la psicología normal todo lo que la psicopatología puede ofrecerle, éste fue el espíritu que acompañó el gran Proyecto de una Psicología Científica.

En su práctica psicoterapéutica estaba abandonando la hipnosis y la concentración mental aunque no había instaurado definitivamente el método de la asociación libre. La transferencia y la resistencia estaban reconocidas pero no eran usadas en la técnica.

El sueño fue uno de los fenómenos de la clínica que despertaron un especial interés en Freud, aunque este interés ya venía de muy lejos, según Jones proba-

blemente desde su infancia; siempre había soñado mucho y solía registrar algunos sueños aun desde joven.

En la tarea diaria con sus enfermos, observaba que siguiendo las asociaciones, los pacientes intercalaban en las mismas el relato de un sueño el cual a su vez provocaba otras asociaciones.

En su práctica psiquiátrica, veía en los estados alucinatorios de los psicóticos el rasgo evidente de “la realización de deseos”. Jones puntualiza que en la primavera de 1894 Freud le informa a Breuer que había aprendido a interpretar los sueños. El interés por sus propios sueños y el de sus pacientes estaba guiado por el espíritu de penetrar en las profundidades de su propia mente y la de sus pacientes; ésto lo diferenció del resto de las investigaciones psicológicas, médicas y literarias de fines del siglo XIX. Freud se dió cuenta que el sueño se debía relacionar fundamentalmente con estímulos internos que a través de escenas e imágenes dejaban traslucir un deseo. Estaba percibiendo la semejanza en la estructura de los sueños y las neurosis. En una carta a Fliess del 7 de Julio de 1897 le dice: “En los sueños se encierra como en una cáscara de nuez la psicología de las neurosis”.

En el mes de Julio de 1895 Freud partió de vacaciones con su familia a una colina boscosa que domina Viena, el lugar era contiguo al hotel restaurante Bellevue. En aquel verano quería tranquilidad para profundizar en sus trabajos sobre la defensa y el Proyecto. El 24 de Julio de 1895 y en esas circunstancias tuvo un sueño que analizó por primera vez en forma completa.

Este hecho lo convirtió en un sueño histórico y paradigmático que marcó seguramente el inicio de su autoanálisis; nos referimos al sueño de la “Inyección de Irma”. A continuación recordaremos la información preliminar; cita textual:

“En el verano de 1895 había yo tratado psicoanalíticamente a una señora joven muy amiga mía y de mi familia. Bien se comprende que tal mezcla de relaciones puede convertirse para el médico y tanto más para el psicoterapeuta en fuente de múltiples confusiones. El interés personal del médico es mayor y su autoridad es menor. Un fracaso amenaza enfriar la vieja amistad con los familiares del enfermo. La cura culminó con un éxito parcial, pues la paciente perdió su angustia histérica pero no todos sus síntomas somáticos. Por entonces, todavía no tenía yo plena certeza sobre los criterios que marcan el cierre definitivo de un historial histérico y propuse a la paciente una solución que a ella no le pareció aceptable. En esta desavenencia interrumpimos el tratamiento con motivo de las vacaciones de verano. Un día me visitó un colega más joven, uno de mis amigos más íntimos, que había estado con la paciente (Irma) y su familia en su residencia veraniega. Le pregunté cómo estaba ella y recibí esta respuesta: “Está mejor, pero no del todo bien”. Sé que las palabras de mi amigo Otto, o el tono en que las dijo me irritaron. Creí entender un reproche, como si yo hubiera prometido demasiado a la paciente y atribuí - con razón o sin ella - el que Otto tomara partido en contra de mí a la influencia de los parientes de la enferma que, según yo suponía no habían visto con buenos ojos el tratamiento.

Por lo demás esa sensación penosa no fue clara para mí, ni la expresé en modo alguno.

Esa misma tarde redacté la historia clínica de Irma con el propósito de enviársela a modo de justificación al Dr. M, un amigo común que era entonces la personalidad descollante en nuestro círculo. La noche que siguió a esa tarde, (más bien hacia la

mañana) tuve el siguiente sueño que fijé por escrito inmediatamente después de despertar. Este es el primer sueño que sometí a una interpretación detallada" (Fin de la cita).

Incluiremos la narración del sueño en una segunda parte conectada con nuestra visión actual del mismo.

### *El sueño de la inyección de Irma, hoy*

En esta parte vamos a intentar tender un puente, desde aquel 23 - 24 de Julio de 1895, en que Freud sueña con Irma, y el Psicoanálisis hoy; tal como es visto desde un vértice kleiniano y post- kleiniano. No pretendemos hacer un análisis del sueño, que explique la situación total de la vida de Freud en aquel entonces; intentaremos dar una visión restringida acerca del estado mental y de lo que Freud, entendemos, quería comunicarnos con su sueño, a la luz de la teoría de Klein y los desarrollos de Bion y Meltzer en cuanto a la vida onírica.

El modelo de la mente fue notablemente ampliado por Melanie Klein con su revolucionario descubrimiento del mundo interno, en concreto, no vivimos en un mundo sino en dos; también vivimos en un mundo interno que es una esfera vital tan real como el mundo externo; así los sueños se conciben como imágenes de la vida onírica que transcurren sin cesar tanto durante el estado de vigilia como cuando dormimos, sueños mientras dormimos y fantasías inconscientes cuando estamos despiertos.

Es preciso asignar a este mundo interno un lugar con pleno significado, un espacio vital donde se genera la realidad psíquica, en la cual se establecen relaciones.

La descripción de la geografía mental revela un mundo de objetos que realizan funciones, se interrelacionan, viven en paz y en conflicto. La externalización de ello constituye la personalidad.

El modelo geográfico ha sido ampliado por Meltzer que describe el interior del objeto dividido por lo menos en tres áreas que constituyen mundos diferentes.

Tanto Bion como Meltzer entienden que soñar es pensar, que la vida onírica puede concebirse como el lugar al que podemos ir cuando dormimos, ya que entonces podemos volcar toda nuestra atención al mundo interno.

El proceso creativo del sueño genera el significado, que luego puede extenderse a las relaciones con el mundo externo. Desde este punto de vista, el sueño es del orden de toda creación, como la poesía, la música, la pintura; toda realización, incluida la investigación científica, contiene algo autobiográfico y posiblemente es sostenida por algún sueño y fantasías en el inconsciente.

Las ideas de Freud, Klein, Bion y Meltzer se relacionan entre sí constituyendo una línea de desarrollo que conforma la vida mental e incluye tanto el significado como la emoción.

Si nos planteamos los sueños, como dramas internos, a cuyas deliberaciones queremos tener acceso, nos tendremos que conformar con una comprensión imperfecta de lo que sucede en el escenario, porque ningún lenguaje puede captar a la perfección el significado de los pensamientos que pretende atrapar, el sueño

es un lenguaje puesto en imagen, como diría Wittgenstein "lo que no puede ser dicho y tiene que ser mostrado".

Al escuchar un sueño, el aforismo de Bion, "sin memoria y sin deseo", parece más fácil y natural; cuando se escucha un sueño, dice Meltzer, quedaría implícito el preámbulo: "mientras escuchaba su sueño tuve un sueño que en mi vida emocional significaría lo siguiente, que desearía comunicárselo para ver si nos arroja luz, acerca del significado de su propio sueño".

### *El sueño:*

Un gran vestíbulo - muchos invitados, a quienes nosotros recibimos - Entre ellos Irma a quien enseguida llevo aparte como para responder a su carta y para reprocharle que todavía no acepte la "solución". Le digo: "si todavía tienes dolores, es realmente por tu exclusiva culpa". - Ella responde: "si supieses los dolores que tengo ahora en el cuello, el estómago y el vientre; me siento oprimida". - Yo me aterro y la miro. Ella se ve pálida y abotagada; pienso que después de todo he descuidado sin duda algo orgánico. La llevo hasta la ventana y reviso el interior de su garganta. Se muestra un poco renuente, como las mujeres que llevan dentadura postiza. Pienso entre mí que en modo alguno tiene necesidad de ello. - Después la boca se abre bien, y hallo a la derecha una gran mancha blanca y en otras partes veo extrañas formaciones rugosas que manifiestamente están modeladas como los cornetes nasales, extensas escaras blanco - grisáceas. - Aprisa llamo al Dr. M, quien repite el examen y lo confirma....

El Dr. M. se ve enteramente distinto que de ordinario; está muy pálido, cojea, está sin barba en el mentón.... Ahora también está de pie junto a ella mi amigo Otto, y mi amigo Leopold la percute a través del corsé y dice:

"Tiene una matidez abajo a la izquierda", y también señala una parte de la piel infiltrada en el hombro izquierdo (lo que yo siento como él, a pesar del vestido)....M, dice: "No hay duda, es una infección, pero no es nada; sobrevendrá una disentería y se eliminará el veneno.... Inmediatamente nosotros sabemos de donde viene la infección. No hace mucho mi amigo Otto, en una ocasión en que ella se sentía mal, le dió una inyección con un preparado de propilo, propileno... ácido propiónico.... trimetilamina (cuya fórmula veo ante mí escrita con caracteres gruesos)..... No se dan esas inyecciones tan a la ligera... Es probable también que la jeringa no estuviera limpia.

Vamos a utilizar para el estudio del sueño la información preliminar anteriormente citada, algunas asociaciones de Freud a su sueño. Quizás a alguien le parecerá arbitraria la elección y puede que con razón, tiene la arbitrariedad del mundo interno, quizás las razones están en la insondabilidad del inconsciente, nos tranquiliza pensar que nada más ni nada, menos que Freud no nos dice por qué eligió este sueño para analizarlo completamente, quizá lo más importante es que lo soñó.

El sueño en sí evoca un cuadro de finales del siglo pasado, en tonos claroscuro y de contrastes; el ambiente denota un cierto refinamiento de clase media intelectual romántico e ilustrado; los personajes se relacionan con emociones muy intensas aunque contenidas, sugiere las obras de Chejov.

La narración del sueño es en sí misma brillante y hermosa, muy comunicativa,

quizás es uno de los motivos por los que ha apasionado a tantos, convirtiéndose en un sueño paradigmático.

Creemos que el sueño empieza en la información preliminar, el encuentro con Otto, le confirma sus dudas, su inseguridad pero se desliza a un ataque envidioso: “Irma está bien, pero no del todo”, su actitud, el modo de decirlo irrita a Freud, necesita elaborar la frustración, quizá el sueño pueda ser el recurso para ello.

“Un amplio vestíbulo, muchos invitados entre ellos Irma”, el lugar, una residencia de veraneo ubicada sobre la colina de Kahlenberg, nos da una ubicación geográfica.

El sueño parece estar hecho para ser contado a muchos, de hecho 100 años después estamos aquí todos nosotros juntos pensándolo, también parece tener una intención didáctica y de encuadre, somos invitados al vestíbulo no a otros compartimentos de la casa que él mismo describe como amplios y no da más detalles.

Martha, su esposa, es la ausencia más presente del sueño, ya que empieza a narrarlo con un “nosotros”.

Irma, su paciente, podría representar su parte paciente, ya que este sueño parece indicar el verdadero comienzo de su autoanálisis, a quién le hace reproches; ésta se encuentra abotagada, mal, tiene opresión, la describe en una situación claustrofóbica, encerrada en el corsé del ambiente social, cultural y científico de su época.

La conduce al lado de la ventana. Aquí podríamos ver la angustia claustrofóbica, la necesidad de una salida frente a tanto dolor, a tantos temores, su necesidad de “verdad”, ¿dónde se encuentra? ¿en lo psíquico?, ¿en lo orgánico?, aunque él se debate entre ser un médico orgánico que ya cojea y ya ha perdido la barba o devenir psicólogo, psicoanalista, acercarse a la mente con la mente.

Todo lo orgánico de la paciente aparece como expresión de sus temores, de sus ansiedades de muerte, la gran mancha blanca en la garganta de Irma, su dificultad para abrir la boca parece representar todo aquello a lo que él se muestra renuente a enfrentar, por si todo fuese postizo y si hubiese pérdidas irreparables (como la dentadura). Pero se enfrenta al pesimismo y dice: “..en modo alguno necesita dentadura postiza”.

Posiblemente toda la ansiedad que Otto remueve en él se conecta con las culpas por haber experimentado con la cocaína y otras experiencias que han conducido a la muerte a otros: a un amigo que murió por abusar de ello, a Matilde la paciente que murió por una inyección mal indicada, la ansiedad por la enfermedad de su hija con el mismo nombre.

Llama al Dr. M., nos es pintado un cuadro de visita médica que nos muestra cuan preocupado se hallaba Freud en aquel entonces por su propia salud física y psíquica.

El vestíbulo se convierte en un consultorio médico, todos los personajes son médicos, el Dr. M, Otto, Leopold, Freud mismo e Irma, la paciente, en el centro. El que está más cambiado en el sueño, tanto que no parece el mismo, es el Dr. M, en quién podemos ver la decadencia del médico orgánico que da explicaciones fisiológicas y soluciones cuasi milagrosas.

“Sobrevendrá una disentería y se eliminará el veneno”. Aquí hace una descripción de la “figura médica” representante del “establishment”, que se aferra a lo conocido y tradicional, que hace grandes conjeturas sin ánimo investigador, que

da apoyo a los jóvenes pero a la vez les cierra el paso. Aquí asocia como los enfermos histéricos pueden burlar las grandes afirmaciones médicas.

Otto el envidioso y descuidado que se coloca al lado de la paciente sin decir nada y es aludido por poner una inyección a la ligera, de algo que si penetra en el organismo (en la mente) puede envenenar. La idea de veneno nos hace pensar en el modelo alimenticio y digestivo de Bion: “la verdad alimenta la mente, la mentira la envenena”. Vemos un gran deseo de conocimiento en Freud y un anhelo de sinceridad, la verdad a cualquier precio, parece haber guiado a Freud desde sus comienzos; su enfrentamiento con Otto que representaría en el mundo externo y en el mundo interno, la posibilidad de inocular veneno, como ataque a sus objetos internos.

Freud quiere destacar con gruesos caracteres algo que a más de uno nos suena a trabalenguas, propil, propileno... ácido propiónico, trimetilamina, que sugiere un juego intelectual de buen estudiante. Freud nos dice también que detrás de esto podían encontrarse aspectos sexuales a los que no se ve inclinado a interpretar.

“Mi amigo Leopold, la percuta y descubre una zona de matidez, abajo a la izquierda”. Es evidente, que Leopold, es un objeto interno amado, es razonable, concienzudo, opuesto a Otto, con quien configura una perfecta dualidad, de bueno y malo, lo pro y lo anti, Otto es impulsivo, vanidoso, hostil. Leopold sereno, investigador, descubridor apasionado. Nos dice que los enfrenta para resaltar a Leopold y eso es evidente, en su asociación, en la consulta médica donde los tres trabajaban, mientras él discutía con Otto, en una discusión inútil, Leopold está en contacto con un niño - paciente y aporta un dato importante. Creemos ver en esto una clara alusión al niño, figura central en el psicoanálisis, es su parte adulta que está luchando por devenir psicoanalista.

“No se ponen inyecciones de este tipo tan a la ligera y posiblemente la jeringa estaba sucia”; esta parte es una de las más contundentes del sueño y es una proposición de encuadre que Freud desarrollará durante toda su obra, el análisis ha de ser limpio, nuestro instrumento, aquello que decimos a nuestros pacientes ha de pasar por el propio análisis, se ha de cuidar al máximo de nuestras posibilidades, con este final Freud inicia su autoanálisis.

Es evidente, para nosotros, que en el momento del sueño, Freud estaba gestando en su cabeza el psicoanálisis, para responder a su propia necesidad de comprenderse y curarse. Así empieza, como dice Meltzer, con este sueño, el análisis más exitoso de la historia.

Para terminar quisiéramos decir siguiendo a Meltzer, que posiblemente los sueños están intimamente conectados con la dimensión estética de la personalidad. Nada como el sentido estético puede acercarnos más y mejor a la belleza del método que Freud ideó, que hace que dos personas, comunes y corrientes, puedan tener el diálogo mas interesante del mundo, durante horas y horas, años y años y que lo tienen que dejar por el imperativo de la realidad psíquica.

Vaya este pequeño trabajo, como homenaje a la obra de Sigmund Freud, sus continuadores y a Irma representante de nosotros y de nuestros pacientes.

## Bibliografía

- ANZIEU D., *El autoanálisis de Freud y el descubrimiento del psicoanálisis*, Ed. Siglo XXI, México 1987.
- BION W.R., *Aprendiendo de la Experiencia*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
- BION W. R., *Volviendo a pensar*, Ed. Horme, Bs As, 1977.
- DUCACH-MONETA P. Y LA TORRE GUEVARA Y., *El diagnóstico Clínico en relación a la geografía de la mente*. Leído en la Sociedad Cat. de Rorschach, Mayo 1995.
- ERIKSON ERIK H., *Los Sueños de Sigmund Freud interpretados*, Ed. Hormé, Bs.As, 1973
- FREUD S., *Obras Completas: La interpretación de los sueños*, tomo IV. Ed. Amorrortu, Bs. As, 1979.
- FREUD S., *Cartas a Wilhelm Fliess (1887 - 1904)*, Edit. Amorrortu, Bs, As. 1994.
- FREUD M., *Freud, Mi padre*, Edit. Paidós.
- GAY P., *Freud, Una vida de nuestro tiempo*, Edit. Paidos
- GRINSTEIN A., *Los sueños de Sigmund Freud*, Edit. Sudamericana. Bs As. 1985.
- HINSHELWOOD R. D., *Diccionario del pensamiento kleiniano*, Edit Amorrortu, Bs. As, 1992.
- JONES E., *Vida y obra de Sigmund Freud*, Tomo I Edit. Nova, Bs As, 1959.
- KLEIN M., *Envidia y gratitud, Emociones básicas del hombre*, Edit. Paidos, Bs. As, 1980.
- , *Contribuciones al Psicoanálisis*, Edit. Paidos, Bs As, 1964.
- , *El psicoanálisis de Niños*, Edit. Paidos Bs.As, 1964
- LACAN J., *El yo en la teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica*, Edit. Paidos, Barcelona.
- MAUTNER B., *Freud's Irma dream: A Psychoanalytic Interpretation*, New York, The Inet. Journal of Psycho-Analysis, V.72, 1991.
- MELTZER D., *Desarrollo Kleiniano, Parte 1, El desarrollo clínico de Freud*, Edit. Spatia, Bs.As, 1990.
- , *Vida onírica*, Edit Tecnipublicaciones, S.A., Madrid, España.
- , *La Aprehensión de la Belleza*, Edit. Spatia, Bs.As., 1991.
- SEGAL H., *Sueño, fantasma y arte*, Edit. Nueva Visión, Bs.As., 1995
- SIQUIER M.L., *El sueño de Irma*, comunicación leída en Gradiva, Assoc. d'Est. Psicoanalíticas.

## La deuda que el Psicoanálisis tiene con la Histeria: ¿Es suficiente con sólo reconocerla?

MAITE FERNÁNDEZ SORIANO

**Como** la obra de Freud se sostiene por sí misma, no preciso convencer a nadie de su valor, pero sí que me parece oportuno seguir recomendando su lectura, con un argumento muy sencillo: los libros no son cosas fijas, que tengan un sentido válido por siempre. Más bien, los libros son seres cambiantes, que, según la época, se interpretan de un modo o de otro. Es más, aún en la misma época, un libro encuentra una variedad de lectores; por algunos son vistos como supercherías, en tanto que otros los veneran como testimonios de un conocimiento superior. Pero entonces, ¿no hay una Lectura única y correcta de los textos?. Ultimamente se piensa que no, pues todo depende del “horizonte de expectativas” que tenga el lector; es decir, cada quien interpreta lo que lee conforme a lo que le ha enseñado su experiencia y la visión del mundo que tenga, así que puede hablarse de diferentes lecturas, pero no de La Lectura correcta.

A Freud, creo que hay que leerlo como a un clásico, pues su lectura vale para todo tiempo. Su obra tiene carácter de Gesta. El se reivindica como objetivo, decía que no inventaba nada, sino que sólo descubría. En una nota a Ferenczi le escribe: “He triunfado allí donde el paranoico fracasa”. De todos modos, y aún así, se podría pensar que la locura de Freud es genial.

Han pasado 100 años desde que escribió: “ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA”, texto que sobrevive, pero habremos de aprovechar las ventajas que podemos obtener hoy al enfrentar la apuesta de leerlo nuevamente, a la luz del paso del tiempo. Así que intentaré ofrecer un punto de vista para que ustedes lo contrasten con el suyo, y en él me voy a dejar guiar por la obra de Lacan pues creo que ha sido uno de los mejores lectores de Freud. Considero que las mejores obras no son las que pretenden ser inmaculadas, sino las que reconocen la subjetividad que las anima.

Por todo ello, creo que se planteará una cierta dificultad en la lectura de mi exposición, que no es intrínseca a ella, sino que se debe al hecho de que la experiencia analítica de Lacan, según mi criterio, le permite percibir algo original al profundizar en la realidad fundamental del Psicoanálisis, lo cual entraña dificultades especiales en la exposición de su teoría y requiere que de antemano pida indulgencia a quien la lea.

Lacan dirá que los textos de Freud son la vía regia de acceso al Inconsciente, así pues, como al sueño, a Freud se le atribuye una certidumbre, pero sabemos que lo más importante del sueño es lo olvidado, que va a sustituir a lo reprimido, que para analizarlo habremos de parar cuenta en la duda, y que los pensamientos que están en su base tienen que ver con el deseo.

En un Clásico no se puede encontrar verosimilitud. En Psicoanálisis, la Verdad aparece como inverosímil y enigmática, por la deformación, la represión y el olvido. El texto de Freud no tiene que ver con el mundo existencial sino con el de los sueños, aunque apele al mundo existencial.

Es gracias a Charcot que Freud da sus primeros pasos en la investigación de la Histeria. Empezó fijándose en los síntomas histéricos y estudiando el poder de la hipnosis. Con la catarsis desaparecían los síntomas, recordando una situación de seducción en la infancia. Pero aquellas histéricas rechazaban su elección de Neurosis, sin querer asumir el deseo sexual, poniendo su síntoma a cuenta de la escena traumática. Antes la causa se había colocado en la demonología y luego en las enfermedades fisiológicas. Vemos así como el discurso de la Histeria acompaña al discurso de la época; quizá hoy corra más a cuenta de los mecanismos de poder. De modo que el síntoma es el punto de partida y base del Psicoanálisis. Es el descubrimiento de lo que falla, lo que lo inaugura.

La dominante de la estructura histérica es el síntoma y el camino de Freud, la interpretación y su deseo. El deseo de Freud es aquello que determina su manera de sostenerse y desaparecer en el conjunto de los enunciados que llevan su nombre. Las mujeres que él cita (Isabel de R. Emmy, etc.) son apólogos que sostienen la construcción de ciertas figuras. Freud plantea figuras retóricas para ilustrar lo que es la Histeria, y no la vida de alguien en concreto. Si bien el Psicoanálisis toma a las mujeres una por una, existe la Mujer tramada por el deseo del analista. De modo que Freud no sólo crea un método de cura, sino también el objeto al que se dirige la cura. Crea al neurótico, a la Histeria como la estructuración nuclear de las Neurosis y la cura del neurótico.

Freud prueba que los síntomas tienen un sentido, así como los sueños. Plantea el pasaje del sinsentido al estatuto de la palabra, ya que el síntoma se presenta como un signo enigmático de un conflicto inconsciente, y ese enigma hace producir una teoría.

Sin el conocimiento analítico de la Histeria, jamás podríamos llegar a entrever que es lo que es el deseo. Freud sometió todo el Saber a la indeterminación de un enigma que nos compete a todos, pues la insatisfacción está en todos los seres humanos, así que todos seríamos histéricos cuando el deseo se coloca en los objetos. Por eso Lacan habla del discurso de la Histeria y con eso la saca de la Psicopatología, pues este discurso, como modo de vínculo social, plantea a la Sociedad como un conjunto de deseos deseándose mutuamente como deseos, y cuando se trata de deseo siempre hay una pluralidad de deseos.

La histérica lo que plantea es que no puede determinar el objeto de su deseo. Su interés reside en la relación entre los personajes de su escena, pero no en los personajes. Sostiene una relación, pero no se sitúa en ella. Se propone como un objeto sin deseo, causando simplemente el deseo del Otro (orden del Lenguaje). Se identifica a la falta y se queda en la falta. El Sujeto se mantiene en la función de la Represión y como sujeto del Inconsciente, así se manifiesta en el síntoma,

que es donde está su único Goce. Sufre y lo dice, pero pide Saber. Al ofrecer su síntoma al Saber del Otro, se ofrece ella misma como síntoma, ofreciendo generalmente su cuerpo al reconocimiento médico, el cual siempre resulta insuficiente.

El tipo de demanda que realiza la histérica posibilita estructuralmente la posición del psicoanalista, de modo que la relación entre Histeria y Psicoanálisis tendríamos que pensarla tanto histórica como estructuralmente.

Freud produjo con su escucha una diferencia, en la que se constituyó el Psicoanálisis: no satisfizo la demanda de la histérica y la invitó a producir a ella su Saber. Pero ¿qué fue lo que le interesó a Freud de la histérica?, ¿qué le hizo dejar sus conocimientos médicos para escucharla?, ¿qué descubrió en ella?. Nada menos que el Inconsciente, que nadie había evidenciado antes que él. Como concepto teórico de la Filosofía ya existía, pero con la hipnosis se hizo objeto de experiencia. Y fue por la palabra de ella que él obtuvo un Saber; pero esto le requirió una escucha. Así que el Inconsciente implica que se lo escuche, y Freud mismo estaba implicado en lo que ella le contaba.

Freud inventa un Saber que responde a una ética, la del amor a la Verdad, desde su deseo y así, es en el encuentro entre el discurso de la histérica y el deseo de Freud que apareció el Psicoanálisis. La técnica psicoanalítica se creó con vistas al tratamiento de la Histeria y continúa hoy aplicándose a esta afección. Freud nunca dudó de que los síntomas histéricos, siendo psíquicos, fueran reductibles por la liberación de lo reprimido. De modo que a todo psicoanalista que no ponga obstáculos a la liberación de la verdad del sujeto, cada histérico e histérica sabe todavía hoy abrirle camino a los misterios del Psicoanálisis freudiano.

En la Histérica el Saber existe, ella dice que no sabe, pero confía en el Saber, desconociendo que está en ella. En ese saber va a emerger la sexualidad y no por azar, ya que en el fondo el saber inconsciente es un saber sobre el sexo, pero la sexualidad no es la genitalidad. Ya en los "ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA" Freud descubre que tras el síntoma histérico hay goce, hay un saber y ese saber está erotizado. Ella Sabe que el deseo no se define por la satisfacción.

Lo verdadero o verosímil está en el discurso, pero la verdad está en los intersticios del discurso, así como lo Real y la femineidad. La Verdad inconsciente de que el deseo nunca puede ser satisfecho asoma a través de la queja de la histérica y de su síntoma, que se resiste a abandonar. Ella encarna esa Verdad, pero es demasiado inconsciente para asumirla, no se acerca a la Verdad para asumirla, sino para reprocharla. Su discurso denuncia al Otro como responsable de que no exista relación sexual, pues el falo es el único significante (masculino), que significa tanto al hombre como a la mujer, naciendo de una disimetría fundamental y que hace que toda relación esté marcada por la mascarada (los papeles que se atribuyen al Sujeto en el plano del Lenguaje y la vida social) que intenta camuflar la falta de ser (condición de existencia del Sujeto separado del complemento materno). Ella no se resigna a no tener un significante que la represente, de ahí su insistencia en la pregunta sobre qué es y qué quiere la mujer.

Frente al goce de la angustia y del síntoma, Freud le propuso el goce fálico: ¡Hable!. El goce fálico pone fe en la palabra y en que sólo hablando puede descubrir la verdad sobre su deseo. La clínica freudiana es fálica, pero reducirlo todo al falo tiene un tope, pues hay un saber que no se sabe. La "solución" psicoanalítica que Freud le propone a Irma en el análisis de su sueño le devuelve a la mujer su palabra,

pero en una nota a pie de página del texto de ese análisis, él mismo dirá que la interpretación también tiene un tope, que todo sueño tiene un fragmento inexcrutable, como un cordón umbilical por el que se haya unido a lo incognoscible. Punto de imposibilidad, registro de lo Real, que aparecerá nombrado como el enigma del deseo de la mujer, lo infinito o el empuje pulsional, núcleo que resiste a la interpretación. Freud insiste en interpretar el pasado y lo infantil porque ahí entran en juego las pulsiones, que nunca cambian. Hay una inercia pulsional del goce sexual y la resistencia tiene que ver con la libido que se rehúsa a pasar a significativo, es decir, a la castración. El rechazo a someterse al significativo es la parte del ser que llamamos Goce. Se plantea pues una paradoja, ya que, si bien la histérica introduce el deseo de saber sobre lo Real y lo femenino, rechaza a la vez el saber sobre la castración y la femineidad. Es necesario que se someta al falo para que alguna otra cosa pueda advenir.

El Psicoanálisis está en un campo de interrogaciones paradójicas. Pero es más dinámico y con posibilidades de avance el plantearse preguntas que el buscar una solución. Hegel ya había dicho que un enigma siempre tiene solución y aquél o aquella que plantea el enigma conoce la respuesta, aunque algún interés profundo le obligue a no desvelarlo.

La histérica se inventa la figura de un Amo castrado, construido bajo la imagen de la impotencia. Ella quiere extraerle el Saber al Amo, en posición de Amo, convirtiéndolo en el esclavo del trabajo que le deja, coaccionándolo a producir la respuesta, eludiendo enfrentarse a su castración y a su goce. Cuando Freud se colocó en esa posición supo indicarnos que el Psicoanálisis falló, pues sus pacientes o se curaban para él o interrumpían el tratamiento, y es que nunca ocultó que hay una implicación del analista en toda cura.

Hoy podemos pensar que la interpretación tiene el sentido de señalar el sinsentido en el sujeto: lo Real del inconsciente. El ser humano se resiste a la Verdad del Lenguaje y se apoya en el Saber, a causa de las ilusiones imaginarias de conocimiento objetivo que él procura. Pero para que haya sentido ha de haber un No sentido. Mediante la asociación libre se induce a pensar que no hay un sentido completo. En el fondo el Ser no tiene sentido, pero en la vida somos sancionados para buscar el sentido. La falta en lo sexual es el representante imaginario de la falta en la Lengua, y el deseo sería el empuje que tiende a colmar la falla abierta por la falta de ser que es la condición de existencia del sujeto. El deseo se estructura gracias a que hay un fallo en lo simbólico que nunca termina de dar cuenta de lo Real.

En una relectura del texto propuesto, bien se podría decir hoy que la histérica padecería de una parálisis funcional significativa (en relación al significativo fálico), en lugar de simbólica (en relación al orden del Lenguaje) como planteaba Freud. En el Inconsciente hay falta, es No todo, como la Mujer es No toda. Con Lacan, la castración ya no cae sobre el sujeto sino sobre el Otro y eso causa el horror de esa falta que será lo Real del Inconsciente. Pero es que es histerógeno ocupar una posición pasiva frente a la demanda del Otro, para completarlo. La histérica siente su femineidad en relación al deseo del Otro. Vale que la identificación histérica es la enfermedad, pero también la posibilidad, pues ahí puede significarse como mujer. Pero no es lo mismo Histeria que posición femenina. Lo cual nos compromete a los psicoanalistas a una cierta responsabilidad en el campo de los valores sociales.

Si el Psicoanálisis debe su nacimiento a las histéricas de los “ESTUDIOS ...”, esto nos obligaría a plantearnos la cuestión de la deuda, ya que podríamos pensar que les debemos el descubrimiento por Freud del Inconsciente, que sólo se revela claramente en su discurso, pero también podemos reflexionar sobre lo que Kant escribe en la CRITICA DE LA RAZON PURA: “todo nuestro conocimiento comienza con la experiencia y no por ello, todo él procede de la experiencia”, lo cual nos lleva a pensar que la teoría freudiana implica al deseo en una dialéctica y entonces, la deuda tiene más que ver con el lazo social, con la transferencia que se establece y que implica la necesidad del Otro para movilizar la dialéctica del discurso. Freud escuchó a la histérica haciéndola hablar, pero sólo la condujo hasta la roca de la envidia del pene, lo cual no le permitió curar de su Histeria.

Lacan en su “Retorno a Freud” abre una nueva escucha sobre el significativo y descubre el “objeto causa del deseo” en lugar del deseo como objeto, lo cual permite responder de otra manera a la histérica, permitiéndole salir del lugar que ocupa de ser el objeto que le falta al Otro, pretendiendo completarlo, y de este modo su eterna vacilación podría pararse ante un analista que, desplazándose del lugar de Amo del Saber, que ella propiciaría en una maniobra transferencial, desde el silencio, ocupase el lugar de semblante del objeto causa de su deseo, lo que hace a esta posición del analista similar a la posición femenina. De modo que la histérica no siga aguantando la falta, sosteniendo un padre no castrado, con su sacrificio y su sufrimiento, colocando el No Todo del lado del analista, ya que el goce de esa insistencia de Saber va a fracasar siempre, pues la histérica verifica que el falo es sólo semblante; y, parándola en lo imposible de su búsqueda, se le ofrecería otra imposibilidad que le entregará la Verdad que soporta y encarna en su síntoma, para que pueda liberarse de ella. Momento de Verdad, palabra plena y cura. De modo que sólo reconocer la deuda del Psicoanálisis con la Histeria no es suficiente, ya que el propio camino de investigación del psiquismo, que es el del Psicoanálisis, que Freud abrió y nunca cerró, ha permitido 100 años después la cura de la Histeria.

Si cuestionamos la teoría y vamos más allá del Saber, ya no se trataría entonces de la deuda que el Psicoanálisis tiene con la Histeria, sino que la deuda, en verdad, es la deuda que el Saber tiene con la Verdad, que es la que no quiere pagar ni reconocer y que es la propia del mismo ejercicio de la palabra. Verdad que es de cada cual, intransferible, personal y que plantea el hacerse cargo de la propia vida. El resto...es un asunto neurótico.

# Dos comentarios clínicos sobre la histeria en el hombre

AURELIO GRACIA

**Tengo** que empezar por decir que considero a la histeria un trastorno esencialmente femenino. Creo que esta es la razón por la que, aun en nuestros días, cuesta tanto aceptar la evidencia de que hay hombres histéricos.

Lo que acabo de decir implica reconocer que la femineidad no es privativa de la mujer, ni la masculinidad del hombre. Ambos conceptos son constructos culturales y coexisten en cualquier sujeto. Eso exige a su vez definiciones de femineidad y masculinidad apartadas por completo del campo biológico. No cabe el reproche inicial que Freud debió escuchar, y que ligaba "histeros" a útero. Cabe una aproximación a la cuestión fálica y a sus distintos avatares para el niño y la niña en la constelación familiar.

Desde esta perspectiva, quisiera comentar hoy con vosotros un par de cuestiones, que se soportan sobre los materiales clínicos obtenidos en los análisis de pacientes varones, pacientes que se hallaban en posición histérica no sólo por su sintomatología y por los rasgos de su carácter, sino por su particular relación con el deseo.

Me interesa en primer lugar preguntarme acerca de las diferencias -si las hay- que presentan el hombre y la mujer histéricos. En segundo lugar me interrogaré sobre las posibles razones por las que un hombre llega a ser histérico, en lugar de, como suele ser frecuente en el varón, convertirse en obsesivo.

Vamos, pues, al primer punto. La histeria es una metáfora de la insatisfacción y esto es válido tanto para la mujer como para el hombre. La histeria niega la satisfacción al tiempo que se propone como abanderada de su existencia. No quiere saber nada de la sexualidad aunque expresa una curiosidad insaciable respecto a ella. Conflictos evidentes, que reclaman una solución. ¿Es distinta esta solución en el caso del hombre y en el de la mujer?

Vayamos primero con la niña. Sabemos que la problemática fálica implica para ella un cambio de objeto pulsional, un transporte en su interés, por decirlo así, de la constelación materna a la figura del padre. Freud da cuenta el año 31 de los destinos de esa pulsión en la pequeña, señalando tres de ellos: en primer lugar que la represión la lleve a la renuncia de la sexualidad en la vida adulta; segundo, que adopte una actitud masculina y siga disputando por la posesión del falo, esto es: la

## Dos comentarios clínicos sobre la histeria en el hombre

posición homosexual; en tercer lugar está el acceso a la femineidad, a consolidar en forma gradual hasta la vida adulta. Es curioso que Freud defina esa femineidad en términos de aceptación por parte de la mujer de la función del hombre. Para Freud ella, en la ecuación simbólica, aceptará que no lo tiene y que es el hombre quien se lo dará cuando le engendre un hijo. No parece una definición de femineidad muy acabada. ¿Será acaso la histeria quien nos brinde una nueva definición de femineidad?

Ella, en efecto, parece moverse entre las dos salidas extremas que Freud señala: la femineidad de un lado, la homosexualidad del otro. Entre ambas, la histeria postula un juego: el de mostrar cual es para el ser humano la función del deseo. Porque la histérica sabe acerca del deseo, aunque nada quiera saber de él. Y sabe del deseo pues ha obtenido ese saber de otra mujer. Así el objeto de la histérica es el objeto homosexual y la manera de abordarlo pasa por la identificación con algún individuo del sexo masculino. Este es el juego.

Pensemos ahora qué ocurre con el varón. Para él la problemática edípica es más simple pero más comprometida; no debe realizar cambio alguno en su inclinación objetual primera, pero tal vez por eso, la fuerza necesaria para separarlo de la madre debe ser superior y amenazarlo en donde más le duela. Curiosamente en el caso del varón, Freud no habla de salida hacia la masculinidad. El no habla de opción masculina, sino de los mecanismos que conducen hacia la **normalidad**, hacia la perversión o hacia la neurosis. No deja de mencionar que el horror a la castración puede llevar al niño a la posición homosexual, pero eso no sería un retorno hacia atrás, como el retorno hacia la madre en el caso de la niña, sino un paso adelante o, por mejor decir, medio paso adelante, ya que el homosexual queda fijado en el primer lugar donde se siente a salvo. La otra salida, la represión, conduce a la resolución del Edipo, aunque un complejo mal resuelto no dejará de dar lugar a la neurosis.

Llegados a este punto podemos preguntarnos: ¿Hemos de considerar también, como hacíamos en el caso de la mujer histérica, que el hombre histérico realiza una elección de objeto homosexual y que si la pregunta de la histérica era "¿Qué es una mujer?" el histérico no dejará de preguntarse "¿Qué es un hombre?"?

Para mi la respuesta a esta pregunta es afirmativa. El hombre histérico rechaza al sexo, al tiempo que hace de él su estandarte, él pugna también por mantener la ficción de su virilidad, por demostrar que tiene el falo. Esto es lo que lo hace femenino, aunque eso no quiere decir ni mucho menos que él sea homosexual. Puede funcionar como tal a nivel de acting, pero ni siquiera suele ser lo más frecuente.

Es cierto que su carácter es marcadamente narcisista, pero no es un perverso. En la perversión el privilegio imaginario es tal que toda la función de la relación de objeto se limita a poner de manifiesto esa importancia de lo imaginario. Nada queda para la propia relación en sí, mientras que en los varones histéricos, el narcisismo le deja un hueco al Otro. Si Narciso hubiera sido un histérico se habría hecho preguntas respecto al Otro. Se habría preguntado por el río. Se habría preguntado, por ejemplo, qué pensaba el río de él. O a cuántos más habría reflejado aquel río antes de conocerle a él. Por el mero hecho de plantearse estas preguntas Narciso habría salvado la vida; la pulsión tanática se halla mucho más enlazada a la erótica en la histeria que en la perversión. Es generalmente a través de la función

narcisista del amor como esa integración se hace posible en la histeria. Así se explica que los histéricos resulten tan enamoradizos.

El predominio imaginario en la perversión frente al deslizamiento simbólico en la neurosis nos lleva a situar las diferencias entre ambas estructuras en el momento fundante del espejo. Esto es: a subrayar la importancia de la tríada imaginaria madre-niño-falo. La pregunta es: ¿por qué esa tríada que funcionando en articulación con el Nombre del Padre conduce a la neurosis, daría lugar en algunos casos a una posición histérica y en otros a una posición obsesiva?

En ambos tipos de neurosis el sujeto deseante se encuentra perturbado. En ambos también, ese lugar del Otro grande, del amo absoluto, es interrogado y lo es en forma simbólica, digamos en forma de juego. Los neuróticos juegan con agujeros, pero hay diferencias: el obsesivo trata de obturarlos, el histérico muestra todo el horror de su apertura; el obsesivo juega con la muerte, el histérico juega con el falo. Para el obsesivo la continuidad del juego se encuentra asegurada, garantizada, en tanto pone a ese Otro como testigo del juego en el que por más que se acerque a la muerte ésta nunca le alcanzará por la sencilla razón de que él ya está muerto; lo está para el deseo. Este es el truco: el obsesivo está mortificado. Para el histérico, en cambio, el juego es otro y más divertido, aunque también en su caso el deseo se halla radicalmente elidido. El no coloca a ese Otro como espectador de sus vacilaciones, de hecho él no vacila. Si el obsesivo acepta pero retrasa indefinidamente, el histérico acepta de modo inmediato, sólo que al aceptar... ridiculiza. El coloca al Otro dentro del tablero de juego, le necesita como protagonista para demostrar cuán ridículo resulta el tenerlo; el Otro, aunque lo tenga, también está castrado. Creo que es por eso que en la histeria masculina la posibilidad de identificación al propio sexo se halla seriamente dificultada. ¿De dónde procede esa dificultad?

Es, desde luego, en los avatares del recorrido infantil donde debemos rastrear las causas de la estructuración constitutiva del sujeto. Respecto al establecimiento de la posición histérica en el niño, lo que he podido comprobar en los casos que han motivado este trabajo es la presencia de un padre que administraba el falo a pesar de las dudas de la madre acerca de la correcta potencia de esa administración paterna.

Para el histérico la amenaza es justamente que la potencia de ese Otro, la potencia del padre, no resulte suficiente. El padre está, y la madre algo debe haber visto en él, pero la presencia paterna no garantiza el funcionamiento de la virilidad. De ahí que el histérico consagre todos sus esfuerzos a realzar la ficción de esa virilidad. El no sabe que, para lograrlo, su posición se ha vuelto femenina en tanto esos esfuerzos por mostrar que lo tiene señalan inequívocamente a la falta.

De todos modos, esto -y termino- no debería preocuparle: a las mujeres cierta femineidad en el hombre les resulta atractiva. Si el hombre histérico consigue vencer la compulsión a la rivalidad asustadiza en la lucha por el falo, puede ser un compañero sexualmente correcto y un padre, tal vez un poco maternal, pero capaz de hacer funcionar a la familia. Porque la histeria asintomática, la histeria como estructura vital, es el final feliz de la neurosis.

## Histeria y narcisismo

RAMON RIERA I ALIBÉS

**Empezaré** con una viñeta clínica, que pretendo sea el punto de partida de las ulteriores reflexiones.

Una paciente poco antes de vacaciones de verano, me habla, en un clima de intensa angustia y desesperación, de su cuerpo dolorido: dolores de espalda y hombros, dolores flatulentos intensísimos que a menudo le impiden ponerse en pie. Me sigue hablando de un archiconocido, para los dos, círculo infernal: dolores corporales-insomnio-agotamiento general-cuerpo inválido. Y a continuación fantasías de suicidio: morirse para poder descansar. Y finalmente llega la **asociación salvadora**, la que nos permite salir a los dos de este círculo infernal, de esta atmósfera de angustia y desesperación:

*“Me gusta mirar a los niños pequeños en sus cochecitos, me encantaría estar allí, que me llevaran a todos sitios, es esto lo que necesito, que me lleven.”*

A partir de aquí podemos reflexionar, ya fuera, afortunadamente del clima desquiciante, en cómo me vive a mí y a las sesiones como un cochecito que la sostiene y la lleva; hablamos de cómo yo soy para ella mitad madre que la sostiene, mitad la parte de ella misma (quizá sus piernas) que le sirve para andar. Yo soy vivido como un objeto narcisista, como un objeto indiferenciado, como una parte de ella misma, como lo que Kohut denomina “objeto del self”. Así la separación es algo invalidante, es casi un arrancamiento, es como quedarse sin piernas. Como nos dice Kohut, el control que el niño espera poder ejercer sobre los “objetos del self”, se parece al control que un adulto espera poseer sobre su propio cuerpo (5). En más de una ocasión me había encontrado esta paciente acurrucada en el rellano de la escalera: no había podido marcharse.

La idea que voy a ir desarrollando en esta ponencia es que el análisis del narcisismo nos permite ahondar en la comprensión de la organización histérica de la personalidad. Así, en esta paciente, a lo largo de un amplio despliegamiento de conflictivas diversas, como la erotización incestuosa de las relaciones (con síntomas conversivos espectaculares), o como la exacerbación de las pulsiones agresivas en todos los registros (oral-canibalístico, anal-uretral, fálico), o como descompensaciones depresivas con ideas de suicidio etc. etc.. así decía, en cada uno de estos trastornos podemos ir rastreando su dificultad para ir discriminándose del objeto con un sentimiento de sí misma mínimamente cohesivo, y su necesidad por tanto de un objeto narcisista, que para decirlo con las palabras del ejemplo, le preste las piernas para andar. Parafraseando a Joyce McDougall al describir su

concepto de “Histeria arcaica”: “el nivel del conflicto está en el derecho a existir, más que en el derecho a las satisfacciones libidinales normales de una vida adulta. Las angustias están entonces ligadas al temor de perder la identidad subjetiva, o incluso la vida” [(6) pág. 74]. Esta paciente, en el curso de ataques agudos de angustia, teme enloquecer. En su lenguaje coloquial suele utilizar la expresión “estar a punto de salirme de la órbita”. Probablemente en nuestro lenguaje psicoanalítico podríamos traducir: salirse de la órbita del objeto narcisista y caer en el vacío de la psicosis o la melancolía.

Veamos ahora cómo la conflictiva narcisista interviene en los habitualmente considerados rasgos histéricos. Empecemos abordando un rasgo clásico de la histeria, la sugestionabilidad charcotiana. Desde la óptica del narcisismo podemos pensar el síntoma de la sugestionabilidad, como una tendencia a fusionarse con el objeto, el someterse o dejarse sugestionar como una manera de no diferenciarse del objeto. El “falso self” de Winnicott ¿no sería una forma extrema de sugestionabilidad? Al fin y al cabo un “falso self” es el que cumple o se acopla a las expectativas del objeto. Incluso las “grandes” histéricas charcotianas podrían ser pensadas como acoplándose a las teorías de su maestro, lo cual, no se haría de forma arbitraria, sino que tal como nos mostró Winnicott, tiene como objetivo proteger el “self verdadero” (7). Probablemente, podríamos pensar, se trataba de mujeres que no tenían en absoluto ningún lugar mejor donde ir, de manera que lograron hacerse adoptar por una familia adoptiva de lujo: Charcot y la Salpêtrière.

Y es que lo que un paciente histérico busca cuando viene a tratamiento no es que le ayudemos a abandonar su organización histérica. Lo que nos pide es que le ayudemos a ser un histérico con éxito, un histérico logrado. Con su estrategia de seducción o de tiranización (que vendría a ser como “o a las buenas o a las malas”), nos pide que seamos su objeto narcisista, su familia adoptiva, donde sostener su identidad. Aquella divertida anécdota de la histérica charcotiana que puso en su tarjeta de visita “la primera paciente histérica tratada por Charcot”, nos lo muestra de forma patente: ser paciente de Charcot, y además ser la primera, eran dos nuevos apellidos añadidos a su tarjeta para “completar” su, tenemos que suponer maltrecha, identidad.

Fué para desmarcarse de estas falsas soluciones narcisistas que Freud renunció al hipnotismo y a la sugestión, e instauró el método psicoanalítico, basado en la libre asociación del paciente y la escucha neutral en atención flotante del analista (3)(4). Así de simple y así de genial. Y así de difícil de llevarlo a la práctica, quizá especialmente con los histéricos. Porque cuando el histérico construye su organización de carácter lo hace con unos objetivos justo opuestos a los del método psicoanalítico. Por un lado el histérico necesita negar su realidad psíquica que le resulta intolerable por su alto contenido de angustias catastróficas de abandono; y alguien que necesita negar su realidad psíquica, difícilmente podrá permitirse la “libertad de poder asociar libremente”; más bien tenderá a asociar seductoramente, brillantemente. Y el método de la “asociación brillante” no tiene nada que ver con el método de la “asociación libre” instaurado por Freud. Por otro lado el carácter histérico, si se me permite continuar con la broma, está especialmente diseñado para conseguir que el objeto no permanezca precisamente ni *neutral* ni *flotante*. Lo que intenta el histérico es teledirigir al objeto para que se tire de cabeza a actuaciones múltiples que le serán exigidas como supuestas pruebas de amor. Y si

como analistas no accedemos a este primer intento de manipulación, el histérico hará una segunda embestida, y nos acusará de rígidos o de inhumanos, o de moralistas, y equiparará el psicoanálisis a una rígida doctrina eclesiástica. Empiezan a quedar lejos las épocas en que a Freud sus pacientes le acusaban de todo lo contrario: de inmoral, de perverso, de pansexualista etc.. Y claro, la profunda incidencia de los descubrimientos freudianos en la cultura de nuestro siglo, no debe ser ajena a este cambio en las resistencias de nuestros pacientes.

El pronóstico del tratamiento dependerá en gran parte de nuestra capacidad de tolerar contratransferencialmente el manejo del histérico sin salirnos de esta escucha empática, neutral y abstinenta, para crear así el encuadre donde el histérico pueda, realmente, asociar libremente. El peligro es que al sentirnos desbordados por la angustia del paciente intentemos acallarlos con interpretaciones brillantes. Entonces nos convertiríamos en psicoanalistas histéricos, en el sentido profundo, psicoanalítico de la palabra. De nuevo conviene que volvamos a recordarnos que el método de la “interpretación brillante” no tiene nada que ver con el método de la “atención flotante” freudiana, ‘*sin memoria y sin deseo*’, en la feliz formulación de Bion (1).

Pensemos ahora en un fenómeno histérico habitual, la erotización de la transferencia, y veamos cómo la podemos pensar desde la óptica del narcisismo. Mi idea es que en la transferencia erótica (también en las fantasías incestuosas en general) los objetos son vividos como objetos del self narcisistas, es decir permiten mantener la ilusión de completud y fusionalidad. Veamos una situación habitual, típica: una paciente histérica sale de su sesión y va andando por la calle recreando mentalmente el diálogo que ha tenido con su analista, deteniéndose especialmente en aquellas partes en las que siente que su analista puede haber quedado más fascinado y seducido. La sensación de fascinación mutua, incluso las fantasías de atracción sexual mutua, la acompañan mientras se va alejando de la sesión. Igualmente todo lo que va a ir sucediendo hasta la próxima sesión, todo lo que se va a pensar, se va a soñar etc.. todo va a ser vivido para ser contado en el siguiente encuentro. El tiempo que sucede entre sesión y sesión es rellenado recordando-recreando la última sesión, fantaseando-programando la siguiente sesión... el analista no sale de la cabeza de la paciente, la ausencia, de esta forma se ha borrado, como si no hubiera existido. Se mantiene la ilusión de la fusionalidad, fuera del espacio y del tiempo. Probablemente este sea el único recurso disponible para poder resistir a la separación, que es vivida como un abandono catastrófico, como “*una salida de órbita*”.

De una forma similar podríamos pensar lo que habitualmente se engloba en los denominados “amores edípicos” tan característicos de la histeria: los amores imposibles (de objetos inaccesibles), los amores prohibidos (sólo excitación y atracción ante lo prohibido), la promiscuidad y las proezas donjuanescas etc.. Detengámonos en esto último. El Don Juan, como dice Eric Brenman en su magnífico artículo sobre la Histeria, “*utiliza a los objetos externos para convencerlos de su supremacía y vive a través del retrato imaginado de sí mismo que cree que sus objetos contienen*” [(2) pág. 424]. Su identidad está por tanto colocada en la imagen que de él tienen sus amantes, y por tanto ellas serán imprescindibles, como si de una adicción se tratara, para combatir “*las angustias (...) ligadas al temor de perder la identidad subjetiva, o incluso la vida*”(6).

Edipo empezó a construir su identidad sobre una pareja parental que lo abandonó a los tres días de nacer. Se trataba de una pareja con un equilibrio narcisista tan precario, que no podía tolerar la presencia de un tercero que se discriminase. De ahí el aviso del oráculo, anunciando que la llegada de un hijo traería grandes desgracias. (Nosotros los analistas conocemos bien este tipo de situaciones: cuando determinados pacientes graves nos anuncian que van a ser padre o madre, se dispara en nuestro interior un oráculo que nos avisa de probables descompensaciones o *actings* que se avecindan). Y por eso, a Edipo, de recién nacido le perforaron los pies y se los inmovilizaron, para que no anduviera por su cuenta, para evitar así que pusiera en aprietos a sus padres. Digamos que a Edipo le pasó algo parecido a lo de mi paciente del ejemplo con el que empecé: se encontró sin pies para poder andar. Y esto quedó gravado en su identidad, en su nombre: como ustedes saben el nombre Edipo significa "pies hinchados". En cambio para todos, lo que el nombre Edipo nos sugiere es "el que se acuesta con su madre". Esta es una segunda identidad (la incestuosa), que se ha eficazmente superpuesto a la primera identidad (la abandonónica). Aquí también hay un paralelismo con mi paciente: me costó darme cuenta que detrás de la "**gran** histérica", había una niña **pequeña** sin pies para poder andar, para poder diferenciarse.

#### Bibliografía

- (1) BION, WR., (1967) "Notas sobre la memoria y el deseo", Revista de Psicoanálisis, XXVI, 3, 1969.
- (2) BRENNAN, E., (1985) "Hysteria", The International Journal of Psycho-Analysis, 66, 423-432.
- (3) FREUD, S., (1895) "Estudios sobre la histeria" (J Breuer y S Freud). Amorrortu Editores, vol. II, Buenos Aires 1985.
- (4) —, (1911-1915) "Trabajos sobre técnica psicoanalítica". Amorrortu Editores, vol. XII, Buenos Aires 1986.
- (5) KOHUT, H., (1971) "Análisis del self". Amorrortu Editores, Buenos Aires 1977.
- (6) Mc DOUGAL, L., J (1989) "Teatros del cuerpo". Julian Yébenes S.A., Madrid 1991.
- (7) WINNICOTT, DW., (1960) "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso", en "El proceso de maduración en el niño", Editorial Laia, Barcelona 1981.

## ¡Socorro!, ¡Auxilio! ¿Soy mujer?

BEATRIZ SALZBERG

**Las** histéricas, indisolublemente unidas al descubrimiento del psicoanálisis, han sido musas inspiradoras de artistas, fuente de creación literaria y figuras de la escena teatral y fantasmática. Ellas fueron escuchadas por primera vez por un hombre que se sustrajo a la seducción y el histrionismo que desplegaban. Ese hombre ideó un método y enunció un discurso aún hoy no superado, para sacarlas de las escenificaciones y permitirles acceder a la Otra Escena. Un modo de perderlas de vista para escuchar sus fantasmas, relatos, sueños. Hoy día las manifestaciones histéricas han perdido la espectacularidad de otrora, respondiendo a las transformaciones habidas en el imaginario social. Sin embargo, aunque en lo fenomenológico haya variado, la histeria, hoy como ayer, sigue siendo un modo de ser el dolor de la insatisfacción y la incertidumbre del sexo, al decir de J.D. Nasio.

Tal como lo planteó Freud sigue considerándose traumática la actitud incestuosa del padre, cuando en la relación con su hija juega su deseo sexual en lugar de sostener la función parental.

Cuántas púberes y adolescentes padecen por parte de sus padres un juego de seducción, hecho de miradas furtivas, gestos, roces y otras formas sensibles de incitación al goce y la transgresión. Cuántas hijas son las terceras incluidas de la pareja parental. Cuántas se sienten en el medio de la pareja, de sus pasiones, y no encuentran en el padre al agente de la castración sino al hombre que las desea y encierra incestuosamente con un despliegue más o menos velado de seducción.

Me estoy refiriendo a la situación que se produce cuando es la hija, y no su madre la que alimenta el deseo del padre; a lo que ocurre cuando ella capta en él una mirada, una palabra, un gesto, una broma "¡Estás muy buena!" acompañado de una leve aproximación de su cuerpo hacia ella.

No estoy aludiendo a los casos de incesto consumado sino a un acoso sexual, por usar un término actual, de mayor o menor intensidad.

El discurso de estas pacientes adolescentes ilustra cómo estos juegos traen como corolario un padecimiento histérico acompañado de angustia, inhibiciones y trastornos con la imagen del cuerpo.

Citaré algunos ejemplos para ilustrarlo:

– Aquel padre que gastaba lo que fuera porque le encantaba mirar a su hija luciendo buenos sostenes...de su deseo sexual. Ella era histérica y bulímica.

– Aquél otro que le decía a su hija histérica, que además padecía una epilepsia muy grave, que ellos eran un matrimonio de tres. Solían ir juntos a hacer las compras y en el camino jugaban al papá y la mamá, tomados de la mano.

– O aquel padre que clavaba sus ojos intensamente en su hija, pendiente del descubrimiento de su vello pubiano cuando la ocasión se lo possibilitaba (playa-piscina). Supuestamente lo hacía para censurarla, mientras su mirada petrificaba a la adolescente presa de temores a un asalto sexual.

– O a los reproches y quejas, tan frecuentemente celosos, o a los insultos a la hija que llega tarde tan parecidos a los de un amante pasional despechado, disfrazados de moralina paternalista.

Es decir, todos aquellos casos en los cuales la hija teme/desea que la prohibición pueda ser franqueada por el padre y recurre al síntoma histérico como un freno, un límite al goce y con espanto ante el despertar de la sexualidad.

En *Estudios sobre la histeria*, Freud relata el caso de Katharina, que viene al hilo de lo que estoy planteando.

Katharina sufre en su cuerpo de emociones vividas: le falta el aire, siente opresión en el pecho y se le cierra la garganta como si se fuera a morir. Cuando esto ocurre tampoco puede respirar. Se acompaña de pesadez y mareos. Su primer ataque ocurrió a los 16 años y Freud señala como “con harta frecuencia la angustia es consecuencia del horror que invade a un ánimo virginal cuando el mundo de la sexualidad se le abre por primera vez”.

Freud le transmite la hipótesis de que habría visto u oído algo que “la embarazó mucho” (¡curiosa metáfora!) y que hubiera preferido no haber presenciado nunca.

Los fantasmas históricos, le escribe a Fliess, se remontan a cosas vistas y oídas que après-coup se comprendieron.

La joven lo relaciona con el descubrimiento del acto sexual en el cual vio a su padre<sup>1</sup> con una chica de su edad (su prima).

Es decir, en el momento en el que descubre el deseo incestuoso de su padre.

“Yo soy culpable que estén separados pues por mí se destapó que él se entiende con Franziska”.

Esa escena “destapa” ante Katharina el deseo sexual incestuoso de su padre y sus insinuaciones hechas dos años antes: la adolescente aún no dormía profundamente cuando la despertó la proximidad del cuerpo de su padre en su cama. “Anda muchacha tonta quédate quieta, tú no sabes que bueno es esto”. La segunda escena evoca la primera del asalto nocturno que así se resignifica y cobra efecto retardado traumático. El recuerdo de aquellas sensaciones le despertó asco instalándose desde entonces el síntoma de los vómitos.

El padre la había acusado de haber “soplado todo”. Soplar y desvelar el secreto reaparece en su cuerpo como síntoma en la dificultad para respirar. El miedo de haber separado a sus padres se contrapone al descubrimiento de haber sido la que los unía. Freud interpreta la angustia de Katharina en sus ataques como histérica,

1 En la aclaración introducida en 1924 Freud afirma que no era el tío y que la muchacha había enfermado de unas tentaciones sexuales que partían de su propio padre. “Estudios sobre la histeria”. Amorrortu O.C.

o sea como una reproducción de la que emergió en cada uno de los traumas sexuales.

La sintomatología histérica nos dice, es una escritura figural. El cuerpo reboza de metáforas alimentadas por estos significantes que lo han convertido en la sede del dolor y del goce.

El descubrimiento del deseo entre los padres libera, separa y permite al hijo posicionarse como tercero de la pareja parental, excéntrico a ella. Pero, ¿qué sucede cuando la hija no puede separarse, cuando está ubicada en un lugar sustitutivo al de su madre, desde el que ella también desea interponerse; cuando en lugar de despegue hay encierro?

¿Qué efectos produce en la hija el descubrimiento de este trastoque del deseo, que de excluida la convierte en rehén y la mantiene apresada en su propio deseo incestuoso?

Si nos trasladamos ahora en el tiempo hasta nuestros días y volamos desde los Alpes hasta un pequeño pueblo de playa mediterráneo nos encontraremos con Catalina.

Catalina llega inesperadamente. Sus padres no sólo no la esperaban sino que creían que era imposible tener una hija dada la amenorrea que padecía la madre desde la boda. Por lo tanto ni sospecharon un embarazo. Por el contrario, pensaron en una enfermedad, un tumor, un cáncer. La madre sentía que dentro suyo crecía un bulto, una excrecencia, una protuberancia a extirpar pues de lo contrario provocaría su muerte. Así transcurrieron los primeros cinco meses de embarazo, en los cuales ella creía que algo la corroía y desgastaba por dentro, algo que podía consumirla lenta y secretamente hasta llevarla a la muerte. La madre vivía ese embarazo como una catástrofe, un cataclismo que dará lugar finalmente a la llegada de Catalina. ¡Ha nacido una hija!

Sus padres se habían casado doce años antes. La madre, muy bella, había enamorado a un hombre obsesionado con su fealdad, que intentaba borrar detrás de un tinte o una depilación los signos visuales de su virilidad. Su profuso y oscuro vello en los brazos y en el pecho, lo avergonzaba. Evitaba la playa o los disimulaba con el rubio artificial.

En esa pareja no había sitio para un bebé, o mejor dicho ese lugar ya estaba ocupado por la madre. Ella había transformado su pasado de niña abandonada, maltratada por su madrastra, por el actual, un bebé cuidado.

El padre con esta boda no necesitó separarse de su propia madre; por el contrario, con ella cuidaba a una hija, esposa, bebé. La suegra, cual abnegada madre, se encargaba de alimentarla, cuidarla, “cortale el ca-bello y las uñas”.

Las continuas depresiones de la esposa con las internaciones consecuentes contribuían a su posición infantil y dependiente en este triángulo que satisfacía un fantasma perverso incestuoso.

El padre reiterará en las entrevistas, que este período fue el lapso de tiempo más idílico de su matrimonio<sup>1</sup>. En esa complementariedad fantasmática, en ese pacto secreto que satisfizo viejos deseos infantiles, viejos goces, transgresiones, no había lugar para una hija. Para el desarrollo de un bebé es necesaria la confiabilidad, el

1 “El pequeño Edipo ha encontrado una solución más feliz que la marcada por el destino”. Freud, “Análisis de la fobia de un niño de cinco años”. Amorrortu O.C.

sostén y el manejo materno y la separación que opera el padre en su función simbólica. Sin embargo, para la madre de Catalina la maternidad era angustia y desasosiego. Ella temía seguir el destino de su madre.

La abuela materna había sido una mujer muy bella, elegida pubilla poco antes de su casamiento.

La boda y los primeros años de matrimonio parecían muy felices pero todo ello se quebró de pronto, en su infancia, a sus tres años, cuando su propia madre ingresaba por depresión en Sant Boi. Su relato ahí se hace más confuso, así como el diagnóstico, aunque queda claro que permaneció recluida hasta su muerte, habiéndosele practicado una lobotomía.

Su infancia quedó marcada por las visitas al Centro Psiquiátrico, la segunda boda del padre y su situación de carencia afectiva. Desde entonces la madre de Catalina ha temido repetir el destino trágico que la maternidad abrió para su madre. Su propia historia de depresiones, internaciones y una operación de hipófisis a la que fue sometida también a los tres años de Catalina parecían confirmar ese fantasma de identidad de destinos.

Maternidad, madrastra, muerte, locura, son significantes que marcan su relación con Catalina y su temor a que ésta sea su destrucción.

A través del temor a que su hija fuera criada por una madrastra delata la confusión e indiferenciación con Catalina y el deseo mortífero que alimenta su ambivalencia hacia la niña.

Así, no habría lugar para las dos. Una moriría, mataría o enloquecería a la otra.

A su vez Catalina teme hacerse una mujer bella y seguir el destino de las "bellas locas" de su familia.

Muerte y locura unido a la femineidad y la maternidad en esta saga de mujeres, que en Catalina, será de horror al descubrir a los doce años que se ha hecho mujer. Ella también se sorprende y grita horrorizada: "¡Socorro, auxilio!" y comienza a llorar. Esa mancha que sale de sus entrañas, es el re-encuentro con la castración sentido como locura y muerte. ¿Eso es ser una mujer?

De su llegada al mundo Catalina dirá: "Vine del rebote de un polvo que echaron, no querían tenerme... Estar cinco meses dentro y que no se den cuenta hace daño... No me daba de comer, quería adelgazar. No debería haber nacido... No tomé pecho o querías que me envenenara con todos los fármacos que se tomaba... Mi madre está loca. Para que se enterara del embarazo le daba hostias y ni así se daba cuenta".

Las hostias se convirtieron en el medio de comunicación entre madre, hija y padre.

Pero no fue solo la madre la que percibió este embarazo como una amenaza. También el padre ante esta hija planteó toda su problemática edípica de niño.

Así apareció su rechazo inicial expresado con indiferencia, luego violencia en forma de insultos, amenazas de expulsión, comentarios denigratorios y/o palizas.

Ella y su madre serán las "bobas despreciadas" por él.

O bien éste provocará un acercamiento violento, marcando el cuerpo infantil con golpes. Esta escena, temida y anhelada se erotizará como equivalente de una escena sexual: "la escena de la correa".

Antes no había reglas menstruales, ahora no hay ley que ordene.

No hay lugar para tres, sino intentos de volver al dos que aprisiona.

Catalina será testigo de escenas violentas entre ellos, amenazas de expulsión y denigración hacia ella. También escuchará quejas sobre la destrucción que trajo y lo felices que eran antes que ella naciera.

¿Cómo en estas condiciones elaborar una pérdida, una diferenciación, un crecimiento?

¿Cómo separarse de estos padres y hacerse mujer?. La menarquia hace aflorar en los tres otra crisis. A la madre, el recrudescimiento de su miedo a morir con el florecimiento de su hija. Al padre, restituir con ella el triángulo incestuoso del comienzo. A la hija, sentir pánico de sus deseos y no encontrar suficiente freno.

¿Si me hago mujer y crezco mato a mi madre?. Si florezco como mujer ¿la destruyo?

Estos fantasmas son compartidos por su madre quien, ante el aumento de autonomía de su hija y la disminución de sus fobias vuelve a caer en una depresión, adelgaza veinte Kg. y reacciona con alopecia y vómitos. El viejo fantasma del cáncer reaparece, así como su miedo a la locura. Por su parte Catalina, con angustia, relata en una sesión cómo una vecina brindó ante su hija de catorce años "A tu salud" y tragó un frasco de pastillas que la condujo al hospital y casi a la muerte. Si crece es el tumor que destruye, mata. El padre por su parte oscila entre el desprecio y la violencia erotizada: hablan de sexo y de "mujeres que están buenas con las que se iría a la cama", se pasea desnudo ante ella, le hace alguna broma sobre visitarla por la noche, etc.

Un comentario de la madre, nuevamente intrusivo y violento la aprisiona más en este juego de seducciones y complicidades.

Le cuenta que su padre es mujeriego y que se ha enterado de que ha "alquilado" una chica de su edad: catorce años.

A partir de ahí Catalina desarrolla una idea obsesiva: Soy fea y usa su cabello en la cara como un velo. Ser fea la protege. Detrás de su fealdad, oculta su sexualidad y se cuida de no despertar el deseo del padre y su erotismo, además de castigarse por su deseo de crecer y estar en el lugar de mamá.

¿Cómo huir de la mirada del deseo cuando teme caer en el incesto?

¿Cómo sentirse valorada como mujer y no denigrada o humillada si el 3º fálico, su padre, no sostiene su posición asumiendo y encarnando la prohibición?

¿Cómo asumir la castración simbólica con padres en conflicto con su propia sexualidad?

Cuando algo de lo Real desestabiliza el fantasma esto repercute en lo I y en la propia imagen.

Con su adolescencia todos los fantasmas que surgieron con el embarazo se han reactivado. Ello dificulta los duelos que debe elaborar Catalina para asumir su edad, en una familia que teme desestabilizarse con los cambios.

Catalina no puede reconocer sus cambios corporales. Teme crecer. Siente terror de su cuerpo de mujer. Los hombres en su fantasma, como su padre, son sátiros desenfrenados de los cuales se protege con una serie de medidas:

- ocultarse de la mirada que desnuda su falta.
- mostrar su fealdad con su desaliño.
- ostentar una imagen rechazante.
- evitar pasar desapercibida sufriendo.
- exhibirse con dolor.

Está atrapada en relaciones duales narcisistas en las que predomina el odio y la angustia.

El padre, no puede hacerse valedor de la ley porque a su vez no ha renunciado aún al fantasma incestuoso con su madre.

- Catalina encuentra unos padres que disputan la posesión imaginaria del falo, incapaces de simbolizar la castración ni de diferenciar el pene del falo. Su propia incertidumbre frente al sexo es también la de ellos.

¿Quién la auxilia de sentir que ha perdido su cuerpo infantil, su ilusión de completud?. En el medio de sus padres no encuentra otra salida que la histeria.

“Las que ligan son las extranjeras”, se queja llorando. Su pregunta sobre la femineidad se juega en la búsqueda de un modelo femenino: las “bellas extranjeras”, las que no huyen del deseo, ni del amor, ni de la vida adolescente. Aquellas que pueden alejarse, desprenderse de los padres sin sentirse mutiladas. Aquellas que pueden crecer y salir de la endogamia.

La “bellas extranjeras” han solucionado el problema del enigma, pero aún falta descubrir cómo desean si no tienen el falo.

El hijo se inscribe en una trama discursiva, que es al mismo tiempo, anticipación de su lugar en la estructura y destino sintomal. Del mito recibe los significantes con los que construye su “novela familiar”.

- El entramado discursivo en el que se incluye está tejido por deseos:

\* deseo de hijo.

\* deseo de una madre que no se agota en el hijo.

\* deseo de la madre por el padre que reubica al hijo como metáfora de ese deseo.

- El descubrimiento de la unión sexual entre los padres es imprescindible como ruptura del apegamiento y la simbiosis con la madre.

- La castración materna provoca la decepción fálica y permite descubrir que lo que la madre desea, a falta de tener el falo, es ser el objeto de deseo del padre.

Ese descubrimiento aparta a la hija de ella con odio y la acerca al padre.

Poder transformar el odio en don de amor y promesa va a estar determinado, tanto por la posición que asuma el Tercero en su función paterna, como por la preferencia materna hacia él.

Catalina, en cambio, de quien debiera recibir su valoración como mujer e hija, recibe humillación y rechazo erotizado, quedando atrapada sin salida, en la fusión con la madre, en el odio, el resentimiento y la angustia.

- El Edipo de los hijos es tributario de las resoluciones edípicas de sus padres.

## MESA REDONDA:

# LA CLÍNICA DE LA HISTERIA, HOY

# Histeria y depresión

BERNARDO ARENSBURG CHAMUDES

**Durante** años me llamó frecuentemente la atención la queja depresiva de pacientes diagnosticables de histeria, ya fuera bajo la forma directa, “estoy deprimido” o “estoy deprimida”, cuando no en enunciados ingenuos: “estoy triste”, “lloro por cualquier cosa”, “sólo quiero dormir”, “no tengo deseos de nada”, “quisiera morirme”, etc.

Pero siempre se me hacía evidente la dificultad de llegar a un claro diagnóstico de depresión, como el que podemos hacer frente a una melancolía verdadera, a una depresión “severa” o “leve” como las que describen los autores americanos “Severe and mild depression” (1).

Quiero destacar, entre otros indicadores que omito, las características verbales de estos pacientes y los aspectos motivacionales y acusatorios atípicos de estas manifestaciones.

La iniciativa interlocutiva, el débito de palabras, el timbre de voz, contrastan notoriamente con lo que encontramos en las diversas formas clínicas del síndrome depresivo, que no reseño, ya que son altamente conocidas y se caracterizan por la general inhibición o disminución de la verbalización. Además de estos “signos” verbales inconsistentes, me llamó siempre la atención la conciencia fáctica de una causa externa y las acusaciones contra el otro, agente de esta causa; esposo, esposa, amante abandonador, etc. con una evidente omisión y descargo de toda culpa o responsabilidad propia, con una clara intención de convencer y buscar un aliado en el interlocutor respecto a lo razonable, justo, objetivo de la causa manifiesta de su “depresión”; la “causa” está generalmente entretrejida con una cuestión sexual o amorosa, lo que es mucho menos frecuente en las formas típicas de depresión. No intento hacer una distinción clínica tajante que separe esta forma de vivencia depresiva de una depresión “verdadera”, que llevara a la conclusión de que acuso a estos pacientes de “falsedad”, tendencia muy generalizada en los clínicos que los asisten.

Intento diferenciar, especificar sus características formales y adentrarme en sus aspectos dinámicos. Cabe agregar que en muchos casos hay formas que presentan rasgos cercanos a la depresión típica, incluso severa.

En un Reader monográfico, “Hysteria”, editado bajo la responsabilidad de Alec Roy (21) encontré hace algunos años un capítulo de Gerald Klerman, “Hysteria and Depression” (16), que intensificó mi interés por el tema. Se trata de un escrito con las características de una orientación psiquiátrica centrada en la investigación

empírica y estadística, pero su valor es la cuidadosa reseña de trabajos que encuentran una correlación altamente significativa entre histeria y depresión, en todas las formas clínicas en que la psiquiatría americana ordena las manifestaciones históricas: Síntomas histéricos (conversión, reacciones disociativas, y dolores histéricos); Síndrome histérico (neurosis histérica, síndrome de Briquet y trastornos de somatización) y personalidad histérica...

Estas relaciones entre histeria y depresión no escaparon a la observación clínica de Freud; ya en la casuística de los "Estudios sobre la Histeria" (3), la constata en Frau Emmy von N., en Miss Lucy y Elisabeth von R. Tanto en términos de depresión como en manifestaciones de ánimo depresivo en estas tres pacientes. Curiosamente, en una nota al pie del caso de Elizabeth, menciona a una paciente, Fräulein Mathilde H., a la cual curó de una parálisis parcial de las piernas, y que algunos meses después lo consultó "por un cambio en su carácter"; dice, "se había deprimido hasta el punto de un "taedium vitae" haciéndose extraordinariamente desconsiderada con su madre, irritable e inaccesible". Freud agrega "pero el cuadro de la paciente en su totalidad me impidió asumir que se tratara de una melancolía común". Desde un estado de hipnosis que induce en la paciente, descubre que "la causa de su depresión era la ruptura de su compromiso, que había sucedido varios meses antes y en la cual la madre, y no ella, había pronunciado la ruptura al novio"; la cura de esta depresión constituyó un misterio para Freud. A pesar de sus aparentemente inexitosos esfuerzos terapéuticos, la paciente se curó de un modo radical, y a pesar de su silencio, el día del aniversario de su noviazgo fracasado.

En el caso de Miss Lucy se puede ver claramente cómo con posterioridad a la cura de sus síntomas conversivos, se lleva a cabo una remisión de la depresión por una elaboración y trabajo de duelo espontáneo de sus heridas narcisistas y sus irrealistas fantasías amorosas.

Aún antes de la publicación de los estudios sobre la Histeria, en 1892, Freud presenta una paciente "Un caso de tratamiento exitoso por hipnosis" (2) en la cual la paciente además de una agalactia psicógena y otros síntomas histéricos, presenta una profunda depresión por su fracaso de maternaje. El caso tiene un gran interés anticipatorio para la teoría de la histeria.

Es evidente que el centraje de Freud en los síntomas histéricos y su abolición por los frescos recursos terapéuticos que está descubriendo, restan para él un mayor interés en la relación que ellos pueden guardar con la vertiente depresiva de sus pacientes, tal como ulteriormente, su interés en la angustia como causa del síntoma, en "Inhibición, Síntoma y Angustia" (11) hacen que su curiosidad por los fenómenos depresivos sea mínima en este texto.

En todo caso el desinterés general de los psicoanalistas por esta relación se hace evidente; entre dieciséis analistas que participaron en el panel sobre histeria reseñado por Laplanche (19) sólo uno, A. Green, abordó la relación histeria-depresión. En líneas generales para este autor, en la histeria se encontraría una tendencia "que provoca el mal"; correlativamente una "escasa capacidad de tolerar la culpa" y la necesidad de desplazarla sobre aquél que se acusa de agresor. Para Green, se encuentra aquí el "núcleo de la histeria", "cuyo objetivo principal es la lucha contra la depresión potencial en relación a una pérdida doliente de la autoestima; de ahí la herida narcisista que lleva a la depresión.

El resumen, excesivamente esquemático de la intervención de Green, puede ser

engañoso; su abordaje es mucho más amplio que lo que resumo, y mi intención ha sido sólo enunciar la teorización del autor en relación a la conexión histeria-depresión; la suscribo parcialmente y creo que sus parámetros son más extensos que este enfoque. Lo central en él es la formulación de la vulnerabilidad narcisística de la histeria y la pérdida del Self como objeto ideal o idealizado que conduce a la depresión, "la desesperanza, la desesperación, la soledad externa, el desvalimiento, el vacío", los sentimientos, que como él afirma, remiten al desamparo primario, la "Hilflosigkeit" de Freud.

En el libro editado por Salvador Mascarell "Aproximación a la histeria" (20) se encuentra un interesante capítulo "Depresión e histeria" (13) por Luis Guzmán, con cuyo contenido coincido en muchos sentidos, tanto a nivel dinámico como descriptivo. Omito su reseña y recomiendo su lectura.

Al exponer mi punto de vista, dejaré de lado un trabajo, aún inconcluso, que enfoca el problema de estas manifestaciones desde el ángulo del desenvolvimiento Edípico a partir del Complejo Materno, el Complejo de Castración y el Complejo Paterno y sus ulterioridades.

He optado por una metodología ligada a una reflexión casuística de los pacientes más notorios de la relación histeria-depresión. Expondré los hallazgos tipificantes que se derivan tanto de sus historias clínicas, como de mis notas de sesiones y la persistencia del recuerdo. Si puedo o no puedo llegar a conclusiones generalizables es algo que aún ignoro.

He elegido casos extremos, siguiendo en ello un temprano método freudiano; la expectativa no es derivar de un paciente en particular una generalización extrapolada. En relación al paciente individual los analistas nos ocupamos de la singularidad, pero de un colectivo de singularidades surge la evidencia de tendencias que tal vez no son generalizables, pero sí modales.

Se trata de pacientes de ambos sexos, en una relación cuantitativa que resultó equilibrada a las proporciones que caracterizan la distribución de sexos en mi práctica personal, en la cual hay más mujeres. Puntualizo al respecto que la generalizada afirmación, sustentada por otra parte en serios estudios epidemiológicos y sostenida por Freud, respecto a la incidencia mayor de la histeria en la mujer, puede tener una sustentación estadística a nivel de las instituciones sanitarias y de las consultas privadas, pero omito un dato importante respecto a la incidencia de caracteropatías masculinas, claramente histéricas, que no consultan ni consultarán jamás y que cualquier ojo avisado puede constatar, ya sea en el club deportivo, en una reunión mundana, en un póster publicitario, en el bar y a la vuelta de la esquina.

Otra conclusión que deriva de mi pesquisa casuística es una proporción importante de pacientes diagnosticables como histéricos, de ambos sexos, respecto a los cuales se puede constatar que no tienen y tal vez no tendrán reacciones, manifestaciones o quejas depresivas, por lo menos hasta una edad tardía. Su estructura caracterial es bastante típica: mujeres que han logrado una falización y un centraje narcisístico exitoso y cuyos síntomas son prevalentemente ansiosos, con fobias latentes manejadas con mecanismos evitativos eficaces, con una hipocondría ansiosa respecto al agente de falización: belleza, intelecto, hijos, conyugalidad, etc. Frecuentemente inapetentes o frías respecto a lo sexual, o con una cierta capacidad de seducción que les asegura una condición de señuelos eróticos y que disfrutan

más de la seducción que de los hechos sexuales que generan con una "Belle Indifference" que les es típica. En los varones un carácter que se ajusta al tipo fálico-narcisista, las quejas sintomáticas pasan por lo laboral y la sociabilidad, la rivalidad inter-pares con representantes paternos y con el padre real, las dificultades de aprendizaje, etc.; consultan más por la presión de su entorno que por vocación propia, pueden ser exitosos o fracasados, pero en ellos se evidencia en general una precariedad e inconsistencia de lo que llamamos Ideal del Yo, que al extremo se confunde con el Yo Ideal; marcadamente negadores, omnipotentes, reivindicativos de una posición narcisística igualmente inconsistente, el "baby is a King" está ahí; la puesta en jaque de esta posición los llena de angustia, rabia y sentimientos persecutorios, pero no tienen lugar psíquico para deprimirse.

En estos pacientes la transferencia es pobre o idealizada, su tenacidad terapéutica escasa, y con mucha frecuencia despiertan una irritación contratransferencial.

En ellos la apelación a la medicación ansiolítica, la automedicación, las pequeñas o medianas adicciones tienen una incidencia importante, tanto en varones como en mujeres; se evidencia en éstos una denigración implícita y sustitutiva de los objetos humanos y una limitación al control activo de lo que en la "alteridad" es más difícil de controlar.

Un subgrupo de esta no afectación a la depresión se encuentra más en el ámbito institucional que en la consulta privada, y se los etiqueta bajo el rubro de "psicopatía histérica" o "sociopatía". Ambas etiquetas están más ligadas a lo manifiesto que a la realidad del fracaso de una identidad que se opone, que se diferencia de las presiones de un Superyó mal tolerado, que idealiza la omnipotencia negadora, y mantiene la represión de la dependencia libidinal de los objetos externos. La negación mantiene la represión como mecanismo central. He querido delinear lo que no es aquello que quiero abordar.

En primer término subrayo un curioso fenómeno histórico-familiar en los pacientes afligidos de histeria y depresiones de mayor o menor intensidad, y tipicidad. Hay una llamativa frecuencia de una temprana alteración de la estabilidad, de la cotidianeidad, del curso sin accidentes de la familia nuclear; se observa un genitor muerto, muertos en la fratría, antes o después del nacimiento del paciente, separación de la pareja parental, ausencia de uno o ambos genitores por migración laboral, o internación prolongada (hospitalaria o carcelaria), la inexistencia de un padre conocido, la crianza del paciente con los abuelos o tías solteras. En resumen la familia nuclear como referencia estructurante, cojea siempre de algún pie, fracasa, se desintegra, pierde pedazos, no existe, o es sustituida o delegada.

Subrayo estos datos porque me parecen incidir en el inicio de la historia personal patógena, de lo que el paciente erige en mito de destino. Es presumible que ello deje una impronta deficitaria, una herida psíquica que influye en una alteración temprana de los referentes estructurantes del desenvolvimiento edípico. Si la depresión para Freud es el afecto que aparece por lo ya perdido, mientras la angustia es el afecto que anticipa la pérdida (11), podemos suponer en estos pacientes la simultaneidad o la alternancia de estados de angustia, de formación de síntomas por represión como defensa, y de depresión regresiva frente a la reedición de las pérdidas; además, cuando existe un acúmulo histórico de pérdidas podemos postular que se genera una tendencia incrementada a la anticipación de la reitera-

ción de la pérdida, a un reforzamiento ansioso y depresivo en la creencia de un destino frustrado, catastrófico y signado por el fracaso de los proyectos del Ideal del Yo. Que esto actúe con la eficacia de una "predicción suicida" (en el sentido en que los economistas usan el término) no debe extrañarnos; con frecuencia nada casual vemos en la trayectoria del paciente, momentos de casi cumplimiento amoroso largamente anhelado, de cambios laborales, de realizaciones académicas o artísticas que como dice el viejo dicho, culminan en el momento liminar, en que "en la puerta del horno se quema el pan". Que el sujeto sea agente de esas situaciones es algo siempre negado y misterioso, lo general, en lo manifiesto, es que él sea la víctima, y el otro, o las circunstancias, o lo fatal tienen la culpa; en todo caso se deprime.

A nosotros, analistas, nos lleva a sibilinas preguntas sin respuesta, al cuestionamiento de nuestra eficacia terapéutica, en el peor de los casos a una identificación fatalista con el destino del paciente y en el mejor a la pesquisa de la compulsión de repetición y sus causas, a la neurosis de destino.

Enfocaré ciertos aspectos específicos y diferenciales de las relaciones o modalidades, que se pueden enunciar en los términos de la segunda tópica y su relación con el narcisismo respecto a estos pacientes.

Observaciones de Freud en el Yo y el Ello (9) respecto a la reacción terapéutica negativa, aluden a estos pacientes sin decirlo, y a la inversa, los párrafos de "Análisis Terminable-Interminable" (12) sobre el límite que impone a la cura la "Roca viva" del rechazo de la castración tanto en el hombre como en la mujer, son fácilmente aplicables a los pacientes histéricos que no se deprimen. Si se nota, ambos textos citados adjudican un límite, en la reacción terapéutica negativa descrita en el Yo y el Ello, el impedimento está en la tenacidad de la culpa inconsciente, (y no atribuible al masoquismo como lo aclara Freud, en un párrafo de "El Problema económico del masoquismo" (10); por oposición, de la reflexión sobre el texto de "la roca viva" en "Análisis terminable-interminable", nos encontramos frente a una estructuración narcisista extrema, omnipotente, renegatoria, ¿perversa en el fondo?, que tenazmente rechaza la castración.

Esto nos remite a relaciones tópicas singulares respecto a los pacientes histero-depresivos, en que lo que los diferencia de los otros histéricos no es lo reprimido del Ello, sino algo que podemos abordar como efecto de la severidad del Superyó y del empobrecimiento constante o/y fluctuante de las investiduras narcisísticas del Yo (y del Self).

Esta afirmación confronta con la exigencia de responder a las causas de ambos fenómenos. Como Freud lo sostiene en "Duelo y Melancolía" (8) no hay acusación superyoica que no se justifique desde la subjetividad del mundo interno, en el proceso primario del nunca bien estudiado Inconsciente del Yo. Caben preguntas respecto a estos pacientes sobre cómo han vivido las pérdidas en el polo del Complejo materno y en los avatares de la especularización que estructura a mi juicio la precariedad del narcisismo primario que los caracterizaría y pauta las dificultades y paradojas del narcisismo secundario que le son igualmente propios, así como la alienación respecto al Ideal del Yo, que en general se proyecta en una alteridad idealizada.

Si el concepto Kleiniano de "Posición esquizo paranoide" (17) tiene pertinencia, es en función del fracaso inevitable, estructural, de los anhelos del polo inicial

del Complejo materno y su "tensión narcisista" (18), fuente originaria de una agresividad oral y anal, cuya brutal domesticación corre a cargo del Superyó igualmente cruel. Creo que ello es una característica saliente de estos pacientes y de lo que diversos analistas consideran como las fijaciones "orales" de los pacientes histéricos (19). Lo reprimido y culpógeno es desde esta perspectiva, una mezcla de erotismo y agresividad ambivalente precoz que exigirían a lo largo del desenvolvimiento Edípico fuertes formaciones reactivas para su control y mantenimiento de su represión. He ahí un terreno privilegiado para la vivencia de pérdida; al inicio, del objeto, y, ulteriormente, en la articulación del complejo de castración, de la "falta", paradigma de un falo perdido que deja un vacío, una disminución fálica, tanto en el hombre como en la mujer, y que nos permite comprender el empobrecimiento narcisista de estos pacientes. Que ello incremente el silenciamiento de la "penis neid" en la mujer y la vivencia de castración desplazada en el hombre no tiene por qué extrañarnos y su conexión con la culpa ligada a la rivalidad reprimida con respecto al complejo paterno resulta obvia y culpógena, se agrega y potencia sinérgicamente las culpas tempranas.

Pero desde lo que veo reiteradamente en estos pacientes, el deseo de autoafirmación narcisista, la puesta en juego de su falicidad, la negación de la castración, operan activamente en su inconsciente, sin otro resultado que incrementar la culpa y la sibilina intriga, que busca la mediación de otro para el éxito de su engrandecimiento, y que se une a un no menos sibilino desenlace en el fracaso del proyecto, castigo lógico que equivale a la reacción terapéutica negativa; no es que "en la puerta del horno se quema el pan", "el pan debe quemarse", por los efectos de la culpa inconsciente, sin que el protagonista tenga conciencia de su participación cómplice y gestora, hasta cierto punto redentora de sus secretos pecados, él no sabe de su sometimiento a ese imperativo de "pan quemado", que marca tan frecuentemente su destino.

La atribución al otro, del doloroso fracaso, sea amante, maestro, protector, amigo, mediador engañoso, circunstancias del entorno, es la regla y su sentido de coartada, de preservación de la inocencia, y evoca los frecuentes chistes con que se ilustra la ambigüedad del envite erótico en la histeria y la paradoja del rechazo que preserva la no culpabilidad aparente del protagonista.

¿Cuáles son los medios instrumentales de estas intrigas y en qué se apoyan? Ellas usan de la proyección del Ideal; a nivel individual, reproducen este destino proyectivo del narcisismo que Freud describe en "Psicología de las masas y análisis del Yo" (Un otro, o alguna forma de alteridad, podría llevar al sujeto desde su deyección narcisista hasta la grandiosidad que anhela, a un borramiento de pérdida y falta, sin que la responsabilidad del Sujeto se vea comprometida; la metáfora del "braguetazo", el mito de la Cenicienta, el hallazgo del Príncipe Azul, la seducción intelectual ejercida sobre el maestro, el mecenas, etc. son muestrales; lo directamente sexual o lo pseudosublimado se confunden en estos libretos histéricos. Pero su destino frustrado, su fracaso, la desilusión son su más frecuente destino y este es el punto en que la depresión surge, generalmente con la denigración, la acusación, la atribución de culpa y causa al "otro" del libreto. Como sostiene Guzman (13) ahí se observa una diferencia tópica con la melancolía, una acusación conciente es dirigida al objeto, mientras inconscientemente se exculpa al Sujeto que es culpable en el inconsciente. A inversa, en la melancolía el sujeto se autoacusa conciente-

mente, sustituyéndose al objeto que queda exonerado, mientras en el inconsciente el objeto es el verdadero acusado.

La temática de la novela familiar (5), como fantasía de refiliación (14) no es infrecuente en la histeria, ella puede no quedar resuelta en la evolución del Complejo de Edipo y reiteradamente es el contenido de la fantasía y también de las búsquedas fácticas de la histeria masculina y femenina. Ello hace que el hallazgo de un objeto, o de un cambio ligado a la movilidad social, en el plano económico, cultural o/y profesional, pueda ser significado como una refiliación; cuando ello se conjuga con una ambivalencia culposa respecto a la familia real de origen y su denigración implícita, puede instaurarse una depresión grave, mucho más cercana en la forma a una melancolía que en otros casos, con autoacusaciones, renunciamientos e inhibición, o, en ocasiones, un cuadro del tipo descrito por Freud en "Los que fracasan al triunfar" (7), cuyo estatuto de forma clínica particular de la depresión es clara.

El tema de la bisexualidad, que Freud planteó tempranamente en la histeria (4) y que abandonado su enfoque biológico se nos aparece subsidiario del complejo de castración y de las identificaciones edípicas, confronta al paciente histérico con otra fuente posible de depresión, ya sea que su zozobra respecto a su identidad sexual lo aqueje hasta el punto de deprimirlo, ya sea que el renunciamiento a un sexo total instaure una deprimente pérdida y falta imaginaria que no soporta.

Finalmente me parece insoslayable referirme a las connotaciones que el deseo, y su imposible satisfacción, tienen en relación a la depresión en la histeria. No creo que el histérico esté afectado de "un deseo de no deseo", independientemente de que al histérico esta modalidad desiderativa pueda aquejarlo como a cualquiera, en la medida que es el protodeseo de la Pulsión de Muerte, operante en todos, surgiendo cada vez que patológica o normalmente regresamos a ella en el dormir sin sueños o en el orgasmo por ejemplo. El histérico se caracteriza más bien por la intensidad de su deseo, como lo testimonia la frecuencia de sus fantasías eróticas, perversas o no, e incluso sus muchas veces desordenadas actuaciones eróticas, pero hay en ello una interferencia al acercamiento a la realización normal desplazada del deseo ya sea por la intensidad y la modalidad de la represión como lo demuestran trabajos de Freud, de los cuales el más paradigmático es "Sobre una denigración general de la vida erótica" (6) ya sea, por culpa, como en aquellos más proclives a la depresión; ya sea por el acercamiento normal a la realización del deseo, que exige desplazamiento y disfraz. Lo que no se logra en estos pacientes, y se nos aparece como revertido en fracaso, imposibilidad o dolor.

*Termino aquí estas reflexiones cuya incompletud es insoslayable*

Si bien en este trabajo he buscado la presencia y la especificidad formal y causal de la depresión en la histeria; quiero prevenir y prevenirme de una probabilidad de confusión, nada infrecuente frente al paciente histérico; la realidad del dolor y de la tristeza no constituyen en sí una patología, forman parte de la condición humana y de su inescapable saldo de falta y ello se acentúa en todo proceso neurótico y muy frecuentemente frente al incremento de las cargas del ser. "La depresión" vocalizada, redicha, esgrimida, blasonante, con motivos manifiestos, puede ser una

coartada, la fuente de un doble equívoco, en el clínico y en el paciente que sellan una complicidad paralizante y estéril. No es casual que la única palabra entrecuillada en el índice de un libro de L. Israel (15) sea "Depresión".

### Bibliografía

- 1.- ARIETE S. y BENPORAD J. (1980) "*Severe And Mild Depression*", Tavistock Publications. London.
- 2.- FREUD S. (1882), "*A Case of Successful Treatment by Hypnotism*", S.E. Vol. I.
- 3.- —, (1893-1895), "*Studies on Hysteria*". S.E. Vol. II.
- 4.- —, (1908d), "*Hysterical Phantasies and their relation to Bisexuality*". S.E. Vol. IX.
- 5.- —, (1909c), "*Family Romances*" S.E. Vol. IX.
- 6.- —, (1912), "*On the Universal Tendency to Debasement in the sphere of Love*". S.E. Vol. XI.
- 7.- —, (1916d), "*Some Character Types met with in Psycho-Analytic Work*". S.E. Vol. XIV.
- 8.- —, (1917e), "*Mourning and Melancholia*". S.E. Vol. XIV.
- 9.- —, (1923b), "*The Ego and the Id*". S.E. Vol. XIX.
- 10.- —, (1924c), "*The Economic Problem of Masochism*". E.E. Vol. XIX.
- 11.- —, (1926), "*Inhibitions, Symptoms and Anxiety*". S.E. Vol. XX.
- 12.- —, (1937c), "*Analysis Terminable and Interminable*". S.E. Vol. XXIII.
- 13.- GUZMÁN L. (1980), "*Depresión e Histeria*" in Mascarell Salvador (coordinador) "Aproximación a la Histeria" Editorial Mayoría, Madrid.
- 14.- GRANOFF W. (1975), "*Filiations*" Les Editions de Minuit, París.
- 15.- ISRAEL H. (1979), "*L'Hystérique, Le sexe et le Médecin*". Masson S.A. Paris.
- 16.- KLERMAN G. (1982), "*Hysteria and Depression*", in Roy Alec (Editor) "Hysteria", John Wiley and Sons, New York.
- 17.- KLEIN M. (1952), "*Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant*" in "Developementsn in Psycho-Analysis" Joan Riviere (Editor) The Hogart Press Ltd. London.
- 18.- LACAN J. (1966), "*Ecrits*", Editions du Seuil, Paris.
- 19.- LAPLANCHE J. (1973), (REP) "*Panel on Hysteria Today*". Int. J. Psychoanal, 55; 459-469.
- 20.- MASCARELL S. (Coordinador) (1980), "*Aproximación a la Histeria*", Editorial Mayoría. Madrid.
- 21.- ROY A. (Editor) (1982), "*Hysteria*", John Wiley and Sons. New York.
- 22.- RUPRECHT-SCHAMPERA V. (1995). "*The concept of "Early Triangulation" As a Key to a Unified Model of Hysteria*" Int. J. Psychoanal. 76, 457-473.

## La Clínica de la Histeria Hoy. Consideraciones acerca de la configuración edípico-narcisista

VALENTÍN BARENBLIT

La actualidad del Movimiento Psicoanalítico está atravesada por numerosas polémicas concernientes a todos y cada uno de los niveles, ámbitos, discursos y prácticas que componen la disciplina psicoanalítica.

La clínica, como espacio de las praxis, no es una excepción, por el contrario, es el campo en el que suelen situarse las más grandes exigencias, las principales esperanzas y no siempre los mayores éxitos del procedimiento.

Como elemento de desarrollo del conocimiento psicoanalítico, la clínica ocupa un lugar privilegiado. Desde el análisis histórico se constata que tanto en los orígenes de la disciplina como en sus desarrollos ulteriores, el punto de partida de los grandes cambios conceptuales han sido las experiencias y las invenciones clínicas.

Entre esas transformaciones conceptuales debemos mencionar la primera, o sea, la tentativa de Freud de encontrar un procedimiento para el tratamiento de la histeria a partir del método hipnotático de Liebault y Bernheim. Como es sabido, fueron los avatares de la relación terapéutica con esas peculiares pacientes (Señora Emmy von N., Miss Lucy R., Katharina, Señorita Elizabeth von R.) que se negaban a ser hipnotizadas o que impusieron el relato de temas que consideraban preferenciales (sueños, devaneos, etc.), que la plasticidad del creador del psicoanálisis fue aceptando como fuente de inspiración innovadora.

Otra circunstancia crucial fue la que inspiró el cambio de la teoría de seducción traumática por la de la fantasía estructurante, momento éste también configurado a partir de la sospechosa insistencia de materiales clínicos.

Fundamental importancia muestra el profundo viraje de la teoría pulsional en 1920 que, como se recordará, fue demandada por cuadros clínicos incoercibles tales como la reacción terapéutica negativa, la neurosis traumática o simplemente por la insistencia reiterativa en los juegos de los niños.

Por otra parte, la intención de abreviar el tiempo de duración de los tratamientos fue lo que propició las importantes contribuciones de Rank sobre el trauma de nacimiento, así como las de Ferenczi sobre el papel de la frustración en el proceso transferencial.

Igualmente, el interés de Abraham y de Bleuler por la clínica de las psicosis se articuló al de Freud para generar importantes ideas metapsicológicas, y tal vez sea

correcto decir que el formidable ensayo de psicoanálisis aplicado -forma de una clínica sui generis- sobre Schreber, posibilitó el comienzo de cuanto el psicoanálisis ha podido decir sobre la psicosis.

También cabe señalar que la ampliación clínico-teórica de Anna Freud, Melanie Klein y otros investigadores sobre el análisis infantil requirió toda una reformulación de las etapas precoces del desarrollo psico-libidinal, e influyó en la evolución posterior de las doctrinas y recursos de intervención sobre nuevas áreas. Esas contribuciones han tenido un peso relevante en el devenir de las propuestas teóricas del psicoanálisis.

En fin, no tiene mayor sentido justificar más, hoy y aquí, la trascendencia histórica, tanto heurística como ética y pragmática, del campo de la clínica. Solo me pareció útil a título de contexto introductorio, enunciar algunas reflexiones en relación a esta problemática.

Ahora bien. Si comenzamos a avanzar en el tema que nos convoca: "La clínica de la histeria hoy", debemos recordar que fue la histeria, en su encuentro con el afán investigador y creativo de Freud, el pilar clínico que funda la construcción de la disciplina psicoanalítica.

Pero, ¿qué es lo esencial que opone el psicoanálisis a los criterios de la medicina y la psiquiatría de fines del siglo XIX? Partiendo del estudio de las neurosis más que del de la locura, que ocupaba prioritariamente a los psiquiatras de esa época, coloca la problemática de la enfermedad mental en el campo de la subjetividad, en especial de lo inconsciente. El psicoanálisis vincula así la emergencia de la enfermedad con los aconteceres de la vida, con la subjetividad en general y con la teoría de un aparato mental que permite comprender la constitución del psiquismo. Se sitúan entonces en su complejidad dinámica, los procesos mentales y en especial a los síntomas psíquicos en relación al conflicto.

Tradicionalmente y desde una perspectiva fenomenológica la histeria se presenta como una neurosis que se expresa en forma de trastornos somáticos sin lesión orgánica. Estos afectan el área de la motilidad, de la sensibilidad, de la sensorialidad y de la conciencia. Siguiendo a una correcta y acertada síntesis de Juan David Nasio (1) podemos señalar que "el cuerpo del histérico sufre de dividirse entre la parte genital, frecuentemente anestesiada... y todo el resto no genital del cuerpo, que se reconoce y presenta muy erotizado a diversas y alternantes excitaciones de origen sexual". Así la histeria se presenta clásicamente como ejemplo paradigmático de la neurosis, y como una modalidad de sufrimiento que expresa una forma de defensa del Yo, ante el deseo sexual incestuoso, inconsciente e intolerable. La angustia de castración es el núcleo vigoroso y persistente que sostiene bajo represión esta constelación fantasmal. De esta manera la acción traumática de las fantasías reprimidas, cuando son portadoras de un exceso de carga, producen una angustia intolerable y la conversión se manifiesta como su modo de expresión patógeno.

Pero desde otra perspectiva la histeria como todas las neurosis, es la consecuencia de una patología relacional, intersubjetiva; es sobre todo la resultante de la subjetividad en interacción con otro, constituida y sostenida en su psiquismo en la compleja trama de sus relaciones objetales e identificatorias. Su producto más expresivo es la insatisfacción, como efecto de la dialéctica del deseo con la frustración y el sufrimiento.

En la neurosis obsesiva el sufrimiento frente a la amenaza de castración, se desplaza hacia el pensamiento, que de diversas y muy conocidas formas se convierten en los síntomas de control y padecimiento neurótico. Por otra parte la conflictiva en las neurosis fóbicas se tramitan por la proyección y el desplazamiento al mundo exterior y a determinados objetos o situaciones que representan el riesgo de la amenaza de castración.

Desde esta perspectiva, durante muchos años nos habituamos a una clínica con tendencia a diagnosticar e interpretar las neurosis, muy frecuentemente como formas mixtas, como configuraciones de estas tres modalidades defensivas del Yo que las caracterizan.

Desde hace un par de decenios los psicoanalistas se preguntan, a veces con cierto sentimiento nostálgico ¿dónde se encuentran las histerias de otrora?, las de las grandes y agitadas conversiones. ¿Qué sucede en el campo de la clínica hoy, que ya no parecen llegar a las consultas psicoanalíticas las histerias freudianas? Concomitantemente en las publicaciones y congresos de la especialidad existe una llamativa disminución de la entidad clínica "Histeria", que coincide con un aumento de cuadros clínicos denominados "fronterizos", "border-line", "psicopatías", o "patologías narcisistas". Varios autores se ocupan de este tema entre ellos Julio Moreno (2), Oscar Paulucci y Daniel Rodríguez (3). Esta cuestión no es solamente un problema de nominación. Abarca también el menor interés de la problemática edípica con que se vincula la causación de estas patologías en la actualidad y en especial la tendencia a distanciarlas y aún oponerlas a la problemática narcisista.

Frente a estas circunstancias y convocados en este encuentro para reflexionar sobre el tema de "La Clínica de la Histeria Hoy" cabe preguntarse si la organización patológica histérica está disminuyendo o transformándose. ¿Qué factores de la cultura occidental y urbana inciden en estos cambios? y ¿cuáles son las nuevas perspectivas que la propia "mirada" del psicoanálisis y la de su campo teórico-clínico están introduciendo para provocar esos cambios?

En cuanto al hecho cuantitativo no podemos afirmarlo con certeza sin los estudios epidemiológicos que lo avalen; pero es posible que nuestras observaciones tengan mayor valor aproximativo en medios urbanos y en determinados sectores socio-culturales.

En relación a las transformaciones, cabe señalar que si la histeria devino en modelo ejemplar de las neurosis, parece justo señalar cambios importantes en sus maneras o formas de configuración.

Con respecto a los cambios de la cultura a los que nos referimos, solamente nos es posible enunciar una síntesis parcial y panorámica. Coincidiendo con diversos autores y discursos, podemos afirmar que la sociedad actual está atravesada por una incesante aceleración de avances tecnológicos que abarcan la comunicación, la informática, y la producción industrial. La Medicina incorpora tecnologías que hace algunos decenios eran impensables. Además podemos registrar en la cultura actual, el predominio de valores que jerarquizan el individualismo, la imagen, el poder y los éxitos vertiginosos. Por otra parte la violencia aumenta en el tejido social de las más diversas maneras. Al mismo tiempo el estímulo al consumismo es tan abundante y eficaz que no deja espacio ni tiempo para el deseo. La excitación sensorial se ha convertido en hábito extendido y los deportes de riesgo son cada

vez más imaginativos. Digamos también que la transgresión de las legalidades en el tejido social, se hace cada vez más egosintónica para la población.

Frente a esta descripción, que puede ser cuestionada de escéptica, podemos pensar también que cada época ha marcado subjetividades diferentes y que la que en la actualidad nos preocupa no debe obligadamente ser irreductible. Sin embargo este contexto histórico-cultural, como propone Emiliano Galende (4), se diferencia de otros anteriores en que otras épocas del siglo parecían estar marcadas por ideales de proyectos de transformación y la situación actual, en tanto no propone un ideal, genera incertidumbre y angustia generalizada.

Lo novedoso es que los pacientes histéricos de la postmodernidad no son ya la expresión de una protesta para su entorno, en función de la intensidad y arbitrariedad de la represión de la cultura. En el contexto de hoy en día lo que se observa en muchos pacientes histéricos es la tendencia a la actuación y también a la transgresión de las maneras más variadas, pero en una cultura sintónica. La histeria se viste, como siempre se dijo, de nuevos ropajes, pero la sociedad actual provee las vestiduras muy diversas que prometen ilusoriamente la seguridad de ser deseadas y también la garantía del dominio fálico. Muy frecuentemente a través de personajes, agrupaciones o instituciones mesiánicas se ofrece el acceso al podio de las super-mujeres y de los super-hombres. Pero veladamente se sostiene como siempre la dialéctica del deseo y la frustración, del sufrimiento y la insatisfacción. Así es que la interrogación clásica de: ¿Quién soy?, ¿Qué es la feminidad? o ¿Qué es la masculinidad? va transformándose. Ahora se pregunta: ¿Cómo se alcanza? ¿Cómo se logra? ¡Y muy pronto, que tengo prisa! En esta modalidad de cautivación y cautiverio socio-cultural ya no es el cuerpo el lugar privilegiado del investimento fálico, sino que nos encontramos con el Yo como asiento principal de dicha investidura libidinal. *Oportuna es la ocasión para advertirnos, que esta modalidad relacional puede ser uno de los mayores peligros del proceso psicoanalítico, cuando se despliega en la transferencia.* Recordemos a Freud en "Análisis terminable e interminable" (5), cuando afirma que no se ha de olvidar que el vínculo analítico se funda en el amor por la verdad, lo que debe excluir de ella toda ilusión y todo engaño. Madeleine de Baranger (6) agrega que es en esta afirmación, que la ética del psicoanálisis, en esta relación con la *verdad*, nos coloca a los psicoanalistas en el conflicto de satisfacer dos fines que no se compaginan naturalmente y hasta pueden llegar a ser contradictorios: la eficacia terapéutica y el compromiso con la verdad.

Vamos a adentrarnos ahora un poco más en el terreno de la clínica para analizar el problema que antes planteamos en relación a las transformaciones de la histeria. Desde hace años, mi práctica profesional me permite observar diversas formas de histeria en las que centraré mis reflexiones en esta intervención porque considero que están intrínsecamente vinculadas a un debate que transita entre psicoanalistas de diversas tendencias y escuelas. Hay dos posiciones de enfrentamiento radical en este sentido que ya fueron expresadas en la noche de ayer en estas Jornadas. Algunos psicoanalistas piensan que la Histeria no existe más que como organización defensiva de estructuras arcaicas de raigambre psicótica y otros afirman que la Histeria, en tanto expresión paradigmática de la estructura neurótica, se mueve en un más que amplio territorio de padecimientos mentales que son producto propio de la estructura. Estos colegas afirman frecuentemente que quienes no pueden

escuchar la histeria en el marco de muy diversas patologías es por que han olvidado el legado freudiano o por que no han efectuado un correcto retorno a Freud.

Mi opinión es que, sin aspirar a ilusiones eclécticas, ni hacer gala de pretensiones de mediador doctrinario, podemos pensar que ambas posiciones dicen algo de una realidad compleja. Ya comenté recién las transformaciones de la histeria en relación a la cultura. Intentaré esbozar ahora algunos cambios en función de la mirada y la escucha del psicoanalista. Frecuentemente se relatan historiales de pacientes histéricas y de pacientes histéricos en los que se destacan fantasías o actos perversos, se describen comportamientos sadomasoquistas, se habla de reacciones paranoides intensas, de adicciones, bulimias y anorexias, de diversos actos auto-destructivos, intentos de suicidio -que nunca debieran ser menospreciados en sus riesgos reales-, actos desencadenados por injurias aparentemente triviales, etc. A mi entender estos pacientes que se presentan como complejos problemas en las prácticas psicoanalíticas, me llevan a postular la utilidad de pensar la histeria en el seno de diversas configuraciones *edípico-narcisistas*. Utilizo el vocablo **configuración** en su sentido *de disposición de las partes que componen una unidad y le dan su peculiar figura*. En cierta medida es un término que puede considerarse próximo al sentido que en lingüística tiene el concepto de estructura cuando la define como: un *conjunto formado por fenómenos solidarios tales, que cada uno de ellos depende de los demás de forma que se define precisamente por sus relaciones con la totalidad*.

Este planteo nos lleva en la clínica psicoanalítica de las neurosis a operar no solamente en el territorio de las identificaciones edípicas sino muy especialmente en el de las identificaciones narcisistas. Deseo agradecer muy especialmente a mi entrañable amigo Víctor Korman, aquí presente, y a nuestro prolongado diálogo en relación a diversos enfoques teórico-clínicos, la posibilidad de esbozar algunas ideas que os comentaré (7).

La importancia de las identificaciones narcisísticas no sólo abarca la problemática específica de las psicosis y las perversiones, ya que podemos considerarlas como constitutivas del narcisismo. En tanto el narcisismo es estructural, podemos develar estas identificaciones y hallar manifestaciones sobredeterminadas por las identificaciones narcisísticas en la histeria como en toda neurosis y también observar sus correlatos transferenciales correspondientes. En la histeria adquieren así la cualidad de impregnar fuertemente las configuraciones que mencioné, otorgando una dimensión peculiar a las formaciones del inconsciente. Es lógico entonces que esta dimensión narcisista será puesta en acción en la intersubjetividad, tanto en la vida cotidiana como en la relación transferencial. Estas identificaciones se caracterizan por la intensa adhesión del Yo al objeto de identificación, con el que se establece una relación fusional. De esta manera se tiende a la unificación y se dificulta el reconocimiento de las diferencias con el objeto. Las identificaciones narcisísticas no serían tanto el efecto de la pérdida del objeto, sino más bien el aferramiento al objeto narcisista. Expresan pues, la sobrevivencia intrapsíquica del objeto y la persistencia de la relación con el mismo. No permite la elaboración simbólica de la pérdida y remite a la problemática de la violencia del desamparo, al desgarramiento y al vacío.

Por lo tanto deseo señalar con especial atención, en la dirección en que lo hace Haydée Faimberg (8), la importancia clínica de los modos de intervención del

registro narcisista sobre el registro edípico y las configuraciones y articulaciones que producen, puesto que pueden dar cuenta de las complejidades intrínsecas a estas formas de histeria cautivas del narcisismo y abren, a mi entender, nuevos caminos para la comprensión de la clínica de estas modalidades de constitución de la histeria que me interesaba comentar con ustedes.

Para para terminar quisiera destacar que desde esta visión clínica que describí sintéticamente queda planteado un tema general, el de *los nuevos problemas de la clínica psicoanalítica*. Así se formula una nueva singularidad del campo clínico que Emiliano Galende denomina del "Más allá de las Neurosis". Examinando esta clínica desde una mirada más amplia, quedan abiertos diversos temas fundamentales que considero importante examinar desde una perspectiva metapsicológica y desde la dualidad pulsional y sus destinos.

El eje de este dualismo pulsional es la fusión-defusión pulsional; o sea, no hay un Tánatos puro como tampoco hay un Eros puro. La fusión-defusión produce justamente una dialéctica por la cual los gradientes de fusión-defusión permiten definir los caminos que cada sujeto va realizando en su vida, inclusive en los movimientos de progresión y regresión. Es muy importante en la clínica descubrir cómo en estos pacientes, frente a conflictos de la vida que no pueden resolver, se generan modalidades regresivas de funcionamiento mental, que a su vez se acompañan de estos gradientes de defusión instintual. Es entonces cuando aumenta el narcisismo de muerte, y se incrementan, por ejemplo, las tendencias perversas, y las autodestructivas o masoquistas. Quiero decir con esto que la condición neurótica de la que hablamos es una estructura mental, que se ha constituido con ese nivel de vulnerabilidad, que nos aleja en la clínica de acceder a cierta seguridad en relación a que lo anterior no retorne. Los procesos mentales, Freud los pensó siempre así, implican movimientos constantes de progresión-regresión. Lo que se agrega a partir de los años veinte es que en los movimientos de progresión-regresión se retorna no solamente a las modalidades de la sexualidad infantil y a los objetos perdidos; podemos observar también la liberación de tendencias instintuales de muerte que producen un mayor gradiente de autodestrucción y a veces de heterodestrucción. Me parece conveniente señalar este hecho por que frecuentemente su evolución es un indicador importante del proceso psicoanalítico.

### Bibliografía

- 1.- NASIO, J.D., *El Dolor de la Histeria*, Buenos Aires, Paidós, 1991.
- 2.- MORENO, J.H., "La histeria hoy, la sexualidad hoy...". *Psicoanálisis*; Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. XVI, N° 2.
- 3.- PAULUCCI, O. y RODRIGUEZ, D., "La Misteriosa Desaparición de las Neurosis". *Revista de Psicoanálisis*. Tomo XLVII, n°1.
- 4.- Galende, E., *Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires, Paidós, 1990.  
—, *Historia y Repetición*, Buenos Aires, Paidós, 1992.
- 5.- FREUD, S., *Análisis terminable e interminable*. Obras Completas, Buenos Aires, Amorrortu editores. Volumen XXIII.  
—, *Introducción al narcisismo*, Amorrortu editores, Volumen XVI.  
—, *Duelo y melancolía*, Amorrortu editores, Volumen XIV.  
—, *El yo y el ello*, Amorrortu editores, Volumen XIX.  
—, *Más allá del principio del placer*, Amorrortu editores, Volumen XVIII.

- 6.- BARANGER, M., "La ética en Psicoanálisis. Punto de encuentro entre la teoría y la clínica". Mesa Redonda. *Revista de Psicoanálisis*. Tomo LI, n° 3.
- 7.- KORMAN, V., *El Oficio de Analista*, Buenos Aires, Paidós, 1996. En prensa.
- 8.- FAIMBERG, H., "Dimensión narcisista del Edipo y fin de análisis". *Revista de Psicoanálisis*. Número especial internacional, 1994, n° 3.
- 9.- HORNSTEIN, L., *Cura Psicoanalítica y Sublimación*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1988.  
—, *Práctica Psicoanalítica e Historia*, Buenos Aires, Paidós, 1993.
- 10.- NICOLINI, E. A. y SCHUST J. P., *El Carácter y Sus Perturbaciones*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

# La histeria masculina hoy

JOËL DOR

¿Ha cambiado la histeria? ¿Puede que ya ni siquiera exista como algunos pretenden?

Podemos responder sin ambigüedad esta pregunta. No hay ninguna razón para que así sea ya que la histeria no es una enfermedad, sino una estructura, un modo de organización psíquica. Mientras haya lenguaje y sujetos que hablen y que deseen, habrá estructuras psíquicas. Por esta razón, la histeria goza hoy de tan buena salud como antaño.

Sin embargo la expresión de la histeria es muy móvil y se deja llevar constantemente por la evolución de la historia. En este sentido, se comprende por qué ciertos soportes procedentes de los medios de comunicación y de la cultura de nuestra época puedan servirle de trampolín, de aval científico, pero también claramente de máscara.

Tal como lo señala Diane Chauvelot, a título de ejemplo, en su obra: *L'hystérie vous salue bien !*, todos sabemos que el D.S.M. III ha hecho desaparecer la histeria<sup>1</sup>. En otras palabras, el discurso de la ciencia ha neutralizado el cuadro clínico de la histeria. No hacía falta nada más para que la histeria inventara nuevas formas de expresión amparada en la garantía ciega del discurso de la medicina, como ocurre con frecuencia. Citemos, por ejemplo, las crisis de tetania y de espasmodia, o tantas otras expresiones clínicas susceptibles [prêtes-à-porter] de servir de refugio a la histeria. De forma aún más espectacular, evoquemos el «Trastorno de Personalidad Múltiple» (T.P.M.) que constituye actualmente un síndrome clínico oficial en el cual se pueden encuadrar todas las histerias. Esta forma enmascarada de histeria hace furor en Estados Unidos donde se beneficia de una increíble publicidad. De hecho hoy en día las «víctimas» de T.P.M. constituyen una verdadera comunidad de histéricos en los Estados Unidos. Pero tranquilicémonos, los T.P.M. han atravesado el Atlántico y empiezan a desarrollarse sólidamente en Europa. Curiosamente, como lo recuerda Diane Chauvelot, la proporción de mujeres «catalogadas» bajo la rúbrica de T.P.M. es aplastante<sup>2</sup>. Por lo demás, todos, o casi todos, los documentos científicos que tratan de T.P.M. sólo hablan de *pacientes femeninas*. Esto parece una buena confirmación de que la histeria masculina todavía se mantiene como el pariente pobre de la histeria.

1 Ver Diane Chauvelot, cap. X : «Et l'hystérie maintenant?», en *L'hystérie vous salue bien! Sexe et violence dans l'inconscient*, Paris. Denoël, coll. «L'espace analytique», 1995, p. 299

2 Ibid., p. 29

## La histeria masculina hoy

En efecto, a la histeria masculina todavía le queda un hermoso porvenir bajo su forma clásica antes de conocer la renovación de la modernidad. Es por esta razón que desearía ahora hablarles más directamente de ella y evocar puntualmente uno de los puntos que tienen en común la histeria masculina y la homosexualidad femenina

¿Qué podemos entender por forma clásica? Es la *histeria viril*. Lo «viril» y la «virilidad» no dejan de atormentar al histérico masculino sirviéndole de máscara. Es a través de esta forma sintomática como expresa su adhesión a la función fálica, es decir, una forma sintomática de responder a la cuestión de la atribución fálica.

La lógica edípica sitúa la identidad sexual masculina del lado del *tener en el registro fálico* [l'*avoir phallique*]. Se supone que un hombre tiene el falo y, en tanto hombre, el histérico masculino está pues sujeto a esta problemática del tener. Pero, en este sentido, ha comprendido perfectamente la lección de la puesta a prueba fálica que opera en la histeria femenina. En una mujer histérica, existe siempre, más o menos, un cuestionamiento de la atribución fálica de un hombre. Coloca a un hombre en la obligación de demostrar que efectivamente la tiene : tiene que ser un *verdadero hombre*.

La puesta a prueba histérica procede siempre de la misma manera: conseguir hacer creer a un hombre que no basta con tener el órgano para ser un verdadero hombre. Se trata pues de acusar la diferencia entre el pene y el falo hasta el punto de ponerlos en oposición. Todo el problema de la histeria masculina consiste precisamente en transformar esta suposición de la atribución fálica en verdadera *posesión* : el histérico masculino *debe* tener el falo. Por consiguiente, se siente constantemente obligado a aportar la prueba de ello a una mujer, y es ahí donde él mismo se condena psíquicamente por adelantado. Por razón de su estructura, el histérico se encierra en la convicción imaginaria de que no tiene el falo. Y, en estas condiciones, ¿cómo responder a la demanda deseante de una mujer?

En nombre de esta lógica, el histérico masculino se va a encerrar en un fantasma inconsciente organizado alrededor de una confusión entre pene y falo verdaderamente puestos en oposición. Desde ahí, el deseo de una mujer frente a un hombre histérico es originariamente una verdadera puesta a prueba de esta oposición, que se convierte en objeto de una sustitución : la *puesta a prueba fálica* se transforma inevitablemente en *puesta a prueba de la virilidad*. Tener el falo, es ser viril. Al histérico masculino ya no le queda más que atormentarse bajo la forma de la capitulación fálica. Está convencido de que una mujer sólo puede gozar sucumbiendo a la omnipotencia fálica de un hombre. Se trata claramente ahí de la expresión de un fantasma de dominación fálica del hombre sobre la mujer. Y es en ese nivel donde interviene el *fantasma de la virilidad*. Una mujer sólo puede gozar por capitulación, es decir sometiéndose a la demostración de esta virilidad. Pero puesto que no tiene el falo, el histérico masculino no puede pues, en ningún caso, asumir esta dominación fálica. Es por esta razón que se encuentra en la imposibilidad de sostener la *performance* viril hasta su término, o sea el goce de la mujer. La confusión entre pene y falo se vuelve total y el histérico capitula por adelantado. Se identifica inconscientemente a una mujer y su convicción : «no tengo el falo» se transforma lógicamente en «no tengo el órgano». Así se explican los síntomas sexuales comunes de la histeria masculina: la *impotencia* y la *eyaculación precoz*.

Existen ahí dos formas de goce por capitulación viril, es decir por falta de dominio de la virilidad. El histérico masculino goza tal como él cree que goza una mujer, por capitulación pasiva ante la posesión fálica. En este giro inconsciente, es la mujer quien posee el falo; es pues ella quien le hace gozar pasivamente por capitulación, dicho de otra manera en un cortocircuito orgástico. A nivel inconsciente, el histérico masculino reacciona como si fuera penetrado por una mujer, abandonándose así a su goce pasivo sintomático. A través de este desvío, reencontramos la posición de la partenaire de la mujer homosexual; la cual se esfuerza imaginariamente en querer hacer mejor que un hombre ya que al no tener el pene, ella puede hacer gozar a su partenaire y gozar de ella dándole lo que ella no tiene: el falo. En este sentido podemos decir que el histérico masculino está identificado a la partenaire de la mujer homosexual.

Sin duda se comprende mejor así el gusto por la parodia homosexual de ciertos histéricos masculinos. Esto explica también por qué la propaganda imaginaria para la virilidad siempre tendrá un público. En último extremo, podemos decir que la virilidad es realmente un asunto de mujer.

Igual que en la homosexualidad femenina, también volvemos a encontrar un desafío lanzado al padre. En efecto, el padre aparece a menudo, en la histeria masculina, como un impostor, como aquél que ha hecho creer, a través de la seducción y la mascarada, que existía realmente el falo sin haber sabido jamás dar prueba de él. Así el histérico masculino se ha identificado a un padre que normalmente ha estado siempre aparentando la atribución fálica. *No tenía* lo que parecía tener. No era pues más que un seductor que no poseía las armas susceptibles de garantizar su éxito con relación a las mujeres. Otra forma de decir que era un tramposo, pero un *tramposo viril*.

## Conclusiones y cierre de las Jornadas

Ma LUISA SIQUIER

**Me** corresponden algunas reflexiones a la hora de dar por finalizadas estas Jornadas.

Creo que tendrán oportunidad de leer los trabajos, ponencias y discusiones, ya que al no ser ubicuos, y al tener que elegir, nos hemos perdido una parte de ellos.

Desgranaré algunas ideas que me surgen recordando lo que se dijo en dos días de fecundo trabajo.

La pregunta implícita, en estos cien años de histeria, era la de cuál es su vigencia en el Psicoanálisis hoy; la respuesta, casi unánime, fue: plena, goza de buena salud.

¿Por qué su vigencia?. Porque sigue interrogando acerca del sexo y del deseo, con escenificaciones propias de esta época, que son diferentes a las que encontró Freud. Síntoma de la cultura, Freud intenta descifrarlo: de la cabeza de la histérica surgió el Psicoanálisis.

La histeria continúa poniendo en escena sus enigmas y su insatisfacción estructural. Cuando se la intenta adaptar se fracasa.

El cuerpo de los histéricos sigue hablando, aunque en formas diferentes a las de antaño: anorexias, drogadicciones, actings, crisis de violencia en los hombres; enmascaradas por el orden médico, constituyen las formas en que se expresa en la actualidad.

Toda neurosis necesita de este espacio escenificante: histerizar la transferencia es permitir la cura desde Freud.

También su vigencia fue señalada en las dificultades que le impone al analista: seducción, transferencia erótica, actings que son paliados a través de diferentes discursos...

El tan citado caso Dora, nos muestra el bajo umbral entre el Inconsciente y el Consciente, entre el discurso psicoanalítico y la palabra del síntoma.

Cien años después, la proteiforme Histeria aparece a través de tantas máscaras, tal vez diferentes de las que vio Freud, pero que igualmente nos obliga, y a veces con pasión, a interrogarnos a través de ellas sobre el ser del ser humano.

Desde nuestra posición de analistas, ¡qué mejor homenaje a Freud!  
En nombre de Gradiva agradezco a todos su presencia y participación.